

Інститут Правових
Досліджень і Стратегій

•

Права людини в галузі охорони здоров'я

2013

Доповідь
правозахисних організацій

Харків
«Права людини»
2014

ББК 67.9(4УКР)

П 35

Дизайн обкладинки:
Катерина Кондратева

Загальна редакція:
Роханський А. О.



Думки авторів можуть не співпадати з думками МФВ

Права людини в галузі охорони здоров'я — 2013. Доповідь правозахисних органі-
П 35 **зацій.** — Харків: Права людини, 2014 — 128 с.

ISBN 978-617-587-126-3.

ББК 67.9(4УКР)

ISBN 978-617-587-126-3

© Інститут правових досліджень і стратегій, 2014

© А. О. Роханський, упорядкування, 2014

© К. С. Кондратева, художнє оформлення, 2014

ЗМІСТ

| | |
|---------------------|---|
| Від укладачів | 7 |
|---------------------|---|

ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

| | |
|---|----|
| <i>Розділ 1. ДОТРИМАННЯ ПРАВА НА ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ: ЗАГАЛЬНИЙ ОГЛЯД</i> | 11 |
| 1. Порушення права на здоров'я у ході медичної реформи | 13 |
| 2. Порушення права на судовий захист | 14 |
| 3. Порушення прав пацієнтів програми замісної підтримувальної терапії | 15 |
| 4. Порушення прав паліативних хворих | 16 |
| 5. Порушення прав людини у сфері психіатрії | 16 |
| 6. Порушення прав представників ЛГБТ-спільноти на доступ до медичної допомоги | 17 |
| 7. Порушення прав ромів на доступ до медичних послуг | 17 |
| 8. Порушення права на здоров'я в пенітенціарній системі | 17 |
| 9. Порушення прав хворих на туберкульоз та гепатит С | 18 |
| 10. Рекомендації | 18 |
| <i>Розділ 2. НАГАЛЬНА ПОТРЕБА НОВОЇ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ</i> | 19 |
| 1. Демографічна ситуація та дитяча смертність | 19 |
| 2. Державний бюджет України та фінансування системи охорони здоров'я | 20 |
| 3. Проблеми впровадження загальнодержавного обов'язкового медичного страхування | 21 |
| 4. Скарги від населення про погіршення доступу до медичної допомоги у зв'язку з впровадженням медичної реформи в Україні | 22 |
| 5. Негативні наслідки впровадження медичної реформи, які відобразились на погіршенні стану з правами пацієнтів в Україні | 24 |
| 6. Мета медичної реформи залишається незрозумілою для більшості населення та медичних працівників | 24 |
| 7. Перспективи розвитку інституту сімейних лікарів | 25 |
| 8. Який лікар потрібен? Кадрові питання | 25 |
| 9. Екстрена медична допомога не виконує своїх функцій із причини браку коштів на ліки та втрачає кваліфікованих медичних працівників | 26 |
| 10. У зв'язку з «реформою» деякі центри екстреної медичної допомоги працюють взагалі без використання наркотичних та психотропних лікарських засобів | 27 |
| 11. Руйнування системи профілактичної медицини на виробництві | 27 |
| 12. Потреба у першочергових змінах у чинному законодавстві України | 28 |
| 13. План реформи медичного обслуговування не виконано | 29 |
| 14. Рекомендації | 30 |

| | |
|---|----|
| Розділ 3. СТРАТЕГІЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО НАРКОТИКІВ НА ПЕРІОД ДО 2020 РОКУ..... | 32 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| Розділ 4. СУДОВИЙ ЗАХИСТ ПРАВА НА ЗДОРОВ'Я..... | 34 |
|---|----|

| | |
|--|----|
| 1. Аналіз судових рішень щодо справ, пов'язаних з притягненням до юридичної відповідальності медичних працівників через неналежне виконання ними своїх професійних обов'язків, прийнятих упродовж 2013 року..... | 34 |
| 2. Рішення суду переважно не містять умотивованої оцінки висновків судово-медичних експертиз..... | 36 |
| 3. Суди не мають позиції щодо захисту права на безоплатність лікування..... | 36 |
| 4. Головні підстави для визначення розмірів матеріальної шкоди — письмові докази..... | 37 |
| 5. Немає усталеної практики призначення розміру відшкодування моральної шкоди..... | 37 |
| 6. Лікарям немає чого побоюватись — у 2013 році у більшості випадків вони були звільнені від відбування покарання..... | 39 |
| 7. Висновки..... | 40 |

| | |
|---|----|
| Розділ 5. ЗАХИСТ ПРАВ ЛЮДИНИ В ГАЛУЗІ ПСИХІАТРІЇ..... | 41 |
|---|----|

| | |
|------------------------------------|----|
| 1. Справа Руденка..... | 41 |
| 2. Справа Раїси Радченко..... | 45 |
| 3. Справа Сергія Х..... | 46 |
| 4. Рекомендації та зауваження..... | 48 |
| 5. Рекомендації..... | 48 |

С П Е Ц І А Л Ь Н А Ч А С Т И Н А

| | |
|--|----|
| Розділ 6. ПРАВА ПАЦІЄНТІВ ПРОГРАМИ ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ..... | 51 |
|--|----|

| | |
|---|----|
| 1. Деякі офіційні дані..... | 51 |
| 2. Проблеми впровадження програми ЗПТ в Україні. Погляд правозахисних організацій..... | 53 |
| 3. Об'єктивні перешкоди розвитку програми ЗПТ..... | 55 |
| 4. «Вантаж-200». Знято частину необґрунтованих обмежень у регламентації замісної підтримувальної терапії в Україні..... | 62 |
| 5. Новий (черговий) проект наказу МОЗ України «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 27 березня 2012 року № 200»..... | 64 |
| 6. Рекомендації..... | 66 |

| | |
|--|----|
| Розділ 7. ПРАВА ЛЮДИНИ У СФЕРІ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ..... | 68 |
|--|----|

| | |
|---|----|
| 1. Захворюваність та смертність від злоякісних новоутворень у 2011–2012 роках..... | 68 |
| 2. Загальний огляд дотримання прав паліативних хворих у 2013 році..... | 69 |
| 3. Зміни у чинному законодавстві України протягом 2013 року..... | 70 |
| 4. Порушення прав невиліковно хворих дітей на користування найбільш досконалими послугами системи охорони здоров'я..... | 77 |
| 5. Приклади порушення прав..... | 79 |
| 6. Рекомендації..... | 80 |

| | |
|---|----|
| Розділ 8. ПРАВО НА ЗДОРОВ'Я ЛЮДЕЙ, ЩО НАЛЕЖАТЬ ДО ЛГБТ-СПІЛЬНОТИ..... | 82 |
|---|----|

| | |
|--|----|
| 1. Права трансгендерів..... | 82 |
| 2. Права ЧСЧ та проблеми подолання ВІЛ/СНІД..... | 85 |

| | |
|--|------------|
| 3. Проблема сексуальної орієнтації та гендерної ідентичності..... | 86 |
| 4. Принципи Джок'якарті | 88 |
| 5. Першочергові пропозиції до українського уряду з виконання Рекомендації КМРЕ стосовно питань охорони здоров'я, ухвалені Радою ЛГБТ-організацій України | 90 |
| <i>Розділ 9. РОМИ: ДОСТУП ДО МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ</i> | <i>92</i> |
| 1. Актуальність запровадження програми ромських соціально-медичних посередників..... | 92 |
| 2. Рекомендації Комітету Міністрів Ради Європи щодо обов'язку держав забезпечити якнайкращий доступ ромів до послуг у сфері охорони здоров'я | 93 |
| 3. Рекомендації | 94 |
| <i>Розділ 10. ПРАВО НА ЗДОРОВ'Я В ПЕНІТЕНЦІАРНІЙ СИСТЕМІ</i> | <i>96</i> |
| 1. Загальний огляд ситуації з дотримання права на здоров'я у місцях несвободи..... | 96 |
| 2. Практика звернення до Європейського суду з прав людини | 99 |
| 3. Нормативно-правове забезпечення дотримання права на здоров'я осіб, які позбавлені волі | 99 |
| 4. Недосконалість правил внутрішнього розпорядку слідчих ізоляторів Державної кримінально-виконавчої служби України..... | 100 |
| 5. Розумне стратегічне керівництво охороною здоров'я в місцях позбавлення волі в XXI столітті — рекомендації ВООЗ | 100 |
| 6. Рекомендації до Державної пенітенціарної служби України..... | 101 |
| <i>Розділ 11. ПРАВА ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ТА ГЕПАТИТ С.....</i> | <i>103</i> |
| 1. Подолаємо гепатит С..... | 106 |
| 2. Боротьба з корупційними схемами МОЗ..... | 109 |
| 3. Продовження адвокаційних кампаній «Зупинимо гепатит» | 109 |
| 4. Зростання доступності діагностики гепатиту С в Україні у 2013 році..... | 110 |
| 5. Рекомендації | 110 |

З А К Л Ю Ч Н А Ч А С Т И Н А

| | |
|--|------------|
| <i>Розділ 12. УНІВЕРСАЛЬНИЙ ПЕРІОДИЧНИЙ ОГЛЯД — МЕХАНІЗМ ЗАХИСТУ ПРАВ ЛЮДИНИ ООН.....</i> | <i>113</i> |
| 1. Прийняті / неприйняті рекомендації від країн-учасників до Уряду України, що стосуються прав представників ЛГБТ-спільноти | 115 |
| 2. 40 правозахисних організацій України відправили в ООН для розгляду у рамках УПО 12 «тіньових доповідей» про різні аспекти прав людини | 117 |
| 3. Висновки..... | 119 |
| <i>Розділ 13. СТАН ВИКОНАННЯ РЕКОМЕНДАЦІЙ ЩОРІЧНОЇ ДОПОВІДІ «ПРАВА ЛЮДИНИ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я — 2012»</i> | <i>121</i> |
| 1. Рекомендації до глави «Щодо медичної реформи в Україні» (2012)..... | 121 |
| 2. Рекомендації до глави «Права людини у сфері паліативної та хоспісної допомоги» (2012) | 122 |
| 3. Рекомендації до глави «Права клієнтів програми замісної підтримувальної терапії» (2012) | 123 |
| 4. Рекомендації до глави «Права людей, що належать до ЛГБТ-спільноти, в царині охорони здоров'я» (2012) | 124 |
| 5. Рекомендації до глави «Порушення права на здоров'я в пенітенціарній системі» (2012) | 125 |
| 6. Рекомендації до глави «Роми: доступ до медичних послуг» (2012) | 127 |

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

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

ВІД УКЛАДАЧІВ

Починаючи від 2007 року у щорічній доповіді «Права людини в галузі охорони здоров'я» викладаються та узагальнюються досягнення діяльності громадських організацій, визначаються найбільш типові порушення прав людини та найбільш ефективні стратегії щодо відновлення порушеного права.

Мета щорічної доповіді: проаналізувати найбільш значущі події, що відбулися протягом 2013 року в Україні з погляду дотримання прав людини у галузі охорони здоров'я, надати рекомендації, виконання яких, на думку експертів, приведе до поліпшення загального стану дотримання прав людини, а також проаналізувати виконання рекомендацій, які були надані у попередній доповіді, на підставі моніторингу впродовж року.

У щорічній доповіді правозахисних організацій «Права людини в галузі охорони здоров'я — 2013» надається аналіз ситуації щодо прав людини у царині медичної допомоги у 2013 році. Доповідь традиційно складається з трьох основних частин: Загальна, Спеціальна та Заключна.

У Загальній частині доповіді аналізується стан реформування галузі охорони здоров'я, яке було розпочато Урядом України в пілотних регіонах, але тією чи іншою мірою «зачепило» майже усі регіони. У Загальній частині доповіді також наведено аналіз практики національних судів у «медичних справах» за 2013 рік.

Спеціальна частина доповіді присвячена ситуації з дотримання прав людей, які є або бажають бути пацієнтами програми замісної підтримувальної терапії, права паліативних

хворих на доступ до знеболюючих лікарських засобів. В окремих розділах доповіді викладено проблеми дотримання права на здоров'я представників ЛГБТ-спільноти, приклади порушення права на здоров'я в пенітенціарній системі, приклади ускладнення доступу представників ромської спільноти до медичної допомоги. Наведено опис подій, що відбулися 2013 року під гаслом «Зупинемо епідемію туберкульозу та гепатиту С».

У Заключній частині особливу увагу приділено Універсальному періодичному огляду як механізму захисту прав людини ООН та проаналізовано стан виконання рекомендацій щорічної доповіді «Права людини в галузі охорони здоров'я — 2012».

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

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

- МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЧ/СНІД в Україні»;
- БО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ»;
- Харківському обласному відділенню Всеукраїнської благодійної організації «Всеукраїнська мережа людей, що живуть з ВІЛ/СНІД»;

-
- Кіровоградському обласному відділенню ВБО «Всеукраїнська мережа людей, що живуть з ВІЛ/СНІД»;
 - Харківській правозахисній групі;
 - Українській Гельсінській спілці з прав людини;
 - Харківському інституту соціальних досліджень;
 - Всеукраїнській громадській організації «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги»;
 - Всеукраїнській громадській фундації «Фундація медичного права та біоетики»;
 - Раді ЛГБТ-організацій 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;
 - Миколаївській асоціації ВІЛ-інфікованих «Час життя»;

- Херсонському обласному Фонду милосердя та здоров'я;
- Харківському обласному центру паліативної медицини «Хоспіс».

Висловлюємо також щиру подяку авторам та співавторам розділів доповіді:

Дмитру Лур'є, Андрію Черноусову, Денісу Кобзину, Ользі Луб'яній, Андрію Діденку, Юлії Кондур, Інні Сухоруковій, Володимирі Бочарову-Тузу, Наталії Охотніковій, Ігорю Скальку, Яні Заїкіній, Аркадію Бущенко, Людмилі Андріішин, Олександрю Зінченкову, Миколі Холтобіну, Андрію Кравчуку, Максиму Касянчуку, Олегу Мірошниченку, Сергію Холтобіну, Віталію Кучинському, Марині Говорухіній, Михайлу Тарахкалу, Павлу Скале, Наталії Козаренко, Максиму Демченку, Сергію Дмитрієву, Костянтину Ключарьову, Ользі Біляєвій, Олені Беденко, Зоряні Черненко, а також усім тим, без допомоги кого це видання було б не можливим.

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

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

ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Розділ 1

ДОТРИМАННЯ ПРАВА НА ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ: ЗАГАЛЬНИЙ ОГЛЯД

Права людини в галузі охорони здоров'я в Україні захищені цілою низкою ратифікованих міжнародних документів, у першу чергу, Міжнародним пактом про економічні, соціальні та культурні права, Конвенцією про права інвалідів, Конвенцією про права дитини, Конвенцією про захист прав людини й основоположних свобод, Європейською соціальною Хартією (переглянута). Національне законодавство базується передусім на Конституції України, Законах України, серед яких провідну роль відіграє Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», постановах Кабінету Міністрів України, відомчих нормативно-правових актах¹.

Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права

Приєднавшись до Міжнародного пакту про економічні, соціальні та культурні права², Україна визнає право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного й психічного здоров'я (ст. 12). Поняття «найвищий досяж-

ний рівень здоров'я» у статті 12.1 ураховує як біологічні та соціально-економічні передумови розвитку індивіда, так і наявні ресурси держави. Проте є ряд аспектів, які не можуть бути врегульовані виключно у відносинах між державами та фізичними особами: наприклад, гарне здоров'я або захист від усіх можливих причин погіршення здоров'я людини не можуть бути забезпечені державою. Отже, право на здоров'я має розумітися як право на використання цілої низки заходів, послуг та умов, необхідних для реалізації права на найвищий досяжний рівень здоров'я³.

Системи охорони здоров'я зобов'язуються забезпечувати⁴

1. Наявність медичних послуг у кількості, що задовольняє попит (з огляду на економічний розвиток країни).

2. Доступність медичних послуг, з урахуванням недопущення дискримінації, можливості фізичного та географічного доступу, потреб особливих груп (діти, літні люди), мож-

¹ Більш детально див.: Права людини в сфері охорони здоров'я: практичний посібник / За наук. ред. І. Сенюти. — Львів: Вид-во ЛОБФ «Медицина і право», 2012.

² Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права (МПЕСКП). Резолюція 2200А [XXI] Генеральної Асамблеї ООН, 16 грудня 1966 р. — <http://www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm>.

³ Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment 14, The right to the highest attainable standard of health (Twenty-second session, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000), reprinted in Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.6 at 85 (2003).

⁴ Ibid.

ливостей доступу до інформації щодо існуючих методів лікування.

3. Прийнятність медичних послуг з погляду етики (згода, конфіденційність), зважаючи на потреби окремих осіб, меншин і спільнот, уразливих верств населення.

4. Якість медичних послуг, які обґрунтовані з наукової медичної точки зору.

Принципи дотримання зобов'язань державами на виконання п. 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні й культурні права⁵

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

2. Заборона регресу, тобто недопущення погіршення стану національної системи охорони здоров'я.

Основні обов'язки Держав: Зауваження загального порядку 14⁶ (витяг)

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

грамі дій ВООЗ щодо основних лікарських засобів;

- (e) забезпечувати справедливий розподіл усіх медичних товарів і послуг;
- (f) прийняти та здійснювати національну стратегію в галузі охорони здоров'я, створену на основі епідеміологічних даних та з приділенням особливої уваги вразливим/маргінальним групам населення.

Конвенція про захист прав людини й основоположних свобод

Стаття 2. Право на життя

1. Право кожного на життя охороняється законом. Нікого не може бути умисно позбавлено життя інакше, ніж на виконання смертного вироку суду, винесеного після визнання його винним у вчиненні злочину, за який закон передбачає таке покарання.

Стаття 3. Заборона катування

Нікого не може бути піддано катуванню або нелюдському чи такому, що принижує гідність, поводженню або покаранню.

Стаття 5. Право на свободу та особисту недоторканність

1. Кожен має право на свободу та особисту недоторканність. Нікого не може бути позбавлено свободи, крім таких випадків і відповідно до процедури, встановленої законом:

- e) законне затримання осіб для запобігання поширенню інфекційних захворювань, законне затримання психічнохворих, алкоголіків або наркоманів чи бродяг.

Стаття 6. Право на справедливий суд

1. Кожен має право на справедливий і публічний розгляд його справи упродовж розумного строку незалежним і безстороннім судом, установленим законом, який вирішить спір щодо його прав та обов'язків цивільного ха-

⁵ Ibid.

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

рактеру або встановить обґрунтованість будь-якого висунутого проти нього кримінального обвинувачення.

Європейська соціальна хартія (переглянута)

Визначає, що країни, які ратифікують цей документ, з метою забезпечення ефективного здійснення права на охорону здоров'я зобов'язуються самостійно або у співробітництві з громадськими чи приватними організаціями вживати відповідних заходів для того, щоб:

- по можливості усунути причини слабого здоров'я;
- забезпечити діяльність консультативно-просвітницьких служб, які сприятимуть поліпшенню здоров'я й підвищенню особистої відповідальності за стан здоров'я;
- запобігати, по можливості, епідемічним, ендемічним, іншим захворюванням, а також нещасним випадкам.

Конституція України

Стаття 27. Кожна людина має невід'ємне право на життя.

Ніхто не може бути свавільно позбавлений життя. Обов'язок держави — захищати життя людини.

Кожен має право захищати своє життя і здоров'я, життя і здоров'я інших людей від протиправних посягань.

Стаття 33. Кожному, хто на законних підставах перебуває на території України, гарантується свобода пересування, вільний вибір місця проживання, право вільно залишати територію України, за винятком обмежень, які встановлюються законом.

Стаття 43. Кожен має право на працю, що включає можливість заробляти собі на життя працюю, яку він вільно обирає або на яку вільно погоджується.

Стаття 49. Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування.

Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм.

Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності.

Чи дотримується держава Україна міжнародних зобов'язань та забезпечує конституційні права у сфері громадського здоров'я?

Стаття 53. Кожен має право на освіту.

1 Порушення права на здоров'я у ході медичної реформи

Медична реформа, яка впроваджувалась на виконання Програми економічних реформ «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» в чотирьох регіонах України як пілотний проект, охопила більшість областей.

А) Порушення положень Міжнародного пакту про економічні, соціальні та культурні права

По-перше, не дотримувався принцип «поступового здійснення»:

- Не було вивчено попит населення на медичні послуги, які мають надавати центри первинної медико-санітарної допомоги,

⁷ Більш детальна аргументація та фактичний матеріал викладені у відповідних розділах.

та не досліджено, якою повинна бути оптимальна мережа цих центрів.

- Поліклініки в стислі терміни були перетворені на центри первинної медико-санітарної допомоги.
- Виник дистанційний розрив між структурними підрозділами центрів первинної медико-санітарної допомоги, що призвело до ускладнення отримання адміністративних послуг (довідки, лікарняні, рецепти).
- Медичні фахівці за невеликий проміжок часу стали лікарями загальної практики — сімейної медицини, для чого їх було направлено на курси первинної спеціалізації, де у 6-місячний термін вони набули відповідної спеціалізації. На думку багатьох експертів, цей термін недостатній для отримання навичок сімейного лікаря, особливо з урахуванням того факту, що більшість фахівців, які працювали у практичній медицині, не мали досвіду в педіатрії.
- «Національний план дій на 2013 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава», який передбачав просування другого етапу медичної реформи в 2013 році, у ключових принципових пунктах не виконаний.

По-друге, було порушено принцип **заборони регресу**: погіршення стану національної системи охорони здоров'я відбувалося протягом усього часу впровадження медичної реформи.

Незважаючи на зобов'язання мати у **наявності** медичні послуги в обсязі, що задовольняє попит (з урахуванням економічного розвитку країни), руйнувалась система педіатричної служби, попит на послуги якої завжди був високим.

Унаслідок проведення медичної реформи **доступність** медичних послуг погіршувалась, особливо для літніх людей, представників ураз-

ливих груп та жителів сільської місцевості, вагітних жінок, матерів із малими дітьми.

Крім того, незалежні експерти звертали увагу на недостатню інформаційну підтримку медичної реформи, що здійснювалась Урядом України.

Б) Порушення Конституції України

- Існують звернення до правозахисників від жителів різних регіонів України про неконституційне скорочення існуючої мережі лікувальних закладів.
- Де-факто отримати безоплатно медичну допомогу, особливо спеціалізовану та високоспеціалізовану, для більшості населення неможливо.

2

Порушення права на судовий захист

Конвенція про захист прав людини й основоположних свобод

Стаття 6 Конвенції про захист прав людини й основоположних свобод **наголошує на праві кожної людини на справедливий суд**.

Аналіз судових справ довів (глава «Судовий захист права на здоров'я»), що загалом пацієнти мають такі шанси захистити свої права: **«цивільні» суди брали сторону потерпілих у 33% випадків, у випадках кримінального судочинства — у 94%**. Звернімо увагу на диспропорцію в рішеннях національних судів за різними категоріями справ. Імовірно, за індивідуальним обвинуваченням у кримінальному процесі, у якому задіяні агенти держави (прокуратура), суди схильні виносити обвинувачувальні вироки. У цивільному процесі, де тягар доказування несе позивач, національні суди менш рішуче визнають порушення прав пацієнтів — у цьому провідну роль відіграє відсутність сталої практики у медичних справах, у тому числі й практики визначення розміру компенсації моральної шкоди.

3 **Порушення прав пацієнтів програми замісної підтримувальної терапії**

А) Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права

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

Відомо, що в деяких випадках наркозалежності лише програма замісної підтримувальної терапії (далі — ЗПТ) дозволяє припинити вживати вуличні наркотики, пройти ресоціалізацію, зменшити шкоду від зловживання наркотичними засобами; і це є для пацієнтів найвищий, який вони можуть досягти, рівень фізичного і психічного здоров'я.

2. Недотримання основних обов'язків Держави. *Зауваження загального порядку 14⁸:*

- (a) забезпечувати доступ до лікувальних установ, медичних товарів і послуг на не-дискримінаційній основі, особливо для вразливих або соціально відчужених груп;
- (d) забезпечувати основними медикаментами, які час від часу визначаються в Програмі дій ВООЗ щодо основних лікарських засобів.

Б) Конвенція про захист прав людини й основоположних свобод

1. Порушення ст. 2 Конвенції — право на життя.

Наркозалежні, які бажать, але не мають можливості з причин бюрократичних бар'єрів

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

стати пацієнтами програми замісної підтримувальної терапії, **втрачають право на життя**, вмирають від передозування та через соматичні хвороби, які пов'язані з наркозалежністю.

Причини:

- Невідповідність кількості передбачених квот пацієнтів ЗПТ рекомендаціям ВООЗ/ЮНЕЙДС.
- Непоширеність мережі сайтів ЗПТ, особливо за межами обласних центрів. Відсутність сайтів ЗПТ у багатьох районних центрах України.
- Важкий «соматичний стан» багатьох споживачів ін'єкційних наркотиків, що не дозволяє їм кожного дня відвідувати сайт ЗПТ.
- Відмова клієнтам ЗПТ у більшості регіонів України призначати за рецептами препарати ЗПТ.
- Тиск з боку правоохоронних органів — запити на сайти ЗПТ про клієнтську базу, затримання клієнтів ЗПТ безпосередньо на сайтах ЗПТ.

2. Порушення ст. 3 Конвенції «Заборона катування»:

Майже повна відсутність гарантії продовження отримання препаратів ЗПТ клієнтами програми ЗПТ в ізоляторах тимчасового тримання (ІТТ) у відділеннях міліції та слідчих ізоляторах пенітенціарної системи (СІЗО) і як наслідок — важкий абстинентний синдром без будь-якої адекватної медичної допомоги (катування або нелюдське чи таке, що принижує гідність, поводження).

В) Конституція України

1. Порушення ст. 27: Кожна людина має невід'ємне право на життя — ті ж самі підстави, що і ст. 2 Конвенції про захист прав людини й основоположних свобод.

2. Бюрократичні бар'єри для пацієнтів програми замісної підтримувальної терапії, зокрема обов'язковість щодня відвідувати сайт ЗПТ, відсутність практики видачі препаратів для самостійного вживання, обмеженість за-

стосування виписки препаратів ЗПТ за рецептами, викликають додаткове порушення трьох статей Конституції:

- **Статті 33**, яка гарантує свободу пересування, вільний вибір місця проживання;
- **Статті 43**, яка гарантує право на працю;
- **Статті 53**, яка гарантує право на освіту.

4

Порушення прав паліативних хворих

А) Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права

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

Причини:

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

2. Недотримання основних обов'язків Держави. Зауваження загального порядку 14⁹:

- (a) забезпечувати доступ до лікувальних установ, медичних товарів і послуг на недискримінаційній основі, особливо для вразливих або соціально відчужених груп;
- (d) забезпечувати основними медикаментами, які час від часу визначаються в Програмі дій ВООЗ щодо основних лікарських засобів.

Б) Конвенція про захист прав людини й основоположних свобод

Порушення ст. 3 Конвенції «**Заборона катування**»: відмову в наданні адекватних знеболюючих засобів можна розглядати як катування або

⁹ Ibid.

нелюдське чи таке, що принижує гідність, поводження з хворою особою (паліативні хворі).

В) Конвенція про права дитини

Порушення ст. 9: 1. Держави-учасниці забезпечують те, щоб дитина не розлучалася з батьками всупереч їх бажанню. Проте невиліковно хворі діти перебувають у реанімаційному відділенні, куди доступ батьків заборонений.

Порушення ст. 24: 1. Держави-учасниці визнають право дитини на користування найбільш досконалими послугами системи охорони здоров'я та засобами лікування хвороб і відновлення здоров'я. Держави-учасниці намагаються забезпечити, щоб жодна дитина не була позбавлена свого права на доступ до подібних послуг системи охорони здоров'я. Паліативна допомога — одна з цих послуг.

Порушення ст. 23: 1. Держави-учасниці визнають, що неповноцінна в розумовому або фізичному відношенні дитина має вести повноцінне і достойне життя в умовах, які забезпечують її гідність, сприяють почуттю впевненості в собі й полегшують її активну участь у житті суспільства.

Останні години, дні, тижні, місяці невиліковно хвора дитина має право прожити **повноцінне і достойне життя в умовах, які забезпечують її гідність, — необхідно створити систему паліативної допомоги дітям** в Україні.

5

Порушення прав людини у сфері психіатрії

Конвенція про захист прав людини й основоположних свобод

Порушення ст. 5: Право на свободу та особисту недоторканність: Безпідставне поміщення у психіатричну лікарню.

Суд (ЄСПЧ) нагадує, що відповідно до його прецедентного права людина не може вважатись «душевнхворою» і бути позбавлена волі, якщо не виконано такі три мінімальні умови:

- по-перше, вона надійно має бути визнана за об'єктивною медичною експертизою такою, що є душевнохворою;
- по-друге, психічний розлад повинен бути такого характеру або ступеня, які б виправдовували обов'язкове позбавлення волі;
- по-третє, обґрунтованість тривалого позбавлення волі залежить від стійкості такого розладу¹⁰.

6 **Порушення прав представників ЛГБТ-спільноти на доступ до медичної допомоги**

Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права

1. Порушення ст. 12: Міжнародного пакту про економічні, соціальні та культурні права: право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я, а саме, обтяжлива й така, що не відповідає світовим стандартам, процедура зміни статевої належності для трансгендерів.

2. Порушення основних обов'язків Держави. Зауваження загального порядку 14¹¹:

- забезпечувати доступ до лікувальних установ, медичних товарів і послуг на недискримінаційній основі, особливо для вразливих або соціально відчужених груп — стигматизація представників ЛГБТ-спільноти, яка не дозволяє зростати охопленню ЧСЧ послугами ВІЛ-сервісу.

¹⁰ Case of Anatoliy Rudenko. <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-142421>

¹¹ Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment 14, The right to the highest attainable standard of health (Twenty-second session, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000), reprinted in Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.6 at 85 (2003).

7 **Порушення прав ромів на доступ до медичних послуг**

Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права

Порушення основних обов'язків Держави. Зауваження загального порядку 14¹²:

- (а) забезпечувати доступ до лікувальних установ, медичних товарів і послуг на недискримінаційній основі, особливо для вразливих або соціально відчужених груп.

8 **Порушення права на здоров'я в пенітенціарній системі**

А) Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права

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

2. Порушення основних обов'язків Держави. Зауваження загального порядку 14¹³:

- (а) забезпечувати доступ до лікувальних установ, медичних товарів і послуг на недискримінаційній основі, особливо для вразливих або соціально відчужених груп.

Б) Порушення прав затриманих/заарештованих

Права затриманих/заарештованих як пацієнтів гарантовані Законом України «Основи

¹² Ibid.

¹³ Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment 14, The right to the highest attainable standard of health (Twenty-second session, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000), reprinted in Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.6 at 85 (2003).

законодавства України про охорону здоров'я», Цивільним Кодексом України:

- право на усвідомлену згоду лікування,
- право на зберігання конфіденційності щодо хвороби,
- право на вільний вибір лікаря,
- право на доступ до медичної інформації.

9

Порушення прав хворих на туберкульоз та гепатит С

А) Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права

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

За оцінками експертів, близько 1,2 мільйона українців інфіковані вірусним гепатитом С.

Українці не мають доступу до діагностики та лікування ВГС, оскільки вони не можуть собі цього дозволити через надзвичайно високу вартість курсу лікування. Основна проблема полягає в тому, що держава не визнає епідемії гепатиту С в Україні.

2. Недотримання основних обов'язків Держави. Зауваження загального порядку 14¹⁴:

- (a) забезпечувати доступ до лікувальних установ, медичних товарів і послуг на недискримінаційній основі, особливо для вразливих або соціально відчужених груп;
- (d) забезпечувати основними медикаментами, які час від часу визначаються в Програмі дій ВООЗ щодо основних лікарських засобів.

Б) Конвенція про захист прав людини й основоположних свобод

Порушення ст. 2: Конвенції: *право на життя*. За перше півріччя 2013 року в Україні від туберкульозу померло 3479 людей.

¹⁴ Ibid.

В) Конституція України

Порушення ст. 27: Кожна людина має невід'ємне право на життя. Пацієнти вимагають від держави фінансування лікування гепатиту С, збільшення фінансування лікування туберкульозу, особливо мультирезистентних форм.

10

Рекомендації

1. Уряду України необхідно привести у відповідність до міжнародних зобов'язань нормативно-правову базу, яка б забезпечувала дотримання прав людини у сфері громадського здоров'я.

2. При розробці нових програм щодо реформування галузі охорони здоров'я Уряду України потрібно враховувати принципи, яких національні системи охорони здоров'я повинні дотримуватись відповідно до ратифікованих міжнародних пактів та конвенцій.

3. Уряду України слід дотримуватись основних обов'язків Держави на виконання Міжнародного пакту про економічні, соціальні та культурні права:

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

4. Громадським організаціям подовжувати моніторинг стану дотримання прав людини в галузі охорони здоров'я.

Розділ 2

НАГАЛЬНА ПОТРЕБА НОВОЇ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ

Попри принципи, проголошені в Конституції України, та міжнародні зобов'язання держави Україна, система охорони здоров'я в країні не забезпечує права кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я та рівний безкоштовний доступ до якісних медичних послуг.

З метою поліпшення надання медичних послуг населенню, забезпечення рівного доступу кожної людини до медичних послуг у 2011 році держава Україна розпочала амбіційний проект реформування системи охорони здоров'я відповідно до програми Президента України «Україна для людей», Державної програми економічного і соціального розвитку України на 2010 рік та Програми економічної реформи на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава».

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

Але впровадження реформи без визначення джерел фінансування, без зрозумілого для населення та медичних працівників плану реформи призвело до погіршення доступу населення до медичних послуг, що порушило право широких верств населення на кваліфіковану

медичну допомогу. Волонтаристське, «реформаторське» впровадження інституту сімейного лікаря замість існуючої системи амбулаторної первинної допомоги знов-таки без достатніх джерел фінансування спричинило руйнування роками створеної системи взаємодії «лікар-хворий». Крім того, вважаємо, що поспішне прийняття та введення в дію ЗУ «Про екстрену медичну допомогу» без суттєвого оновлення обладнання та парку автомобілів, без достатнього фінансування, без урахування існуючої інфраструктури міст та інших населених пунктів завдало шкоди системі швидкої та невідкладної медичної допомоги. Можна з усією відповідальністю стверджувати, що Програма економічної реформи на 2010–2014 роки в галузі медицини не досягла заявленої мети, була виконана тільки на папері й погіршила доступ населення до медичних послуг.

1 Демографічна ситуація та дитяча смертність

Чисельність наявного населення в Україні на 1 грудня 2013 року становила 45 439,8 тис. осіб. Упродовж січня-листопада 2013 року чисельність населення зменшилася на 113,2 тис. осіб, що в розрахунку на 1000 наявного населення становило 2,7 особи. Разом із тим у десяти регіонах країни зафіксовано приріст населення¹.

¹ Державна служба статистики України. Доповідь «Про соціально-економічне становище України за 2013 рік».

Чисельність населення зменшилася за рахунок природного скорочення (140,7 тис. осіб), водночас зафіксовано міграційний приріст населення (27,5 тис. осіб).

Порівняно з січнем-листопадом 2012 року обсяг природного скорочення збільшився на 15,7 тис. осіб, або з 3,0 до 3,4 особи в розрахунку на 1000 наявного населення.

Народжуваність знизилася з 11,5 до 11,1 живонароджених у розрахунку на 1000 наявного населення, а смертність залишилася на рівні відповідного періоду минулого року — 14,5%.

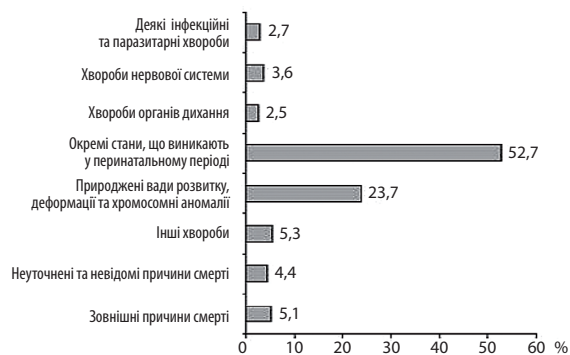
У січні-листопаді 2013 року в 10 регіонах країни зафіксовано міграційний приріст населення, в 17 регіонах — міграційне скорочення.

Серед прибулих в Україну впродовж січня-листопада 2013 року іммігранти з країн СНД становили 58,2%, решта (41,8%) — з інших країн. Серед вибулих із України 39,6% виїхали до країн СНД і 60,4% — до інших країн.

У віці до 1 року померло 3693 дитини. Рівень смертності дітей у віці до одного року знизився від 8,6 до 7,9 померлих на 1000 живонароджених.

Основними причинами смерті дітей у віці до одного року були: окремі стани, що виникають у перинатальному періоді; вроджені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії; зовнішні причини смерті; хвороби нервової системи; деякі інфекційні та паразитарні хвороби; хвороби органів дихання, що ілюструє наведена нижче діаграма. Залишається значною частка немовлят, причина смерті яких медичними працівниками не була встановлена — 4,4%.

Структура причин смерті дітей у віці до 1 року в січні-листопаді 2013 року (у % до загальної кількості)



2 Державний бюджет України та фінансування системи охорони здоров'я

Бюджет 2013 року був побудований на свідомо завищеному макроекономічному прогнозі²: фактичний номінальний ВВП у 2013 році (1454,9 млрд грн) був на 121,1 млрд грн меншим, ніж прогноз (1576,0 млрд грн).

Зміна реального ВВП у 2013 році становила 0% проти прогнозу зростання на 3,4%:

- зростання прогнозувалось на базі реалізації **програмних документів**, які фактично **не виконувалися**;
- *Національний план дій на 2013 рік* щодо впровадження Програми економічних реформ;
- *Державна програма активізації розвитку економіки на 2013–2014 роки*;
- **системні реформи не проводилися** в жодній галузі економіки, що спричинило погіршення інвестиційного клімату;
- за рейтингом корупції Україна у грудні 2013 року посіла **144** місце серед **177** країн;

Показники виконання Державного бюджету України за функціональною класифікацією³

Охорона здоров'я. За 2013 рік видатки за цією функцією зросли на **13,4%** — до **12,9** млрд грн, у тому числі за загальним фондом на **15,5%** — до **11,2** млрд грн. Рівень виконання річного планового показника (зі змінами) становив **91,7%**, у тому числі загального фонду — **92,5%**.

Згідно з рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я, не можна очікувати ефективної роботи медичної галузі, якщо витрати на неї становлять **менш ніж 5% ВВП**.

² http://www.minfin.gov.ua/control/uk/publish/article?art_id=399761&cat_id=53608

³ http://www.minfin.gov.ua/control/uk/publish/article?art_id=397457&cat_id=53608

Таким чином, у 2013 році на фінансування ефективної системи охорони здоров'я потрібно було витратити 72,73 млрд грн

Громадська оцінка Державної політики у сфері прав людини⁴:

Соціально-економічне становище населення погіршилося внаслідок зростання цін за збереження рівня заробітної плати. У бюджетній сфері суттєво погіршилася ситуація з виплатою зарплат і пенсій. Пенсійна та медична реформи провалилися, доступ населення до медичних установ значно погіршився, особливо в сільській місцевості. Бюджетні витрати на медичні, освітні, наукові та культурні установи суттєво скоротилися.

Проміжний висновок: медична реформа у 2013 році не мала джерел фінансування; коштів, які Держава скеровувала у галузь охорони здоров'я, вистачало тільки на підтримання виживання галузі.

3 Проблеми впровадження загальнодержавного обов'язкового медичного страхування

На перший погляд, створення Фонду загальнодержавного обов'язкового медичного страхування мало б покращити фінансування медичної галузі взагалі. За останні десять років до Верховної Ради України надходили численні проекти щодо медичного страхування. Але не всі фахівці-експерти вважають доцільним наразі реалізовувати механізм додаткового (або основного) фінансування. Так, у публікації Інституту економічних досліджень та політичних консультацій⁵ зазначається, що відкла-

дення прийняття рішення про запровадження обов'язкового медичного страхування є правильним кроком. З точки зору автора, можна виділити декілька основних аргументів на підтвердження слушності такої думки.

По-перше, система охорони здоров'я не готова до роботи в системі медичного страхування, потрібно спочатку перейти до принципів фінансування за надані послуги (з фінансування наявної інфраструктури).

По-друге, варто спочатку оптимізувати мережу закладів (для чого всі регіони повинні розробити й затвердити плани оптимізації мережі закладів).

По-третє, рівень нарахувань на заробітну плату вже є високим. Відповідно, додаткові 3% нарахувань на заробітну плату призведуть до ще більшого навантаження на неї і ще більше заженуть її в тінь (тоді як уряд оголосив про наміри знизити навантаження на фонд оплати праці).

Отже, на сьогодні важливішим завданням є підвищити ефективність системи охорони здоров'я з огляду на її структуру і принципи фінансування. Необхідно більше уваги приділяти наданню медичної допомоги на первинному рівні (що є однією з цілей реформи системи охорони здоров'я), а також профілактиці.

Крім того, слід зазначити, що свого часу Конституційний Суд України⁶ не розмежував поняття «медична допомога» та «медичні послуги». Варто було б нарешті визначити відмінність між цими поняттями, що сприяло б розвитку добровільного (додаткового, а не обов'язкового) медичного страхування⁷.

Проміжний висновок: на Державному рівні не визначено систему фінансування охорони здоров'я, що відбивається на якості надання медичних послуг, унеможливає розвиток державних «дорогих» програм, наприклад, спрямованих на лікування гепатиту С.

⁴ Права людини в Україні — 2013 : доповідь правозахисних організацій / За ред. Є. Ю. Захарова ; УГПЛ. — Харків : Права людини, 2014. — 456 с.

⁵ <http://www.ier.com.ua/ua/publications/comments/?pid=3874>

⁶ Рішення Конституційного Суду України від 29 травня 2002 року №10-рп/2002.

⁷ Бетлій О. Страхова медицина — не сьогодні.

4 Скарги від населення про погіршення доступу до медичної допомоги у зв'язку з впровадженням медичної реформи в Україні

Усі скарги можна поділити на дві групи: 1) ті, які базуються на побоюваннях населення, що доступ до медичної допомоги погіршиться; 2) ті, що мають об'єктивне підґрунтя.

Про перший тип скарг свідчить, наприклад, моніторинговий візит до одного з районів Полтавської області представників офісу Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини за скаргами громадян про закриття лікувальних закладів. Фактів скорочення мережі існуючих лікувальних закладів виявлено не було. У дійсності відбулись зміни назв лікувальних закладів, закривали окремі відділення, але у цілому всі фахівці, до яких звикло звертатися населення, залишились на своїх робочих місцях.

До другого типу скарг, які мають об'єктивне підґрунтя, належать численні скарги з пілотних регіонів України.

Найбільш вражаючі скарги надходять від об'єднань громадян, які відстоюють своє право на медичну допомогу («За наших дітей», Дніпропетровська область⁸). Є свідчення про погіршення доступу до медичної допомоги на Волині⁹, Чернігівщині¹⁰, в Луцьку¹¹, Кременчуку¹² й інших містах та областях України.

Київською міською радою 17 квітня та 22 травня 2013 року було створено 27 медичних закладів нового типу (19 центрів первинної ме-

дико-санітарної допомоги та 8 консультативно-діагностичних центрів) як юридичні особи у восьми районах міста¹³ (раніше вже було відкрито подібні заклади у Дарницькому та Дніпровському районах Києва).

Результати діяльності з боку чиновників виглядають так:

За рахунок створення центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) та формування мережі амбулаторій сімейної медицини досягнуто:

- 1) Первинна медична допомога територіально наближена до мешканців:
 - відкрито 81 амбулаторію загальної практики;
 - скоротився радіус доступу до лікаря від 2–7 км до 0,5–0,7 км;
 - збільшилась кількість лікарів загальної практики.
- 2) Поліпшення якості та доступності медичної допомоги:
 - зросло число виявлених хворих на туберкульоз на первинному рівні на 6%;
 - зменшилось число хворих із занедбанними візуальними формами онкозахворювань на 25%;
 - зросла кількість лабораторних досліджень на 135 тис. (1,2%);
 - збільшилось охоплення жінок скринінговими обстеженнями з 78,2 до 84,5%;
 - зменшилось число викликів до хронічних хворих та на непрофільні виклики на 4%.

Цілком зрозуміло, що зі звіту чиновників неможливо встановити, наприклад, кваліфікацію сімейних лікарів — чи володіють вони навичками роботи з паліативними хворими?

Або, наприклад, теза про те, що скоротився радіус доступу до лікаря від 2–7 км до 0,5–

⁸ <http://zadetey.org.ua/>

⁹ <http://volga.lutsk.ua/view/384/2/>

¹⁰ http://www.hvilya.com/news/komu_vpoperek_gorla_dilnichna_likarnja/2013-02-14-1885, http://www.gorod.cn.ua/news_43332.html

¹¹ <http://zik.ua/ua/news/2013/03/27/400858>

¹² http://www.telegraf.in.ua/health/health-articles/2013/04/05/knec-polklk-u-kremenchuc-pochalasya-medichna-reforma_10028734.html

¹³ Хід реформування системи охорони здоров'я у м. Києві за перше півріччя 2013 року. — <http://kievcity.gov.ua/news/9080.html>

0,7 км, не дає інформації, чи може пацієнт відвідувати лише амбулаторії загальної практики, якщо йому потрібно отримати адміністративні послуги (довідки, лікарняний, рецепт на наркотичні препарати)?

А ось як бачать «поліпшення якості та доступності медичної допомоги» онкохворі пацієнти, які за станом свого здоров'я потребують призначення наркотичних анальгетиків.

Свідчення. Пряма мова родички пацієнтки, що хворіє на онкологічне захворювання та страждає від вираженого больового синдрому, яка звернулась за медичною допомогою і за призначенням схеми знеболюючої терапії:

«Виявляється, в Голосіївському районі м. Києва встигла пройти реформа. Центральна районна поліклініка Голосіївського району перетворилася на комунальне некомерційне підприємство «Консультативно-діагностичний центр» Голосіївського району м. Києва (КНП «КДЦ» — далі КДЦ). Окремо виділені 2 Центри первинної медико-санітарної допомоги.

На СЬОГОДНІ процедура в цій системі виглядає таким чином:

1. Пацієнт іде на прийом до онколога в КДЦ.

У нашому випадку — приходила донька з документами, і за ними онколог поставив її матір на облік. Це було ще до реформування, ставити на облік відмовлялися, посилаючись на те, що пацієнтка лікувалася за місцем прописки (діагностували в Ізраїлі, паліативну хіміотерапію проходили у приватній клініці), «нерви помотали, але врешті-решт на облік поставили».

2. У разі появи больового синдрому онколог із КДЦ пише в призначенні, що показана симптоматична терапія, за необхідності — з використанням наркотичних засобів (це теж уже було написано у нашій пацієнтки ще 14 жовтня 2013 року). Коли болі посилюлися, подруга сім'ї (!) пішла з документами до дільничного терапевта (сімейного лікаря), він відповів, що з табле-

тованим морфіном не працював, як його призначати — невідомо, рецептурних бланків немає.

3. Сьогодні мені пояснили, що онколог КДЦ тільки вказує в картці, що симптоматична терапія показана, і більше КДЦ в цьому процесі не бере участі.

4. Медичні працівники кажуть: «Потрібно йти в Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2 (ЦПМСД) до терапевта за призначенням. Але у них зараз усе одно немає бюджету на це, тому рецепт вони виписати не зможуть, відправлять Вас назад до нас у КДЦ, й онколог виписує рецепт, у нас гроші ще є. Тому йдіть відразу до онколога, він виписує». Після багатьох запевнень, що онколог дійсно виписує рецепт і ми його отримаємо, я перевірила час роботи онколога, викликала доньку пацієнтки. Чекали під кабінетом більше години — звичайна історія поліклініки. Нарешті вийшла донька пацієнтки з відповіддю, що онколог нічого не виписує, потрібно викликати терапевта додому на завтра. Запис у картці: «Стан стрімко погіршується, наростає гіпоксія та больовий синдром, рекомендовано до терапевта за призначенням доз». Знов за рибу гроші.

Я залишилася, оскільки хотіла розібратися, як працює ЦПМСД і терапевти. Безуспішно. Була вже майже третя година дня.

Завідувача терапевтичним відділенням нашого району приймала до 13:00, наш дільничний лікар — до 11:00.

На питання, чи може пацієнтку (зважаючи на гостроту проблеми) сьогодні відвідати інший черговий терапевт, який зараз ходить за викликами, отримала відповідь, що виписувати опіати має право тільки терапевт, закріплений за адресою пацієнтки, тому це можливо тільки завтра. Але це ще понад 12 годин страждань. Коло замкнулось: завтра прийде терапевт і скаже, що з таблетованим морфіном він не працював, як його призначати — невідомо, рецептурних бланків немає...»

5 Негативні наслідки впровадження медичної реформи, які відобразились на погіршенні стану з правами пацієнтів в Україні

1. Антиконтитуційне скорочення мережі лікувальних закладів під гаслом «оптимізації» (нелегітимне превалювання норм Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» над Конституцією України).

2. Зменшення доступності вторинної медичної допомоги всупереч ідеї поліпшення доступності шляхом відокремлення первинної ланки медичної допомоги.

3. Погіршення доступу до кваліфікованої медичної допомоги (вторинної) для жителів сільської місцевості — найбільш негативне порушення права пацієнтів на доступ до медичної допомоги.

4. Руйнування педіатричної служби, місце якої в існуючій моделі реформування не визначено¹⁴ (закриття дитячих поліклінік, перекваліфікація педіатрів у сімейних лікарів, втрата кваліфікованих фахівців-педіатрів, які не бажають працювати сімейним лікарем).

5. Адміністративна невизначеність мережі медичних закладів. Наприклад, неможливо отримати лікарняний або іншу медичну документацію в одному місці — потрібно їхати за печаткою в іншу будівлю.

6. Впровадження першого етапу медичної реформи відбулося без достатнього правового й економічного аналізу, який би служив заявленим цілям: поліпшення якості медичної допомоги, підвищення доступності медичної допомоги.

7. Створення центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) відбулося **без**

¹⁴ Про це більш детально у попередньому виданні «Права людини в галузі охорони здоров'я — 2012».

розробки й затвердження планів оптимізації мережі медичних закладів на рівні області та окремих районів.

Як засвідчує моніторинг Уповноваженого з прав людини²⁹, задекларована мета не досягається в процесі реформи, багато заходів, що здійснюються в її рамках, призводять до порушення прав людини у сфері охорони здоров'я. При цьому моніторинг показав, що реформування системи охорони здоров'я відбувається не тільки у пілотних регіонах, а фактично в усіх областях України, що не підкріплено належними організаційними, методичними та фінансовими заходами. Провадженням Уповноваженого з прав людини за зверненнями людей встановлено, що чиновники від системи охорони здоров'я вбачають як мету медичної реформи не здоров'я пацієнта, а економію бюджетних коштів

6 Мета медичної реформи залишається незрозумілою для більшості населення та медичних працівників

Безперечно, раціональна оптимізація мережі лікувальних закладів потрібна, але цей процес потребує зваженості з боку передусім місцевих адміністрацій. Жоден із реально функціонуючих закладів охорони здоров'я, медичних установ не повинен бути закритим, допустима лише реорганізація та/або репрофілювання з урахуванням потреб населення, про що йдеться у методичних рекомендаціях

¹⁵ Щорічна доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини про стан дотримання прав і свобод людини громадянина. 2014.

МОЗ України «МОДЕРНІЗАЦІЯ МЕРЕЖІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЩО НАДАЮТЬ ПЕРВИННУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ»¹⁶.

Але, на жаль, окрім посилення на ініціативи Президента України щодо бажання поліпшити здоров'я населення, підвищити доступність медичної допомоги, мета реформ «на місцях» залишається незрозумілою для більшості населення та медичних працівників тощо. Посилання на раціональне використання коштів на тлі «корупційних скандалів», існування безоплатної медицини (лише в уявленнях чиновників від медицини) виглядають непереконливо. Населення не розуміє, чим відрізняється старий дільничний лікар від сімейного, для чого треба спочатку звертатися у ЦПМСД, потім до консультативно-діагностичного центру, а за лікарняним їхати у третє місце.

Проміжний висновок: наразі засвідчено низький рівень інформаційної підтримки медичної реформи; інформаційна підтримка медичної реформи потребує вдосконалення.

7 Перспективи розвитку інституту сімейних лікарів

Ситуацію ускладнює той факт, що до сімейних лікарів (раніше — дільничних) звертаються переважно люди похилого віку, пенсіонери або люди працездатного віку за лікарняним. У разі виникнення гострих або хронічних захворювань населення звертається до закладів вторинного чи третинного рівня медичної допомоги, що за існуючої системи платно-безоплатної медицини немає жодних перешкод.

Тому домовленість між місцевою владою¹⁷ та закладами вторинної медичної допомоги (далі — ВМД) про надання медичної допомоги населенню без направлення сімейного лікаря

¹⁶ http://www.moz.gov.ua/ua/portal/hsr_met_rec/

¹⁷ Дніпропетровська та Вінницька обл., «Реформа охорони здоров'я: попередні висновки щодо першого етапу реформи», Інститут економічних досліджень та політичних консультацій, Київ, 2013 рік.

протягом перехідного періоду та небажання лікарів закладів ВМД приймати пацієнтів без направлення стосується найбільш вразливих верств населення: пенсіонерів, тимчасово непрацюючих, сільських жителів.

Разом із тим, незважаючи на викладені факти, не було взагалі проведено дослідження потреб населення в існуванні інституту сімейного лікаря, особливо зважаючи на орієнтацію сучасної медицини на високотехнологічні методи діагностики та лікування.

Проміжний висновок: провести дослідження потреб населення в існуванні інституту сімейного лікаря, визначити особливості цієї моделі надання первинної медичної допомоги населенню з огляду на українські реалії.

8 Який лікар потрібен? Кадрові питання

Незважаючи на те що вищі медичні навчальні заклади вже багато років готують лікарів за спеціальністю «Загальна практика — сімейна медицина (ЗПСМ)», забезпечити усі ЦПМСД лікарськими кадрами поки що нереально. Тому від початку впровадження медичної реформи було запропоновано проводити перепідготовку лікарів інших спеціальностей у 6-місячний термін за галузевими положеннями. Але в цей термін неможливо, на думку багатьох експертів, які спираються на світовий досвід, отримати кваліфікацію сімейного лікаря (ЗПСМ), яка передбачає знання в багатьох галузях медичної науки. І найважливіше: при перекваліфікації неможливо отримати клінічний досвід (та, мабуть, і теоретичний) у педіатрії, проте сімейний лікар повинен лікувати й дітей на своїй дільниці.

З метою забезпечення безперервної професійної підготовки медичних працівників первинної ланки у методичних рекомендаціях МОЗ України «МОДЕРНІЗАЦІЯ МЕРЕЖІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЩО НАДАЮТЬ ПЕРВИННУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ» передбачається створення обласних тренінгових або

навчально-практичних центрів. Раціонально було б створювати ці центри на базі «зразкової» амбулаторії. У такому центрі за графіком мають проводитись короткотривалі практичні заняття (тренінги) для лікарів та медичних сестер первинної ланки відповідно до визначених ними проблемних питань і компетенцій. Подібними тренінгами мають бути охоплені всі медичні працівники первинної ланки медичної допомоги. За можливості навчально-практичні центри повинні створюватися також у районних центрах та містах обласного підпорядкування. Завданням цих центрів має бути сприяння організації проведення короткотривалих тематичних курсів для медичних працівників ЦПМСД без відриву від виробництва шляхом надання приміщень і матеріально-технічних засобів, необхідних для здійснення навчального процесу навчальним закладом або організації дистанційних форм навчання. Але наразі ми не маємо відомостей про створення таких центрів.

Проміжний висновок: дослідити навчальні програми підготовки сімейних лікарів країн Євросоюзу та впровадити найбільш успішні, що відповідають українським реаліям.

9

Екстрена медична допомога не виконує своїх функцій із причини браку коштів на ліки та втрачає кваліфікованих медичних працівників

Від 1 січня 2013 року набув чинності ЗУ «Про екстрену медичну допомогу».

Поряд із затвердженим законом було також ухвалено постанову Кабінету Міністрів «Про норматив прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події», згідно з якою за екстреним зверненням у межах міста «швидка» повинна прибути через 10 хвилин після виклику, а у сільській місцевості — через 20 хвилин. Згідно з документом, нормативи можуть бути перевищені лише на 10 хвилин, та й то у разі негоди. Відповідно до цього, відте-

пер існують критерії, згідно з якими диспетчер, що приймає звернення пацієнта, повинен визначити, екстрений це виклик чи ні, невідкладно відправити до хворого бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги або перенаправити звернення до відповідної установи охорони здоров'я первинної медико-санітарної допомоги.

Так, бригаду швидкої допомоги невідкладно повинні відправити до пацієнтів, які перебувають у стані, що супроводжується непритомністю, судомами, раптовим розладом дихання, раптовим болям в області серця, блювотою кров'ю, гострим болям у черевній порожнині, зовнішньою кровотечею, ознаками гострих інфекційних захворювань, гострими психічними розладами, що загрожують життю та здоров'ю пацієнта або інших людей. Також «швидка» поїде до пацієнта з травмами, у тому числі отриманими внаслідок ДТП, аварії на виробництві або стихійного лиха; до хворого з переохолодженням, тепловим ударом, ураженого електричним струмом чи блискавкою, потерпілому від укусу тварин. Розраховувати на прибуття «швидкої» можуть також вагітні жінки, у яких почалися передчасні пологи або сталися якісь інші порушення нормального перебігу вагітності.

До категорії неекстрених звернень наразі віднесено виклики пацієнтів, у яких раптово підвищилася температура тіла з кашлем, нежиттю, болям у горлі, розболілася голова, спостерігається запаморочення і слабкість, підвищився артеріальний тиск або проявився больовий синдром в онкохворого. Сюди ж відносять і загострення хронічних захворювань травної системи й гіпертонічної хвороби. На такий виклик повинен приїхати сімейний чи дільничний лікар. Якщо ж такої можливості немає, то пацієнту годину доведеться чекати «швидкої» або ж самостійно прямувати до лікарні.

Які негативні наслідки має цей розподіл між «екстреною» та «швидкою» допомогою?

1. Диспетчер центру екстреної допомоги «на слух» повинен визначити, яку допомогу потрібно надати за викликом, що надійшов за телефоном — отже, погіршується якість надання ме-

дичної допомоги, вона стає дуже суб'єктивною та тягне за собою наступний пункт.

2. Кількість виїздів бригад екстреної допомоги не зменшується, а навпаки, збільшується, тому що пацієнти називають за телефоном симптоми захворювань, які належать до екстрених.

Екстрена медична допомога у 2013 році працювала в умовах тотального недофінансування, що є головною причиною скорочення кількості бригад, незадовільного технічного стану автомобілів, дефіциту сучасного медичного обладнання, ліків, засобів зв'язку, пального.

Практично не виконувались терміни прибуття бригад: у містах з причин навантаженого трафіку, відсутності систем GPRS, відсутності під'їзних шляхів до будинків, відсутності номерів на будинках; у сільській місцевості — з причини незадовільного стану доріг.

Недофінансування спричинило:

1. Відсутність необхідного комплекту ліків у бригад екстреної допомоги.

2. Відсутність відповідного медичного обладнання в машинах: дефібриляторів, інтубаційного обладнання тощо.

Ці чинники погіршили можливість надання екстреної допомоги взагалі. Якщо до реформи існували так звані «лінійні» бригади (оснащені не дуже гарно) та спеціалізовані бригади, які мали необхідне оснащення, то після реформи залишилися найчастіше «порожні» машини з лікарями та браком ліків.

Усі ці чинники та погіршення умов праці взагалі (необладнаність місць тимчасового базування, «штрафи»¹⁸ за «орфографічні помилки», зняття надбавок за невиконання термінів прибуття до хворого) призводять до того, що кваліфіковані медичні кадри звільняються¹⁹.

¹⁸ <http://kiyany.obozrevatel.com/life/14673-sotrudnikov-kievskoj-pomoschi-oshtrafovali-za-orfograficheskie-oshibki.htm>

¹⁹ Екстренная помощь: реформа или террор медиков. — http://innocentsukr.blogspot.com/2013/09/blog-post_7272.html

10 У зв'язку з «реформою» деякі центри екстреної медичної допомоги працюють взагалі без використання наркотичних та психотропних лікарських засобів²⁰

Відсутність протягом року у філії «Вишгородська станція екстреної медичної допомоги», яка розташована у м. Буча Київської області, ліцензії на обіг наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів **унеможливило взагалі надання екстреної медичної допомоги** жителям території обслуговування, вигоди до якої встановлені наказом МОЗ № 24 від 17.01.2005 р. «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю „Медицина невідкладних станів“», зокрема гострий коронарний синдром, судоми, серцева астма та набряк легенів, політравми тощо. Усі зазначені невідкладні стани, які загрожують життю людини, потребують негайного введення наркотичних або психотропних лікарських засобів. Ненадання кваліфікованої екстреної медичної допомоги порушує невід'ємне право людини на життя, яке гарантовано Конституцією України, Європейською конвенцією з прав людини, конвенціями ООН тощо.

11 Руїнування системи профілактичної медицини на виробництві

Однією з проблем, на подолання якої спрямована медична реформа, є низький рівень профілактики захворювань.

В Україні щороку реєструється від 5 до 8 тис. професійних захворювань та до 10,5 тис. нещасних випадків на виробництві.

Зростання рівня професійної захворюваності спричинене впливом на працівника шкідливих факторів виробничого середовища.

²⁰ Також див.

Небезпечні умови праці на підприємствах зумовлені недоліками технологічних процесів, нехтуванням гігієнічними нормативами, невикористанням індивідуальних засобів захисту. На підприємствах вугільної промисловості, машинобудування, гірничодобувної промисловості, агропромисловості та на підприємствах недержавної форми власності (фермерських господарствах) кількість об'єктів, що не відповідають санітарним нормам, становить від 35,6 до 57,7%. У цілому по Україні лише 29,1% об'єктів відповідають вимогам санітарних норм. Зростання рівня професійної захворюваності також пояснюється недостатньою увагою до додержання вимог чинного законодавства та технологічної дисципліни, різким скороченням коштів на охорону праці, використанням шкідливих речовин та технологічного обладнання без належної сертифікації та гігієнічної експертизи, а також низьким рівнем виробничої та особистої гігієнічної культури²¹.

За останні 20 років у країні система профілактичної медицини на виробництві, що існувала раніше, була зруйнована, кількість лікарів зменшилась більш ніж у 10 разів, число пунктів охорони здоров'я на підприємствах стало меншим, ніж у 1928 році, погіршилась якість медичної допомоги працюючим, не реалізуються профілактичні технології із запобігання виробнично зумовлених і професійних захворювань.

Недосконалість системи профілактики професійних захворювань дуже негативно впливає не лише на працівників та їхні родини, але й на суспільство в цілому. Мова йде про економічні втрати через зниження продуктивності праці та збільшення навантаження на систему соціального забезпечення. При цьому слід зауважити, що профілактика професійних захворювань набагато ефективніша і менш витратна, ніж лікування або реабілітація потерпілих. Саме тому ми повинні зробити конкретні кроки, щоб розширити можливості профілактики професійних захворювань.

²¹ <http://www.ukrstat.gov.ua/>

12 Потреба у першочергових змінах у чинному законодавстві України

Про неузгодженість багатьох положень Закону України № 3612 від 07.07.2011 р. «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» з нормами Конституції України, Бюджетним Кодексом України, Господарчим Кодексом України, Цивільним Кодексом України, Кодексом законів України про працю, Законом України «Про оплату праці» ми вже неодноразово зазначали у своїх публікаціях²².

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

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

Насамперед привертає увагу той факт, що після внесення змін до «Основ...» стали невизначеними для областей України, на які не розповсюджується експеримент, поняття первинної, вторинної та третинної медичної допомоги, які були викладені у ст. 35 «старих» «Основ...»

²² «Права людини в галузі охорони здоров'я — 2011», «Права людини в галузі охорони здоров'я — 2012».

та новий вид медичної допомоги — паліативна допомога. Ця ситуація зміниться тільки з 1 січня 2015 року, але до цього часу в країні буде існувати лише екстрена медична допомога, про що йдеться у ст. 35 чинних «Основ...», незважаючи на те, що у ст. 8 задекларовано право кожного громадянина на первинну медичну допомогу, вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, паліативну допомогу тощо.

13 План Реформи медичного обслуговування не виконано

Указ Президента України «Про Національний план дій на 2013 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» № 128 від 12.03.2013 р. передбачав просування другого етапу медичної реформи, але він у ключових принципових пунктах не виконаний. **На цій підставі маємо вважати, що припинення медичної реформи можливе і це не погіршить надання медичної допомоги населенню — медична реформа вже самочинно припинилась у 2013 році.** Про це свідчать такі факти про невиконання Національного плану дій на 2013 рік:

П. 22.3. Дооснащення закладів первинної медичної допомоги відповідно до табеля матеріально-технічного оснащення — виконання на 100% плану оснащення закладів первинної медичної допомоги (грудень 2013 року). Виконавці: Вінницька, Дніпропетровська, Донецька обласні, Київська міська державні адміністрації — **не виконано**²³.

П. 22.4. Охоплення у пілотних регіонах медичним оглядом 80% прикріплених пацієнтів — позитивна тенденція виявлення візуальних форм онкозахворювань у занедбаних стадіях та виявлених випадків туберкульозу в занедбаних стадіях (грудень 2013 року) — **не виконано**.

²³ Аналіз зроблено на підставі нормативно-правової бази МОЗ України. **Не виконано** — йдеться про відсутність відповідного документа.

П. 22.5. Завершення впровадження у пілотних регіонах електронного реєстру пацієнтів, а також придбання комп'ютерної техніки та серверів для його функціонування — введення 100% населення у пілотних регіонах до електронного реєстру пацієнтів (жовтень 2013 року). Виконавці: Вінницька, Дніпропетровська, Донецька обласні, Київська міська державні адміністрації) — **не виконано**.

П. 22.8. Укладення на 2014 рік договорів про медичне обслуговування населення між центрами первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та відповідними розпорядниками бюджетних коштів — підвищення ефективності використання бюджетних коштів, оцінка вартості медичної допомоги, що надається за договором, з урахуванням її обсягу та якості (грудень 2013 року). Виконавці: Вінницька, Дніпропетровська, Донецька обласні, Київська міська державні адміністрації) — **не виконано**.

П. 22.9. Проведення у пілотних регіонах оцінки ефективності використання бюджетних коштів за результатами аналізу результативних показників бюджетної програми «Первинна медична допомога» (з урахуванням виплати надбавок медичним працівникам за якість та обсяг виконаної роботи) за друге півріччя 2012 року та перше півріччя 2013 року. Виконавці: МОЗ України, Вінницька, Дніпропетровська, Донецька обласні, Київська міська державні адміністрації (підготовка звіту у термін до липня 2013 року) — **не виконано**.

П. 22.12. Щоквартальний (квітень, липень, жовтень, грудень) моніторинг модернізації первинної медичної допомоги та підготовка відповідних звітів. Виконавець: МОЗ України — **не виконано**.

П. 22.13. Проведення аудиту запровадження у пілотних регіонах електронного реєстру пацієнтів та ефективності його функціонування. Виконавець — МОЗ України, підготовка звіту (липень 2013 року) — **не виконано**.

П. 24.2. Визначення закладів охорони здоров'я для створення багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування з відділеннями екстреної (невідкладної) медичної допомоги (березень 2013 року) — **не виконано**.

П. 24.3. Визначення обсягу ресурсного забезпечення багатoproфільних лікарень інтенсивного лікування з відділеннями екстреної (невідкладної) медичної допомоги – визначено обсяг фінансування лікарень, зазначених у підпункті та джерела фінансування (травень 2013) — **не виконано**.

П. 24.11. Спрощення порядку перерозподілу бюджетних коштів закладами охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, шляхом фінансування видатків на охорону здоров'я **за двома кодами економічної класифікації видатків**. Виконавці: Прем'єр-міністр України, Мінфін України, МОЗ України, Вінницька, Дніпропетровська, Донецька обласні, Київська міська державні адміністрації — квітень 2013 року (змінено на грудень 2013 року). Видання акта Кабінету Міністрів України — **не виконано**.

Важливо! П. 24.1. Затвердження відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 24 жовтня 2012 року № 1113 «Про затвердження Порядку створення госпітальних округів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» планів-схем госпітальних округів та планів перспективного розвитку закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) **медичну допомогу, на період до 2014 року**.

Строк виконання — березень 2013 року.

Виконання: прийняття відповідних рішень Вінницької, Дніпропетровської, Донецької обласних та Київської міської державних адміністрацій — **не виконано**.

**Реалізація реформи медичного обслуговування на загальнодержавному рівні (крім пілотних регіонів).
Завершення реорганізації первинної медичної допомоги**

П. 26.1. Модернізація мережі закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу в регіонах. Результат: забезпечення задоволення потреби центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги в основних видах

оснащення (у тому числі автотранспортними засобами) на 50%. Термін: грудень 2013 року. МОЗ України, Рада міністрів Автономної Республіки Крим, обласні та Севастопольська міська державні адміністрації — **не виконано**.

П. 26.4. Спрощення порядку перерозподілу бюджетних коштів закладами охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу, шляхом фінансування видатків на охорону здоров'я за двома кодами економічної класифікації видатків. Прем'єр-міністр України, Мінфін України, МОЗ України, Вінницька, Дніпропетровська, Донецька обласні, Київська міська державні адміністрації. (Квітень 2013 року) — **не виконано**.

Формування єдиного медичного простору

П. 29.2. Внесення на розгляд Верховної Ради України проекту Закону України про особливості діяльності закладів охорони здоров'я. Виконавці: Прем'єр-міністр України, МОЗ України. Термін — до березня 2013 року (подовжено до листопада 2013 року) — **не виконано**.

П. 29.3. Внесення на розгляд Верховної Ради України проекту Закону України про внесення змін до Податкового кодексу України щодо особливостей оподаткування закладів охорони здоров'я, створених у формі комунальних некомерційних підприємств, як неприбуткових підприємств. Виконавці: Прем'єр-міністр України, Міністерство доходів і зборів України, Мінфін України, МОЗ України. Термін: травень 2013 року (подовжено до червня 2013 року) — **не виконано**.

14 Рекомендації

Верховній Раді України

1. Внести зміни до ст. 49 Конституції України щодо скасування положень про безоплатність медичних послуг.
2. Внести до Конституції України положення щодо гарантування безоплатної екстреної медичної допомоги та переліку безоплатних ме-

дичних послуг для певних верств населення, які визначаються законодавством України.

3. Законодавчо визначити джерела фінансування галузі охорони здоров'я: держбюджет, фонд загальнообов'язкового медичного страхування, добровільне медичне страхування.

4. Скасувати Закон України № 3612 від 07.07.2011 р. «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві».

5. Визначити в ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я» поняття первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, які були викладені у ст. 35 «старих» «Основ...», та нового виду медичної допомоги — паліативної допомоги.

6. Закладати до Державного бюджету України фінансування розвитку санітарної авіації.

Міністерству охорони здоров'я

7. Проводити «оптимізацію» мережі лікувальних закладів з урахуванням існуючої інфраструктури в адміністративно-територіальних одиницях — стану доріг та громадського транспорту насамперед, а також після консультацій з громадськістю на підставі інформації про доцільність змін, що пропонуються.

8. Провести у пілотних регіонах оцінку ефективності використання бюджетних коштів за результатами аналізу результативних показників бюджетної програми «Первинна медична допомога» (з урахуванням виплати надбавок медичним працівникам за якість та обсяг виконаної роботи) за 2013 рік.

9. Продовжити поступово вводити інститут сімейного лікаря з урахуванням міжнародного досвіду та строків підготовки кадрів (до 8 років).

10. Створити обласні тренінгові центри з безперервної підготовки медичних працівників Центрів первинної медико-санітарної допомоги.

11. Дооснастити створені Центри первинної медико-санітарної допомоги відповідно до табеля матеріально-технічного оснащення. Розвивати Центри первинної медичної допомоги на базі комплектації їх спеціально підготовленими фахівцями з відповідною кваліфікацією. Комплектувати штатний розклад Центрів первинної медичної допомоги у пілотних регіонах виключно дільничними лікарями та педіатрами.

12. Підвищити «прозорість» прийняття рішень Міністерством охорони здоров'я, зокрема, проводити громадські обговорення проектів нормативно-правових актів.

13. Створити систему медичного та лікарського самоврядування, яка буде також органом контролю діяльності МОЗ. З цією метою розробити нові положення про повноваження Громадської Ради МОЗ України, у яких буде передбачатись її участь у розробці та прийнятті відомчих нормативно-правових актів.

14. Провести міжнародний аудит діяльності МОЗ України та стану галузі в цілому із залученням міжнародних експертів і розробити план «реальних» реформ.

15. Продовжити перетворення бюджетних установ охорони здоров'я у самостійні суб'єкти господарчих відносин.

Громадським організаціям

16. Проводити громадські слухання з питань дотримання права на здоров'я із залученням представників Міністерства охорони здоров'я.

17. Долучатись до роботи громадських рад при МОЗ України, обласних державних адміністрацій, органів місцевого самоврядування з метою запобігання порушенню права на здоров'я.

18. Брати участь у створенні органів Лікарського самоврядування на кшталт професійних об'єднань адвокатів.

19. Дослідити питання про доцільність існування професійних спілок медиків та можливість їх об'єднання (злиття) з органами Лікарського самоврядування.

Розділ 3

СТРАТЕГІЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО НАРКОТИКІВ НА ПЕРІОД ДО 2020 РОКУ

Розпорядженням Кабінету Міністрів України № 735 від 28 серпня 2013 року було схвалено «Стратегію державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року»¹.

Стратегія базується на положеннях Конституції України, національного законодавства та на відповідних міжнародно-правових документах ООН, Ради Європи і ЄС, включаючи Конвенцію про захист прав людини й основоположних свобод, згідно з якою ніхто не може бути підданий катуванню, нелюдському чи такому, що принижує гідність, поводженню або покаранню, а також Конвенцію про захист прав та гідності людини у зв'язку з використанням досягнень біології та медицини, відповідно до якої лікування може проводитися лише за умови згоди пацієнта, яку він дав добровільно на підставі відповідної інформації.

Стратегія містить значну кількість положень, принципів, які повинні позитивно вплинути на розвиток програми замісної підтримувальної терапії

1. Зокрема, цілий розділ присвячений зменшенню шкоди від наслідків уживання наркотиків не за медичним призначенням, у якому, крім іншого, йдеться про розроблення та коор-

динацію програм лікування наркозалежності, впорядкування профілактичних і реабілітаційних програм для осіб, які вживають наркотики, та їх родин, зокрема, замісної підтримувальної терапії. Отже, програму ЗПТ інтегровано в Стратегію.

2. Визначається як особлива група наркозалежні вагітні жінки: «Застосування багатопрофільного підходу до розв'язання специфічних проблем наркозалежності вагітних жінок і надання їм необхідної допологової допомоги».

3. Не вказується прямо, але можна трактувати як потенційну можливість участі сімейних лікарів у програмах ЗПТ: запровадити доступ до наркотичних лікарських засобів через первинну ланку медичного обслуговування лікарів загальної практики — сімейних лікарів.

4. Організація лікування наркозалежних осіб в установах пенітенціарної системи: забезпечення доступності усіх видів послуг з лікування наркозалежності, виконання психосоціальних і фармакологічних програм (зокрема, детоксикації) в установах пенітенціарної системи, супроводження і контролю цього процесу — фармакологічні програми можна трактувати як програму ЗПТ.

5. Декриміналізація та депеналізація:

- Визначитися з доцільністю депеналізації деяких діянь, пов'язаних з наркотиками, та декриміналізації окремих статей Кримінального кодексу України і внесення

¹ <http://www.narko.gov.ua/index.php/proekt-strategiji/477-strategiya-derzhavnoji-politiki-shchodo-narkotikiv-na-period-do-2020-roku>

відповідних змін до законодавства із збереженням за цими діями статусу правопорушення. При цьому депеналізація не розглядається як самодостатній захід, оскільки проблеми наркоманії не розв'язує. Одночасно з депеналізацією повинна бути посилена профілактична діяльність, підвищена ефективність лікування та реабілітації наркозалежних.

- Організувати наукове опрацювання проблеми визначення адекватності покарання за незаконну діяльність у сфері обігу наркотиків, тяжкості скоєного.
- З метою збалансування у нормативно-правових актах положень про розміри наркотиків і науково обґрунтованих підходів до проблем їх уживання та збуту слід розробити нові стандарти встановлення малих, великих, особливо великих розмірів доз наркотиків у напрямі підвищення їх порогової кількості.

Громадські організації вітають включення до Стратегії цілого розділу «**Сприяння розвитку паліативної допомоги**»:

Важливими кроками до гуманізації наркополітики у сфері надання паліативної допомоги мають стати:

- проведення національної оцінки потреб у паліативній допомозі, в лікарських засобах, передусім для полегшення болю;

- розроблення та прийняття відповідно до принципів ВООЗ стандартів і клінічних протоколів надання паліативної допомоги;
- сприяння вітчизняному виробництву таблетованого морфіну;
- створення системи державної підтримки виробників ліків та аптек, які мають ліцензії на обіг наркотиків, з метою розширення їх асортименту та доступності;
- забезпечення закладів охорони здоров'я та аптечної мережі таблетованими й пролонгованими формами опіоїдних анальгетиків;
- створення необхідних умов для безпечного використання наркотичних лікарських засобів у «стаціонарі вдома»;
- призначення лікарем без додаткового погодження та комісійного перегляду наркотичних лікарських засобів для пацієнтів з хронічним больовим синдромом онкологічної та неонкологічної природи;
- включення обов'язкового навчального курсу з паліативної допомоги до навчальних програм підготовки студентів і післядипломної перепідготовки лікарів, фельдшерів, медсестер, консультантів та соціальних працівників.

Розділ 4

СУДОВИЙ ЗАХИСТ ПРАВА НА ЗДОРОВ'Я

1 Аналіз судових рішень щодо справ, пов'язаних з притягненням до юридичної відповідальності медичних працівників через неналежне виконання ними своїх професійних обов'язків, прийнятих упродовж 2013 року¹

З метою вивчення перспектив захисту права на здоров'я у судовій системі України було досліджено рішення судів усіх інстанцій, які були винесені протягом 2013 року. Крім того, для опрацювання найбільш успішних стратегій (стратегічних справ) щодо захисту порушених прав потребує систематизації та аналізу судової практика, що стосується притягнення до відповідальності медичних працівників закладів охорони здоров'я незалежно від форм власності, у зв'язку з неналежним виконанням ними професійних обов'язків й іншими посадовими порушеннями, та відшкодуванням громадянам матеріальної та моральної шкоди, завданої такими діями.

Дослідження проведено на основі судових рішень, які містяться в Єдиному державному реєстрі судових рішень. За контекстом аналізу було відібрано 62 рішення. Дане число не відо-

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

бражає остаточної кількості винесених судових рішень за даною категорією справ, однак дозволяє відстежити основні закономірності їх змісту та зробити певні висновки.

Більшість (74%: 46 із 62) судових рішень за формою судочинства належать до категорії цивільних справ, що пов'язано з відмовами в порушенні кримінальних справ (за Кримінально-процесуальним кодексом України 1960 р.) щодо медичних працівників за заявами потерпілих². У ході дослідження було виявлено і кримінальні справи, на підставі яких лікарів притягнули до відповідальності як за ст. 140 Кримінального кодексу України (неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником), так і у зв'язку з іншими посадовими злочинами (ст. 151, 364, 366 КК України), при цьому наявні випадки відшкодування шкоди потерпілим як у рамках цивільних позовів у кримінальному провадженні³, так і пред'явлень цивільних позовів у загальному порядку вже після завершення кримінального провадження⁴. В останньому випадку необхідно окремо підкреслити, що в усіх розглянутих судових рішеннях суди при вирішенні спору посилалися на ст. 61 Цивільно-процесуального кодексу України щодо підстав звільнення від доказування, щодо обов'язковості для суду вироку у кримі-

² Наприклад: <http://reyestr.court.gov.ua/Review/31905045>

³ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/32031742>

⁴ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/32434759>

нальному провадженні з питань, чи мали місце дії та чи вчинені вони цією особою⁵.

У частині судових рішень (39%: 24 з 62) суди в тій чи іншій мірі ставали на бік потерпілих у даній категорії справ. Щодо цивільного судочинства це співвідношення дорівнює 33% (15 з 46), кримінального — 94% (15 з 16). Таку різницю можна пояснити загальноновизнаною проблемою інквізиційності кримінального судочинства в Україні, тобто це пов'язано не з кращими можливостями для потерпілого щодо притягнення медичних працівників до відповідальності за правилами кримінальної юрисдикції, а лише із загальною тенденцією в Україні до винесення обвинувальних вироків.

У 2013 році «цивільні» суди ставали на сторону потерпілих у 33% випадків, у разі кримінального судочинства — у 94% випадків

Щодо обставин, які спонукали громадян звертатися за захистом порушених прав до судів, то найбільш поширеними з них є різного роду порушення медпрацівниками порядку ведення своєї діяльності, що призвело до завдання шкоди здоров'ю⁶, оскарження незаконного поміщення до психіатричних установ⁷, вимоги з компенсації грошових сум через ненадання передбаченої законодавством безоплатної медичної допомоги⁸, розповсюдження лікарської таємниці⁹ тощо.

Як основну проблему в медично-юридичних спорах можна визначити питання доказування обставин щодо наявності порушень чинних нормативів з боку медичних працівників, наявність заподіяної шкоди здоров'ю та прямого причинного зв'язку між зазначеними порушеннями і шкодою, що настала. Саме ці обставини є тими необхідними умовами, які

потрібні для відшкодування шкоди відповідно до гл. 82 Цивільного кодексу України.

Із аналізу розглянутих судових рішень можна зробити висновок, що вирішальним фактором у доказуванні зазначених порушень є висновки експертизи. У всіх розглянутих кримінальних справах судово-медичні та, в разі необхідності, й інші види експертиз були проведені. Лише в одному випадку експертиза не була проведена, що стало підставою для направлення кримінальної справи на дорозслідування (згідно з положеннями КПК України 1960 р.)¹⁰. Відповідно до принципу диспозитивності, у цивільному процесі експертизи призначаються лише у випадку наявності заяви хоча б однієї особи, яка бере участь у справі, а тому з різних причин такі експертизи проводяться не завжди. Щодо підстав відсутності експертиз, то, окрім ненадходження заяви з боку осіб, які беруть участь у справі¹¹, також наявні випадки ненадання сторонами повних матеріалів, на основі яких такі експертизи проводяться¹², заяви про відмови від проведення експертиз¹³.

Наявність у матеріалах справи судово-медичної експертизи, яка підтверджує доводи постраждалої сторони, дає 50% успіху справі

У 55% (34 з 62) розглянутих проваджень було проведено судові експертизи, з них у 94% проваджень (15 з 16) щодо кримінальних справ та у 43% щодо цивільних справ (із урахуванням справ, у яких беруться висновки експертиз, проведених у рамках кримінального судочинства). Необхідно звернути увагу на те, що якщо під час розгляду цивільної справи не була проведена судова експертиза, то у 77% проваджень (20 з 26) рішення було прийнято не на користь сторони, яка оскаржувала дії медичних працівників, а якщо експертизи були

⁵ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/32846280>

⁶ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/30416200>

⁷ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/30481560>

⁸ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/28598947>

⁹ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/34211932>

¹⁰ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/29299238>

¹¹ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/31578002>

¹² <http://reyestr.court.gov.ua/Review/32105229>

¹³ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/31967778>

проведені, то вже частка програних справ знижується до 50% (10 з 20). Також досить наочним є те, що у 100% справ, де експертиза не підтвердила доводи щодо порушень з боку медичних працівників, рішення винесені на користь саме останніх.

Однак наявні й рішення на користь пацієнтів, у яких відсутні висновки експертів, причому за своїм характером це або рішення, які через вирішувани у них питання об'єктивно не потребують проведення експертиз¹⁴, або є настільки очевидними, що інших наявних доказів достатньо для прийняття такого рішення¹⁵, але необхідно звернути увагу, що їх частка становить лише 33%.

Під час дослідження було виявлено рішення, у яких наявні по декілька експертних висновків, які суперечать один одному. Ця проблема повинна вирішуватися за правилами, викладеними у п. 13 постанови Пленуму Верховного Суду України від 30 травня 1997 року № 8 «Про судову експертизу в кримінальних і цивільних справах»: «У випадках, коли в справі щодо одного й того ж предмета проведено декілька експертиз, у тому числі комплексну, комісійну, додаткову чи повторну, суд повинен дати оцінку кожному висновку з точки зору всебічності, повноти й об'єктивності експертного дослідження. Такій оцінці підлягають також окремі висновки експертів — членів комісійної чи комплексної експертизи, які не підписали спільний висновок. Не повинна віддаватись перевага висновку експертизи лише тому, що вона проведена комісійно, повторно, експертом авторитетної установи або таким, який має більший досвід експертної роботи, тощо». Однак аналіз судових справ показав, що це викликає багато ускладнень у судів. Суди під час руху рішень за інстанціями змінюють висновок експерта, якому вони надають перевагу, що призводить до протилежних рішень у справах^{16 17 18}.

¹⁴ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/28598947>

¹⁵ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/32799619>

¹⁶ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/31202097>

¹⁷ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/33093185>

¹⁸ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/35989456>

2 Рішення суду переважно не містять умотивованої оцінки висновків судово-медичних експертиз

Необхідно підкреслити, що відповідно до правил ЦПК України висновку експерта не надається жодних переваг перед іншими видами доказів (показаннями свідків, речовими, письмовими доказами). Крім того, за правилами оцінки доказів суд оцінює належність, допустимість, достовірність кожного доказу окремо, а також достатність і взаємний зв'язок доказів у їх сукупності, результати оцінки доказів суд відображає в рішенні, в якому наводяться мотиви їх прийняття чи відмови у прийнятті. Однак майже в жодному рішенні в тій чи іншій мірі не було дотримано цих правил судочинства. У судових рішеннях або взагалі не міститься будь-якої оцінки наявних у матеріалах справи висновків усіх судово-медичних експертиз, або ця оцінка є лише формальною. Як приклад останнього можна навести таку мотивацію оцінки експертизи: «У суду не виникає сумніву у достовірності висновків експертизи, оскільки така виконана комісією кваліфікованих спеціалістів, відповідає матеріалам справи та дійсним обставинам»¹⁹. Цим одним реченням була повністю проведена вмотивована оцінка доказу як окремо, так і в його сукупності з іншими.

3 Суди не мають позиції щодо захисту права на безоплатність лікування

Важливо, що було виявлено досить цікаву неоднаковість судової практики щодо відшкодування шкоди, завданої внаслідок ненадання безоплатного медичного обслуговування. Так, в одному випадку суд відмовив, бо в судовому засіданні було встановлено, що дійсно позивач не був забезпечений лікарськими засобами у період, зазначений у позовній заяві,

¹⁹ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/33342393>

однак із поданих відповідачами документів вбачається, що у відповідачів відсутня вина заподіяння позивачу шкоди та протиправна поведінка щодо позивача, оскільки відсутність лікарських засобів спричинив дефіцит коштів як державного, так і обласного та місцевого бюджетів²⁰. В іншому випадку підставою відмови у задоволенні позову стало те, що план лікування був погоджений між лікарем та пацієнтом, у лікарні були наявні на той час подібні ліки, але лікар запропонував купити кращі аналоги необхідних медичних препаратів пацієнту самостійно, що останній добровільно й зробив. При цьому суд не взяв до уваги показання зі сторони пацієнта, що лікар саме примушував купити ліки, проте не пояснив альтернативи щодо наявності подібних безкоштовних ліків у розпорядженні лікарні²¹. У третьому ж випадку позивався колишній суддя у відставці, який має аналогічне до закріпленого у ст. 49 Конституції України право на безоплатну медичну допомогу в державних і комунальних закладах охорони здоров'я, але й додатково зазначене у розділі X Закону України «Про судоустрій та статус суддів». Для задоволення вимог позивача в останньому випадку для суду була достатньою наявність підтвердження проходження лікування в державній медичній установі, призначень щодо лікувальних засобів та відповідних накладних на купівлю останніх²².

4 Головні підстави для визначення розмірів матеріальної шкоди — письмові докази

Стосовно підстав, на основі яких суди вирішують питання про визначення матеріальної шкоди, то в усіх розглянутих справах такими визнавалися лише письмові докази у вигляді різних довідок, виписок, рахунків, накладних,

²⁰ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/30306447>

²¹ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/30843026>

²² <http://reyestr.court.gov.ua/Review/28598947>

чеків тощо. Показання свідків до уваги не брались. Причому в більшості випадків достатньо було лише надання їх на розгляд суду. Однак під час проведеного аналізу було виявлено випадок, коли суд не взяв до уваги такі письмові докази, зазначивши: «З наданих позивачами чеків та проїзних квитків не вбачається, що саме позивачі понесли витрати на придбання ліків, на транспортування та на додаткове харчування, оскільки ці документи не є іменними»²³. У матеріалах справи відсутні заперечення відповідача проти цих письмових доказів і надання ним будь-яких доказів на їх спростування, а отже, вбачається порушення судом правил розподілу тягаря доказування.

5 Немає усталеної практики призначення розміру відшкодування моральної шкоди

Дуже проблематичним у судовій практиці було й залишається питання визначення розміру моральної шкоди. Вирішенню цього питання присвячена постанова Пленуму Верховного Суду України № 4 від 31.03.1995 р. «Про судову практику в справах про відшкодування моральної (немайнової) шкоди». Так, у п. 9 зазначено: «Розмір відшкодування моральної (немайнової) шкоди суд визначає залежно від характеру та обсягу страждань (фізичних, душевних, психічних тощо), яких зазнав позивач, характеру немайнових втрат (їх тривалості, можливості відновлення тощо) та з урахуванням інших обставин. Зокрема, враховуються стан здоров'я потерпілого, тяжкість вимушених змін у його життєвих і виробничих стосунках, ступінь зниження престижу, ділової репутації, час та зусилля, необхідні для відновлення попереднього стану, добровільне — за власною ініціативою чи за зверненням потерпілого — спростування інформації редакцією засобу масової інформації. При цьому суд має виходити із засад розумності, виваже-

²³ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/31578002>

ності та справедливості. Визначаючи розмір відшкодування моральної (немайнової) шкоди, суд повинен наводити в рішенні відповідні мотиви». Однак, незважаючи на це, дуже важко побачити дійсно ґрунтовну й розгорнуту мотивацію суду у визначенні саме такого, а не іншого розміру відшкодування. Так, у більшості випадків мотивація суду обмежується лише самим переліченням найменувань обставин, які повинні враховуватись під час визначення розміру шкоди, зазначених у п. 9 вищезгаданої постанови Пленуму ВСУ.

У середньому «ціна» людського життя визначена у розмірі 86 250 грн. Найбільша задоволена сума — 400 000 грн, найменша — 500 грн

Як типове обґрунтування визначення розміру суми відшкодування моральної шкоди можна навести таке: «Моральна шкода полягає, зокрема, у фізичному болю та стражданнях, яких фізична особа зазнала у зв'язку з каліцтвом або іншим ушкодженням здоров'я (п. 1 ч. 2 ст. 23 ЦК України). Розмір грошового відшкодування моральної шкоди визначається судом залежно від характеру правопорушення, глибини фізичних і душевних страждань, погіршення здібностей потерпілого або позбавлення його можливості їх реалізації, ступеня вини особи, яка завдала моральної шкоди, якщо вина є підставою для відшкодування, а також з урахуванням інших обставин, які мають істотне значення. При визначенні розміру відшкодування враховуються вимоги розумності і справедливості (ч. 3 ст. 23 ЦК України). З огляду на наведені положення закону, виходячи із засад розумності, виваженості та справедливості, суд зменшує розмір моральної шкоди позивачеві до 1000 грн»²⁴. Або таке: «Також суд вважає, що позивачці заподіяно моральну шкоду. Що ж до розміру відшкодування моральної шкоди, то з урахуванням вищевикладеного, ступеня вини відповідача, обставин заподіяння моральної шкоди, тривалості страждань та негативних наслідків, які настали для позивачки у зв'язку зі смертю її

²⁴ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/32799619>

доньки, суд вважає, що 40 000 грн є достатнім розміром для відшкодування заподіяної позивачці моральної шкоди»²⁵.

У жодному із розглянутих випадків немає обґрунтування необхідності зниження суми моральної шкоди порівняно з тією, яка зазначена у позові. У розглянутих судових рішеннях у 50 разів сягає найбільша різниця між запитуваною сумою та задоволеним судом розміром, або відповідає 2%. У справах, які стосуються відшкодування моральної шкоди, заподіяною смертю особи, найменша різниця у 1,5 рази.

Цивільний відповідач в одному кримінальному провадженні як довід в апеляційній скарзі навіть цікавий аргумент, що оскільки потерпілі перебувають у зареєстрованому шлюбі, то відповідно до ч. 3 ст. 368 ЦК України, ст. 60 СК України встановлено право спільної сумісної власності подружжя, а отже, присуджена сума грошових коштів, що становить 300 000 грн, буде перебувати в одному сімейному бюджеті. Варто підкреслити, що заклад охорони здоров'я не є прибутковою організацією, кошти на погашення видатків з охорони здоров'я фінансуються фінансовим управлінням райдержадміністрації виключно на потреби, пов'язані з організацією профілактики й лікування захворювань, а тому вважає, що сума моральної шкоди значно завищена. На що суд аргументовано відповів, що такий довід не може братися до уваги, оскільки: «відшкодування моральної шкоди носить індивідуальний характер і ніякого відношення до сім'ї не має. Відсутність необхідних бюджетних коштів у комунального лікувально-профілактичного закладу, як про це заявляли його представники в апеляційній інстанції, не може бути підставою для відмови потерпілим у присудженні згаданих компенсацій, оскільки законодавством така підстава не передбачена зовсім»²⁶.

Для зручності порівняння задоволених та запитуваних розмірів відшкодувань моральної шкоди із зазначенням чинників виникнення такої шкоди складена наведена нижче таблиця.

²⁵ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/32434759>

²⁶ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/32031742>

| № | Посилання | Причина моральної шкоди | Запитуваний розмір відшкодування, грн | Задоволений розмір відшкодування, грн |
|---|---|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1 | http://reestr.court.gov.ua/Review/32434759 | Смерть доньки внаслідок недбалого ставлення та невиконання лікарем гінекологом-онкологом своїх обов'язків при оперативному втручанні, яка ввела токсичну дозу лідокаїну | 200 000 | 40 000 |
| 2 | http://reestr.court.gov.ua/Review/30416200 | Тяжке захворювання дитини (дифузне гіпоксичне ураження центральної нервової системи, переважно підкоркових структур головного мозку) через неналежне виконання обов'язків лікарями під час прийняття пологів | 20 000 000 | 400 000 |
| 3 | http://reestr.court.gov.ua/Review/30279440 | Смерть доньки внаслідок недбалого ставлення та невиконання лікарем акушером-гінекологом своїх професійних обов'язків | 200 000 | 120 000 |
| 4 | http://reestr.court.gov.ua/Review/31202097 | Смерть у зв'язку з необґрунтованим призначенням і застосуванням лікарського засобу та відмовою у проведенні повторного оперативного втручання для видалення метастазу | 50 000 | 35 000 |
| 5 | http://reestr.court.gov.ua/Review/32846280 | Неналежне виконання професійних обов'язків унаслідок недбалого до них ставлення лікарем-інфекціоністом, що спричинило тяжкі наслідки для неповнолітнього сина позивачки | 250 000 | 20 000 |
| 6 | http://reestr.court.gov.ua/Review/28598947 | Не забезпечено безоплатне медичне лікування та не відшкодовано витрати на лікування відповідно до ЗУ «Про судову та статус суддів» | 500 | 500 |
| 7 | http://reestr.court.gov.ua/Review/30481560 | Незаконні дії щодо госпіталізації до психіатричного закладу та подовження госпіталізації | 200 000 | 10 000 |

| | | | | |
|----|---|---|---------|---------|
| 8 | http://reestr.court.gov.ua/Review/30776835 | Смерть сина через неналежне виконання професійних обов'язків унаслідок недбалого до них ставлення лікарем-педіатром | 250 000 | 150 000 |
| 9 | http://reestr.court.gov.ua/Review/32119280 | Несвоєчасне діагностування синові захворювання на апендицит, який ускладнився перитонітом через дисциплінарне порушення з боку лікаря | 20 000 | 5 000 |
| 10 | http://reestr.court.gov.ua/Review/31905045 | Спричинення легких тілесних ушкоджень через прокол гайморової пазухи в результаті неналежного проведення лікарем-стоматологом спроби видалення кореня зуба | 60 000 | 20 000 |
| 11 | http://reestr.court.gov.ua/Review/32799619 | Порушення тактики ведення пацієнта при наданні допомоги та невизначення подальшого лікування, що призвело до зміщення уламків кістки руки, що унеможливило правильне її зрощення, та проведення через це операції відкритої репозиції | 10 000 | 1 000 |
| 12 | http://reestr.court.gov.ua/Review/29281496 | Фельдшер помилково ввів дитині препарат, протипоказаний при її захворюванні (0,06% розчину Коргликону замість Димедролу) | 50 000 | 2 000 |

6 Лікарям немає чого побоюватись — у 2013 році у більшості випадків вони були звільнені від відбування покарання²⁷

До засуджених за кримінальними справами суди в жодному з розглянутих випадків не застосовували найбільш суворі межі покарань, передбачених відповідними статтями Кримі-

²⁷ За матеріалами дослідження, які є вибіркою з реєстру судових рішень.

нального кодексу України, навпаки — як правило, звільняли від відбування покарання. Однак більш ніж у половині випадків призначали ще й додаткове покарання у вигляді позбавлення права займати посаду лікаря та займатися лікарською діяльністю (максимально до 3 років). Найсуворіше призначене покарання за ст. 138 КК — 1 рік позбавлення волі (передбачений КК максимум — позбавлення волі до 3 років)²⁸, за ч. 2 ст. 139 КК — 1 рік позбавлення волі (передбачений максимум — позбавлення волі до 3 років з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до 3 років)²⁹, за ч. 1 ст. 140 КК — 1 рік позбавлення волі (передбачений максимум — позбавлення волі до 2 років)³⁰, за ч. 2 ст. 140 КК — 1 рік позбавлення волі з позбавленням права займати посаду лікаря та займатися лікарською діяльністю на 3 роки (передбачений максимум — позбавлення волі до 3 років з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до 3 років)³¹.

7

Висновки

1. Підсумовуючи дослідження, можна зазначити, що в Україні є приклади успішного притягнення медичних працівників до юридичної відповідальності.

²⁸ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/33646797>

²⁹ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/31016586>

³⁰ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/29222785>

³¹ <http://reyestr.court.gov.ua/Review/34040249>

2. Загалом пацієнти мають такі шанси захистити свої права: «цивільні» суди брали сторону потерпілих у 33% випадків, у разі кримінального судочинства — у 94% випадків.

3. Наявність у матеріалах справи судово-медичної експертизи, яка підтверджує доводи позивача, у цивільній справі гарантує тільки 50% імовірності прийняття «позитивного» рішення на користь постраждалої сторони.

4. Якщо під час розгляду цивільної справи не була проведена судово-медична експертиза, то у 77% проваджень рішення були прийняті не на користь сторони, яка оскаржувала дії медичних працівників.

5. Суди недостатньо обґрунтовували причини прийняття того чи іншого висновку експерта в разі наявності суперечливого в рамках одного провадження.

6. Суди не мають позиції щодо захисту права на безоплатність лікування та не розглядають це право як Конституційне.

7. Для відшкодування матеріальної шкоди є обов'язковим наявність відповідних письмових підтверджень сум матеріального збитку.

8. Досі в судовій системі України існують проблеми визначення та мотивування при прийнятті рішення щодо суми відшкодування моральної шкоди в «медичних справах».

9. Суди найчастіше звільняють медичних працівників від реального відбування покарання за кримінальними вироками, але застосовують додаткове покарання у вигляді позбавлення права займати посаду лікаря та займатися лікарською діяльністю на певний час.

Розділ 5

ЗАХИСТ ПРАВ ЛЮДИНИ В ГАЛУЗІ ПСИХІАТРІЇ

Порушення прав людини, стосовно яких вирішується питання про надання примусової психіатричної допомоги, у більшості випадків зумовлене неналежним правозастосуванням судами чинного законодавства, яке регулює надання медичної допомоги взагалі. Складається враження, що суди застосовують «презумпцію психічної хвороби людини» передусім тоді, коли до суду звертаються представники психіатричного закладу¹.

У 2013 році були внесені зміни² до ст. 22 Закону України «Про психіатричну допомогу» щодо порядку судового розгляду заяв про надання психіатричної допомоги в примусовому порядку. Цю статтю було доповнено такими положеннями: «Особа, щодо якої суд розглядає справу про надання психіатричної допомоги в примусовому порядку, має право на безоплатну правову допомогу в порядку, встановленому законом, що регулює надання безоплатної правової допомоги, протягом розгляду справи в суді». Але у відповідності до положень щодо поетапного впровадження вторинної правової допомоги безоплатного адвоката особи, відносно яких у суді вирішується питання про психіатричну допомогу в примусовому порядку, отримають тільки з 1 січня 2015 року³.

Проте наявність або відсутність адвоката у справі не гарантує дотримання прав людини,

стосовно якої в суді розглядається питання щодо надання психіатричної допомоги в примусовому порядку. У «справі Радченко» від початку (з першої доби) був адвокат, але йому не надавали можливості зустрітися з клієнтом. У цій справі були й інші процесуальні порушення, на які адвокат не мав можливості впливати.

1

Справа Руденка⁴

Оскарження примусового поміщення до психіатричного закладу (справа ЄСПЛ Руденко проти України)

17 квітня 2014 року Європейський суд з прав людини ухвалив рішення, згідно з яким визнав незаконним примусове поміщення та подальше утримання протягом 1 року 1 місяця та 12 днів 52-річного підприємця з Дніпропетровщини у психіатричній лікарні.

Так, у 2006 та 2007 роках проти гр. Руденка було порушено кілька кримінальних справ за підозрами в діях, що заважали ремонту газопроводів, вимаганні грошових коштів від місцевого політика під загрозою поширення компрометуючих відомостей про нього та ще одну особу. З метою встановлення можливості постати перед судом, через наклепницькі заяви та неадекватну поведінку Держинський районний суд Кривого Рогу в червні 2007 року

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

² <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/245-18>

³ п. 6 Розділу VI ПРИКІНЦЕВІ ТА ПЕРЕХІДНІ ПОЛОЖЕННЯ ЗУ «Про безоплатну правову допомогу».

⁴ Case of Anatoliy Rudenko. <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-142421>

ухвалив провести судово-психіатричну експертизу гр. Руденка.

Стаціонарна судово-психіатрична експертиза від 26.07.2007 р. встановила, що гр. Руденко ніколи не страждав і не страждає в даний час на будь-яке хронічне психічне захворювання. При цьому у висновку зазначено:

«Протягом усього свого життя заявник виявив такі риси особистості, як егоцентризм, надзвичайно висока самооцінка, схильність робити категоричні і суб'єктивні судження, сприйнятливність і надзвичайну чутливість до поразок і ситуацій, які зачіпають його особисті інтереси, тенденції до спотвореного сприйняття дійсності і ставлення оточуючих, войовничого і наполегливого затвердження своєї правоти і значущості, суб'єктивізму, жорсткості думки та емоцій, схильність до тенденційності і надуманості у формуванні суджень, і завзятість в обороні та реалізації своїх ідей. Вищезазначені характеристики особистості не проявляються в значній мірі, не супроводжуються серйозними порушеннями пам'яті, мислення, критичних здібностей або психотичних симптомів, та не підірвало б його здатність бути в курсі й контролювати свої дії в момент скоєння злочину, в якому він був звинувачений. Теперішній психіатричний стан є таким, що він усвідомлює і може контролювати свої дії (або бездіяльність). Він не вимагає примусового лікування».

У грудні 2008 року суд ухвалив провести ще одну судово-психіатричну експертизу, на підставі чого 26.12.2009 р. стаціонарна судово-психіатрична експертиза (до речі, до комісії входили 3 із 6 фахівців, які проводили першу експертизу 26.07.2007 р.) встановила, що гр. Руденко:

«На момент подій страждав, і страждає в даний час, від хронічного психічного захворювання у формі параноїдного розладу особистості з маячними включеннями». Основною підставою ж цього висновку ста-

ли ті ж самі обставини (егоцентризм, надзвичайно висока самооцінка, схильність робити категоричні і суб'єктивні судження...), що й були в наявності у попередній експертизі. Однак на цей раз «вищезазначені характеристики особистості проявляються в такій високій мірі, що вони можуть бути розглянуті як такі, що підірвали його здатність бути в курсі і контролювати свої дії в момент злочину, в якому він був звинувачений. Нинішній психіатричний стан не дозволяє йому бути в курсі своїх дій (чи бездіяльності) або керувати ними. Він потребує примусового лікування шляхом прийому до психіатричної лікарні із звичайним наглядом».

У грудні 2010 року була проведена ще одна експертиза (вже третя), висновок якої загалом був практично ідентичним висновку від 26.12.2009 р.

На цій підставі суд 08.04.2010 р. прийняв рішення про поміщення гр. Руденка до психіатричної лікарні, через це 14.09.2011 р. він був переведений із СІЗО до психоневрологічної лікарні. Фахівці лікарні періодично проводили обстеження, які підтверджували, що примусове лікування має продовжуватись.

14.09.2012 р., тобто рівно через рік, лікарі знову оглянули гр. Руденка і вирішили, «що незважаючи на його хронічний параноїдальний розлад особистості з «маячними включеннями», він (гр. Руденко) демонстрував нормалізацію поведінки і стабільний настрій, без агресивних тенденцій. Він шкодував про свою попередню поведінку і представилось, що він зрозумів, що це було не так».

У зв'язку з цим психіатричним висновком, лікарі прагнули скасування примусового лікування, яке було накладено судом, і заміни на амбулаторне психіатричне лікування, що 08.10.2012 р. суд задовольнив. 26.10.2012 р. гр. Руденко був виписаний із лікарні.

За власним бажанням гр. Руденка була проведена експертиза в Харківському обласному бюро судово-медичних експертиз, згідно з висновком від 20.05.2013 р. **«діагноз гр. Руден-**

ка не може розглядатися як повністю обґрунтований, оскільки він не відповідає критеріям діагностики Міжнародної статистичної класифікації хвороб». Взагалі, було зроблено висновок: у матеріалах справи не містилося жодних відомостей, які б підтверджували, що заявник страждав від будь-якого серйозного психічного розладу, який перешкоджає йому усвідомлювати і контролювати свої дії, а тому й були відсутні будь-які підстави для примусового психіатричного лікування.

Таким чином, гр. Руденко перебував у психіатричній лікарні від 14.09.2011 р. до 26.10.2012 р., тобто понад один рік та один місяць

Відповідно до викладених обставин гр. Руденко звернувся до Європейського суду з прав людини (далі — ЄСПЛ) і скаржився, що його **поміщення до психіатричної лікарні було свавільним і непотрібним заходом, що це було інспіровано владою, аби покарати його за громадську діяльність та активну політичну позицію, а також це стало підставою для відмови у його участі в судових засіданнях при розгляді кримінальних справ щодо нього**. Скарга до ЄСПЛ не містила посилення на буді-які положення Конвенції.

ЄСПЛ самостійно вирішив за доцільне розглянути цю скаргу відповідно до статті 5 §1 (е) Конвенції, яка говорить таке: «1. Кожна людина має право на свободу та особисту недоторканність. Ніхто не може бути позбавлений волі інакше як у таких випадках і в порядку, встановленому законом: (Е) законне затримання осіб для запобігання поширенню інфекційних захворювань, а також душевнохворих, алкоголік, наркоманів чи бродяг...».

ЄСПЛ зазначив, що «стаття 5 Конвенції, разом із статтями 2, 3 і 4, знаходяться в першому ряду основних прав, які захищають фізичну безпеку людини і як такі її першорядне значення в демократичному суспільстві.

Затримання особи, яка вважається душевнохворою, повинно відбуватись відповідно до мети статті 5 §1 Конвенції, яка полягає у запобіганні позбавленню волі осіб довільним чином, а також з метою обмеження, що міститься у підпункті (е). У цьому останньому відношенні Суд нагадує, що, відповідно до його прецедентного права, людина не може рахуватись «душевнохворою» і бути позбавлена волі, якщо наступні три мінімальні умови не виконані: по-перше, вона надійно має бути визнана за об'єктивною медичною експертизою такою, що є душевнохворою; по-друге, психічний розлад повинен бути такого характеру або ступеня, які б виправдовували обов'язкове позбавлення волі; по-третє, обґрунтованість тривалого позбавлення волі залежить від стійкості такого розладу (див. *Winterwerp проти Нідерландів*, 24 жовтня 1979, §39, Серія А, № 33).

Завданням Суду не є переглянути різні медичні думки, що передусім входить до компетенції національних судів; він (ЄСПЛ) повинен встановити для себе: чи національні суди, ухвалюючи оскаржуване рішення, мали у своєму розпорядженні достатньо доказів, щоб виправдати утримання під вартою?⁵

Для того щоб покластися на судження вітчизняних владних структур, які дійсно краще можуть оцінити факти конкретної справи, Суд має бути задоволений тим, що вони ретельно оцінили питання, що розглядаються. Ці принципи повною мірою застосовні до ситуацій позбавлення волі, враховуючи фундаментальну важливість цього права в демократичному суспільстві. Національні суди повинні піддавати всі випадки позбавлення волі ретельній перевірці, щоб затримані особи користувалися ефективними процесуальними гарантіями проти довільного затримання на практиці⁶.

Суд спостерігає у своєму прецедентному праві, що зміст терміну «душевнохворий» постійно розвивається, що дослідження

⁵ Див. *Герц проти Німеччини*, № 44672/98, §51, 12 червня 2003 р.

⁶ див. *Тира проти Чеської Республіки*, № 39822/07, §51, 26 травня 2011.

в психіатрії прогресують і зростає гнучкість лікування. Проте **підпункт (е) статті 5 §1 не може розглядатись як такий, що дозволяє утримання під вартою особи просто тому, що її погляди або поведінка не відповідають нормам, які переважають у суспільстві.** Вважати інакше не було б сумісним із текстом статті 5 §1, яка встановлює вичерпний перелік винятків, що вимагають вузької інтерпретації.

Крім того, Суд зазначив, що затримання особи є такою серйозною мірою, яка є виправданою лише там, де інші, менш суворі заходи були розглянуті і визнані недостатніми для захисту особи або суспільства. Це означає, що недостатньо того, що позбавлення волі відповідає національному законодавству; воно також має бути необхідне в конкретних обставинах.⁷

Нарешті, з метою дотримання статті 5 §1 (е) Конвенції судові розгляди, що ведуть до примусової госпіталізації фізичної особи до психіатричного стаціонару, мають обов'язково забезпечувати чіткі ефективні гарантії проти свавілля, враховуючи вразливість осіб, які страждають психічними розладами, і необхідність наводити дуже вагомі причини, аби виправдати будь-яке обмеження їхніх прав⁸.

Європейський суд зазначає, що, хоча наявні декілька колективних висновків експертів можна розглядати як фактор того, що цей захід не застосовувався свавільно, цього саме по собі недостатньо, щоб визнавати подальший аналіз непотрібним⁹.

А тому на цій підставі суд бере до уваги усі зроблені висновки судово-психіатричних експертиз. Європейський суд вказує, що це завдання не для Суду — переглянути згадані висновки, які були складені професійними

психіатричними експертами і які містили протилежні думки, і вирішити, який з них був правильний, а який — ні. Проте його завдання — пересвідчитися, чи ретельно, з необхідною обачністю національні суди перевірили відповідні висновки і забезпечили адекватне обґрунтування їх висновку щодо психіатричного інтернування заявника¹⁰.

Суд зазначає, що вимога ретельного дослідження була підкреслена Пленумом Верховного Суду України в Постанові № 7 від 3 червня 2005 року, у якій суди були проінструктовані виходити у своїх рішеннях щодо примусового лікування тільки з обґрунтованих висновків психіатричних експертів. Крім того, відповідно до постанови, суди повинні мати вирішальне значення в оцінці цих висновків і викликати відповідних експертів у разі будь-якої неповноти або двозначності.

Європейський суд вважає, що в розглянутій справі немає ніяких вказівок на те, що національні суди зробили будь-яку критичну оцінку висновкам експертів щодо психічного стану заявника та необхідності його примусового психіатричного лікування. Вони не шукали жодних пояснень того, чому одні й ті ж самі моделі поведінки, яка послідовно проявляється у заявника (егоцентризм, надмірно висока самооцінка...), були оцінені як такі, що не виявляють ніяких психічних захворювань — в одному випадку, і як такі, що виявляють таку хворобу — в іншому. Таким чином, у той час як поведінка заявника, як описано у відповідних судово-медичних психіатричних експертизах, залишалася такою самою (незмінною), динаміка його психічного здоров'я відповідно до цих висновків постійно змінювалась. Кардинальні зміни у висновках експертів залишилися без будь-якого аналізу, хоча це був один з аргументів, висунутих у зверненні сина заявника, що діяв як представник.

Що ж до судово-психіатричних висновків, зроблених фахівцями однієї і тієї ж лікарні «до» та «під час» примусового лікування,

⁷ Див.: для застосування цих принципів у контексті §1 (е) статті 5, *Witold Litwa проти Польщі*, № 26629/95, §78, ЄСПЛ 2000-III, і *Stanev проти Болгарії* [GC], № 36760/06, §143, ЄСПЛ 2012.

⁸ Див.: *Zagidulina проти Росії*, № 11737/06, §53, 2 травня 2013.

⁹ Див.: *М. проти України*, № 2452/04, §§59–67, 19 квітня 2012.

¹⁰ Див. також *Raudevs проти Латвії*, № 24086/03, §71, 17 грудня 2013, ще не остаточне.

то Суд підкреслює та звертає увагу на **відсутність іншої, незалежної думки**.

Суд вважає, що можливість пацієнтів користуватися благами іншої, незалежної психіатричної думки (принцип також включений до Принципів ООН щодо захисту психічно хворих осіб і поліпшення психіатричної допомоги) є важливою гарантією проти можливого свавілля у прийнятті рішень, де є зацікавленість у продовженні ув'язнення через примусове лікування¹¹.

Нарешті, Суд зазначає, що, незважаючи на важливість цього питання для заявника, він не був почутий особисто, йому не була надана можливість прокоментувати висновки експертів у судовому засіданні, що призвело до винесення рішення про його примусове психіатричне ув'язнення¹². Як видається, **немає ніяких вагомих причин, що виправдовують його виключення з розгляду (його справи)**. Таким чином, експерти, які описали поведінку заявника як «вільну і доброзичливу [...], відкритий розширений інтелект і гарна пам'ять та аналітичні навички, [хоча] демонструє чітку перевагу і жорсткість у своїх судженнях» не дали жодних пояснень щодо того, чому його психічний стан вважався таким, що виключає його ефективну участь у судових засіданнях.

Висновок

На підставі вищевикладеного Європейський суд з прав людини дійшов висновку, що національна влада не змогла довести переконливим чином і з необхідними процесуальними гарантіями існування і збереження дійсного психічного розладу, природа або ступінь якого були такими, що виправдовують поміщення заявника до психоневрологічної лікарні та його утри-

мання там. Таким чином, мало місце порушення статті 5 §1 (е) Конвенції¹³.

Закріплюється право на незалежну, альтернативну психіатричну експертизу та право бути присутнім на судовому засіданні, де розглядається справа про «примусове психіатричне ув'язнення»

2 Справа Раїси Радченко

Успіх у цій справі було досягнуто завдяки своєчасному висвітленню порушення прав Р. Радченко представниками громадськості та втручання Омбудсмена України Валерії Володимирівні Лутківської¹⁴.

12 липня 2013 року стало відомо, що громадську активістку із Запоріжжя Раїсу Радченко за рішенням Ленінського райсуду м. Запоріжжя було направлено на примусовий психіатричний огляд. Того ж дня Уповноваженим з прав людини (Омбудсмен України) було відкрито провадження у цій справі, а Регіональний координатор зі зв'язків із громадськістю Омбудсмена України у Запорізькій області отримав доручення вивчити ситуацію та доповісти про попередні висновки у понеділок 15 липня 2013 року.

16 липня 2013 року ситуацію з Раїсою Радченко було обговорено з членами Консультативної ради при Омбудсмені України, до складу якої входять відомі правозахисники та громадські активісти. Члени Консультативної ради запропонували включити до складу виїзної комісії свого представника.

17 липня 2013 року у Запоріжжі працювала виїзна комісія Секретаріату Уповноваженого з прав людини у складі 8 осіб. Члени комісії зустрілись із Раїсою Радченко, її донькою та онуком, а також з керівництвом міської та облас-

¹¹ див.: *X проти Фінляндії*, № 34806/04, §169, ЄСПЛ 2012, і *M. проти України*, згадане вище, §66.

¹² Див.: для зворотного прикладу, *Кlouten проти Німеччини* (рішення), № 48057/10, §53, 19 березня 2013 року.

¹³ Європейський суд присудив заявнику компенсацію в розмірі 18 тис. євро.

¹⁴ <http://www.ombudsman.gov.ua/>

ної прокуратури, органів внутрішніх справ, головним психіатром Департаменту охорони здоров'я Запорізької ОДА та мешканцями будинку, в якому проживала родина Радченків.

Заступник керівника Секретаріату Омбудсмена, яка очолювала виїзну комісію, наголошала, що під час особистого спілкування Раїса Радченко поведилася цілком адекватно та розповіла про своє бачення ситуації.

Крім того, за словами члена виїзної комісії — експерта у галузі психіатрії, викликали сумніви обґрунтованість підстав для примусового психіатричного огляду та госпіталізації Раїси Радченко. Але з метою з'ясування всіх обставин справи зібрані матеріали після їх опрацювання були спрямовані до Генеральної прокуратури України та Міністерства охорони здоров'я.

26 липня 2013 року Раїсу Радченко було виписано з Запорізької обласної психіатричної лікарні додому на амбулаторне лікування.

8 серпня 2013 року апеляційний суд Запорізької області за результатами півторагодинного засідання скасував рішення суду першої інстанції та прийняв нове рішення, в якому відмовив комунальній установі «Обласна психіатрична лікарня» Запорізької обласної ради в задоволенні заяви про госпіталізацію Раїси Радченко до психіатричної лікарні у примусовому порядку.

Омбудсменом України 05.08.2013 р. було здійснено подання до Вищої кваліфікаційної комісії суддів України щодо притягнення до дисциплінарної відповідальності судді Ленінського районного суду м. Запоріжжя, голови цього ж суду Галини Савченко. Подання було зроблене у зв'язку з ухваленням нею рішення із суттєвими порушеннями норм процесуального та матеріального права у справі щодо примусового психіатричного огляду Раїси Радченко.

28.11.2013 р. Вищою кваліфікаційною комісією суддів України відкрито дисциплінарну справу щодо судді Галини Савченко за поданням Уповноваженого та поданням народних депутатів України Валентина Наливайченка та Олександри Кужель. 27.03.2014 р. рішенням Вищої

кваліфікаційної комісії суддів України судді Галини Савченко оголошено догану¹⁵.

3

Справа Сергія Х.

Обставини справи

4 січня 2013 року мешканець Вишгорода Сергій Х., 1985 р. н., завітав у кав'ярню. До нього підійшли двоє в цивільному і, пред'явивши міліцейські посвідчення, запропонували проїхати з ними, не пояснюючи куди і з якої причини. Особу одного з них нам незабаром вдалося встановити. Ним виявився дільничний з м. Вишгорода лейтенант міліції Андрій Ярошук¹⁶.

Не бажаючи вступати в конфлікт із представниками органів правопорядку, Сергій, хоч і не отримав відповіді на причини його затримання, добровільно сів у машину з міліціантами. Однак повезли його, як виявилось, не до відділку. Авто попрямувало безпосередньо до обласної психоневрологічної лікарні № 2 у м. Ворзелі, де його й передали з рук у руки лікарів.

Аналіз ситуації

Згідно зі ст. 3 Закону України «Про психіатричну допомогу», кожна особа вважається такою, яка не має психічного розладу, доки наявність такого розладу не буде встановлено на підставах та в порядку, передбачених цим Законом та іншими законами України. А згідно зі ст. 4 того ж закону, психіатрична допомога надається на засадах добровільності.

Однак можливою є й примусова госпіталізація, але лише такої особи, дії якої становлять безпосередню небезпеку для неї самої або для інших осіб.

Згідно зі ст. 11 ЗУ «Про психіатричну допомогу», примусовий психіатричний огляд і лікування можливі лише за рішенням суду після

¹⁵ <http://www.ombudsman.gov.ua/>

¹⁶ *Метельова Тетяна*. Примусова психіатрія як знаряддя розв'язання побутових проблем? — <http://www.khpg.org/index.php?id=1358196506>

звернення до нього керівника або представника медичного закладу. У заяві повинні бути зазначені підстави для такої госпіталізації.

В абзаці 9 ст. 11 ЗУ «Про психіатричну допомогу» зазначено: у невідкладних випадках, коли за одержаними відомостями, що дають достатні підстави для обґрунтованого припущення про наявність в особі тяжкого психічного розладу, внаслідок чого вона вчиняє чи виявляє реальні наміри вчинити дії, що являють собою безпосередню небезпеку для неї чи оточуючих, або неспроможна самостійно задовольняти свої основні життєві потреби на рівні, який забезпечує її життєдіяльність, заява про психіатричний огляд особи може бути усною. У цих випадках рішення про проведення психіатричного огляду особи без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника приймається лікарем-психіатром самостійно і психіатричний огляд проводиться ним НЕГАЙНО».

Отже, можна було б припустити, що відносно Сергія Х. надійшла заява про те, що він становить небезпеку для оточуючих. Однак і в такому разі до рішення суду представники правоохоронних органів могли бути залученими до його госпіталізації лише за наявності рішення суду та заяви медичних працівників про потребу в наданні допомоги в госпіталізації особи. Без рішення суду — міліція до таких заходів НЕ ЗАЛУЧАЄТЬСЯ. Отже, такий спосіб госпіталізації за будь-яких умов є не лише порушенням прав людини, порушенням закону, а й може бути кваліфікований як викрадення. Це — по-перше¹⁷.

По-друге. Особа, яку було госпіталізовано до психіатричного закладу за рішенням лікаря-психіатра, підлягає обов'язковому, протягом 24 годин з часу госпіталізації, огляду комісією лікарів-психіатрів психіатричного закладу для прийняття рішення про доцільність госпіталізації. У випадку, коли госпіталізація визнається недоцільною й особа не висловлює бажання залишитися в психіатричному закладі, вона підлягає негайній виписці¹⁸.

¹⁷ Ibid.

¹⁸ Ibid.

Щодо Сергія Х. жодного огляду комісією лікарів здійснено до сьогодні не було. Пішла десята доба його немотивованого примусового перебування в психіатричному закладі. Єдиний «огляд», якому його було піддано, здійснювався черговим лікарем у присутності двох медичних сестер у день його прибуття до лікувального закладу.

По-третє. Госпіталізована особа має право на ознайомлення зі своєю історією хвороби (медичною карткою), на отримання в письмовому вигляді будь-яких рішень щодо надання їй психіатричної допомоги. Її скарги та заяви повинні бути розглянуті в установленому законом порядку. Лікар-психіатр перед проведенням психіатричного огляду зобов'язаний відрекомендуватися особі, яка підлягає огляду, як лікар-психіатр, назвати своє прізвище, місце роботи та викласти мету огляду (абзац 11 ст. 11 ЗУ «Про психіатричну допомогу»).

Однак і на десяту добу незаконного утримання Сергій усе ще не був поінформований про причини свого перебування в лікарні. Також його письмові заяви на ім'я головного лікаря з вимогою надати можливість ознайомитися з діагнозом, записами в медичній картці, з'ясувати причину свого примусового перебування в лікарні та вимогою негайної виписки залишилися без розгляду. Лікарнею до сьогодні не доправлені до суду документи щодо примусового перебування там Х. (на момент складання статті).

Представникам громадських організацій, які 8 січня 2013 року прибули до психіатричної лікарні, у зустрічі з Сергієм було відмовлено. Як було відмовлено й у спілкуванні з черговим лікарем.

Подані того ж 8 січня 2013 року до Головного Управління МВС України в Київській області та до обласної прокуратури заяви про викрадення людини та незаконне примусове утримання її у психіатричному закладі мали своїм наслідком лише те, що згаданий вище дільничний Андрій Ярошук зв'язався з Х. та просив його заднім числом підписати документи про добровільне перебування в лікарні. Такі ж документи його примушували підписати в лікарі. Х. категорично відмовився.

Особливо у цій ситуації дивувала позиція правоохоронних органів та лікарні, які, складось враження, не ознайомлені з вимогою Закону України «Про психіатричну допомогу». На зауваження представників громадськості про те, що примусове доправлення з участю працівників міліції громадянина до психлікарні можливе лише за рішення суду, в усіх правоохоронних органах реакція була подібною: «Яке рішення суду?! Лікарі сказали, що він хворий. А дружина попросила по-дружньому дільничного про допомогу. Де тут порушення закону?».

Отже, щодо Сергія, який, за свідченнями його колег і друзів, ніколи й до моменту заборотення до психлікарні не мав жодних відхилень у поведінці, жодного діагнозу тощо (а хоч би й мав, правового змісту ситуації це не змінює!), здійснювались протизаконні дії як з боку лікарів, так і з боку правоохоронців. І були підстави вважати, що наразі був черговий випадок застосування психіатрії з карально-виховною метою. Те, що такі дії не мають політичного підтексту, а спричинені виключно побутовою мотивацією, не робить їх більш законними чи менш загрозованими для суспільства.

Є усі підстави констатувати: психіатрична медична допомога й до сьогодні у деяких випадках використовується не з метою надання допомоги, а як засіб вплинути на особу. І до сьогодні ніхто не застрахований від того, що його дружина чи чоловік або якийсь інший родич чи сусід з допомогою знайомих працівників міліції не ув'язнить його задля «виховання» психотропними засобами.

4 Рекомендації та зауваження

Умисне подання заяви про психіатричний огляд особи, що містить завідомо неправдиві або неточні відомості щодо стану психічного

здоров'я цієї особи, тягне за собою відповідальність, передбачену законами України. Зокрема, Кримінальний кодекс України (ст. 151) передбачає покарання за поміщення до психіатричного закладу завідомо психічно здорової особи. Таке діяння карається арештом на строк від трьох до шести місяців або обмеженням волі на строк до двох років, або позбавленням волі на той самий строк, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років.

Що ж до дій представників правоохоронних органів у даній ситуації, то ст. 146 ККУ за викрадення людини передбачає покарання у вигляді обмеження волі на строк до трьох років або позбавлення волі на той самий строк. Однак оскільки викрадення з кав'ярні серед білого дня було здійснене групою осіб, то покарання має бути дещо більшим: позбавлення волі на строк від п'яти до десяти років¹⁹.

5 Рекомендації

1. Розповсюджувати як соціальну рекламу контактні дані громадських приймалень громадських організацій, які надають безоплатну правову допомогу.

2. Громадським приймальням неурядових організацій підвищувати свій експертний потенціал щодо ведення медичних справ з метою запобігання порушенню прав у сфері психіатрії.

3. Громадським організаціям підсилювати співпрацю з офісом Омбудсмена України як ефективним механізмом захисту прав людини.

4. Юристам громадських організацій використовувати рішення ЄСПЛ як джерела права.

¹⁹ *Метельова Тетяна*. Примусова психіатрія як знаряддя розв'язання побутових проблем? — <http://www.khpg.org/index.php?id=1358196506>

СПЕЦІАЛЬНА ЧАСТИНА

Розділ 6

ПРАВА ПАЦІЄНТІВ ПРОГРАМИ ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ

1

Деякі офіційні дані¹

- За даними офіційної статистики МОЗ України станом на 01.01.2013 р. в Україні на диспансерному обліку перебуває 66 201 споживачів ін'єкційних наркотиків (оціночна кількість 250 000).
- ВООЗ, ЮНЕЙДС та Управлінням ООН з наркотиків та злочинності для забезпечення припинення поширення ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків рекомендовано охоплення ЗПТ хворих на опіодну залежність не менш ніж 25%.
- При формуванні потреби у ЗПТ ураховуються запити регіонів України відповідно до листів очікування пацієнтів та індикатори Програми.
- Потреба у препаратах для замісної підтримувальної терапії забезпечується за кошти гранту Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, фінансування 10 раунду якого закінчується у 2016 році.
- Станом на 01.12.2013 р. замісну підтримувальну терапію отримували 8380 хворих, що становить **12,6%** від диспансерної групи.

¹ Засідання Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу 15 січня 2014 року. — <http://dssz.gov.ua/>

Охоплення споживачів ін'єкційних наркотиків ЗПТ



- Середній стаж споживання наркотиків — 16 років, середній вік пацієнтів — 39 років.
- Серед пацієнтів, які отримували ЗПТ: 3510 осіб є ВІЛ-інфікованими (42,2%), із них антиретровірусну терапію отримують 1705 (20,5%) хворих, 290 (2,5%) ВІЛ-інфікованих осіб готуються до початку АРТ.
- 5848 (70,4%) пацієнтів є носіями вірусних гепатитів В, С.
- 1419 (17,1%) пацієнтів хворі на туберкульоз.

Доступ ВІЛ-інфікованих СІН² до лікувально-профілактичних програм (2013)³:

- З діагнозом СНІД під медичним наглядом перебувають 13 891 СІН, із них активних СІН — 4449; **отримують ЗПТ 3491 (25,13%)**;

² Споживачі ін'єкційних наркотиків.

³ <http://dssz.gov.ua/>

- Отримують АРТ 9417 СІН, із них активних — 2814, **отримують ЗПТ 1698 (11,1%)**.

Доступ СІН до лікувально-профілактичних програм (станом на 01.12.2013)⁴:

- Усього ЗПТ отримують 8322 хворі (12,88%), з них метадон отримують 7420 хворих, бу-пренорфін — 902 хворі;
- Середній стаж споживання наркотиків 16,4 років, середній вік пацієнтів 39 років;
- 3491 (41,9%) особа ВІЛ-інфікована;
- 1698 (20,4%) ВІЛ-інфікованих пацієнтів програми ЗПТ отримують АРТ, 290 (3,4%) ВІЛ-інфікованих осіб готуються до початку АРТ;
- 5848 пацієнтів — носії вірусних гепатитів В, С (70,2%);
- 1419 (17,1%) пацієнтів хворі на туберкульоз.

Заклади охорони здоров'я, на базі яких упроваджується ЗПТ⁵:

- ЗПТ впроваджено на базі 158 закладів охорони здоров'я у 27 регіонах України, у тому числі:
- 8 центрів профілактики і боротьби зі СНІДом (Запоріжжя, Львів, Харків, Хмельницький, Вінниця, Волинь, Тернопіль, Київ);
- 18 протитуберкульозних диспансерів (АР Крим, Волинська, Дніпропетровська — 3, Донецька, Запорізька, Івано-Франківська, Львівська, Миколаївська, Одеська, Полтавська, Тернопільська, Харківська, Херсонська та Хмельницька області).

⁴ Засідання Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, 15 січня 2014 року. — <http://dssz.gov.ua/>

⁵ Засідання Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, 15 січня 2014 року. — <http://dssz.gov.ua/>

Подальші плани Уряду щодо впровадження замісної підтримувальної терапії в Україні (проект Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції / СНІДу на 2014–2018 роки)⁶

Розділ 2. Профілактичні завдання

Завдання 3. «Розширення охоплення програмами профілактики ВІЛ представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ та їх статевих партнерів, а також ув'язнених, дітей із сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах, безпритульних та бездоглядних дітей та які не отримують належного батьківського піклування»:

- Забезпечення надання споживачам ін'єкційних наркотиків комплексних профілактичних послуг, рекомендованих Всесвітньою організацією охорони здоров'я та Об'єднаною програмою Організації Об'єднаних Націй з урахуванням кращого світового досвіду, на базі громадських організацій, мобільних пунктів та амбулаторій, аптек тощо (154 400 на 2018 рік).
- Забезпечення охоплення споживачів ін'єкційних наркотиків програмами замісної терапії, включаючи заклади системи виконання покарань (20 892 на 2018 рік).
- Забезпечення, зокрема через механізм соціального замовлення, доступу споживачів ін'єкційних наркотиків до програм ресоціалізації та реабілітації у центрах ресоціалізації та реабілітації.

Очікувані результати виконання Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції / СНІДу на 2014–2018 роки (проект)

| Рік | Кількість пацієнтів ЗПТ / відсоток охоплення від диспансерної групи |
|------|---|
| 2014 | 12 825 / 16,2 % |
| 2015 | 14 621 / 18,1 % |
| 2016 | 16 204 / 20 % |
| 2017 | 17 593 / 27,5 % |
| 2018 | 20 892 / 35 % |

⁶ <http://dssz.gov.ua/>

Аналіз результатів упровадження замісної підтримувальної терапії в Україні⁷:

- До 9,07% зменшилась кількість уражених ВІЛ-інфекцією серед споживачів ін'єкційних наркотиків (у 2006 році серед 33 094 обстежених споживачів ін'єкційних наркотиків виявили 16,5% ВІЛ-інфікованих, у 2012 році серед 37 290 обстежених споживачів ін'єкційних наркотиків виявили ВІЛ-інфікованих 9,07%);
- на 25,7% знизились темпи приросту захворюваності на ВІЛ-інфекцію в уразливих групах у 2012 році порівняно з 2006 роком за збільшення кількості тестувань на ВІЛ-інфекцію;
- у 16 разів зменшилось уживання нелегальних наркотиків та в 11,3 рази стало менше проявів ризикованої поведінки, асоційованої з інфікуванням ВІЛ (Результати дослідження ефективності програм ЗПТ в Україні. Український інститут досліджень політики щодо громадського здоров'я, Європейський офіс ВООЗ, Інститут громадського здоров'я та вивчення наркоманії, Цюрих, Швейцарія);
- підвищення прихильності ВІЛ-інфікованих споживачів ін'єкційних наркотиків до антиретровірусного та протитуберкульозного лікування;
- поліпшення соціальної адаптації споживачів ін'єкційних наркотиків (з 6127 пацієнтів ЗПТ працювало 2061 особа, 1828 осіб створили сім'ї, 207 осіб народили здорових дітей), покращення фізичного та психічного стану пацієнтів.

2 Проблеми впровадження програми ЗПТ в Україні. Погляд правозахисних організацій

Невідповідність кількості передбачених квот пацієнтів ЗПТ рекомендаціям ВООЗ/ЮНЕЙДС.

За офіційними джерелами, у 2010 році в Україні розлади психіки та поведінки через уживан-

⁷ Засідання Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, 15 січня 2014 року. — <http://dssz.gov.ua/>

ня опіоїдів зареєстровано у 56 973 осіб⁸. За наведеними вище даними, станом на 01.01.2013 р. в Україні на диспансерному обліку перебувало 66 201 споживач ін'єкційних наркотиків (оціночна кількість 250 000). Тобто, за три роки кількість таких осіб зросла майже на 10 000.

Але станом на 01.04.2014 р. замісну підтримувальну терапію в Україні впроваджено тільки для 8064 наркозалежних (метадон отримують 7183 особи, бупренорфін — 881 особа відповідно). Продовження замісної підтримувальної терапії буде можливим на виконання наказу МОЗ України від 23.11.2010 р. № 1036 тільки для 8754 осіб⁹; за наказами МОЗ №285/500 — для 9441 особи.

Якщо враховувати рекомендації ВООЗ/ЮНЕЙДС/Управління ООН з наркотиків та злочинності, за якими для забезпечення припинення поширення ВІЛ-інфекції серед СНІД-хворих на опіоїдну залежність, потрібно було збільшити кількість клієнтів ЗПТ до 14 243 осіб ще у 2010 році. Але такої кількості квот клієнтів ЗПТ тільки планується за проектом **Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки**¹⁰ досягти у 2015 році.

Викликає занепокоєність і нерівномірність розподілу «квот» (кількість людей, які будуть клієнтами програми) на ЗПТ між областями України. Наприклад, у Харківській області зареєстровано 1163¹¹ осіб СНІД — передбачається тільки 135 пацієнтів ЗПТ, у Волинській області зареєстровано 1458 СНІД — передбачається 290 пацієнтів ЗПТ, в Одеській області зареєстровано 5495 СНІД — передбачається 314 пацієнтів ЗПТ¹².

⁸ Лист МОЗ №22.01/06-2033 від 19.12.2011 року та додаток до нього.

⁹ <http://ucdc.gov.ua/index.php/uk/statystyka/profilaktyka/zamisna-pidtrimivalna-terapiya>

¹⁰ <http://dssz.gov.ua/>

¹¹ Орієнтовні цифри 2010 року (ймовірно, потрібно враховувати приховану кількість СНІД).

¹² Ibid., але Обласне управління охорони здоров'я Одеської обласної державної адміністрації встановлює квоту у 230 пацієнтів (<http://ucdc.gov.ua/>)

Виходячи з наявного темпу приросту клієнтів ЗПТ та з того факту, що офіційні дані не відображають дійсної поширеності опіоїдної залежності, можна зробити висновки:

1. Україною вжито недостатньо заходів щодо профілактики розповсюдження ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків.

2. Порушується право споживачів ін'єкційних наркотиків на доступ до життєво необхідних ліків у контексті права кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного та психічного здоров'я.

Ураховуючи Резолюцію 60/251 Генеральної Асамблеї ООН від 15 березня 2006 року та резолюцію Ради з прав людини 5/1 та 5/2 від 18 червня 2007 року — Держава Україна відповідальна за забезпечення доступу без якої-небудь дискримінації до ліків, зокрема до недорогих, безпечних, ефективних та високоякісних основних ліків.

Існуюча кількість клієнтів ЗПТ (не тільки у Харківській області) не відповідає чинному законодавству України щодо запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення України.

Зокрема, порушуються вимоги:

1. Закону України від 19 лютого 2009 року № 1026 «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки»¹³.

2. Статті 4 Закону України «Про внесення змін до Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» № 2861 від 23.12.2010 р.»¹⁴

uk/statystyka/proflaktyka/zamisna-pidtrimovalna-terapiya).

¹³ Додаток 3.

¹⁴ Додаток 7.

3. Наказу МОЗ України від 13.04.2005 р. № 161 «Про розвиток та удосконалення замісної підтримуючої терапії для профілактики ВІЛ/СНІД серед споживачів наркотиків».¹⁵

Свідчення

Клієнт Л¹⁶. — споживач ін'єкційних наркотиків з 1990 року; дізнався про свій ВІЛ-статус у 2012 році після звільнення з Олександрівської виправної колонії № 25 Управління Державної пенітенціарної служби в Харківській області. Відразу після цього він став на облік в Обласному центрі профілактики та боротьби зі СНІДом (далі — Центр ВІЛ/СНІД). Крім того, клієнт хворіє на туберкульоз і перебуває на обліку в Обласному протитуберкульозному диспансері, а також у Харківському обласному наркотичному диспансері.

Незважаючи на те що клієнт перебував у місцях позбавлення волі, тривалий час йому все-таки не вдалось позбутись наркотичної залежності. Врешті-решт він вкотре вирішив звернутись за лікуванням. Маючи на увазі, що раніше він уже 4 рази безуспішно лікувався від опіоїдної наркотичної залежності, він вирішив спробувати лікування за допомогою програми замісної підтримувальної терапії.

На початку жовтня 2012 року Л. звернувся до Центру ВІЛ/СНІД за призначенням ЗПТ, проте йому було відмовлено на тій підставі, що немає вільних місць. При цьому відповідальні за призначення програми лікарі вказали на єдину можливість призначення ЗПТ клієнту, ставши в чергу аж шостим. Це означало необхідність очікувати початок лікування не менше півроку (зазвичай для того, щоб стати учасником програми в порядку черги, кожному наступному потенційному клієнту треба чекати не менше місяця).

¹⁵ Додаток 19.

¹⁶ <http://gidnist.com.ua/page/services>

Аналіз ситуації: Варто зауважити, що представники органу державної влади запропонували клієнту очікувати на призначення програми саме в порядку черги, в той час як п. 6 Наказу Міністерства охорони здоров'я України від 27.03. 2012 р. № 200¹⁷ «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю» вказує, що показаннями до позачергового призначення ЗПТ є встановлений діагноз залежності від опіоїдів та наявність одного з таких захворювань або станів: ВІЛ-інфекція; туберкульоз; вагітність; гепатити В, С; септичні стани; онкологічні захворювання.

Таким чином, працівниками Центру ВІЛ/СНІД було грубо порушено припис вищезгаданого нормативного акта, а також ч. 2 ст. 19 Конституції України, яка визначає, що органи державної влади та органи місцевого самоврядування та їх посадові особи зобов'язані діяти лише на підставі, в межах повноважень та у спосіб, що передбачені Конституцією й законами України.

Абсолютна недостатність кількості квот, що адекватні оціночним даним для успішного й ефективного впровадження програми ЗПТ, найбільш виразно виявляється у Харківській області.

Відносна недостатність кількості квот спостерігається в інших 26 регіонах України, якщо враховувати рівень розповсюдження опіоїдної наркоманії за офіційними статистичними даними.

Проміжний висновок: потрібно привести у відповідність до рекомендації ВООЗ/ЮНЕЙДС/Управління ООН з наркотиків та злочинності квоти на клієнтів програми ЗПТ та оперативно їх переглядати за поданням обласних департаментів охорони здоров'я.

¹⁷ Додаток 15.

3 Об'єктивні перешкоди розвитку програми ЗПТ

1. Непоширеність мережі сайтів ЗПТ, особливо за мережами обласних центрів України. Відсутність сайтів ЗПТ у багатьох районних центрах України.

2. Важкий «соматичний стан» багатьох СІН, що не дозволяє їм щодня відвідувати сайт ЗПТ.

3. Відмова клієнтам ЗПТ у більшості регіонах України призначати за рецептами препарати ЗПТ.

4. Тиск з боку правоохоронних органів — запити на сайти ЗПТ про клієнтську базу, затримання клієнтів ЗПТ безпосередньо на сайтах ЗПТ.

5. Майже повна відсутність гарантії продовження отримання препаратів ЗПТ клієнтами програми ЗПТ в ізоляторах тимчасового тримання (ІТТ) у відділеннях міліції та слідчих ізоляторів пенітенціарної системи (СІЗО).

6. Список бар'єрів доступу до програми ЗПТ в Україні не є вичерпаним.

Більш детально:

1. Непоширеність мережі сайтів ЗПТ, особливо за мережами обласних центрів України. Відсутність сайтів ЗПТ у багатьох районних центрах України.

Ін'єкційна наркоманія опіатами розповсюджена не тільки у великих містах, але переважно лише там розміщені сайти ЗПТ. СІН із сільських районів не мають можливості щодня їздити до обласного центру з огляду на далеку відстань.

Звертаємо вашу увагу ще раз на той факт, що з 2012 року у Харківській області відкрито тільки один сайт у сільському районі, де ЗПТ отримує один (!) клієнт.

ГО «Інститут правових досліджень і стратегій» має 8 (вісім) звернень про бажання стати клієнтами ЗПТ саме з сільських районів Харківської області, де сайти ЗПТ досі не відкрито.

2. Важкий «соматичний стан» багатьох СІН, що не дозволяє їм щодня відвідувати сайт ЗПТ.

Цю проблему може проілюструвати наведене нижче свідчення, яке підкреслює проблеми доступу до препаратів ЗПТ клієнтів із супутніми соматичними захворюваннями. Випадок стався у Києві. Цілком зрозуміло, що жителі сільських районів, міст та селищ з такими проблемами не мають доступу до препаратів ЗПТ.

«У пациентки ЗТ в Києве чудовищная ситуация. Как практически все пациенты «с соматикой» (с сопутствующими соматическими заболеваниями), она ходила на сайт, опираясь на трость, до последнего. Нет, до ампутации не дошло... Её неделю носили на руках (воспаление седалищного нерва — отказали ноги и руки) на сайт за метадоновой ЗПТ. Сайт расположен в 2 км от ближайшей остановки общественного транспорта. И таких случаев много, когда больная в буквальном смысле «доходит до последнего» и уже с осложнениями попадает в больницу. Сначала её положили в наркологию, пообещав матери вызывать невропатолога и других профильных специалистов-медиков. Но уже спустя трое суток медики заявили матери больной, чтобы «забирали такую дочь домой или куда угодно». В результате, только уговорив бригаду скорой помощи, Л. удалось вывезти в другую больницу, но и там врач открытым текстом заявила, чтобы «до выходных забирали домой, у таких всё равно конец один...».

Пациентку перевели еще в одну больницу — весьма известное место в Киеве, где рано или поздно оказываются все, кто «довел себя до ручки» (особенно с трофическими язвами, хирургическими проблемами, и вот, как выяснилось, и с неврологией). Туда препараты ЗПТ возят исправно. Правда, стоит пациентам стать на ноги, как они сами даже с торчащими катетерами ездят по утрам за препаратами ЗПТ на сайт, ибо лекарства доставляются в эту больницу ближе к вечеру, когда все процедуры (как правило, болевые) заканчи-

ваются, а пить ЗПТ на ночь не рационально, когда любой наркозависимый знает, что без дозы даже принимать пищу не может человек»(Свидетельство датировано 17 января 2013 года)¹⁸.

3. Відмова клієнтам ЗПТ у більшості регіонах України призначати за рецептами препарати ЗПТ.

Щодо закону. З метою забезпечення соціальної реадaptaції та реабілітації хворих з наркотичною залежністю, що одержують замісну підтримуючу терапію, виконуючи вимоги наказів МОЗ України: від 21.01.2010 р. № 11 «Про затвердження Порядку обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів у закладах охорони здоров'я України»¹⁹; від 19.07.2005 р. № 360 «Про затвердження Правил виписування рецептів та вимог-замовлень на лікарські засоби і виробу медичного призначення, Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків та вимог-замовлень»²⁰; від 10.11.2008 р. № 645 «Про затвердження методичних рекомендацій «Замісна підтримувальна терапія в лікуванні із синдромом залежності від опіоїдів»»²¹; від 27.03.2012 р. № 200 «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю»²², за рецептами препарати ЗПТ мають можливість отримати тільки в декількох областях, зокрема у Вінницькій, Івано-Франківській, Дніпропетровській, Чернівецькій, Кіровоградській, Луганській областях та м. Києві — проте кількість таких клієнтів ЗПТ незначна (офіційних даних не маємо).

¹⁸ Свідчення з правозахисної розсилки, збережено оригінальну мову.

¹⁹ Додаток 22.

²⁰ Додаток 13.

²¹ Додаток 20.

²² Додаток 15.

Свідчення

«Деякі споживачі ін'єкційних наркотиків (опіатів) називають програму ЗПТ ланцюгом, який приковує їх до сайту ЗПТ. Існує процент СІН, які працюють і не мають можливості відвідувати сайт кожного дня. Та свобода пересування СІН теж турбує — із запасом «вуличних наркотиків» вони мають можливість пересуватися по країні».

Порушення чинного законодавства України, яке встановлює доступ до препаратів ЗПТ за рецептом

1. **«Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю» від 27.03.2012 р. № 200** (додаток 15).

15. Після призначення хворому ЗПТ лікар:

- оцінює та контролює стан хворого;
- визначає необхідну дозу Препарату та за необхідності корегує її в межах мінімальної та максимальної доз, встановлених Комісією;
- направляє хворого за необхідності до іншого закладу охорони здоров'я;
- бере участь у роботі Комісії;
- спільно з лікарями інших закладів охорони здоров'я проводить консультації госпіталізованих до них хворих, яким призначено ЗПТ;
- готує пропозиції про початок та припинення ЗПТ або **надання можливості прийому Препарату, отриманого за рецептом.**

2. **«Про затвердження методичних рекомендацій «Замісна підтримувальна терапія в лікуванні хворих із синдромом залежності від опіоїдів» від 10.11.2008 р. № 645** (додаток 20).

3.10.3. Призначення препарату за рецептом:

Інший варіант надання ЗП для самостійного прийому — це виписка його за рецептом

(спецбланк для призначення наркотичних препаратів). Заклади, які виписують рецепти на спеціальних бланках, повинні чітко дотримуватись усіх вимог чинних наказів та налагодити взаємодію з аптечним підприємством, яке розподіляє препарат в області та буде видавати препарати за рецептом. Метадон або бупренорфін, який видається за рецептом, приймається пацієнтом самостійно.

Усі рецепти, які виписуються на замісні препарати, мають відповідати вимогам чинної нормативної бази²³.

Для забезпечення доступу СІН до життєво необхідних ліків потрібне впровадження практики відпуску препаратів замісної підтримуючої терапії бупренорфіну гідрохлорид за рецептами лікаря.

Обмеження конституційних прав пацієнтів програми ЗПТ, які не мають можливості отримати препарати ЗПТ за рецептом:

- **за ст. 33 Конституції України**, яка гарантує свободу пересування, вільний вибір місця проживання;
- **за ст. 43 Конституції України**, яка гарантує право на працю;
- **за ст. 53 Конституції України**, яка гарантує право на освіту.

Рекомендовані шляхи захисту порушених прав:

1. Медіація прав — звернення до керівників лікувальних закладів, у яких впроваджується програма ЗПТ, із заявами про забезпечення конституційних прав та прав, які гарантовані чинним законодавством України про охорону здоров'я (найбільш ефективний та дієвий шлях).

2. Звернення до юристів-правозахисників з метою судового захисту порушених прав (шлях стратегічних справ).

²³ На цей час чинним є наказ МОЗ від 19.07.2005 р. № 360, який дозволяє на одному рецепті виписувати до 12 таблеток препарату бупренорфін 2 мг.

4. Тиск з боку правоохоронних органів — запити на сайти ЗПТ про клієнтську базу, затримання клієнтів ЗПТ безпосередньо на сайтах ЗПТ

Спеціальний доповідач ООН з права кожного на найвищий досяжний рівень фізичного та психічного здоров'я²⁴ вже реагував на протизаконні запити Міністерства внутрішніх справ України щодо отримання конфіденційної інформації про учасників програми ЗПТ. Спеціальним доповідачем було направлено листа до Уряду України, в якому він висловлював «заклопотаність з приводу повідомлень про негативний і контрпродуктивний вплив», який є наслідком протизаконних дій правоохоронних органів України, «на значний прогрес, досягнутий до цього часу в програмі ВІЛ/СНІДу та замісної підтримуючої терапії в Україні».

У розпорядженні представників ГО «Інститут правових досліджень і стратегій» є ще декілька документів, які свідчать про спроби органів внутрішніх справ України отримати конфіденційні дані про учасників програми ЗПТ:

- а) запит до головного лікаря Коростенської міської лікарні (Житомирська область) з Управління Міністерства внутрішніх справ України в Житомирській області про надання медичних карток учасників ЗПТ — 13 осіб;
- б) запит до головного лікаря КУ «Сакское территориальное медицинское объединение № 1» (Республіка Крим) з Головного управління МВС України в АР Крим — Управління з незаконного обігу наркотиків.

До Спеціального доповідача ООН з права кожного на найвищий досяжний рівень фізичного та психічного здоров'я впродовж 2013 року було направлено 8 індивідуальних скарг та одна колективна скарга

²⁴ Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health.

на порушення державою Україна права клієнтів програми ЗПТ — права на здоров'я²⁵.

Свідчення: Групове затримання клієнтів програми ЗПТ у Тернополі

6 грудня 2012 року до ГО «Інститут правових досліджень і стратегій» надійшло повідомлення від особи, яка побажала бути анонімною, про те, що у ранковий час (6 грудня 2012 року), під час роботи сайту замісної підтримувальної терапії у Тернопільському обласному комунальному центрі профілактики і боротьби зі СНІДом (46014, м. Тернопіль, вул. Купчинського, 8), було затримано приблизно 10 пацієнтів програми замісної підтримувальної терапії (ЗПТ).

Затримання відбулося в такий спосіб. Зранку у приміщенні вищезгаданого Центру профілактики і боротьби зі СНІДом з'явилися близько 10 працівників міліції, які сказали лікарю кабінету замісної підтримувальної терапії, що у них позапланова перевірка, та посідали біля дверей кабінету. Вони чекали, коли пацієнти програми ЗПТ виходили із дверей кабінету (після прийняття препарату ЗПТ) та відводили їх до машини. На запитання лікаря: «Що відбувається?» міліціанти відповіли, що у них профілактичний захід.

Немає відомостей, чи були працівники міліції у формі. Без повідомлення про причину затримання усіх затриманих було доставлено до Тернопільського міського відділу УМВСУ, де було зроблено фото та знято відбитки пальців усіх затриманих. Через 3 години усі були звільнені.

У затриманні брав участь дільничний інспектор — лейтенант міліції Побережник Михайло Миколайович, вулиця Купчинського розташована на його дільниці.

Аналогічні відомості телефоном (06.12.2012 р.) надійшли із Тернопільського обласного нарко-

²⁵ Скарги отримані офісом Спеціального доповідача ООН та чекають на комунікацію.

логічного диспансеру, але пацієнтів ЗПТ затримували не у приміщенні ОНД, а на його території.

Інформацію про незаконні дії працівників міліції у вигляді заяви про порушення прав людини було направлено до офісу Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини. До Тернополя відрядили представників Департаменту з питань реалізації національного превентивного механізму (структурного підрозділу секретаріату Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини)²⁶.

Результати цього візиту викладено на сайті Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини²⁷. Повідомляється про те, що з 15 по 17 січня 2013 року працівники Департаменту з питань реалізації національного превентивного механізму повторно відвідали органи та підрозділи управлінь МВС України у Тернопільській області та на Львівській залізниці. (Перший візит відбувся торік).

Під час відвідування представники департаменту перевіряли інформацію щодо групового затримання працівниками міліції учасників програми замісної підтримувальної терапії у закладах охорони здоров'я Тернополя, яку вони проводили разом із активістами Всеукраїнської громадської організації «Асоціація українських моніторів дотримання прав людини в діяльності правоохоронних органів (Асоціація УМДПЛ)» відповідно до меморандуму про співробітництво.

За результатами перевірки встановлено, що 6 грудня 2012 року працівники Тернопільського міськвідділу міліції без достатніх на те підстав затримали 39 учасників програми замісної підтримувальної терапії під час їхнього перебування у двох закладах охорони здоров'я Тернополя. Після доставляння затриманих осіб

до приміщень міліції частину з них піддали незаконній дактилоскопії.

Матеріали перевірки було спрямовано до прокуратури Тернопільської області для надання належної оцінки діям правоохоронців та вживання заходів, передбачених законодавством.

За фактами порушень прав людини, виявлених працівниками Департаменту з питань реалізації національного превентивного механізму разом із громадськістю, почато кримінальне провадження. Прокуратура Тернополя зазначені відомості внесла до Єдиного реєстру досудових розслідувань та почала кримінальне провадження за фактом незаконного затримання пацієнтів замісної підтримувальної терапії у Тернопільському обласному комунальному центрі профілактики і боротьби зі СНІДом та їх доставляння у Тернопільський міський відділ міліції.

Інших відомостей про рух справи у Тернополі представники ГО «Інститут правових досліджень і стратегій» на час цього звернення (серпень 2013 року) не мають.

Свідчення: Аналогічний випадок стався у вересні 2013 року в Хмельницькому

«К юристу одной из неправительственных организаций обратились клиенты ЗПТ о преследовании со стороны работников милиции. Выяснилось, что уже второй день пациенты программы ЗПТ в Хмельницком наркологическом диспансере находятся буквально в осаде «оперов» местного угрозыска, которые непосредственно на сайте с пристрастием «контролируют» прием препарата и фотографируют ВСЕХ пациентов. Попытки «качать права» со стороны последних заканчиваются для некоторых ударом «поддых» и парой «ласковых слов».

По телефону медсестра сайта подтвердила, что вчера работники милиции были на сайте. При этом была очень удивлена, что их действия могли иметь неправомерный характер. «Это вам наркоманы сказали»? — спросила она. На уточнение: «Нет, пациенты ЗПТ», этот медработник оправдывался таким образом: «Так они же

²⁶ <http://www.svoboda.te.ua/pravo/chomu-militsiya-zatrimovala-narkozalezhnih-yaki-namagayutsyavilikuvasya.html>

²⁷ http://www.ombudsman.gov.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=2292:2013-01-23-10-14-24&catid=14:2010-12-07-14-44-26&Itemid=75

и есть наркоманы. Ну была милиция, имеют право...». Выяснилось, что врач в отпуске, а медсестры с таким уровнем понимания проблемы мало чем отличаются от «оперов», для которых нет разницы, куда они пришли: в наркопритон или в областной наркологический диспансер».

5. Майже повна відсутність гарантії продовження отримання препаратів ЗПТ клієнтами програми ЗПТ в ізоляторах тимчасового тримання (ІТТ) у відділеннях міліції та слідчих ізоляторів пенітенціарної системи (СІЗО).

Незважаючи на прийняття спільного наказу Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства внутрішніх справ України, Міністерства юстиції України, Державної служби України з контролю за наркотиками від 22.10.2012 р. № 821/937/1549/5/156 «Про затвердження Порядку взаємодії закладів охорони здоров'я, органів внутрішніх справ, слідчих ізоляторів і виправних центрів щодо забезпечення безперервності лікування препаратами замісної підтримувальної терапії» шанс продовжити отримувати препарати ЗПТ при позбавленні волі у пацієнтів залишається мінімальним.

Якщо пацієнта програми ЗПТ запровадити до місць позбавлення волі та не продовжувати лікування:

1. Через деякий час розвинеться абстинентний синдром, що призведе до значних страждань.
2. У стані абстиненції можлива смерть особи.

Свідчення:

А) Затриманому пацієнту відмовили в ЗПТ

«Клиент ЗПТ был задержан 11.03.2013 г. в 21.00 возле своего дома по постановлению суда о розыске и задержании как скрывающегося от следствия. Задержание происходило с применением силы и наручников. В районное отделение милиции был доставлен в 21.45, сразу же информация о его задержании была сообщена в центр

бесплатной правовой помощи. Адвокат прибыл к задержанному в 23.45. В камеру для задержанных был помещён 12.03.2013 г. в 01.00, где содержался до 15.00, откуда конвоирован в СИЗО. Горячим питанием, вопреки требованиям законодательства, не обеспечивался.

Дважды (в 00.30 и в 13.00) по вызову дежурного к нему приезжала бригада скорой помощи, которая подтвердила абстинентный синдром. Выдавали сибазон, димедрол и ещё какие-то препараты (2 наименования)».

Аналіз: не було виконано вимоги частини IV спільного наказу Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства внутрішніх справ України, Міністерства юстиції України, Державної служби України з контролю за наркотиками від 22.10.2012 р. № 821/937/1549/5/156 «Про затвердження Порядку взаємодії закладів охорони здоров'я, органів внутрішніх справ, слідчих ізоляторів і виправних центрів щодо забезпечення безперервності лікування препаратами замісної підтримувальної терапії», а саме:

Частина IV. Адміністрація слідчих ізоляторів та виправних центрів

4.1. Адміністрація слідчого ізолятора:

4.1.1. При отриманні інформації від ОВС про необхідність надання ЗПТ узятим під варту або безпосередньо від узятого під варту черговий медичної частини слідчого ізолятора інформує начальника медичної частини слідчого ізолятора про перебування особи, яка потребує отримання ЗПТ.

4.1.2. Начальник медичної частини слідчого ізолятора інформує за телефоном керівника найближчого за місцезнаходженням ЗОЗ згідно з Переліком закладів охорони здоров'я, де впроваджена замісна підтримувальна терапія, наведеним у додатку 1 до цього Порядку, про перебування такої особи та листом за формою згідно з додатком 5 до цього Порядку про необхідність отримання консультації лікаря-нарколога та вирішення питання щодо проведення ЗПТ або детоксикації.

4.1.3. Забезпечують доставку узятих під варту до ЗОЗ ЗПТ для отримання ЗПТ або до ЗОЗ для проведення детоксикації відповідно до призначення лікаря-нарколога.

4.1.4. Сприяє медичним працівникам у забезпеченні проведення детоксикації узятим під варту строком не більше одного місяця.

4.1.5. При неможливості доставлення узятих під варту до ЗОЗ забезпечує здійснення останнім проведення детоксикації у медичній частині слідчого ізолятора відповідно до призначення лікаря-нарколога.

4.1.6. Дані про проведення ЗПТ або детоксикації узятим під варту вносять до форми № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого № __», затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.

4.1.7. При звільненні узятих під варту із слідчих ізоляторів їм видають на руки довідку про отримання ЗПТ або проведення детоксикації.

Висновок: Рівень страждань клієнта ЗПТ, які були викликані абстинентним синдромом, досяг рівня жорстокого поводження або катувань з боку працівників органів внутрішніх справ України.

Б) Смерть у СІЗО пацієнта ЗПТ.

«Представители Харьковской правозащитной группы требуют провести расследование гибели 25-летнего заключенного Киевского СИЗО, который был пациентом заместительной поддерживающей терапии»²⁸.

25-летний Сергей Демко скончался в ночь с 25 на 26 марта с диагнозом — острая сердечная недостаточность. Правозащитники сообщают, что сразу после задержания Сергея его мать Мила Демко сообщила правоохранителям, что сын является пациентом заместительной терапии и ему необходимо предоставить

метадон. Однако в администрации СИЗО сообщили, что для этого нет средств, и никакого обследования и лечения Сергея не было, сообщает Корреспондент.net.

Как заявляют правозащитники, после смерти С. Демко не было проведено надлежащего расследования. В организации также напомнили, что согласно совместному приказу Минздрава, МВД, Минюста и Госслужбы по контролю за наркотиками от 22.10.2012 г. № 821/937/1549/5/156 «Об утверждении Порядка взаимодействия учреждений здравоохранения, органов внутренних дел, следственных изоляторов и исправительных центров по обеспечению непрерывности лечения препаратами заместительной терапии», мужчину должны были обеспечить препаратом.

«После принятия приказа смерть Сергея стала нарушением не только международных норм, но и законодательства Украины», — заявила юрист Харьковской правозащитной группы Айгуль Муканова. По ее словам, правозащитники будут добиваться надлежащего расследования смерти Демко и привлечения виновных к ответственности.

В свою очередь, представитель Уполномоченного Верховной Рады по правам человека Юрий Белоусов заявил, что по делу о смерти Сергея Демко уже направлены запросы для получения копий заключений о вскрытии трупа и копии акта судебно-медицинского исследования трупа с окончательной информацией о причине смерти»²⁹.

«В стране до сих пор существуют устойчивые стереотипы отношения к наркозависимым не как к больным людям, которым необходимо специальное лечение и социальная помощь, а как к преступникам. При получении медицинской помощи люди с наркотической зависимостью часто сталкиваются с дискриминацией, отказом в предоставлении медицинской помощи, пренебрежительным и унижительным отношением», — заявил Белоусов.

²⁸ <http://kiev.unian.net/rus/detail/8548>

²⁹ Окончательная информация на момент обращения неизвестна.

Правозащитники также отмечают, что для достижения лечебного эффекта заместительную терапию следует предоставлять непрерывно. Прерывание лечения приводит к абстинентному синдрому, что по международным стандартам расценивается как пытки и жестокое обращение».

11 июня 2013 года в Секретариате Уполномоченного Верховной Рады Украины по правам человека³⁰ состоялся брифинг на тему: «Из-за непредоставления заместительной поддерживающей терапии в СИЗО тяжело страдал человек. Как предупредить такие случаи?».

Представитель Уполномоченного по вопросам реализации национального превентивного механизма Юрий Белоусов отметил:

«Мониторинги мест несвободы, которые проводит Секретариат Уполномоченного по правам человека, показали, что поддержка ЗПТ в местах несвободы — это системная проблема. На сегодня не работает принятый совместный приказ МОЗ, МВД, Госслужбы Украины по контролю за наркотиками и Минюста № 821/937/1549/5/156 от 22.10.2012 г. «Об утверждении Порядка взаимодействия учреждений здравоохранения, органов внутренних дел, следственных изоляторов и исправительных центров, относительно обеспечения непрерывности лечения препаратами заместительной терапии». Хотя именно выполнение этого приказа всеми участниками ЗПТ должно предотвратить такие трагедии. В частности, по поводу смерти Сергея открыто производство Уполномоченного и направлены запросы с целью получения окончательной информации о причине смерти».

Проміжні висновки

1. Невиконання спільного наказу Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства внутрішніх справ України, Міністерства юстиції України та Державної служби України

³⁰ http://www.ombudsman.gov.ua/ru/index.php?option=com_content&view=article&id=2944:2013-06-11-12-31-20&catid=14:2010-12-07-14-44-26&Itemid=75

з контролю за наркотиками від 22.10.2012 р. № 821/937/1549/5/156 «Про затвердження Порядку взаємодії закладів охорони здоров'я, органів внутрішніх справ, слідчих ізоляторів і виправних центрів щодо забезпечення безперервності лікування препаратами замісної підтримувальної терапії» призводить до порушення права на заборону від жорстокого поводження або катувань з боку працівників органів внутрішніх справ України та порушення права на життя клієнтів ЗПТ.

2. Ситуацію з продовженням програми ЗПТ ускладнено тим фактом, що **«узагалі персонал слідчих ізоляторів майже або зовсім не знайомий з вимогами спільного наказу Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства внутрішніх справ України, Міністерства юстиції України, Державної служби України з контролю за наркотиками від 22.10.2012 р. № 821/937/1549/5/156 «Про затвердження Порядку взаємодії закладів охорони здоров'я, органів внутрішніх справ, слідчих ізоляторів і виправних центрів щодо забезпечення безперервності лікування препаратами замісної підтримувальної терапії»³¹.**

4

«Вантаж-200³²», Знято частину необґрунтованих обмежень у регламентації замісної підтримувальної терапії в Україні

Міністерство охорони здоров'я України внесло зміни до Порядку проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю, які вдосконалюють процес залучення до програми замісної підтримувальної те-

³¹ Стан забезпечення права на медичну допомогу у слідчих ізоляторах ДПСУ: Спеціальна доповідь з питань реалізації НПМ /Уповноважений Верховної Ради України з прав людини: Офіційне видання. — К., 2013. — 88 с.

³² «Груз 200 — военный термин, обозначающий транспортировку убитых или умерших людей в специальном герметичном контейнере (запаянный

рапії та знімають цілу низку необґрунтованих обмежень, усунення яких протягом року домагався «Альянс-Україна» разом з небайдужими громадськими організаціями.

За інформацію Держсоцзахворювань, відповідний Наказ МОЗ України від 27.03.2013 р. № 238 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 27 березня 2012 року № 200 (далі — наказ МОЗ № 200)» уже зареєстровано у Міністерстві юстиції України за № 637/23169³³.

Розглянемо внесені зміни та прокоментуємо їх:

А) Пункт 5 наказу МОЗ № 200 викласти в такій редакції:

«5. Критеріями включення до ЗПТ є: вік пацієнта більш ніж 18 років, письмове звернення хворого щодо початку ЗПТ, заповнення хворим форми первинної облікової документації № 129-1/о «Інформована згода на участь у замісній підтримувальній терапії із застосуванням препарату ЗПТ». Включення до ЗПТ пацієнтів віком менш ніж 18 років проводиться на письмове звернення їх батьків або законних представників у разі наявності станів, викладених у пункті 6 цього Порядку, та усвідомленої інформованої згоди таких осіб».

Коментар: надано можливість стати пацієнтами особам віком до 18 років.

Б) Пункт 8 наказу МОЗ № 200 викласти в такій редакції:

«Комісія приймає рішення щодо мінімальної та максимальної доз Препарату та терміну його застосування шляхом заповнення форми первинної облікової документації № 129-3/о «Висновок про призначення препаратів замісної підтримувальної терапії». Результати засідання Комісії заносяться у форму первинної облікової документації № 129-5/о «Журнал запису висновків комісії з доцільності призначення нар-

цинковый гроб) до места захоронения. Название вошло в обиход после войны в Афганистане. В более широком смысле «*двухсотый*» — погибший.

³³ <http://dssz.gov.ua/index.php/component/content/article/97-novyny/1612-2013-04-24-16-00-20>

котичних засобів для замісної підтримувальної терапії закладу охорони здоров'я».

Зміна дозування Препарату в межах мінімальної та максимальної доз, встановлених Комісією, проводиться лікарем (**самостійно**).

Коментар: залишається комісійне призначення мінімальної та максимальної доз препарату ЗПТ та термін його застосування.

Позитивний крок — зміна дозування препарату ЗПТ у межах мінімальної та максимальної доз, встановлених Комісією, проводиться лікарем **самостійно**.

В) Важливий п. 10 отримав такі зміни: «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».

Коментар: зникла потреба до виписки додавати копію 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. Але залишилась вимога наявності паспорта, який не завжди є у клієнта ЗПТ.

Г) Пункт 12 наказу МОЗ № 200 викласти в такій редакції:

«12. Керівник закладу охорони здоров'я у випадку проведення стаціонарного лікування хворого, який отримує ЗПТ, з метою забез-

печення безперервності ЗПТ протягом одного робочого дня з моменту звернення пацієнта до закладу охорони здоров'я письмово звертається до Міністра охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, керівників структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій для забезпечення передачі у строк не більше трьох календарних днів з моменту отримання звернення керівника закладу Препарату між закладами охорони здоров'я з обов'язковим дотриманням вимог законодавства щодо порядку обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів».

Коментар: Підвищено гарантії забезпечення безперервності отримання ЗПТ у разі госпіталізації клієнта ЗПТ, але це не дуже актуальне положення, тому що порядок перерозподілу (забезпечення лікувальних закладів препаратами ЗПТ) вже в багатьох областях вирішено шляхом видання відповідних наказів. Вважаємо за потрібне надати більше свободи ЛПЗ, які мають ліцензію на оборот наркотичних препаратів.

Д) Пункт 17 наказу МОЗ № 200 викласти в такій редакції:

«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, зазначених в інформаційному листі про замісну підтримувальну терапію із застосуванням препарату ЗПТ;
- спроби винести Препарат за межі закладу охорони здоров'я;
- пропуску прийому Препарату більше 10 днів протягом місяця;
- підтвердження за результатами тесту сечі наявності в організмі хворого наркотичних засобів».

Коментар: вилучено абзац про «набрання законної сили обвинувальним вироком суду або

постановою у справі про адміністративні правопорушення» — не містив роз'яснення про кримінальне покарання з умовним строком та не містив роз'яснення, які адміністративні правопорушення припиняли участь клієнта у програмах ЗПТ.

Але найнебезпечніше положення залишилось: *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, дає підставу для використання корупційних схем.

5

Новий (черговий) проект наказу МОЗ України «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 27 березня 2012 року № 200»

На сайті Державної служби України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань було розміщено Проект наказу МОЗ України «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 27 березня 2013 року № 200 (зі змінами від 24.12.2013)».

Проект передбачає внесення змін до Порядку проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27 березня 2013 року № 200, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 05 червня 2012 року за № 889/21201³⁴.

³⁴ <http://dssz.gov.ua/index.php/gromadske-obgovorennya/1989-proekt-nakazu-moz-ukrajini-pro-vnesennya-zmin-do-nakazu-ministerstva-okhoroni-zdorov-ya-ukrajini-vid-27-bereznaya-2013-roku-200-iz-zminami>

Прогресивні зміни:

П.3. Проекту. Міністр охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, керівники структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій (зокрема):

- 6) Забезпечують організацію видачі Препаратів для їх самостійного прийому в амбулаторних умовах, у тому числі в умовах створеного стаціонару вдома, відповідно до пунктів 26–30 Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 13 травня 2013 року № 333 «Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я» (далі — Порядок, затверджений постановою КМУ від 13 травня 2013 року № 333).
- 7) Вживають заходів щодо повернення невикористаних залишків Препаратів від членів сім'ї, опікунів або піклувальників хворих, яким створено стаціонар вдома, до ЗОЗ, відповідно до пунктів 33–38 Порядку, затвердженого постановою КМУ від 13 травня 2013 року № 333.
- 8) Вживають заходів щодо забезпечення безперервності ЗПТ у разі госпіталізації хворих (планової чи екстреної) в стаціонарні відділення ЗОЗ (загального профілю чи спеціалізованого) у межах адміністративно-територіальної одиниці шляхом забезпечення ЗОЗ, до яких госпіталізовані хворі, Препаратами з фармацевтичних (аптечних) закладів або із ЗОЗ, на базі яких хворий отримував ЗПТ, відповідно до вимог Порядку, затвердженого постановою КМУ від 13 травня 2013 року № 333.
- 10) Забезпечують застосування як таблетованих, так і рідких форм Препаратів для пе-

рорального застосування, із дотриманням п. 31–32 Порядку, затвердженого постановою КМУ від 13 травня 2013 року № 333.

Коментар: Необхідно створити умови для негайного виконання постанови Кабінету Міністрів України від 13 травня 2013 року № 333, для чого непотрібне прийняття спеціальних наказів МОЗ. Ця постанова сама по собі містить цілу низку положень, які мають забезпечити організацію видачі препаратів ЗПТ для їх самостійного прийому в амбулаторних умовах та вживання як таблетованих, так і рідких форм препаратів ЗПТ для перорального застосування.

- 11) Здійснюють міжвідомчу координацію заходів із забезпечення безперервності ЗПТ або проведення детоксикації адмінзатриманим, затриманим, узятим під варту, адмінарештованим, засудженим відповідно до спільного наказу МОЗ України, МВС України, Міністерства юстиції та Державної служби з контролю за наркотиками від 22 жовтня 2012 року № 821/937/1549/5/156 «Про затвердження Порядку взаємодії закладів охорони здоров'я, органів внутрішніх справ, слідчих ізоляторів і виправних центрів щодо забезпечення безперервності лікування препаратами замісної підтримувальної терапії», зареєстрованого у Міністерстві юстиції України 07 листопада 2012 року за № 1868/22180.

Коментар: Зазначено суб'єкти, на яких покладено координацію виконання спільного наказу МОЗ України, МВС України, Міністерства юстиції та Державної служби з контролю за наркотиками від 22 жовтня 2012 року № 821/937/1549/5/156.

П.7 Проекту. Рішення про початок ЗПТ, Препарат, яким її здійснювати, та дозу Препарату приймає лікуючий лікар-нарколог на підставі діагнозу залежності від опіоїдів згідно з МКХ-10, відповідно до критеріїв для призначення ЗПТ, та наявності документа, що засвідчує особу відповідно до Закону України «Про Єдиний державний демографічний реєстр та документи, що підтверджують громадянство України, посвідчують особу чи її спеціальний статус» або довідки про звільнення з місць позбавлення волі (далі —

документи, що засвідчують особу), про що робиться запис у медичній документації хворого.

Коментар: скасовується комісія про доцільність призначення наркотичних засобів закладу охорони здоров'я. Визначено документи, які потрібно мати, щоб стати клієнтом програми ЗПТ: документ, що засвідчують особу відповідно до Закону України «Про Єдиний державний демографічний реєстр та документи, що підтверджують громадянство України, посвідчують особу чи її спеціальний статус» або довідки про звільнення з місць позбавлення волі — перелік документів розширено порівнянні з чинним Порядком.

П.9 Проекту. У випадку, коли хворий отримує ЗПТ не менш як 6 місяців, має прихильність до ЗПТ, дотримується правил участі у ЗПТ, за його зверненням вирішується питання щодо видачі препаратів ЗПТ за рецептом для їх прийому в амбулаторних умовах, у тому числі в умовах створеного стаціонару вдома. Рішення про видачу препаратів ЗПТ хворим для їх прийому (за заявою хворого) приймається лікуючим лікарем-наркологом щодо кожного пацієнта індивідуально спільно з особами, які забезпечують соціальний та психологічний супровід цього пацієнта. Обґрунтування цього рішення фіксується в медичній документації хворого. Для контролю за цільовим використанням отриманих хворим Препаратів для прийому в амбулаторних умовах, у тому числі в умовах створеного стаціонару вдома, лікар має право вимагати у пацієнта принести наступного дня залишок Препарату для контролю його кількості. Виявлення порушень є підставою для припинення видачі препаратів для амбулаторного прийому.

Коментар: викладено умови отримання препаратів ЗПТ за рецептами та засоби контролю за їх застосуванням.

П.12 Проекту. ЗПТ проводиться лікарем, який має кваліфікацію нарколога або лікарем іншої кваліфікації, який пройшов курс тематичного удосконалення з проведення ЗПТ на базі вищого медичного закладу (факультету) післядипломної освіти.

Коментар: надана можливість проводити ЗПТ у лікувальних закладах, де немає посади нарколога.

П.17 Проекту. У разі прийняття рішення про припинення ЗПТ для попередження синдрому відміни хворому забезпечується поступове зменшення дози Препарату відповідно до стану його здоров'я та дози Препарату, яку хворий отримав у день прийняття рішення про припинення ЗПТ.

Коментар: клієнту ЗПТ гарантується право «м'якого» виходу з програми.

Недоліки проекту наказу МОЗ України «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 27 березня 2013 р. № 200 (із змінами від 24.12.2013)»:

П.10 Проекту щодо можливості забезпечення хворому ЗПТ в закладі охорони здоров'я (далі — ЗОЗ) іншого регіону.

Коментар: п. 10.1. Надто завчасний — тиждень — термін подачі заяви про заплановане тимчасове вибуття до іншого регіону клієнта ЗПТ (яким був критерій такого терміну?).

П.10.4 Проекту. У виписці зазначається підстава для продовження ЗПТ у ЗОЗ іншого регіону (зміна місця проживання, відрядження, відпустка та інше терміном більше 10 днів)

Коментар: це положення порушує право на свободу пересування.

6 Рекомендації

Державі Україна, Уряду України

1. Розглянути та прийняти проект змін до наказу МОЗ України «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 27 березня 2013 року № 200».

2. Привести нормативно-правову базу щодо обороту наркотичних препаратів у відповідність до постанови Кабінету Міністрів України від 13 травня 2013 року № 333 «Про затвердження Порядку придбання, перевезення, збе-

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

3. Забезпечити використання рідких форм препаратів ЗПТ для перорального застосування на сайтах ЗПТ, на виконання та дотримання постанови КМУ від 13 травня 2013 року № 333.

4. Розширити «географію» областей України, в яких здійснюється призначення препаратів ЗПТ за рецептами.

5. Збільшити кількість клієнтів ЗПТ, які отримують препарати ЗПТ за рецептами.

6. Взяти під особистий контроль керівних органів МВС України випадки переслідування клієнтів ЗПТ.

7. Привести норми Наказу МОЗ України № 634 від 29.07.2010 р. щодо невеликих, великих та особливо великих розмірів доз наркотичних засобів, що перебувають у незаконному обігу, у відповідність до добових доз для статистичних цілей (S-DDD), що визначаються МККН ООН.

Громадським організаціям

1. Подовжувати громадський моніторинг виконання спільного наказу МОЗ України, МВС України, Міністерства юстиції та Державної служби з контролю за наркотиками від 22 жовтня 2012 року № 821/937/1549/5/156 «Про затвердження Порядку взаємодії закладів охорони здоров'я, органів внутрішніх справ, слідчих ізоляторів і виправних центрів щодо забезпечення безперервності лікування препаратами замісної підтримувальної терапії».

2. Проводити постійний моніторинг випадків порушень прав наркозалежних та втручань у діяльність програм зменшення шкоди, зокрема, з боку правоохоронних органів.

3. Посилити взаємодію з Уповноваженим Верховної Ради з прав людини щодо запобігання порушенню прав наркозалежних, зокрема права на здоров'я, права на доступ до життєво необхідних ліків, права на заборону жорстокого або нелюдського поводження, права на свободу пересування, права на отримання освіти тощо.

Розділ 7

ПРАВА ЛЮДИНИ У СФЕРІ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ

1 Захворюваність та смертність від злоякісних новоутворень у 2011–2012 роках

За уточненими даними Національного канцер-реєстру¹ (НКР) у 2011 р.² було зареєстровано 169 030 нових випадків захворювання на злоякісні новоутворення (ЗН); загальний показник захворюваності на ЗН досяг 370,7 на 100 тис. населення, тобто порівняно з 2010 р. збільшився на 2,1%, у тому числі серед жіночого населення — на 2,7%, серед чоловічого — на 1,6%. Менш інтенсивно зросли стандартизовані (за українським стандартом) показники, у тому числі в жінок на 1,5%, у чоловіків — на 1,9%, при загальному зростанні на 1,7%, що свідчить про вплив постаріння населення на рівень захворюваності.

Показник смертності населення України від ЗН у 2011 р. дорівнював 186,3 на 100 тис. населення (84 949 померлих), що на 0,3% вище, ніж у попередньому році. При цьому рівень смертності зріс у 14 регіонах, **найбільше — у Харківській (на 11,6%)** і Херсонській (на 5,2%) областях та в місті Севастополь (на 7,8%). У структурі захворюваності на ЗН (2011 р.) се-

ред чоловічого населення перші рангові місця посідають ЗН легенів, немеланомні ЗН шкіри, ЗН передміхурової залози, шлунка та колоректальний рак — 57,8%; у жінок найпоширенішими є ЗН молочної залози, немеланомні ЗН шкіри, ЗН тіла матки, шийки матки та колоректальний рак — 58,8%.

У структурі смертності від ЗН чоловічого населення перші п'ять рангових місць у 2011 р. посіли ЗН легенів, шлунка, передміхурової залози, колоректальний рак (55,3%); у жінок — ЗН молочної залози, шлунка, яєчника і колоректальний рак (50,7%).

У 2011 р. загальний показник захворюваності на ЗН дітей (віком 0–17 років) зріс на 3% і дорівнював 13,8 на 100 тис. дитячого населення (14,5 — у хлопчиків, 13,1 — у дівчаток); показник смертності не змінився: 4,3 на 100 тис. дитячого населення України, 4,7 — у хлопчиків і зріс до 4,1 (на 13,9%) — у дівчаток.

На кінець 2012 року на онкологічному обліку перебувало 1 052 333 хворих (2315,2 на 100 тис. населення), у тому числі: 368 403 чоловіків (1756,2 на 100 тис. чоловічого населення) та 683 930 жінок (2794,2 на 100 тис. жіночого населення). Контингенти дитячого населення включали 5851 осіб (73,4 на 100 тис. дитячого населення), у тому числі 3216 хлопчиків (78,5 на 100 тис. хлопчиків) та 2635 дівчаток (68,0 на 100 тис. дівчаток).

У 2012 році спеціальне лікування отримали 68,7% первинних хворих (**у 2011 році спеціаль-**

¹ Бюлетень Національного канцер-реєстру № 14: Рак в Україні, 2011–2012. — К., 2013. — http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_14/index.htm

² У «Доповіді — 2012» було наведено дані за 2010 рік.

не лікування отримали 68,7%, тобто показник не змінився) — від 60,2% у Дніпропетровській області до 78,3% в Одеській. Найменший показник охоплення спеціальним лікуванням було зареєстровано серед хворих на ЗН підшлункової залози (27,3%), легенів (42,5%), шлунка (46,1%), стравоходу (50,7%).

Таким чином, за даними НКР, в Україні від 37 до 60% усіх хворих при різних локалізаціях ЗН не отримали спеціального лікування, що, безумовно, впливає на рівень смертності, летальності та виживання хворих

Висновки³

Таким чином, вивчення онкоепідеміологічної ситуації в Україні показало, що рівень захворюваності населення у 2011 році порівняно з 2010 роком статистично достовірно зріс на 2,1% за грубим показником та на 1,7% — за стандартизованим; дещо підвищився також рівень смертності.

До переліку регіонів із найвищим рівнем захворюваності увійшли Запорізька, Кіровоградська, Миколаївська, Сумська, Харківська області, АР Крим, міста Київ та Севастополь; найвищий рівень смертності від раку було зареєстровано в Донецькій, Запорізькій, Кіровоградській, Луганській, Полтавській, Харківській областях та місті Севастополь.

Аналіз стану надання онкологічної допомоги показав, що незважаючи на зростання рівня виявлення хворих на ранніх стадіях ЗН до 52,5% та збільшення охоплення спеціальним лікуванням хворих до 68,7% питома вага хворих, що не прожили одного року з моменту встановлення діагнозу, залишилася високою — 32,5%, тобто впродовж першого року помер кожен третій хворий. Слід також зазначити, що близько третини хворих на ЗН органів травлення та половина хворих на ЗН органів дихання не отримали спеціального лікуван-

ня, у зв'язку з чим 30–50% хворих не прожили більше року з моменту встановлення діагнозу.

У 2012 р. зросла до 1 052 333 кількість хворих на рак, що перебувають на обліку, при цьому п'яту частину контингенту становили хворі на ЗН шкіри.

2 Загальний огляд дотримання прав паліативних хворих у 2013 році

2013 рік можна назвати роком прориву в розвитку нормативно-правової бази у сфері паліативної допомоги. Це стало можливим завдяки багаторічній адвокаційній роботі громадських організацій, небайдужих представників медичної спільноти, пацієнтів-активістів, родичів важко хворих людей. Розпочата у 2012 році кампанія «СТОПБІЛЬ», звернення з відкритим листом до керівних органів держави Україна, спільна робота з Державною службою з контролю за наркотиками, з фармацевтичними фірмами, адвокаційна кампанія «Ми маємо право жити без болю та страждань» надали в руки лікарів усі необхідні інструменти — законодавчі підстави — для впровадження паліативної допомоги за європейськими стандартами.

1. Прийняття постанови КМУ № 333 від 13 травня 2013 року уможливило призначення знеболюючих лікарських засобів з урахуванням міжнародних стандартів та рекомендацій ВООЗ.

2. Прийняття важливого нормативно-правового акту — наказу МОЗ № 41 «Про організацію паліативної допомоги в Україні», який визначив мету і завдання паліативної допомоги, її види, порядок надання, принципи встановлення статусу «паліативний хворий».

3. На фармацевтичному ринку України з'явилися знеболюючі лікарські засоби у зручній і доступній таблетованій формі. У травні 2013 року Одеський завод «Інтерхім» налагодив випуск таблетованого морфіну, який було надано до багатьох лікувальних закладів країни як благодійну допомогу.

³ Національний канцер-реєстр.

4. Внесення змін до наказу МОЗ № 360, які дозволили виписувати за рецептом наркотичні знеболюючі засоби на 10 діб та у кількості, яка потрібна хворому.

Проте впровадження в медичну практику вищезгаданих стандартів гальмується багатьма чинниками. Найбільше цьому процесу заважає «медична реформа», у результаті якої було зруйновано звичний, традиційний зв'язок «медичний працівник–хворий», але не збудовано нової моделі сімейного лікаря на зразок британської. Раніше «складні» призначення наркотичних знеболюючих найчастіше виконував онколог у поліклініці, до якого дільничний лікар мав можливість направити хворого, а рішення про призначення наркотичних засобів приймалось комісійно. Тепер сімейний лікар залишився сам на сам з хворим і з низкою проблем: його не вчили принципам адекватного призначення знеболюючих засобів, у нього сформувалась «наркофобія», яка підтримується і його керівництвом. Виходячи з цього в деяких випадках лікарі (чи навіть самі хворі) припиняють призначати наркотичні знеболюючі або отримують вказівки від свого керівництва про заборону робити такі призначення.

За 2013 рік МОЗ України не виконала вимоги постанови КМУ № 333 — не привела відомчі нормативно-правові акти у відповідність до цієї постанови, тому досі продовжує діяти наказ МОЗ № 11, положення якого суперечать постанові КМУ № 333, але саме цим наказом у більшості лікувальних закладів керуються як чинним відомчим нормативно-правовим актом.

Проміжні висновки

1. Обласні та міські Департаменти охорони здоров'я не провели роз'яснювальної роботи (семінари, тренінги) щодо нового законодавства, сімейні лікарі не орієнтовані на роботу з паліативними хворими, не знають принципів раціонального знеболення, не мають навичок призначення наркотичних знеболюючих засобів.

2. Вкрай необхідно впроваджувати різні форми тематичного удосконалення серед медичних працівників, особливо сімейних лікарів, за напрямком «Паліативна допомога».

3. Дуже важливим є збільшення мережі аптек, які мають ліцензію на оборот наркотичних засобів.

4. З метою поліпшення надання паліативної допомоги для людей, які мають право лікуватись у себе вдома, потрібно створювати виїзні патронажні служби, фінансування яких має брати на себе й місцевий бюджет (поки що таке фінансування здійснюється в Івано-Франківську та Виноградівському).

3 Зміни у чинному законодавстві України протягом 2013 року

1) Прийнято спеціальний нормативно правовий акт, який визначає порядок надання паліативної допомоги та перелік медичних показань для надання паліативної допомоги.

На виконання статей 8, 33 Основ законодавства України про охорону здоров'я (далі — Основи...) та з метою організації надання паліативної допомоги невиліковним хворим 21 січня 2013 року було затверджено наказ МОЗ № 41 «**Про організацію паліативної допомоги в Україні**».

Як відомо, згідно із ЗУ № 3611 від 07.07.2012 р. «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» визначення паліативної допомоги є таким:

Стаття 35-4. Паліативна допомога

На останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань пацієнтам надається паліативна допомога, яка включає комплекс заходів, спрямованих на полегшення фізичних та емоційних страждань пацієнтів, а та-

кож надання психосоціальної і моральної підтримки членам їх сімей.

Паліативна допомога надається безоплатно за направленням закладу охорони здоров'я, в якому пацієнтові надавалася вторинна (спеціалізована) чи третинна (високоспеціалізована) медична допомога та з яким укладено договір про медичне обслуговування населення.

(Набирає чинності з 1 січня 2015 року)

Отже, визначення паліативної допомоги на початку 2013 року в наказі МОЗ № 41 «**Про організацію паліативної допомоги в Україні**» вже у більш розгорнутій формі є дуже важливим:

Паліативна допомога — вид медичної допомоги, який дозволяє поліпшити якість життя паліативного пацієнта та допомогти членам його родини шляхом запобігання та полегшення страждань невиліковно хворої людини.

Паліативне лікування — складова частина паліативної допомоги, яка включає надання адекватного ефективного знеболення, медикаментозної терапії, медико-психологічної реабілітації, хірургічних та інших методів лікування, догляду.

Паліативний пацієнт — пацієнт усіх вікових груп, хвороба якого не піддається лікуванню, спрямованому на одужання.

Коментар: Традиційно у нормативно-правових актах медичної спрямованості вживаються терміни «паліативна (медична) допомога», «лікування», «медична послуга», різниця між якими законодавчо не визначена. Слід зазначити, що в редакції Статті 35-4 Основ... уникнуто визначення паліативної допомоги як лікування, натомість її названо як «комплекс заходів». Зміст поняття «лікування» передбачає як результат стійке позбавлення (або тривалу відсутність) симптомів захворювання після закінчення медичного втручання. Тому, на нашу думку, у наступних нормативно-правових актах було б доречно уникати застосування терміну «паліативне лікування».

Крім того, визначення «**паліативний пацієнт — пацієнт усіх вікових груп**» надає можливість застосовувати положення Наказу МОЗ № 41 для впровадження **дитячого паліативу**, для якого досі не існує окремого нормативно-правового акту.

У розділі I Порядку надання паліативної допомоги (далі — Порядок) ідеться про два види паліативної допомоги:

1. Загальна паліативна допомога — паліативна допомога, яка надається паліативному пацієнту від моменту встановлення діагнозу невиліковного прогресуючого захворювання медичними працівниками відповідно до їх спеціалізації.

2. Спеціалізована паліативна допомога — паліативна допомога, яка надається пацієнту зі складними потребами, які не можуть бути адекватно вирішені на первинному рівні надання медичної допомоги.

Коментар: п. 1 містить не дуже зрозуміле визначення: хто надає паліативну допомогу, кого розуміють під «медичними працівниками відповідно до їх спеціалізації».

Дефініція про спеціалізовану паліативну допомогу зовсім не прозора: що таке пацієнт зі складними потребами? Які проблеми не можуть бути адекватно вирішені на первинному рівні надання медичної допомоги? Що таке взагалі в медицині адекватне вирішення проблем? Певно, наведені визначення не зовсім відповідають стилю нормативно-правових актів.

Розділ III Порядку надання паліативної допомоги містить додаткові визначення загальної та спеціалізованої паліативної допомоги:

1. Загальна паліативна допомога надається вдома та в закладах охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу.

2. Спеціалізована паліативна допомога надається мультидисциплінарною командою, до складу якої входять медичні працівники,

які отримали спеціальну підготовку з надання паліативної допомоги, психологи, соціальні працівники, спеціалісти з надання духовної підтримки та інші фахівці за потребою, а також волонтери, найближчі родичі або законні представники Пацієнта.

Спеціалізована паліативна допомога надається вдома та в закладах охорони здоров'я вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги.

Коментар: перш за все, не є підставою вважати, що мультидисциплінарна команда може надавати тільки спеціалізовану паліативну допомогу: сфера її діяльності повинна поширюватись на всіх паліативних хворих, не лишена пацієнтів зі складними потребами, які не можуть бути адекватно вирішені на первинному рівні надання медичної допомоги, а також на пацієнтів без урахування місця їх перебування — вдома, у паліативному відділенні чи в хоспісі.

Але, на нашу думку, розподіл паліативної допомоги на загальну та спеціалізовану має сенс, про це йдеться у п. 3.12 Порядку: паліативна допомога Пацієнту, хворому на туберкульоз та на ВІЛ-інфекцію/СНІД, надається у відповідних спеціалізованих лікувально-профілактичних закладах. Ці паліативні пацієнти з подвійною або потрійною проблемами справді потребують особливого санітарно-епідемічного режиму, постійного контролю їх стану лікарями-спеціалістами (фтизіатрами, епідеміологами, інфекціоністами), тому їх можна виділити в особливу групу, яка має називатися «спеціалізована паліативна допомога».

До спеціалізованої паліативної допомоги варто також віднести дитячу паліативну допомогу, для кваліфікованого надання якої потрібно готувати фахівців.

З огляду на викладене вище стає зрозумілим п. 3.10 Положень, а саме, що спеціалізована паліативна допомога надається вдома та в закладах охорони здоров'я вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги, тобто в інфекційних закладах охорони здоров'я, дитячих лікарнях тощо.

Проміжний висновок.

Позитивні особливості Наказу МОЗ № 41

1. Визначено умови впровадження медичної практики з паліативної допомоги: паліативна допомога надається закладами охорони здоров'я за умови наявності сертифіката державної акредитації закладу охорони здоров'я, ліцензій Міністерства охорони здоров'я на право провадження господарської діяльності: з медичної практики; з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, — **потрібна обов'язковість наявності ліцензії на оборот наркотичних засобів.**

2. Паліативна допомога надається безоплатно за направленням закладу охорони здоров'я — **кореспондує ст. 35-4 Основ...: Паліативна допомога надається безоплатно за направленням закладу охорони здоров'я, в якому пацієнтові надавалася вторинна (спеціалізована) чи третинна (високоспеціалізована) медична допомога, з яким укладено договір про медичне обслуговування населення.**

3. Вказано, хто визначає Статус Пацієнта як паліативного — лікуючий лікар. Це важливо для призначення наркотичних препаратів строком на 15 діб згідно з постановою КМУ № 333 від 13 травня 2013 року (чекаємо й зміни в наказі МОЗ № 360).

4. Статистичні показники летальності не впливають на загальні показники закладу охорони здоров'я.

5. Чітко визначено завдання паліативної допомоги: попередження та лікування хронічного больового синдрому; симптоматична терапія, догляд, психологічна і духовна підтримка Пацієнта та його родини.

6. На першому місці — попередження та лікування хронічного больового синдрому.

До недоліків наказу МОЗ № 41 варто віднести відсутність положення про виїзні патронажні служби.

Наказ МОЗ № 41 містить перелік показань для надання паліативної допомоги:

Прогресуючі захворювання на останніх стадіях перебігу, що не піддаються лікуванню, спрямованому на одужання, та супроводжуються хронічним больовим синдромом і значними обмеженнями життєдіяльності за відсутності:

- гострих захворювань;
- хронічних захворювань у фазі загострення, які потребують лікування чи спостереження в умовах спеціалізованих відділень закладів охорони здоров'я;
- гострих інфекційних та психічних захворювань, які становлять небезпеку для оточуючих і персоналу та потребують лікування в спеціалізованих закладах охорони здоров'я;
- гострих хірургічних станів та станів після оперативних втручань, які внаслідок існуючої патології можуть потребувати реанімаційних заходів або спостереження і лікування в умовах інтенсивної терапії.

Коментар: треба звернути увагу на те, що в Переліку показань для надання паліативної допомоги наголошується передусім на наявності у невиліковно хворого хронічного больового синдрому та значного обмеження життєдіяльності (що відповідає ІА, ІБ групі інвалідності). Але необхідно передбачити та законодавчо визначити, що паліативний хворий може мати гострий больовий синдром та бути не обмеженим у своїй життєдіяльності.

Взагалі, перелік показань для надання паліативної допомоги сформовано без урахування існування Загальної та Спеціалізованої паліативної допомоги, особливо з огляду на наведений вище аналіз їх можливого розподілу.

2) Затвердження постанови КМУ 333

13 травня 2013 року було затверджено постанову Кабінету Міністрів України № 333 «Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психо-

тропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я» (далі — Постанова 333).

Прийняття цієї постанови дозволило впровадити світові стандарти призначення наркотичних знеболюючих засобів хворим.

Основні «революційні» зміни, що були викладені у Постанові 333:

1. Скасовано комісії про доцільність призначення наркотичних препаратів.

2. Питання про призначення наркотичних препаратів лікуючий лікар вирішує одноосібно.

3. Скасовано комісії про знищення використаних порожніх ампул, що містили наркотичні препарати, — *це не впроваджено в практику.*

4. Лікуючий лікар одноосібно призначає знеболюючі наркотичні препарати на 10 днів, а для хворих, що мають статус паліативних, — на 15 днів.

5. Якщо хворому створено стаціонар удома, лікувальний заклад має забезпечити його наркотичними знеболюючими препаратами на 10 (15) днів.

6. У разі створення стаціонару вдома лікувальний заклад виконує призначення або видає запас наркотичних препаратів безпосередньо хворому (близькому родичу, піклувальнику) на руки для самостійного застосування.

7. Збільшено кількість препаратів наркотичних засобів, що як запас можуть зберігатися у структурах лікувальних закладів: у лікувально-профілактичних закладах, їх філіях та інших структурних підрозділах — в обсягах, що не перевищують місячної потреби закладу в них; у відділеннях, на постах та в кабінетах лікувально-профілактичних закладів — в обсягах, що не перевищують семиденної потреби в них; семиденний запас у приймальному або іншому відділенні, визначеному керівником лікувально-профілактичного закладу.

Розглянемо більш детально положення Постанови КМУ № 333, які є важливими для впровадження в медичну практику:

П.4. Для забезпечення зберігання, перевезення, придбання, використання, знищення та відпуску в закладах охорони здоров'я препаратів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів керівником закладу охорони здоров'я **призначаються відповідальні особи із числа працівників такого закладу**, на яких покладаються функції з виготовлення, зберігання, перевезення, придбання, приймання, реалізації (відпуску), використання, ведення обліку, знищення, а також з доставки препаратів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів хворому, якому медична допомога надається у стаціонарних умовах (далі — відповідальна особа).

П.5. Перелік відповідальних осіб, які допущені до роботи з препаратами наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладі охорони здоров'я, їх посадові обов'язки, порядок передачі ключів від сейфів, металевих шаф і приміщень, у яких зберігаються препарати наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та пристроїв для пломбування, **затверджуються керівником закладу**, про що зазначені особи ознайомлюються під особистий підпис. Посадові інструкції відповідальних осіб складаються відповідно до цього Порядку.

Коментар: У Постанові № 333 не визначено, які особи мають право входити або бути включеними до **відповідальних осіб**. Але зазначено, що Заклади охорони здоров'я провадять діяльність відповідно до Закону України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори» і Порядку провадження діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та контролю за їх обігом, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 3 червня 2009 р. № 589.

У Статті 8 ЗУ «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори» йдеться, що для отримання ліцензії на здійснення діяльності з обігу наркотичних засобів лікувальний заклад повинен надати до державного органу, зокрема, такі відомості:

- довідки відповідного державного або комунального закладу охорони здоров'я про **відсутність у працівників**, які за своїми службовими обов'язками отримують (чи мають) доступ безпосередньо до наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, **психічних розладів, пов'язаних із зловживанням алкогольними напоями, наркотичними засобами чи психотропними речовинами**, а також про відсутність серед зазначених працівників осіб, **визнаних непридатними до виконання окремих видів діяльності** (робіт, професій, служби), пов'язаних з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України;
- довідку Міністерства внутрішніх справ України **про відсутність у працівників**, які за своїми службовими обов'язками отримують (чи мають) доступ безпосередньо до наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, **не знятої чи не погашеної в установленому порядку судимості** за вчинення середньої тяжкості, тяжких та особливо тяжких злочинів або за злочини, **пов'язані з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів**, у тому числі вчинені за межами України.

Таким чином, медичні працівники, які будуть включені до переліку **відповідальних осіб**, що допущені до роботи з препаратами наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладі охорони здоров'я, мають відповідати вимогам ст. 8 ЗУ «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори».

3) Проблема «знищення»

Надзвичайно актуальними для лікувальних закладів є питання знищення наркотичних препаратів, які стали непридатними для використання, залишків препаратів у відкритих ампулах, флаконах, та питання знищення використаних ампул.

На час складання Доповіді визначилась колізія щодо «питання знищення», яке турбує

медичну спільноту. Ще у квітні 2014 року МОЗ не виконав вимогу Постанови № 333 — привести у тримісячний строк власні нормативно-правові акти у відповідність до цієї постанови. Тому наразі діють водночасі наказ МОЗ № 11 від 21.01.2010 року, і Постанова № 333. За юридичною силою постанова КМУ є більш вагомою порівняно з наказами МОЗ, але лікувальні заклади продовжують свою роботу за вимогами наказу МОЗ № 11 (офіційних даних про це немає, проте інформацію з цього питання було отримано від медичних працівників шляхом опитування на семінарах, які проводила ГО «Інститут правових досліджень і стратегій»). І медичних працівників можна зрозуміти: у ситуації законодавчої невизначеності вони керуються більш «строгими» нормами.

Головна розбіжність двох нормативно-правових актів:

Постанова № 333 передбачає знищення за участі комісії з працівників лікувального закладу:

- А) препаратів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, що за будь-яких умов були пошкоджені в закладі охорони здоров'я і стали непридатними для використання (про це йдеться у п. 11).
- Б) неякісних лікарських засобів, відкритих ампул, флаконів із невикористаними залишками препаратів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів або тихі, що пошкоджені і стали непридатними для використання чи повернуті від хворого, якому медична допомога надається в стаціонарних умовах (про це йдеться у п. 12).

Наказ МОЗ № 11 від 21.01.2010 року передбачає комісійне (не менше трьох осіб під головуванням керівника закладу охорони здоров'я або його заступника) знищення порожніх ампул з-під використаних наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів (п. 1.10, 1.11).

Постановою КМУ № 589 від 3 червня 2009 р. «Порядок провадження діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних

речовин і прекурсорів, та контролю за їх обігом» вказано, що порядок знищення порожніх ампул, у яких містилися зазначені засоби й речовини, установлює МОЗ (п. 15).

Проміжні висновки

1. Потрібно прийняти зміни до Постанови КМУ № 589 від 3 червня 2009 р. «Порядок провадження діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та контролю за їх обігом», до якої буде виключено п. 15.

2. Потрібно скасувати наказ МОЗ № 11 від 21.01.2010 р.

4) Скасування комісій про доцільність призначення наркотичних препаратів

П. 26 Постанови № 333. Препарати наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів призначаються лікарями або в установлених МОЗ випадках фельдшерами відповідно до медичних показань.

В абзаці 5 п. 26 Постанови № 333 йдеться про те, що призначення препаратів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів хворим на строк понад десять днів здійснюється лікуючим лікарем з обов'язковим обґрунтуванням необхідності подальшого застосування таких препаратів, про що робиться запис у медичній карті хворого. Листок призначень зберігається в медичній карті хворого.

Коментар: не достатньо чітка норма; виходить, що до 10 днів можна призначення не обґрунтовувати.

П. 27 Постанови № 333. Хворі, які отримують лікування в амбулаторних умовах, у тому числі в умовах створеного стаціонару вдома, забезпечуються препаратами наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів лікувально-профілактичним закладом або за рецептом у фармацевтичних (аптечних) закладах в обсягах, що не перевищують **десятиденної потреби**, а під час надання паліативної та хоспісної допомоги — що не перевищують **п'ятнадцятиденної потреби**.

Коментар: звертаємо увагу, що норма про п'ятнадцятиденну потребу міститься тільки у Постанові № 333, але не імплементована в Наказ МОЗ № 360.

5) Новий порядок призначення препаратів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів для лікування в амбулаторних умовах.

Розглянемо новий порядок за пунктами, подаючи коментарі.

П.27⁴. Хворі, які отримують лікування в амбулаторних умовах, у тому числі в умовах створеного стаціонару вдома, забезпечуються препаратами наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів лікувально-профілактичним закладом або за рецептом у фармацевтичних (аптечних) закладах в обсягах, що не перевищують десятиденної потреби, а під час надання паліативної та хоспісної допомоги — що не перевищують п'ятнадцятиденної потреби.

Коментар: як було зазначено вище, викладено дуже прогресивну норму про забезпечення хворих десятиденним або п'ятнадцятиденним запасом наркотичних препаратів. Це дуже важливо для хворих, особливо тих, які проживають на відстані від аптек, лікувальних закладів, у сільській місцевості тощо.

П.28. Для отримання препаратів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів з метою використання в умовах створеного стаціонару вдома хворий самостійно або особа, яка здійснює за ним догляд (член сім'ї, опікун або піклувальник), подає заяву на ім'я керівника лікувально-профілактичного закладу за формою згідно з додатком 3. Керівник закладу робить відмітку про погодження, після чого заява додається до медичної карти амбулаторного хворого.

П.29. Лікар, який призначає препарати наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів для лікування в амбулаторних умовах, у тому числі в умовах створеного стаціонару вдома, зобов'язаний поінформувати хворого або особу, яка здійснює за ним догляд (члена

сім'ї, опікуна або піклувальника), про правила поводження з препаратами наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, недопущення їх використання не за медичним призначенням та видавати хворому або особі, яка здійснює за ним догляд (членові сім'ї, опікунові або піклувальникові), інформаційний лист за формою, визначеною МОЗ, про що робиться запис у медичній карті хворого.

П. 30. Відповідальна особа згідно з призначенням лікаря в умовах створеного стаціонару вдома отримує препарати наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у лікувально-профілактичному закладі, про що робить запис у журналі обліку.

Препарати наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів доставляються відповідальною особою за місцем створеного стаціонару вдома та передаються хворому або особі, яка здійснює за ним догляд (членові сім'ї, опікунові або піклувальникові), про що відповідальна особа робить запис у журналі обліку.

Відповідальна особа залишає листок призначень, у якому хворий самостійно або особа, яка здійснює за ним догляд (член сім'ї, опікун або піклувальник), робить відповідні записи про використання отриманих препаратів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів. Заповнений листок призначень відповідальна особа додає до амбулаторної карти хворого.

Хворий чи особа, яка здійснює за ним догляд (член сім'ї, опікун або піклувальник), має право особисто отримувати за рецептом препарати наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів безпосередньо в лікувально-профілактичному закладі або у фармацевтичному (аптечному) закладі.

Коментар: у п. 28–30 викладено умови отримання наркотичних знеболюючих препаратів у лікувальному закладі. Подальші дії мають три варіанти:

Перший: лікувальний заклад самостійно забезпечує препаратами хворих, як це й було раніше: патронажна сестра відвідує хворого та виконує призначення.

⁴ Пункти постанови КМУ № 333.

Другий: сам хворий або член його сім'ї, опікун або піклувальник отримує препарати у лікувальному закладі та виконує самостійно призначення.

Третій варіант: хворий чи особа, яка здійснює за ним догляд (член сім'ї, опікун або піклувальник), особисто отримує за рецептом препарати наркотичних засобів.

На наш погляд, третій варіант найбільш привабливий:

1. По-перше, не виникає складних питань «про знищення».

2. По-друге, зменшується навантаження на лікувальний заклад, де взагалі існує брак кадрів, бензину для авто патронажних служб.

3. По-третє, непотрібно вести ніяких листів призначення, здавати невикористані ампули чи таблетки, не треба підписувати «інформаційний лист».

4. По-четверте, медичним працівникам не має потреби приймати невикористані препарати та комісійно їх знищувати — додаткове бюрократичне навантаження.

б) Колізії у законодавстві щодо обігу наркотичних препаратів у лікувальних закладах.

Вище вже було зазначено, лікувальні заклади продовжують свою роботу за вимогами наказу МОЗ № 11 (за неофіційними даними, отриманими від медичних працівників шляхом опитування на семінарах, що проводились ГО «Інститут правових досліджень і стратегій»). Основний аргумент керівників лікувальних закладів: у разі законодавчої невизначеності вони керуються більш «строгими» нормами.

Постанова № 333 містить вказівку, що Міністерство охорони здоров'я повинно привести у тримісячний строк власні нормативно-правові акти у відповідність до цієї постанови.

Наприкінці серпня 2013 року на сайті МОЗ було розміщено проект внесення змін до Наказу МОЗ № 11 від 21.01.2010 р. «Про порядок обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів у закладах охорони

здоров'я України». Цей проект не відповідав положенням Постанови № 333, громадські організації згідно з порядком громадського обговорення проектів нормативно-правових актів внесли свої зауваження й пропозиції. Проект змін до Наказу МОЗ № 11 не був затверджений.

Коментар: потрібно скасувати наказ МОЗ № 11 від 21.01.2010 р. «Про порядок обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів у закладах охорони здоров'я України» та прийняти новий наказ, у якому передусім звернути увагу на виконання норми п.15 Постанови КМУ № 589 від 3 червня 2009 р. «Порядок провадження діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та контролю за їх обігом», визначити порядок знищення порожніх ампул, у яких містилися зазначені засоби і речовини. Це є надзвичайно актуальним для медиків-практиків. На нашу думку, слід визначити, що знищення порожніх ампул, у яких містилися зазначені засоби і речовин, здійснює медичний працівник, що виконав призначення, одноосібно шляхом утилізації за порядком, установленим для усіх інших біоматеріалів.

4

Порушення прав невиліковно хворих дітей на користування найбільш досконалими послугами системи охорони здоров'я

У Концепції розвитку будинків дитини на період до 2017 року зазначено, що частота реєстрації вроджених аномалій, вад розвитку та хромосомних порушень у вихованців будинків дитини за період 2001–2008 рр. на окремих територіях збільшилась у 2–7 разів. Саме вроджені вади розвитку, хвороби нервової системи, ВІЛ-інфекція та інші захворювання, відмови одиноких матерів є основними причинами надходження дітей до будинків дитини. Ця категорія дітей потребує не лише ретельного обстеження, лікування, у тому числі хірургічного, але й розпочатої в ран-

ній період медичної реабілітації (Наказ МОЗ № 70 від 02.02.2010 р. «Про заходи щодо розвитку будинків дитини»).

Державна цільова програма реформування системи закладів для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування (затверджена постановою КМУ від 17 жовтня 2007 р. № 1242) передбачає створення умов для забезпечення реалізації права дитини на збереження або поновлення контактів з біологічною родиною, родинним оточенням у тому разі, коли це не шкодить її інтересам.

Фільм «**Безцінна мить життя дитини**», що був створений до Всесвітнього дня паліативної допомоги — 2013, відображає позитивні зміни, які сталися завдяки впровадженню **Концепції розвитку будинків дитини** у пілотних закладах, зокрема в будинках дитини Харківської області, на підставі листа МОЗ від 30.07.2010 р.

Так, наведено приклад подолання соціального сирітства для дитини з важкими вадами розвитку, яка здобула можливість проживати в родині разом з мамою, жителькою Харківської області, завдяки консультативній та медичній допомозі фахівців «Харківського обласного спеціалізованого будинку дитини №1».

Але є діти, вкрай важкий стан здоров'я яких не дозволяє їм проживати в родині, вони потребують знеболення або кваліфікованого догляду фахівців. У деяких випадках ці діти мають обмежений прогноз до життя через невиліковний стан здоров'я, коли можливості спеціалізованого лікування обмежені або вичерпані чи не існують за сучасного стану медичної науки. Сучасна медицина відносить цих дітей до таких, що потребують паліативного лікування.

Проблеми:

1. Поняття, принципи, засади паліативного лікування дітей в Україні законодавчо не визначені.

2. У зв'язку з цим у сучасній системі охорони здоров'я України не існує місця, де діти, до яких можна застосувати поняття «паліативні», мали б можливість перебувати.

3. Наразі такі діти перебувають у будинках дитини, де немає паліативного відділення.

4. Якщо виникає підозра про те, що життя «паліативної» дитини вже закінчується, її переводять до лікувальних закладів, де є реанімаційні відділення.

5. У реанімаційних відділеннях невиліковно хворі діти можуть перебувати тижнями, можливо, місяцями. Найчастіше родичів до них не пускають.

6. В останні миті життя такі діти бачать тільки лікарню. Вони розлучені з батьками.

Унаслідок невизначеності щодо дитячої паліативної допомоги в Україні порушується насамперед положення Конвенції про права дитини:

Стаття 9

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

Стаття 24

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

Стаття 23

1. Держави-учасниці визнають, що неповноцінна в розумовому або фізичному відношенні дитина **має вести повноцінне і достойне життя в умовах, які забезпечують її гідність**, сприяють почуттю впевненості в собі й полегшують її активну участь у житті суспільства.

Шляхи розв'язання проблеми

1. Створити робочу групу з представників Уповноваженого ВР України з прав людини,

Уповноваженого Президента України з прав дитини, представників МОЗ України, головних лікарів спеціалізованих будинків дитини, інших фахівців.

2. Вивчити досвід роботи комунального закладу охорони здоров'я «Харківський обласний спеціалізований будинок дитини № 1» як пілотного.

3. Внести зміни до **наказу МОЗ № 70 від 02.02.2010 р. «Про заходи щодо розвитку будинків дитини», розділ «Концепція розвитку будинків дитини на період до 2017 року».**

Викласти в такій редакції:

У розділі: «Шляхи та заходи розв'язання проблеми».

До частини: Для розв'язання проблеми необхідно здійснити заходи щодо:

Додати п. 12: *забезпечення дітей, що мають обмежений прогноз до життя у зв'язку з невиліковним станом здоров'я, коли можливості спеціалізованого лікування обмежені або вичерпані, паліативним лікуванням.*

До частини: Відповідно до визначених завдань рекомендовано створення наступних структурних підрозділів будинку дитини:

Додати п. 13: *відділення паліативної допомоги.*

4. Розробити та прийняти наказ МОЗ «Про організацію надання паліативної допомоги дітям».

5

Приклади порушення прав

Свідчення 1

Перший приклад порушення прав паліативного хворого наведено в розділі про медичну реформу. Шляхом медіації прав — звернення до керівника лікувального закладу — пацієнт отримав рецепт на таблетований морфін.

Свідчення 2

Це звернення до громадської організації «Інститут правових досліджень і стратегій» надійшло від батька онкологічно хворої молодої людини 24 років, діагноз: саркома м'яких тканин черевної порожнини, 4 стадія — у зв'язку з порушенням його права на доступ до знеболюючих засобів згідно з чинним законодавством України за рецептом на термін до 15 діб та на безоплатній основі.

Суть звернення: пацієнт 3., що хворіє на тяжке онкологічне захворювання та є за станом свого здоров'я паліативним хворим, пройшов два курси хіміотерапії у клініці «Лісод», м. Київ.

3-го грудня він був виписаний на лікування та перебування за місцем свого проживання до наступного призначеного курсу хіміотерапії у клініці «Лісод», м. Київ.

В останній виписці йому було рекомендовано продовжити, крім іншого, курс паліативного лікування, який проводився у клініці «Лісод» із застосуванням ін'єкційних форм морфіну.

Прибувши у м. Ватутіне, хворий та його батько 4-го грудня звернулися до дільничного лікаря поліклінічного відділення 2-ї міської лікарні м. Ватутіне. Ураховуючи стан хворого (виразний больовий синдром), рекомендації клініки «Лісод» (подовження курсу знеболення із застосуванням морфіну), дільничний лікар призначив паліативне лікування в амбулаторних умовах із застосуванням таблетованого морфіну: 1 табл. 10 мг 4–5 разів на день, про що зробив запис в амбулаторній картці та виписав відповідний рецепт за формою Ф-3 із поміткою «Для онкохворого». Рецепт був розрахований на 10 діб та містив вказівку на видачу 40 таблеток 10 мг морфіну (1 таблетка 4 рази на добу). Рецепт був виписаний як пільговий для безоплатного отримання ліків для лікування онкологічного хворого в амбулаторних умовах.

Батько хворого 3. прибув до Аптеки №, яка одна в місті відпускає наркотичні засоби. Але завідувач Аптеки В. відмовила у відпуску за рецептом 10-добової дози морфіну (40 таблеток,

як було зазначено за рецептом), посилаючись на якусь вказівку, що їм заборонено відпускати за рецептом більше 10 таблеток морфіну усім хворим, незважаючи на діагноз та приписи лікаря. До того ж завідувач Аптеки В. відмовила прийняти рецепт як пільговий для безоплатного забезпечення ліками онкологічного хворого, посилаючись на заборгованість з відшкодування витрат на пільгові рецепти.

Батько З. отримав 10 таблеток морфіну, яких вистачає його сину для вгамування болювого синдрому на два дні, включаючи день отримання рецепту. Ці ліки він придбав за особисті кошти. За цією схемою батько повинен був через день відвідувати поліклініку, витратити час на отримання рецепту та дорогу до аптеки. Цей час йому був вкрай необхідний для догляду за важко хворим сином.

Таким чином, завідувач Аптеки В. безпідставно порушила вимоги:

1. Наказу № 203 від 15.03.2013 р. «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 19 липня 2005 року № 360», пункт 1.18 після абзацу першого доповнити новим абзацом другим такого змісту:

«При наданні паліативної допомоги пацієнту, в тому числі тим, хто має право на безоплатне чи пільгове забезпечення, дозволяється виписувати на одному рецептурному бланку лікарські засоби в кількості, передбаченій для п'ятнадцятиденного курсу лікування».

2. Постанови КМУ № 333 від 13 травня 2013 року «Порядок придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я»:

П. 27. Хворі, які отримують лікування в амбулаторних умовах, у тому числі в умовах створеного стаціонару вдома, забезпечуються препаратами наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів лікувально-профілактичним закладом або за рецептом у фармацевтичних (аптечних) закладах в обсягах, що не перевищують десятиденної потреби, а під час надання

паліативної та хоспісної допомоги — що не перевищують п'ятнадцятиденної потреби.

3. Постанови КМУ № 1303 від 17.08.1998 р. «Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань». Перелік: «Онкологічні захворювання».

Завдяки втручання членів експертної групи з питань медичної реформи Консультативної ради та представників офісу Уповноваженого Верховної Ради з прав людини — оперативні запити за телефоном — хворий З. отримав безоплатний рецепт на 15 днів. Крім того, завдяки втручання в міській аптеці оперативно поповнили запас таблетованого морфіну.

Описаний випадок наочно демонструє необхідність просвітницьких заходів щодо нового законодавства у сфері обігу наркотичних препаратів. Про це свідчить батько онкохворого:

«Я проста людина, але підказував лікарю, як правильно виписати рецепт для паліативного хворого, щоб отримати запас ліків на 10 днів».

З огляду на викладене, вбачається за доцільне розвивати такий напрям правозахисної роботи: проведення семінарів для лікарів сімейної медицини, фармацевтів, керівників лікувальних і фармацевтичних закладів щодо правил призначення знеболюючих засобів та запобігання порушення прав паліативних хворих.

6

Рекомендації

Державі Україна, Уряду України

1. Розробити та прийняти зміни до наказу МОЗ № 41 від 21 січня 2013 року «Про організацію паліативної допомоги в Україні», в яких:

- внести уточнення щодо розмежування понять «загальна паліативна допомога» та «спеціалізована паліативна допомога»;
- внести положення про виїзну патронажну службу.

2. Прийняти окремий наказ МОЗ України **«Про організацію надання паліативної допомоги дітям»** для врахування особливостей дитячої паліативної допомоги та з метою її активного розвитку. Для досягнення цієї мети:

- Створити робочу групу з представників Уповноваженого ВР України з прав людини, Уповноваженого Президента України з прав дитини, представників МОЗ України, головних лікарів спеціалізованих будинків дитини, інших фахівців.
- Вивчити досвід роботи комунального закладу охорони здоров'я «Харківський обласний спеціалізований будинок дитини № 1» як пілотного.
- Внести зміни до наказу МОЗ № 70 від 02.02.2010 р. «Про заходи щодо розвитку будинків дитини», **розділ** «Концепція розвитку будинків дитини на період до 2017 року».

3. Привести нормативно-правову базу щодо обороту наркотичних препаратів у відповідність до постанови Кабінету Міністрів України від 13 травня 2013 року № 333 «Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я», зокрема наказ МОЗ № 360.

- Прийняти зміни до Постанови КМУ № 589 від 3 червня 2009 року «Порядок провадження діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та контролю за їх обігом», до яких буде виключено п.15.
- Скасувати наказ МОЗ № 11 як такий, що не відповідає положенням постанови КМУ № 333 від 13.05.2013 р.
- Прийняти Наказ МОЗ «Про обіг наркотичних препаратів, психотропних засобів і пре-

курсорів у закладах охорони здоров'я», у якому уточнити та конкретизувати положення постанови КМУ № 333, зокрема, про порядок знищення використаних ампул, у яких містились наркотичні препарати.

Органам місцевого самоврядування

1. Розглянути питання про можливість створення та фінансування виїзних патронажних служб паліативної допомоги.

2. Протягом 2014 року проводити семінари з тематичного удосконалення за напрямком «Паліативна допомога» з першочерговим залученням медичних працівників центрів первинної медико-санітарної допомоги.

Громадським організаціям

1. Подовжувати громадський моніторинг виконання постанови КМУ № 333 від 13 травня 2013 року та положень наказу МОЗ № 360 про призначення наркотичних знеболюючих засобів, з особливою увагою — в амбулаторних умовах лікування.

2. Проводити постійний моніторинг випадків порушень прав паліативних хворих.

3. Посилити взаємодію з Уповноваженим Верховної Ради з прав людини щодо запобігання порушенню прав паліативних хворих, зокрема права на здоров'я, права на доступ до життєво необхідних ліків, право на заборону жорстокого або нелюдського поводження тощо.

4. Організовувати та брати участь в адвокаційних кампаніях щодо наркополітики в Україні.

5. Проводити навчальні тренінги та семінари для правоохоронців, медичних працівників щодо основних законодавчих засад наркополітики в Україні та запобігання порушенню прав паліативних хворих, зокрема, на доступ до наркотичних знеболюючих засобів.

Розділ 8

ПРАВО НА ЗДОРОВ'Я ЛЮДЕЙ, ЩО НАЛЕЖАТЬ ДО ЛГБТ-СПІЛЬНОТИ

1 Права трансгендерів

Зміна (корекція) статевої належності¹

Сам термін «зміна статевої належності», зафіксований у Наказі Міністерства охорони здоров'я України №60 від 03.02.2011 р. «Про удосконалення надання медичної допомоги особам, які потребують зміни (корекції) статевої належності» (далі — наказ МОЗ № 60), що регламентує дану процедуру, є досить спірним з погляду відповідності реальному положенню справ, адже сучасна наука, попри всі її досягнення, не здатна змінити біологічну стать людини — повнофункціонально і на всіх рівнях².

Бажання індивіда змінити стать вважається психіатричною патологією, зафіксованою у Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду у вигляді діагнозу F64.0 «Транссексу-

алізм» (Gender Identity Disorder). Існує досить бурхлива полеміка в медичному дискурсі з приводу того, наскільки правомірна така класифікація. Наприклад, Американська психіатрична асоціація від 2012 року не розглядає «гендерну дисфорию» як психічний розлад і в DSM-5 вона була винесена в окремий розділ. При цьому автори акцентують увагу на тому, що медична допомога у даному випадку спрямована не на сам стан: вона націлена на подолання психологічного дискомфорту, яким цей стан супроводжується³.

Фактично лікування стану «транссексуалізм» зводиться до зміни зовнішності людини на максимально близьку до зовнішності представників іншої статі (шляхом замісної гормонотерапії, а також проведенням низки хірургічних операцій і косметичних процедур) та зміну соціального статусу (шляхом зміни ім'я та відмітки про це у посвідченні особи). Таким чином, уже на рівні термінології спостерігається підміна понять, яка зумовлена соціальними факторами: наявність чіткої бінарної системи і традиційного гендерного порядку не передбачає проміжних станів. Оскільки гендер (набір соціальних ознак і функцій, асоційованих зі статтю) є досить значущою характеристикою в системі соціальних взаємодій між людьми (маємо на увазі існуючі стереотипні уявлення про «жіноче» і «чоловіче», які зафіксовані на рівні законодавства й оберігаються релігійни-

¹ Більш детально про соціально-правові проблеми трансгендерів див. у дослідженнях:

Ситуация трансгендеров в Украине : Отчет по исследованию. — К., 2010;

Аналіз процедури «зміни (корекції) статі» в Україні та міжнародна практика / Громадська організація «Інстайт».

² Франк Ю. Медицинская помощь или «нормализация»: процедура «смены (коррекции) пола» сквозь призму биоэтики, 25.11.2013. — <http://insight-ukraine.com.ua/component/k2/item/187-meditsinskaya-pomosch-ili-normalizatsiya-protsedura-smeny-korreksii-pola-svoz-prizmu-bioetiki.html>

³ Ibid.

ми конфесіями), його зміна стає проблемою як для самого індивіда, так і для системи, що не передбачає інших варіантів у рамках бінарної моделі. «Операції», які проводяться в дитинстві над інтерсексуальними людьми та які не передбачають вільного вибору, є ще одним відображенням тенденції до «приведення у відповідність», бо нерідко вони насправді завдають шкоди самому індивіду⁴.

Механізм зміни статі зафіксовано у чинному наказі МОЗ № 60: особа, яка бажає «змінити стать», зобов'язана спершу пройти обов'язкове обстеження у закритому психіатричному стаціонарі тривалістю від 30 до 45 днів, за результатами якого їй ставлять діагноз «транссексуалізм». **Наскільки доцільним є спостереження особи з гендерною дисфорією в умовах стаціонару — питання дискусійне.** На сьогодні Україна є єдиною країною в Європі, що вимагає подібних умов обстеження: в інших країнах медики обмежуються амбулаторним наглядом⁵.

Після отримання діагнозу «транссексуалізм» особа повинна пройти огляд спеціальною Комісією, до складу якої входять медичні фахівці різного профілю — психіатри, ендокринологи, хірурги і т. д. Комісія має підтвердити поставлений діагноз і видати дозвіл на медичне та хірургічне втручання. І тут знову ж таки виникає ряд колізій, коріння яких лежить далеко за межами медицини. Наказ МОЗ № 60, що регламентує «медико-біологічні та соціально-психологічні» протипоказання до «зміни статі», містить, зокрема, вимогу не перебувати у шлюбі на момент огляду. Яким чином сімейний стан може бути медичним протипоказанням до лікування і підставою для відмови в наданні медичних послуг? — питання риторичне. Даний пункт наказу зумовлений виключно правовими моментами: так, згідно з існуючим Сімейним кодексом України, шлюб в Україні є «союзом жінки і чоловіка», зміна ж у паспорті статі «транссексуальної» людини, що перебу-

ває у шлюбі, де-юре робить такий шлюб «одностатевим», а подібні союзи Сімейним кодексом не передбачені. У даному випадку держава Україна фактично вимагає від транссексуальної людини розірвання існуючого шлюбу для отримання медичної допомоги, незалежно від бажання подружжя, а також наявності у них дітей і спільно нажитого майна.

Ще одним протипоказанням є наявність дітей віком до 18 років. Дана норма знову-таки зумовлена юридичними труднощами:

- Яким чином записувати батька у свідоцтві про народження (як батька чи як матір), чи можна називати матір'ю людину з чоловічою статтю та чоловічим ім'ям у паспорті (і навпаки)?
- Як вбудувати в чинне законодавство наявність у дитини де-юре двох батьків або двох матерів?

Цю колізію наказ МОЗ № 60 вирішує просто і вкрай негуманно: людина з діагнозом «Транссексуалізм», що має неповнолітніх дітей, позбавлена права на отримання медичних послуг та зміну статі в паспорті, незалежно від свого стану і потреб.

Обсяг діагностичних і лікувальних заходів порушує права трансгендерів

Питання можливої наявності у транссексуальної людини дітей також постає після вичення такого пункту наказу МОЗ № 60: «**незгода з обсягом діагностичних і лікувальних заходів**, рекомендованих Комісією», є протипоказанням і підставою для відмови в наданні медичних послуг та в заміні документів.

У самому наказі цей обсяг не прописаний, але згідно з офіційною відповіддю Комісії він включає **повне видалення репродуктивних органів, тобто стерилізацію.** У поєднанні з тим, що «Транссексуалізм» є протипоказанням для застосування ДРТ (допоміжних репродуктивних технологій) згідно з Додатком № 1 до Порядку, затвердженого наказом МОЗ № 579 від 29.11.2004 р., а також ураховуючи,

⁴ Ibid.

⁵ Франк Ю. Медицинская помощь или «нормализация»: процедура «смены (коррекции) пола» сквозь призму биоэтики, 25.11.2013.

що транссексуальні люди не мають права бути усиновлювачами (згідно з наказом МОЗ від 20 серпня 2008 року № 479 «Про затвердження Переліку захворювань, за наявності яких особа не може бути усиновлювачем»), створюється ситуація, у якій транссексуальна людина повністю позбавляється репродуктивних і батьківських прав.

Аргументація на користь збереження норм, що позбавляють репродуктивних і батьківських прав **трансгендерів, не є переконливою:**

З погляду медицини: психіатричне обстеження транссексуальної людини перед проходженням процедури спрямоване на виключення в неї психопатології, що впливає на адекватність і свідомість у прийнятті рішень, тобто про неієздатність не може бути мови.

З погляду соціального: на сьогодні немає жодного дослідження, що підтверджує негативний вплив транссексуальності батька на його здатність виховувати дитину і піклуватися про неї. Найчастіше наводяться доводи, в яких апелюють до можливого соціального тиску і неприйняття суспільством такої сім'ї, до проявів дискримінації та ксенофобії, що негативно може вплинути на розвиток дитини.

Недопущення насильницької стерилізації

Як було підкреслено на П'ятому національному конгресі з біоетики (далі — Конгрес), що відбувся у Києві з 23 по 25 вересня 2013 року, за останні кілька десятиліть істотно змінилася парадигма рецепції трансгендерності в соціальній політиці країн — членів Ради Європи, зокрема, це стосується і таких сфер, як репродуктивні права і право на батьківство (материнство). Також було висвітлено невідповідність українського законодавства про заборону усиновлення, використання ДРТ та стерилізації трансгендерних людей в Україні сучасним дослідженням в галузі доказової медицини та загальноєвропейським тенденціям лібералізації поняття прав людини.

У рамках Конгресу було висвітлено генезис європейського консенсусу про заборону примусової стерилізації трансгендерних людей. Було відзначено, що ще 2008 року Комісар з прав людини Ради Європи вказав на те, що вимога недобровільної стерилізації йде в розріз з повагою до фізичної недоторканності особи. Згодом, у 2010 році Резолюція № 1728 (2010) Парламентської Асамблеї Ради Європи закликала держави, що входять до неї, гарантувати в законодавстві і на практиці право трансгендерних людей на отримання офіційних документів, що відображають ідентифікацію обраної ними статі, без попереднього обов'язкового проходження стерилізації.

26 червня 2013 року Парламентська Асамблея Ради Європи підтримала резолюцію «Покласти край насильницької стерилізації та кастрації», яка встановила, що «примусова, необоротна стерилізація і кастрація є грубим порушенням прав людини та людської гідності і не прийнятна в країнах — членах Ради Європи». Асамблея також закликала «створити чіткі гарантії для запобігання зловживанням у цій сфері та для забезпечення відшкодувань жертвам примусової стерилізації та кастрації», фактично прирівнявши таких жертв до жертв примусової стерилізації часів нацистської Німеччини.

26 липня 2013 року питання стерилізації трансгендерних осіб було включене до Заключних зауважень до сьомого періодичного звіту по Україні, ухвалених Комітетом з прав людини ООН. Україні було рекомендовано змінити Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про удосконалення надання медичної допомоги особам, які потребують зміни (корекції) статевої належності» № 60 від 03.02.2011 р. та інші закони і нормативні акти, що забороняють внесення змін до документів у зв'язку зі зміною (корекцією) статевої належності, виключивши з них вимогу стерилізації та інших небажаних пацієнтом операцій.

Треба зауважити, що питання доступу до реалізації права на материнство (батьківство) і заборона примусової стерилізації трансгендерних людей на сьогоднішній день отримали

статус європейського консенсусу і мають вирішальне значення для формування політики у галузі прав людини кожної окремої країни — члена Ради Європи і, відповідно, України. Актуальність дослідження та аналізу цих питань підтверджується, зокрема, вивченням й обговоренням зазначеного кола проблем на міжнародному рівні⁶.

2 Права ЧСЧ та проблеми подолання ВІЛ/СНІД⁷

Поширеність ВІЛ серед ЧСЧ⁸

У результаті зв'язаного дослідження, проведеного в Україні, виявлено 6% ВІЛ+ респондентів, причому значення цього показника істотно варіюється залежно від регіону: найбільше число уражених у Донецьку та Одесі (19 і 17% відповідно), найменше — у Миколаєві, Чернігові, Тернополі та Луцьку (по 2%). У цілому, на Сході й Півдні спостерігаються дещо вищі значення інфікованості, ніж на Заході та в Центрі України. Водночас значущої кореляції між інфікованістю загального населення та інфікованістю ЧСЧ відповідного регіону немає (коефіцієнт кореляції Пірсона 0,38, $p = 0,06$).

Слід відзначити високі від'ємні значення гомофільії⁹ у Миколаєві, Кіровограді, Тернополі, Сумах і Чернігові. Вони свідчать про те, що

⁶ Франк Ю. Медицинская помощь или «нормализация»: процедура «смены (коррекции) пола» сквозь призму биоэтики, 25.11.2013.

⁷ Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс із чоловіками, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління (аналітичний звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2011 року) / Большов Є. С., Касянчук М. Г. та ін. — К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2012. — 104 с.

⁸ ЧСЧ — чоловіки, що мають секс з чоловіками.

⁹ У RDS міра належності респондентів до групи (міняється від +1 до -1): при значенні гомофільії +1 усі зв'язки респондента формуються тільки з іншими членами групи, призначенні 0 — без урахування

ВІЛ-позитивні респонденти цих міст уникають контактів з іншими ВІЛ-позитивними ЧСЧ. На протигагу цьому високі додатні значення гомофільії в Луганську, Вінниці, Ужгороді й Луцьку свідчать про певну замкненість (або ізолюваність) підгрупи ВІЛ-позитивних ЧСЧ цих міст. ВІЛ-статус респондентів решти міст не є ознакою, що зумовлює встановлення чи уникнення соціальних зв'язків.

Охоплення ЧСЧ профілактичними програмами

Охоплення ЧСЧ профілактичними програмами має складну динаміку: до 2009 р. спостерігалось збільшення, а від 2009-го 2011-го — певне зменшення. Висунута гіпотеза про те, що розширення географії дослідження впливає на ці показники, не справджується при зіставленні показників за окремими містами. Тільки в чотирьох із них виявлена позитивна динаміка (у Дніпропетровську, Донецьку, Ужгороді та Харкові охоплення весь час збільшувалось), у шести показники коливались у межах похибки, а в п'яти (Івано-Франківськ, Львів, Луганськ, Миколаїв, Херсон) після початкового збільшення спостерігалось зменшення значення показника.

Аналогічно, показник базових знань щодо ВІЛ змінюється нерівномірно, причому в більшості порівнюваних міст статистично значущої динаміки за роками не зафіксовано. Скоріше за все в тих містах, де профілактичні програми діють уже давно (наприклад, Київ, Миколаїв, Львів та ін.), уже досягнуто насичення, а майбутня динаміка визначатиметься «новими» регіонами — тими, де донедавна ЧСЧ-сервіс систематично не працював.

Показник досвіду проходження тестування ЧСЧ теж дещо знизився, причому лише у трьох населених пунктах (Івано-Франківськ, Луганськ та Одеса) він зменшився протягом останніх ро-

приналежності інших до групи, а при значенні -1 — зв'язки формуються тільки з тими, хто не належить до групи¹.

ків, тоді як у решті міст він або не змінюється, або зростає.

Таким чином, за результатами соціологічного дослідження¹⁰ зроблено такі висновки:

1. Поширеність ВІЛ серед ЧСЧ України становить 6,4%, при цьому значення даного показника істотно відрізняється в різних областях центрах.

2. Зміни поширеності ВІЛ серед ЧСЧ не відбулося ані на національному рівні, ані на регіональному — вимірювані значення коливаються в межах похибки дослідження. Варто говорити про результати дослідження 2011 року як базові для оцінки ситуації з поширеністю ВІЛ в Україні.

3. Не зафіксовано кореляції між поширеністю ВІЛ серед донорів крові та серед ЧСЧ відповідних регіонів.

Динаміка поширеності ВІЛ (2007–2011 рр.) — загальноукраїнського зменшення поширеності ВІЛ/СНІД серед ЧСЧ не відбувається.

Подальше зростання охоплення ЧСЧ послугами ВІЛ-сервісу можливе за умови системного залучення державної підтримки

4. Показано, що час, упродовж якого респондент практикував одностатевий секс (вік респондента на момент опитування мінус вік першого сексуального контакту з іншим чоловіком), пов'язаний із ВІЛ-статусом.

5. Факторами ризику інфікування ВІЛ є наявність гепатиту С в анамнезі й належність до вікової групи 25 років і старше.

¹⁰ Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс із чоловіками, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління (аналітичний звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2011 року) / Большов Є. С., Касянчук М. Г. та ін. — К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2012. — 104 с.

6. 53% ЧСЧ є охоплені послугами ВІЛ-сервісу, при цьому значення даного показника суттєво відрізняється в різних містах. Також неоднаковими є тенденції зміни охоплення за період від 2007-го до 2011-го року: у Дніпропетровську, Донецьку, Ужгороді та Харкові охоплення весь час збільшувалось, а в Івано-Франківську, Львові та Миколаєві після початкового зростання спостерігається зниження значення показника.

7. Подальше зростання охоплення ЧСЧ послугами ВІЛ-сервісу можливе за умови системного залучення державної підтримки.

3 Проблема сексуальної орієнтації та гендерної ідентичності¹¹

У Запорізькому медичному університеті (ЗМУ) предмет «Біоетика» викладає архієпископ Запорізький і Мелітопольський УПЦ (МП) Лука (Андрій В'ячеславович Коваленко). Він має медичну освіту (у 2000 р. отримав ступінь магістра медицини), хоча й не має практичного досвіду. Однак проблема полягає не в його професійних здібностях, а в конфлікті інтересів. Як ієрарх РПЦ він мусить дотримуватися Основ соціальної концепції РПЦ¹². Проте положення цього документу в багатьох пунктах суттєво розходяться, а інколи й прямо суперечать сучасним загальноприйнятим стандартам медичної біоетики, особливо в таких галузях, як сексуальне здоров'я, репродуктивні технології, питання сексуальної орієнтації, гендерної ідентичності тощо. Невідомо, як саме викладаються ці питання в лекціях А. Коваленка, однак звертаємо увагу на те, що конфлікт інтересів між його релігійними поглядами та загальноприйнятими медичними стандартами в даному випадку просто неминучий. До того ж треба зауважити, що, за повідомленнями студентів

¹¹ Позиція Ради ЛГБТ щодо медичної освіти з питань сексуальної орієнтації та гендерної ідентичності.

¹² <http://www.patriarchia.ru/ua/db/text/1207692.html>, зокрема, розділ XII. *Проблеми біоетики*

ЗМУ, на лекції цей викладач ходить у своєму церковному вбранні, а в навчальному розкладі фігурує не під своїм загальногромадянським іменем, а саме як «Архієпископ Лука»¹³.

Зважаючи на таку політику МОЗ, не дивно, що в деяких чинних посібниках з медицини, що використовуються в процесі підготовки майбутніх лікарів та отримали рекомендації міністерства, гомосексуальність досі характеризується як захворювання, психічний розлад, статеве збочення тощо, що суперечить як сучасним медичним поглядам у цілому, так і офіційно затвердженій в Україні ще з 1999 року Міжнародній класифікації хвороб і споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду.

В офіційній відповіді № 73 від 05.03.2012 на лист Ради ЛГБТ представник міністерства — головний сексопатолог МОЗ України Горпінченко І. І. — на питання «Чи були всі регуляторні документи, підручники з медицини та навчальні матеріали, які могли раніше відносити гомосексуальність до захворювань, виправлені або вилучені?» відповідь: «Підручники з медицини та навчальні матеріали, які видаються останніми роками, не відносять гомосексуальність до захворювань».

Однак було встановлено такі **факти, що суперечать відповіді головного сексопатолога МОЗ України:**

— Мавров І. *Статеві хвороби* («Укрмедкнига», Тернопіль, 2005). Рекомендовано Центральним методичним кабінетом МОЗ України як навчальний посібник для студентів і лікарів-інтернів вищих медичних навчальних закладів III–IV рівнів акредитації. Цей посібник відкрито класифікує гомосексуальність як психічний розлад — див. главу 8.3 «Статеві збочення» розділ «Гомосексуалізм (Гомоеротизм)». Ця книга доступна на офіційному веб-сайті Тернопільського державного медичного університету¹⁴. Наведемо лише дві цитати зі с. 116 задля ілюстрації:

¹³ <http://hram.zp.ua/?p=34041>

¹⁴ http://intranet.tdmu.edu.te.ua/data/books/stat_chvor.pdf

Лікування гомосексуалізму. Основним напрямком лікування є систематичне ретельне обговорення з хворим всіх особливостей генези його перверсного потягу з констатацією того, що його «надбання» на цьому шляху за суттю виявляються втратами.

У випадках гомосексуалізму, обумовленого вираженими ендокринними порушеннями, показані застосування гормонів і пересадження залоз від одностатевих осіб.

— Гавенко Л. В., Бітенський В. С. *Психіатрія і наркологія* («Здоров'я», Київ, 2009). Рекомендовано МОЗ України як підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації. С. 438:

Крім того, існують статеві збочення, за яких порушується або заміщається об'єкт статевого потягу. До них відносять: гомосексуалізм, педофілію, геронтофілію, зоофілію, некрофілію, фетишизм, ексгібіціонізм, а також садизм і мазохізм.

— Напреєнко О. К., Влох І. Й., Голубков О. З. *Психіатрія* («Здоров'я», Київ, 2001). Допущено Міністерством охорони здоров'я України як підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів III–IV рівнів акредитації. Глава 10. *Розлади потягів:*

Статеві перверзії виявляються зміною спрямування статевого потягу та форм його реалізації. Їх можна вважати істинними тільки тоді, коли спотворений статевий потяг реалізується, заміщуючи нормальне статеве життя.

Статеві збочення досить різноманітні. Це можуть бути порушення статевої самосвідомості (транссексуалізм), психосексуальних орієнтацій за об'єктом, віком та статтю об'єкта.

Гомосексуалізм (сексуальна інверсія) — порушення психосексуальної орієнтації, статевий потяг до осіб однойменної статі. Чоловічий гомосексуалізм називають урбанізмом (педерастією), жіночий — лесбійанством, лесбійською любов'ю, сафізмом.

Ці книги фігурують як чинні підручники у каталогах багатьох бібліотек українських медичних вишів. Кафедра психіатрії, психології та сексології Львівського НМУ ім. Данила Галицького навіть пишається їх виданням¹⁵.

Вочевидь, ці матеріали широко застосовуються у підготовці медичних працівників в Україні. М'яко кажучи, те, що написано про гомосексуальність у цих затверджених МОЗ України підручниках та посібниках, — очевидне мракобісся з погляду сучасної психології та медицини, що прямо суперечить чинній в Україні Міжнародній статистичній класифікації хвороб. Таким чином, інформація з відповіді МОЗ не відповідає дійсності, й, вочевидь, не тільки не всі застарілі документи були виправлені або вилучені, але й досі видаються офіційні публікації подібного змісту. Більш того, опитування Центру «Наш світ» (2010–2011 рр.) виявило, що три респонденти, чия гомосексуальна орієнтація була відома персоналу державних медичних закладів, піддавалися спробам «лікування від гомосексуальності»¹⁶, про яке вони не просили, хоча в Україні гомосексуальність офіційно не вважається захворюванням або психічним розладом.

На лист Ради ЛГБТ до МОЗ з приводу існування та використання подібних навчальних посібників було отримано у відповідь лист № 0801-45/39/718 від 10.01.2013 р., у якому не міститься жодних зрозумілих роз'яснень з цього приводу, а також не згадується про жодні наміри міністерства з виправлення ситуації.

¹⁵ http://www.meduniv.lviv.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=180&Itemid=177&lang=uk

¹⁶ <http://gay.org.ua/publications/report2011-u.pdf>, с. 89

4 Принципи Джок'якарті

У главі про Універсальну періодичну доповідь було наведено прийняті/неприйняті рекомендації¹⁷ від країн-учасників до Уряду України, що стосуються прав представників ЛГБТ-спільноти, зокрема рекомендація 97.44 «Застосувати принципи Джок'якарті»¹⁸ (сексуальна орієнтація та гендерна свідомість) у політиці розвитку (Словенія) — яка не була прийнята урядом України. Ми вважаємо за необхідне викласти ті принципи, які стосуються права на здоров'я.

Принцип 17. Право на найвищий досяжний рівень здоров'я

Каждый человек имеет право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья без дискриминации по признаку сексуальной ориентации или гендерной идентичности. Фундаментальным аспектом этого права является сексуальное и репродуктивное здоровье.

Государства:

- А.** Принимают все необходимые меры законодательного, административного и иного характера с целью обеспечения права на наивысший достижимый уровень здоровья без дискриминации по признаку сексуальной ориентации или гендерной идентичности;
- Б.** Принимают все необходимые меры законодательного, административного или иного характера с целью обеспечения всем лицам доступа к учрежде-

¹⁷ Список рекомендацій, що містяться в розділі II Звіту Робочої групи А/HRC/22/7:

¹⁸ Джокьякартские принципы применения международно-правовых норм о правах человека в отношении сексуальной ориентации и гендерной идентичности. http://www.yogyakartaprinciples.org/principles_ru.htm

Більш детально в розділі про права ЛГБТ-спільноти.

ниям здравоохранения, соответствующим товарам и услугам, в том числе в связи с сексуальным и репродуктивным здоровьем, а также к их собственной медицинской документации без дискриминации по признаку сексуальной ориентации или гендерной идентичности;

- В.** Обеспечивают нацеленность учреждений здравоохранения, соответствующих товаров и услуг на улучшение состояния здоровья и удовлетворение нужд всех лиц без дискриминации по признаку сексуальной ориентации или гендерной идентичности и с учетом этих обстоятельств, а также конфиденциальность обращения с медицинской документацией, касающейся этих обстоятельств;
- Г.** Разрабатывают и осуществляют программы, направленные на преодоление дискриминации, предвзятого отношения и других социальных факторов, которые негативно сказываются на здоровье лиц вследствие их сексуальной ориентации или гендерной идентичности;
- Д.** Обеспечивают всем лицам достаточный уровень информации и представляют возможность принятия — на основе полной информированности — самостоятельных решений, касающихся лечения и ухода, без дискриминации по признаку сексуальной ориентации или гендерной идентичности;
- Е.** Обеспечивают принятие во внимание многообразия сексуальной ориентации и гендерной идентичности всеми программами и услугами, касающимися просвещения, профилактики, ухода и лечения в области сексуального и репродуктивного здоровья, и равную доступность таких программ и услуг для всех лиц без дискриминации;
- Ё.** Содействуют лицам, заинтересованным в физической коррекции тела в связи с изменением пола, в получении доступа к компетентному лечению, уходу

и поддержке на недискриминационной основе;

- Ж.** Обеспечивают отношение всех работников здравоохранения к пациентам и их партнерам без дискриминации по признаку сексуальной ориентации или гендерной идентичности, в том числе в части признания степени близости;
- З.** Разрабатывают политические установки и программы учебно-методического характера, с тем чтобы все работники здравоохранения обладали необходимыми возможностями для обеспечения наивысшего достижимого уровня здоровья всем лицам при полном уважении сексуальной ориентации и гендерной идентичности каждого человека.

Принцип 18.

Защита от нарушений медицинского характера

Никто не должен принудительно подвергаться какому-либо медицинскому или психиатрическому лечению, процедурам или тестированию либо помещаться в медицинское учреждение на основании сексуальной ориентации или гендерной идентичности. Вне зависимости от любой классификации в пользу обратного ни сексуальная ориентация, ни гендерная идентичность того или иного лица сами по себе не являются медицинскими показаниями и не подлежат лечению, излечению или подавлению.

Государства:

- А.** Принимают все необходимые меры законодательного, административного или иного характера с целью обеспечения полной защиты от вредного медицинского вмешательства, связанного с сексуальной ориентацией или гендерной идентичностью, в том числе связанного со стереотипами культурного или иного характера относительно поведения, внешности или гендерной нормы;

- Б.** Принимают все необходимые меры законодательного, административного и иного характера с целью недопущения необратимых физических изменений у детей с помощью медицинских процедур, направленных на принудительное формирование гендерной идентичности, без полного, свободного и информированного согласия ребенка с учетом его возраста и зрелости, а также исходя из принципа, что любое действие, затрагивающее ребенка, должно в первую очередь максимально учитывать его интересы;
- В.** Создают механизмы защиты детей, призванные обеспечивать, чтобы ни один ребенок не подвергся риску медицинских нарушений или непосредственно медицинским нарушениям;
- Г.** Обеспечивают лицам различной сексуальной ориентации или гендерной идентичности защиту от неэтичных или недобровольных медицинских процедур или исследований, в том числе в связи с вакцинами, бактерицидами или иными терапевтическими средствами от ВИЧ/СПИДа и других заболеваний;
- Д.** Пересматривают и вносят изменения в любые механизмы или программы финансирования здравоохранения, которые могут быть прямо направлены, способствовать или любым иным образом делать возможными такие нарушения;
- Е.** Не допускают, чтобы при любом медицинском или психиатрическом лечении или консультировании сексуальная ориентация и гендерная идентичность прямо или косвенно считались медицинскими показаниями и подлежали лечению, излечению или подавлению.

5

Першочергові пропозиції до українського уряду з виконання Рекомендації КМРЄ стосовно питань охорони здоров'я, ухвалені Радою ЛГБТ-організацій України

Права трансгендерів

1. Внести зміни до наказу МОЗ № 60 від 3.02.2011 р. «Про удосконалення надання медичної допомоги особам, які потребують зміни (корекції) статевої належності» з метою усунення таких протипоказань до зміни (корекції) статевої належності, як:

- наявність дітей віком до 18 років;
- гомосексуалізм, трансвестизм на фоні трансформації статевої ролі;
- наявність будь-яких сексуально-перверзних тенденцій;
- морфологічні особливості, які ускладнюють (або унеможливають) адаптацію в бажаній статі (гермафродитизм, порушення розвитку статевих органів тощо);
- неможливість проведення ендокринної або хірургічної зміни (корекції) статевої належності у зв'язку з наявністю важких соматичних захворювань;
- незгода особи, яка потребує зміни (корекції) статевої належності, із обсягом діагностично-лікувальних заходів щодо зміни (корекції) статевої належності, що рекомендовані Комісією.

Також внести зміни до Порядку обстеження осіб, які потребують зміни (корекції) статевої належності, затвердженого вищезгаданим наказом, а саме:

- з п. 2.2 Порядку усунути вимогу про стаціонарне психіатричне обстеження в умо-

вах психіатричної лікарні, передбачити можливість такого обстеження в умовах денного стаціонару або амбулаторно;

- з п. 13 Порядку усунути положення про видання медичного Свідчення про зміну (корекцію) статевої належності тільки після проведення хірургічної корекції, передбачити можливість видачі Свідчення без проведення хірургічної корекції.

2. Внести зміни до наказу МОЗ № 479 від 20.08.2008 р. «Про затвердження Переліку захворювань, за наявності яких особа не може бути усиновлювачем», прибравши з п. 9 «Розлади особистості та поведінки у зрілому віці» код F64 («Розлади статевої ідентичності» за МКХ-10).

Права ЧСЧ

1. Включити теми сексуальної орієнтації та гендерної ідентичності до програм медичних вузів і курсів підвищення кваліфікації медичного персоналу.

2. Видати наказ Міністерства охорони здоров'я про перегляд наявних і пропонуванних 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».

3. Системно залучати державну підтримку з метою подальшого розширення охоплення ЧСЧ послугами ВІЛ-сервісу.

Розділ 9

РОМИ: ДОСТУП ДО МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

М БО «Ромський жіночий фонд „Чіріклі”»¹ (далі — Фонд «Чіріклі») з 2010 року впроваджує проект «Покращення доступу ромського населення до медичних послуг у сфері протидії захворюваності на туберкульоз силами ромських медичних посередників» (далі — Проект) за підтримки Фонду «Розвиток України».

Також від 2010 року за підтримки міжнародного фонду «Відродження» впроваджувався проект «Покращення ситуації здоров'я ромів в Україні через впровадження програми ромських медичних посередників».

Діяльність Фонду «Чіріклі» безпосередньо спрямована на роботу в громадах ромів з метою вирішення проблем, з якими вони зустрічаються, а також на моніторинг дотримання прав ромів.

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

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

вої підготовки ромських соціально-медичних посередників та налагодження системи їх роботи в Україні.

1

Актуальність запровадження Програми ромських соціально-медичних посередників

Найвагомішим аргументом на користь такої роботи є потреба ромів в отриманні належних медичних і соціальних послуг, які надаються медичними працівниками та представниками органів влади в контексті позитивного (**недискримінаційного та шанобливого**) ставлення до них і спілкування з ними у процесі вирішення відповідних життєво важливих питань.

Традиції, які притаманні певним ромським громадам, часто не сприяють і навіть не дозволяють ромам (**особливо жінкам**) звертатися за медичною чи іншою допомогою до відповідних державних установ. Перешкодою цьому є також і недостатня обізнаність та рівень освіти певної частини ромського населення.

Тому основна мета Проекту — запропонувати ромським громадам послугу з посередництва, яка б вирішувала одночасно низку проблем в їх спілкуванні з державними установами та отриманні ними кваліфікованої і своєчасної допомоги; підвищити рівень обізнаності серед ромів в Україні про систему охорони здоров'я, можливості лікування, у тому числі від тубер-

¹ <http://chirikli.com.ua/index.php/ua/>

кульозу; створити систему перенаправлення між неурядовими організаціями та медичними й соціальними закладами.

Практика посередництва широко розповсюджена в Європі та світі. Такі послуги охоплюють різні найбільш вразливі категорії громадян — інвалідів, мігрантів, представників особливих національних груп населення, включаючи ромів.

Так, Програми ромських посередників працюють у багатьох країнах Європи, зокрема в таких, як Болгарія, Греція, Італія, Македонія, Молдова, Німеччина, Російська Федерація, Румунія, Сербія, Угорщина, Україна, Фінляндія, Франція, Чехія та ін. У цих країнах практика довела необхідність і корисність залучення посередників у різних галузях.

Важливо, що міжнародна спільнота та міжнародні організації (ООН, Рада Європи, Європейський Союз та Організація з безпеки та співробітництва в Європі) ставляться до запровадження посередництва як до ефективного й органічного методу інтеграції — «соціального включення» таких категорій громадян у суспільне і громадсько-політичне життя. Тому останніми роками вони напружували та прийняли низку міжнародних документів, які тією чи іншою мірою є обов'язковими для виконання державами-членами цих організацій, у тому числі й Україною.

Активна позиція міжнародних організацій, зокрема Ради Європи, стосовно ромів знайшла оформлення у міжнародно-правових актах, якими є рекомендації та резолюції Комітету Міністрів та Парламентської Асамблеї Ради Європи державам-членам. Серед них такі: рекомендації Rec (2001)17 та Rec (2005)4 щодо поліпшення економічного становища та працевлаштування ромів і кочівників у Європі, Rec (2008)5 щодо державних політик стосовно ромів і кочівників в Європі, № 1557(2002) про правове становище ромів у Європі, № 1924 (2010) про становище ромів у Європі та відповідну діяльність Ради Європи.

2 Рекомендації Комітету Міністрів Ради Європи щодо обов'язку держав забезпечити якнайкращий доступ ромів до послуг у сфері охорони здоров'я²

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

На початку 2011 року Рада Європи розпочала Європейську програму навчання ромських посередників, яка має два компоненти: тренінги для посередників з освіти, здоров'я, а також налагодження співпраці з органами державної та місцевої влади з метою поліпшення ефективності надання послуг ромському населенню. Ця Програма першочергово впроваджувалася тільки в тих країнах, де проекти з ромського посередництва вже працювали.

Відтак, реалізація Програми ромських соціально-медичних посередників є для України також важливим політичним питанням та відповідальним завданням, особливо зважаючи на те, що Україна у 2011 році головувала в Комітеті Міністрів Ради Європи та сприяла міжнародному розвитку даної ініціативи.

Крім того, беручи до уваги те, що Україна не є членом Європейської Ромської Декади і не має можливості брати участь у програмах структурних фондів Декади, впровадження програми ромських соціально-медичних посередників є чи не єдиним шансом для України брати участь у європейських програмах та бути залученою до європейських ініціатив.

Майже дворічний досвід Фонду «Чіріклі» у рамках реалізації проекту соціально-медичних посередників у п'яти пілотних регіонах

² Рекомендація Rec (2006)10 Комітету Міністрів Ради Європи державам-членам стосовно поліпшення доступу до медичної допомоги для ромів та кочівників Європі <http://chirikli.com.ua/index.php/ua/>

України показав, що саме їх робота в громадах може вплинути на зміну стану здоров'я ромів. Постійна робота посередників у громадах допомагає ромам зрозуміти важливість медичних обстежень на туберкульоз та інші хвороби, необхідність проходження повного курсу лікування, вакцинації та профілактичних заходів.

За час роботи проекту (від 2010 року до сьогодні) ромські соціально-медичні посередники досягли того, що більшість ромів уже не боїться відстоювати й захищати свої права, вони зрозуміли роль і користь від роботи посередників та зацікавлені у збільшенні числа таких осіб. Багато ромських жінок звертаються з проханням пройти навчання для посередників та розпочати роботу в громаді.

Наразі проект «Покращення доступу ромського населення до медичних послуг у сфері протидії захворюваності силами ромських медичних посередників» реалізується у тісній співпраці з Міністерством охорони здоров'я України, Міністерством соціальної політики України, Інститутом законодавства Верховної Ради України, місцевими й обласними органами влади. Розроблено плани спільних дій із Закарпатською та Одеською обласними державними адміністраціями. Депутатами Бергівської районної ради було ухвалено «План спільних дій з покращення ситуації ромів».

Свідчення. Приклади порушення права на доступ до екстреної медичної допомоги

24 квітня 2013 року в районі Радванка міста Ужгород сім'я ромської національності звернулася до медичного посередника Горват Дарини допомогти доставити хвору 12 річну дитину в лікарню. Зі слів матері дитини, вона викликала швидку допомогу 24 квітня увечері, оскільки боялася залишати ночувати вдома хвору дитину, у якої була висока температура (39 градусів) і починалися судороги. Незважаючи на прохання матері забрати дитину до лікарні, лікарі швидкої відмовилися це зробити й повідомили, що завтра вранці хвора з мамою

можуть прийти до лікарні самостійно. Тільки після розмови з посередником лікарі швидкої забрали дитину до лікарні, де з'ясувалося, що в неї інфекційна хвороба, а не просто застуда.

У місті Ужгород у районі Радванка стався ще один неприємний інцидент наприкінці березня 2013 року. В особи ромської національності був високий тиск та напад сильного кашлю, який спричиняв задуху. Рідні хворого зробили близько 40 дзвінків з виклику швидкої допомоги, але виклик не був прийнятий. Після чого медіатор (медичний посередник) особисто звернувся до «швидкої» і попросив пояснення щодо даної ситуації. Оператор «швидкої» зверхньо відповіла, що вона не приймала викликів, оскільки це телефонувала «циганота». Швидку було направлено тільки після того, як медіатор повідомив операторові, що змушена буде написати скаргу в управління охорони здоров'я.

Слід зазначити, що особиста неприязнь працівників швидкої допомоги до ромського населення не має впливати на ефективність їхньої роботи та рішення щодо надання медичної допомоги чи прийняття виклику. За законом «Про екстрену медичну допомогу», який набрав чинності з 1 січня 2013 року, на території України **кожен її громадянин** (незалежно від національності) або будь-яка інша особа мають право на безкоштовну, доступну, **своєчасну** та якісну екстрену медичну допомогу³.

3 Рекомендації

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

³ Про випадки було повідомлено листом начальника управління охорони здоров'я Закарпатської ОДА.

2. Базувати організацію медичної допомоги ромам на підставі Рекомендацій Rec (2006)10 Комітету Міністрів Ради Європи державам-членам щодо поліпшення доступу до медичної допомоги для ромів та кочівників у Європі.

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

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

5. Розробляти і впроваджувати всебічні тренінгові програми для посадових осіб ор-

ганів охорони здоров'я, медичних закладів усіх рівнів з метою забезпечення розуміння державними службовцями міжнародних і національних нормативів, які забороняють дискримінацію.

6. МОЗ України забезпечити доступ до інформації та отримання знань у галузі охорони здоров'я шляхом проведення медичними та соціальними працівниками, органами влади та неурядовими організаціями кампаній для ромів із підвищення їхньої обізнаності. За необхідності, слід надавати інформацію про репродуктивне і сексуальне здоров'я та гендерну рівність як частину просвіти в галузі охорони здоров'я.

Розділ 10

ПРАВО НА ЗДОРОВ'Я В ПЕНІТЕНЦІАРНІЙ СИСТЕМІ

Права людей, що позбавлені волі, не повинні бути зведені тільки до забезпечення безпеки, режиму та дисципліни, які базуються на кримінально-процесуальному та кримінально-виконавчому законодавстві. Окрім забезпечення умов утримання, які не посягають на людську гідність та надають можливість займатися змістовною професійною діяльністю, держава Україна повинна забезпечити доступ до лікування та медичних програм, які впроваджуються для всіх громадян, що забезпечує право на здоров'я. «Держави зобов'язані дотримуватися права на здоров'я, зокрема, утримуючись від прийняття заходів, що закривають або обмежують будь-кому, у тому числі в'язням або особам, які тримаються під вартою, рівний доступ до профілактичних, лікувальних і паліативних послуг охорони здоров'я».¹

Поряд з фундаментальними правами, які мають усі люди, на ув'язнених унаслідок їх статусу поширюються додаткові гарантії. У випадку, коли держава позбавляє волі громадян, вона бере на себе обов'язок піклуватися про їх здоров'я з погляду як умов їх утримання в місцях позбавлення волі, так і необхідного індивідуального лікування. Адміністрація місць позбавлення волі зобов'язана не лише забезпечувати ув'язнених повноцінним досту-

пом до медичної допомоги, але й створювати умови, що підвищують добробут як ув'язнених, так і співробітників пенітенціарних установ... Це стосується усіх аспектів тюремного життя в'язнів, особливо — охорони здоров'я².

1 Загальний огляд ситуації з дотримання права на здоров'я у місцях несвободи

Згідно з даними, розміщеними на сайті Державної пенітенціарної служби України, станом на 01.01.2014 р. у 182 місцях позбавлення волі Державної пенітенціарної служби України (надалі — ДПтСУ) утримувалося 127 830 (тут і надалі в дужках станом на 01.01.2013 р. — 147 112 осіб), тобто за рік чисельність осіб у місцях позбавлення волі зменшилась на 19 282 особи, або на 13,11%. Показник числа в'язнів на 100 тис. населення для України становить 281.

Чисельність осіб у 2013 році у 26 діючих слідчих ізоляторах та шести установах виконання покарань з функцією СІЗО зменшилась на 8708 осіб, або на 28,2%: з 30 854 особи до 22 146 осіб. З них перебуває на стадії досудового слідства 1863 особи (2483 особи рік тому, два роки тому 4156 осіб), судового слідства (до винесення

¹ *Право на найвищий досяжний рівень здоров'я (ст. 12 Міжнародного пакта об економічних, соціальних і культурних правах).* — Нью-Йорк, ООН, Комітет по економічним, соціальним і культурним правам, 2000 г. — (<http://www1.umn.edu/humanrts/russian/gencomm/Rescgencom14.html>).

² *Commentary to Recommendation Rec (2006) 2 of the Committee of Ministers to Member States on the European Prison Rules.* — Strasbourg, Council of Europe, 2005.

вируку) — 8631 особа (рік тому — 14 212 осіб, два роки тому — 16 871 особа)³.

Динаміка чисельності осіб в установах департаменту за останні десять років наведена в таблиці

| Термін визначення | Загальна чисельність осіб в установах пенітенціарної служби | Зміна чисельності осіб в установах пенітенціарної служби відносно попереднього року, % |
|-------------------|---|--|
| 01.01.2004 | 191 677 | -3,02 |
| 01.01.2009 | 145 946 | -2,65 |
| 01.07.2011 | 157 866 | +2,49 |
| 01.01.2013 | 147 112 | -4,49 |
| 01.01.2014 | 127 830 | -13,11 |

У 14 колоніях для тримання жінок перебуває 5572 особи (рік тому в 15 колоніях утримувалось 6053 жінки). У семи виховних колоніях для неповнолітніх відбувають покарання 893 особи (рік тому в шести колоніях було 1264 особи).

Чисельність довічно ув'язнених осіб зросла за рік на 68 осіб (за 2012 рік — на 53 особи) і досягла 1878 осіб (1810 осіб). Засуджено на строк понад 10 років 12 тис. осіб (13,2 тис. осіб), відбувають покарання у вигляді арешту 656 осіб (921 особа).

За офіційними даними, рівень захворюваності на інфекційні хвороби (зокрема, туберкульоз, ВІЛ, гепатит) у таких місцях значно перевищує загальні показники по країні. Зокрема, у 2012 році хворі на туберкульоз становили близько 0,07% від усього населення України⁴, у той час як захворюваність на туберкульоз серед осіб, які перебувають у СІЗО, за даними ДПТС України, у 44 рази (!) вища — 3,08%. До того ж, ураховуючи наявні умови перебування в слідчих ізоляторах (невідповідність розмірів вікон установленим нормам; можливість провітрювання лише з дозволу персоналу; невідповідна охорона спеціальних палат для лікування заарештованих осіб, хворих на туберкульоз;

деінде спільне тримання здорових і хворих осіб), ризик захворюваності в них є дуже високим. Проте найбільшою проблемою при цьому є поширення мультирезистентної (лікарсько-стійкої) форми туберкульозу, через яку хвороба набуває стійкості до протитуберкульозних препаратів⁵. Це відбувається передусім через недотримання схем та термінів лікування, типових для зазначених закладів⁶.

Не менш істотними є дані щодо захворюваності в місцях попереднього ув'язнення на ВІЛ/СНІД. Статистика свідчить, що зареєстрована кількість ВІЛ-інфікованих у слідчих ізоляторах у 8 разів більша, ніж серед населення України загалом: на березень 2013 року — 0,5%⁷ хворих серед усього населення України та на 1 квітня 2013 року за даними ДПТС України — 3,8% хворих у СІЗО. Незважаючи на ст. 16 Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий та соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ», у якій категорично заборонено відмовляти ВІЛ-інфікованим у наданні медичної допомоги, у закладах пенітенціарної системи такі випадки є нормою.

Часто адміністрація СІЗО, іноді й прокуратура, підтверджують у своїх відповідях неможливість обстеження ВІЛ-інфікованих, без якого не може бути призначене ефективне лікування. В інших випадках пенітенціарні заклади відмовляють у лікуванні ВІЛ-інфекції, посилаючись на протипоказання для надання антиретровірусної терапії (АРТ) у процесі лікування інших захворювань, але такі відмови не завжди бувають обґрунтованими, й АРТ не надається й після закінчення такого лікування⁸. Статис-

⁵ http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20110915_0.html

⁶ Звіт за результатами моніторингу медичного забезпечення слідчих ізоляторів в Україні / Харківський інститут соціальних досліджень. — Харків, 2013.

⁷ <http://dssz.gov.ua/index.php/uk/operatyvna-informaciya>

⁸ Права людини в Україні 2009–2010: доповідь правозахисних організацій / За ред. Є. Захарова ; Українська Гельсінська спілка з прав Людини. — Харків: Права людини, 2011. — С. 332.

³ <http://ukrprison.org.ua/statistics/1389794790>

⁴ http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20130318_4.html

тичні дані ДПТС України вражають: станом на 1 квітня 2013 року у слідчих ізоляторах серед 1016 хворих на ВІЛ антиретровірусну терапію отримували лише 217 осіб (21%)⁹.

Отримати сторонню медичну допомогу поза закладом взагалі є дуже складною процедурою, оскільки у ст. 12 Закону України «Про попереднє ув'язнення» зазначається, що у СІЗО «побачення з родичами або іншими особами (у тому числі з незалежним лікарем) може надавати взятим під варту адміністрація місця попереднього ув'язнення **лише з письмового дозволу слідчого, органу дізнання або суду**, у провадженні яких перебуває справа, як правило, один раз на місяць».

Отже, затриманий/заарештований може сподіватися лише на допомогу з боку медичного персоналу Пенітенціарної служби України. Проте, починаючи з 2004 року, ця допомога взагалі не регламентується жодним документом, оскільки було **скасовано державну реєстрацію** згідно з наказом Державного департаменту України з питань виконання покарань та Міністерства охорони здоров'я України від 18.01.2000 р. № 3/6 «Про затвердження нормативно-правових актів з питань медико-санітарного забезпечення осіб, які утримуються в слідчих ізоляторах та виправно-трудовах установах Державного департаменту України з питань виконання покарань»¹⁰.

Порушуються права затриманих/заарештованих:

- право на усвідомлену згоду лікування,
- право на зберігання конфіденційності щодо хвороби,
- право на вільний вибір лікаря,
- право на доступ до медичної інформації.

Це викликає занепокоєння, бо в усіх цивілізованих суспільствах особи, поміщені у місця

позбавлення волі, мають такі ж самі права на надання медико-санітарної допомоги, як і всі інші, і повинні отримувати її на належному рівні.

Головний принцип, який має виконуватися у цих закладах, такий: особи, поміщені в місця позбавлення волі, не повинні виходити з них у гіршому стані, ніж до потрапляння туди. У закладах позбавлення волі здоров'я людини повністю залежить від умов перебування та її оточення, які вона не має змоги змінити.

Однією з основних причин неналежного лікування таких захворювань, як туберкульоз, гепатит, ВІЛ/СНІД, діабет, епілепсія, наркозалежність, алкоголізм та інших, у місцях позбавлення волі є недостатнє оснащення матеріально-технічною базою, нестача препаратів, обладнання, кваліфікованих вузькоспеціалізованих лікарів.

Важливо зазначити, що **середній розмір фінансування на медичне забезпечення однієї особи в СІЗО на день становить близько 6 гривень 40 копійок**, і це з урахуванням того, що більшість ув'язнених має інфекційні та хронічні хвороби, які треба лікувати постійно¹¹.

Харківським інститутом соціальних досліджень було проведено моніторинг медичного забезпечення слідчих ізоляторів в Україні, за результатами якого вироблено рекомендації до Державної пенітенціарної служби України¹².

Кіровоградське обласне відділення ВБО «**Всеукраїнська мережа людей, що живуть з ВІЛ/СНІД**»¹³ щороку випускає річний звіт про дотримання прав ВІЛ-позитивних людей, які перебувають в установах, підпорядкованих кримінально-виконавчій службі України.

Наявність системних проблем у роботі медичних установ не мотивує ДПТС України до

⁹ Звіт за результатами моніторингу медичного забезпечення слідчих ізоляторів в Україні/Харківський інститут соціальних досліджень. — Харків, 2013.

¹⁰ <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0143-00>

¹¹ Звіт за результатами моніторингу медичного забезпечення слідчих ізоляторів в Україні/Харківський інститут соціальних досліджень. — Харків, 2013.

¹² Звіт за результатами моніторингу медичного забезпечення слідчих ізоляторів в Україні/Харківський інститут соціальних досліджень. — Харків, 2013.

¹³ <http://www.civicua.org/library/view.html?topic=2196044>

проведення широких реформ та ефективної модернізації системи надання медичної допомоги. Дане твердження чітко простежується у змісті Державної цільової програми реформування Державної кримінально-виконавчої служби на 2013–2017 роки, що була затверджена Постановою Кабінету Міністрів України від 29 квітня 2013 року, № 3453¹⁴.

Закритість установ системи виконання покарань є одним із основних чинників, що «зберігає» існуючу практику роботи медичної служби. Разом з тим огляд практики взаємодії ДПтСУ з неурядовими організаціями ясно показує ефективність партнерства, що ґрунтується на принципах відкритості. Завдяки зусиллям організацій громадянського суспільства поліпшується практика діагностики й лікування ВІЛ-інфекції та туберкульозу у засуджених та ув'язнених. Такі результати стали можливі завдяки моніторингу та реалізації ініціатив і програм, що були прийняті за його результатами.

Незважаючи на зусилля Державної пенітенціарної служби України, неурядових організацій, спостережних комісій і ряду інших суб'єктів, медична служба залишається нездатною реалізувати в повному обсязі медичні права засуджених та ув'язнених

Шляхами розв'язання проблем у 2013 році стали:

- реалізація норм нового кримінально-процесуального кодексу;
- впровадження національного превентивного механізму;
- зміна практики українських судів, відповідно до практики Європейського суду з прав людини¹⁵.

¹⁴ <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/345-2013-%D0%BF>

¹⁵ <http://www.nau.kiev.ua/index.php?page=hotline&file=432128-29032013-0.htm&code=v3082806-13>

2 Практика звернення до Європейського суду з прав людини

Навесні 2013 року Європейський суд з прав людини виніс безпрецедентне рішення щодо справи жителя Бахчисарайського району, колишнього ув'язненого, що тримався в СІЗО міста Сімферополь та помер від СНІДу. Його матері держава повинна виплатити 60 тис. євро. Неправомірними були визнані дії з боку правоохоронних органів Бахчисарая, а саме: ненадання допомоги тяжкохворому арештанту співробітниками СІЗО, «помилки» прокуратури та суду¹⁶.

3 Нормативно-правове забезпечення дотримання права на здоров'я осіб, які позбавлені волі

У 2013 році МОЗ України ухвалив низку нормативно-правових актів, що мають потенціал для певного поліпшення якості медичної допомоги, яка надається в місцях позбавлення волі. Так, на початку 2013 року, МОЗ України затвердило перелік і критерії визначення груп підвищеного ризику до інфікування ВІЛ. Відповідний наказ було прийнято 8 лютого 2013 року за № 104. Впровадження документа дозволить поліпшити процес планування заходів і бюджетних витрат на протидію ВІЛ/СНІДу серед представників груп ризику. Згідно з переліком, за умови застосування одного з критеріїв, що містяться в документі, **до групи підвищеного ризику інфікування ВІЛ можуть бути віднесено й осіб, які утримуються в установах виконання покарань.**

З метою врегулювання деяких аспектів лікування та діагностики ВІЛ-інфекції МОЗ України затвердив наказ № 585 від 10.07.2013 р. «Про затвердження нормативно-правових актів з питань удосконалення організації медичної до-

¹⁶ <http://www.ktelegraf.com.ua/4149-za-smert-zaplatit-gosudarstvo.html>

помоги людям, що живуть з ВІЛ», який містить багато норм, що впливають на систему надання медичної допомоги в пенітенціарній системі (більше детально¹⁷).

4 Недосконалість правил внутрішнього розпорядку слідчих ізоляторів Державної кримінально-виконавчої служби України

Велику хвилю протесту серед правозахисників викликало прийняття **Правил внутрішнього розпорядку слідчих ізоляторів Державної кримінально-виконавчої служби України**, затверджених наказом Міністерства юстиції України від 18.03.2013 р. № 460\524 (далі — Правила)¹⁸. У документі закладено низку обмежень, здатних погіршити реалізацію медичних прав ув'язнених і засуджених, які перебувають у слідчих ізоляторах:

1. Ліки можна отримувати тільки від родичів.
2. Заборонено передавати вироби медичного призначення: бинти, вату, катетери, системи тощо.
3. Правила не містять жодних гарантій щодо забезпечення ув'язнених та засуджених певним мінімальним рівнем медико-лікувальної допомоги.
4. У Правилах збережено обов'язковість присутності посадових осіб СІЗО під час прийому засуджених та ув'язнених медичним персоналом — порушується право таємниці про стан здоров'я.
5. Правила містять певні дискримінаційні норми, що обмежують хворих ув'язнених, у тому числі в можливості отримання побачень.
6. Правила фактично позбавляють ув'язнених і засуджених можливості оскаржити дії

¹⁷ Дотримання медичних прав в установах Державної пенітенціарної служби України в 2013 році.

¹⁸ <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0445-13>

медичних працівників, персоналу та адміністрації СІЗО.

7. До тортур можна прирівняти положення про те, що в палатах-ізоляторах, де утримуються хворі засуджені-порушники, не використовують рушників, простирадл тощо (Додаток 31 до Правил). По-перше, незрозуміло, що саме вкладає Міністерство юстиції України в поняття «тощо», на цій підставі можна забороняти практично будь-яку річ, наприклад, посуд із питною водою. По-друге, подібний підхід наводить на думку про бажання створення більш каральних умов утримання осіб, які проходять лікування, і жодним чином не стосуються проголошеної гуманності.

У 2013 році Державна пенітенціарна служба України розпочала реалізацію ініціатив з модернізації сфери надання медичної допомоги в установах кримінально-виконавчої служби, а також адміністративному управлінні цією діяльністю. У рамках цих ініціатив в Україні заплановано **впровадження пілотного проекту**, в ході якого начальники медико-санітарних частин і лікарень будуть підпорядковані виключно начальникам секторів охорони здоров'я обласних управлінь ДПтСУ (як ідеться далі, **ВООЗ рекомендує передати управління тюремною медициною до МОЗ**). Крім того, проект передбачає створення в обласних управліннях ДПтСУ медичних відділів, які складатимуться приблизно з 7 фахівців, що мають різні медичні спеціалізації¹⁹.

5 Розумне стратегічне керівництво охороною здоров'я в місцях позбавлення волі в XXI столітті — рекомендації ВООЗ

Стефан Enggist, технічний спеціаліст «Охорона здоров'я в місцях позбавлення волі» Європейського регіонального бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) у своєму

¹⁹ Дотримання медичних прав в установах Державної пенітенціарної служби України в 2013 році.

листі анонсував документ «Розумне стратегічне керівництво охороною здоров'я в місцях позбавлення волі в XXI столітті. Стислий аналітичний огляд з питання організації пенітенціарного охорони здоров'я»²⁰. Про що цей документ? Наведемо його як базовий принцип перебудови пенітенціарної медицини в Україні.

«Щороку в Європейському регіоні ВООЗ позбавляються свободи шість мільйонів чоловіків і жінок.

Тюрми та інші пенітенціарні установи — нездорові місця. Показники поширеності ВІЛ-інфекції, гепатиту і туберкульозу, а також деяких неінфекційних захворювань і порушень психічного здоров'я серед ув'язнених набагато вищі, ніж серед населення в цілому. У багатьох державах-членах для місць позбавлення волі характерні нездорові умови, наприклад, переповненість приміщень, у яких утримуються ув'язнені.

Місця позбавлення волі є частиною нашого суспільства. Більшість ув'язнених рано чи пізно залишать їх і вийдуть на свободу. Здоров'я ув'язнених впливає на стан здоров'я населення. Наприклад, у суспільстві може зрости поширеність ТБ, якщо має місце позбавлення волі в масових масштабах, а профілактика і контроль інфекції в місцях позбавлення волі не спрацьовують.

Нова «рамкова» основа політики охорони здоров'я в Європейському регіоні ВООЗ — Здоров'я-2020 — спрямована на поліпшення здоров'я населення і зменшення нерівності доступу щодо отримання медичних послуг. Йдеться про те, що головною умовою розумного стратегічного керівництва охороною здоров'я є дотримання таких соціальних цінностей, як права людини і справедливість. Це повною мірою стосується й охорони здоров'я в місцях позбавлення волі. Коли держава позбавляє людей свободи, вона повинна гарантувати їх право на здоров'я і надавати їм медико-

санітарну допомогу якнайвищої якості. З цією метою в міжнародному праві йдеться про необхідність встановлювати і підтримувати максимально тісні зв'язки між пенітенціарними медичними службами, що не залежать від адміністрації пенітенціарних установ, та міністерствами охорони здоров'я.

Багато держав-членів не в повній мірі виконують свій обов'язок з охорони здоров'я ув'язнених. У більшості держав-членів міністерства охорони здоров'я або зовсім не беруть участі, або беруть участь лише мінімально в охороні здоров'я в місцях позбавлення волі. Безперервність і спадкоємність у наданні в'язням медико-санітарної допомоги часто не гарантовані».

У документі «**Розумне стратегічне керівництво охороною здоров'я в місцях позбавлення волі в XXI столітті**» міститься заклик до реформування пенітенціарної охорони здоров'я.

Висновки та рекомендації ВООЗ

1. Здоров'я та благополуччя ув'язнених — це загальнодержавний обов'язок.

2. Найефективніший спосіб організації охорони здоров'я ув'язнених полягає в тому, щоб наданням медико-санітарних послуг у місцях позбавлення волі опікувалися міністерства охорони здоров'я, які також повинні відстоювати необхідність забезпечувати здорові умови в пенітенціарних установах.

6

Рекомендації до Державної пенітенціарної служби України

1. Повністю укомплектувати медичні штати слідчих ізоляторів.

2. Привести у відповідність до нормативів стан боксів збірного відділення і камер-палат медичних стаціонарів слідчих ізоляторів (виконати поточний ремонт, перевірити стан і функ-

²⁰ <http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.-a-policy-brief-on-the-organization-of-prison-health>

ціонування сантехнічного обладнання, збільшити вільну площу кабін і камер, поліпшити природне і штучне освітлення, температурні умови тощо).

3. Регулярно вести журнали кварцування і здійснювати процедуру кварцування у камерах-палатах медичних стаціонарів СІЗО щоденно.

4. Провести інвентаризацію медичного обладнання слідчих ізоляторів та, у разі потреби, його оновлення.

5. Виконати поточний ремонт амбулаторних кабінетів медичних частин СІЗО.

6. Забезпечити аптеки слідчих ізоляторів всіма необхідними медикаментами.

7. Вжити заходів щодо повного фіксування перебігу хвороби і призначеного лікування у медичних картках ув'язнених.

8. Впровадити практику письмового звернення ув'язнених до начальника слідчого ізолятора про потребу в медичних послугах у ЗОЗ.

9. Забезпечити щоденний огляд неповнолітніх осіб із обов'язковою фіксацією всіх виявлених тілесних ушкоджень у спеціальному журналі, а також у медичних й особових картках ув'язнених.

10. Виділити окремі кабінети або камери збірного відділення для осіб, хворих на інфекційні захворювання.

11. Забезпечити тримання осіб, хворих на відкриту форму туберкульозу, окремо від інших ув'язнених.

12. Забезпечити приватність надання медичних послуг ув'язненим, а також збережен-

ня конфіденційності стану здоров'я кожного ув'язненого.

13. Забезпечити виконання вимог наказу Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства внутрішніх справ України, Міністерства юстиції України, Державної служби України з контролю за наркотиками № 821/937/1549/5/156 від 22.10.2012 р. «Про затвердження Порядку взаємодії закладів охорони здоров'я, органів внутрішніх справ, слідчих ізоляторів і виправних центрів щодо забезпечення безперервності лікування препаратом замісної підтримувальної терапії».

14. Забезпечити надання дієтичного харчування певним категоріям хворих осіб згідно з вимогами постанови Кабінету Міністрів України від 16.06.1992 № 336 «Про норми харчування осіб, які тримаються в установах виконання покарань, слідчих ізоляторах Державної кримінально-виконавчої служби, ізоляторах тимчасового тримання, приймальниках-розподільниках та інших приймальниках Міністерства внутрішніх справ».

15. Створити комплексні умови для перебування у слідчих ізоляторах людей з особливими потребами.

16. Впровадити чітку процедуру медичного супроводу новонародженої дитини у слідчому ізоляторі.

17. Негайно внести зміни до **Правил внутрішнього розпорядку слідчих ізоляторів Державної кримінально-виконавчої служби України** з урахування вищевикладених положень.

Розділ 11

ПРАВА ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ТА ГЕПАТИТ С

Офіційно епідемію туберкульозу в Україні Всесвітня організація охорони здоров'я оголосила у 1995 році. Свого «піку» захворюваність на туберкульоз досягла у нашій країні у 2005 році, коли показник збільшився втричі порівняно з доепідемічним періодом (майже до 100 випадків на 100 тис. населення¹).

В Україні, за оцінками ВООЗ, досягнуто певних успіхів, що дозволило зупинити епідемію туберкульозу. У представленій Всесвітньою організацією охорони здоров'я у 2012 році доповіді щодо глобальної боротьби з туберкульозом Україна не віднесена до 22 країн з найбільшим навантаженням захворювання.

Незважаючи на певні успіхи в подоланні туберкульозу, зміна епідеміологічного профілю захворюваності на туберкульоз у бік підвищення кількості хворих на хіміорезистентні форми призвела до зростання резервуару інфекційно небезпечних та невиліковних випадків хіміорезистентного туберкульозу. **Україна належить до 18 країн з найвищим рівнем мультирезистентного туберкульозу серед 53 країн Євроregionу.**

Зростання ко-інфекції ТБ/ВІЛ та випадків госпітальної передачі туберкульозу потребує кардинального удосконалення підходів до організації надання протитуберкульозної допомоги в рамках існуючої системи охорони здоров'я, а також оптимізації управління програмними заходами.

¹ http://www.stoptb.in.ua/ua/articles_tables Туберкульоз в Україні: Аналітично-статистичний довідник за 2001–2012 роки.

Захворюваність населення України на активний туберкульоз за перше півріччя 2013 року в порівнянні з аналогічним періодом 2012 року

| Адміністративні території | Хворі на активний туберкульоз | | | | Відносно 2012 року, % |
|---------------------------|-------------------------------|---------|-----------------------|---------|-----------------------|
| | осіб | | на 100 тис. населення | | |
| | 2012 р. | 2013 р. | 2012 р. | 2013 р. | |
| Україна | 16 156 | 15 906 | 35,4 | 35,0 | -1,1 |

▶ **За перше півріччя 2013 року в Україні захворіло на туберкульоз 15 906 осіб**

Реформа системи охорони здоров'я, розпочата в державі, покликана переорієнтувати традиційну систему медичного обслуговування на підвищення пріоритету первинної медико-санітарної допомоги. Міжнародне співробітництво сприяє прискоренню реорганізації систем охорони здоров'я, у тому числі за допомогою більш ефективного розподілу зовнішньої допомоги, але реальний прогрес можливий тільки за умови вдосконалення управління охороною здоров'я в самій країні².

Оптимізація ресурсів у протитуберкульозній сфері не базується виключно на зменшенні фінансових витрат. Слід враховувати не лише особливості поточної епідемічної ситуації на національному та регіональному рівнях, але й необхідність впровадження сучасних підхо-

² Ibid.

дів до діагностики та лікування, без використання яких досягти успіху неможливо³.

В Україні у 2012 році розпочато оптимізацію мережі лабораторій для зміцнення потенціалу лабораторної діагностики туберкульозу, забезпечено проведення прискорених методів діагностики на рідких середовищах завдяки закупівлі витратних матеріалів, запроваджено молекулярно-генетичні методи лабораторної діагностики туберкульозу завдяки придбання 11 приладів Джин-Експерт за кошти гранту Глобального Фонду.

У 2012 році з Державного бюджету України профінансовано закупівлю протитуберкульозних препаратів та виробів медичного призначення з метою проведення діагностики та лікування хворих на туберкульоз в обсязі 175 млн грн.

| | |
|---|---------------------|
| Финансирование мероприятий, направленных на борьбу против ТБ ⁴ | 2013 |
| Национальный бюджет программы борьбы с туберкулезом, млн долларов США | 85 (680 млн грн) |
| Финансирование из Государственного бюджета, % | 49 |
| Финансирование международными партнерами, % | 4 |
| Дефицит бюджета, % | 47 |

Але, як свідчать дані ВНО, у 2013 році дефіцит бюджету, призначеного для фінансування боротьби проти ТБ, становить 47%

Для контролю за лікуванням хворих та з метою посилення системи фармакологічного менеджменту у 2012 році активно впроваджувався **реєстр хворих** на туберкульоз «**e-TB менеджер**». Для цього із залученням донорських коштів закуплено, здійснено розподіл та поставлено в регіони 502 одиниці комп'ютерної техніки, здійснено закупівлю двох серверів для забезпечення роботи реєстру на центральному рівні, проведено навчання з питань ведення реєстру 343 фахівців обласного та регіонального рівнів.

³ Ibid.

⁴ Дані: www.who.int/tb/data

Смертність від туберкульозу за перше півріччя 2013 року порівняно з аналогічним періодом 2012 року

| Адміністративні території | Померло від туберкульозу | | | |
|---------------------------|--------------------------|---------|-----------------------|---------|
| | осіб | | на 100 тис. населення | |
| | 2012 р. | 2013 р. | 2012 р. | 2013 р. |
| Україна | 3733 | 3479 | 16,4 | 15,3 |

За перше півріччя 2013 року в Україні від туберкульозу померло 3479 осіб

В Україні організація лікування хворих традиційно орієнтована на стаціонарне лікування. Проте **стан матеріально-технічного забезпечення протитуберкульозних закладів та виконання вимог інфекційного контролю туберкульозу в них залишаються незадовільними.**

Порушення вимог інфекційного контролю за туберкульозом призводить до захворюваності на туберкульоз медичних працівників закладів охорони здоров'я, у тому числі протитуберкульозних закладів, що негативно впливає на престиж професії та поглиблює кадрову кризу.

За перше півріччя 2013 року в Україні захворіло на туберкульоз 2276 осіб, що живуть з ВІЛ

Потребує перегляду та реформування й система підготовки та перепідготовки лікарів-фтизіатрів і лабораторних фахівців з діагностики туберкульозу.

Захворюваність на активний туберкульоз у поєднанні з хворобою, зумовленою вірусом імунодефіциту людини (СНІД), за перше півріччя 2013 року порівняно з аналогічним періодом 2012 року

| Адміністративні території | Хворі на активний туберкульоз у поєднанні з хворобою, зумовленою вірусом імунодефіциту людини (СНІД) | | | |
|---------------------------|--|---------|-----------------------|---------|
| | осіб | | на 100 тис. населення | |
| | 2012 р. | 2013 р. | 2012 р. | 2013 р. |
| Україна | 2287 | 2276 | 5,0 | 5,0 |

Протягом 2012 року Міністерством охорони здоров'я, Державною службою України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально-небезпечним захворюванням разом з агенціями ООН в Україні було проаналізовано досвід організації державного управління у сфері профілактики та протидії захворюванню на туберкульоз на попередніх етапах. Було визнано за необхідне посилити державне лідерство у сфері впровадження міжнародної технічної допомоги та ґрантів, спрямованих на подолання соціально небезпечних хвороб. Найбільшим донором для України у цій сфері вже 10 років поспіль є Глобальний фонд боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією. За компонентом «туберкульоз» Україна вперше отримала ґрант Глобального фонду у 2010 році, переважно завдяки зусиллям та **ініціативі Фонду «Розвиток України» Ріната Ахметова**, що суттєво вплинуло як на якість діагностики та лікування туберкульозу, так і на поліпшення ресурсного потенціалу протитуберкульозної служби країни у 2011–2012 роках.

У 2009 році благодійний фонд Ріната Ахметова «Розвиток України» спільно з Міністерством охорони здоров'я України подав заявку до Глобального фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією (далі — ГФ) на 9 Раунд за компонентом «туберкульоз». У березні 2010 року ГФ ухвалив позитивне рішення про виділення Україні коштів на подолання епідемії ТБ, відповідно до поданої Заявки. 10 грудня 2010 року відбулося офіційне підписання ґрантової угоди між Україною і ГФ. Згідно з цим документом, основним реципієнтом — одержувачем ґранту — є благодійний фонд Ріната Ахметова «Розвиток України». Виділені кошти спрямовано на реалізацію Програми «Зупинимо туберкульоз в Україні» у 2011–2015 роках. Фонд Ріната Ахметова «Розвиток України» інвестує в Програму також свої кошти.

Контингент хворих на всі форми активного туберкульозу, які перебувають на обліку в протитуберкульозних закладах системи МОЗ України за перше півріччя 2013 року порівняно з аналогічним періодом 2012 року

| Адміністративні території | Хворі на всі форми активного туберкульозу, які перебувають на обліку в протитуберкульозних закладах системи МОЗ України | | | |
|---------------------------|---|---------|-----------------------|---------|
| | осіб | | на 100 тис. населення | |
| | 2012 р. | 2013 р. | 2012 р. | 2013 р. |
| Україна | 68 458 | 58 071 | 150,1 | 127,8 |

На обліку в протитуберкульозних закладах системи МОЗ України на перше півріччя 2013 року перебувало 58 071 особа

16 жовтня 2012 року було затверджено Загальнодержавну цільову соціальну програму протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки.

Розв'язання проблеми протидії захворюванню на туберкульоз можливе шляхом виконання протягом 2012–2016 років таких завдань:

1. Реформування системи надання протитуберкульозної допомоги, зокрема максимальне наближення медичних послуг до хворого, інтеграція надання медичної допомоги, що забезпечить доступ населення до послуг з діагностики, лікування туберкульозу та догляду за хворими.
2. Створення відділень для паліативної та хоспісної медицини, лікування хіміорезистентного туберкульозу, розвиток системи амбулаторної допомоги.
3. Розширення можливостей лабораторної мережі з мікробіологічної діагностики туберкульозу для виявлення всіх випадків захворювання шляхом оптимізації кількості лабораторій першого та третього рівнів.
4. Реалізація протиепідемічних заходів, спрямованих на запобігання поширенню захворюван-

ня на туберкульоз у закладах охорони здоров'я, місцях довгострокового перебування осіб і проживання хворих на туберкульоз, та зміцнення матеріально-технічної бази протитуберкульозних закладів;

5. Безперебійне забезпечення закладів охорони здоров'я, що здійснюють лікування хворих на туберкульоз у стаціонарних та амбулаторних умовах, протитуберкульозними лікарськими засобами, зокрема широке застосування препаратів із фіксованими дозами.

6. Підвищення якості контрольованого лікування туберкульозу через розширення мережі кабінетів контрольованого лікування в закладах охорони здоров'я та впровадження елементів такого лікування в систему первинної медичної допомоги.

7. Забезпечення узгодженого функціонування систем протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу з метою виявлення випадків захворювання на туберкульоз, своєчасного діагностування мультирезистентного туберкульозу, розширення профілактичного лікування латентної туберкульозної інфекції в осіб, що живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІДом.

8. Посилення взаємодії і координації діяльності Міністерства охорони здоров'я України, Державної служби України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань, Національної академії медичних наук України, Міністерства соціальної політики України, Міністерства освіти і науки України, Державної пенітенціарної служби України та інститутів громадянського суспільства з питань своєчасної діагностики і лікування хворих на туберкульоз, зокрема мультирезистентний, **осіб, що належать до груп ризику, у тому числі бездомних осіб та осіб, які перебувають у місцях позбавлення волі, а також організації контрольованого лікування осіб, хворих на заразну форму туберкульозу, що звільнилися з місць позбавлення волі.**

9. Модернізація системи надання стаціонарної медичної допомоги затриманим за підозрою у вчиненні злочинів і взятим під варту

особам, хворим на активну форму туберкульозу.

10. Модернізація системи моніторингу й оцінки виконання Програми, роботи закладів охорони здоров'я на центральному та регіональному рівнях, зокрема здійснення підготовки та проведення навчання відповідних фахівців, удосконалення звітно-облікових форм та індикаторів ефективності роботи, забезпечення функціонування електронного реєстру осіб, хворих на туберкульоз.

11. Залучення громадських організацій до активної участі у протидії захворюванню на туберкульоз, забезпечення захисту населення, що має обмежений доступ до медичної допомоги, формування у суспільстві толерантного ставлення до осіб, хворих на туберкульоз, і ВІЛ-інфікованих осіб та запобігання їх дискримінації в системі закладів охорони здоров'я.

12. Сприяння створенню належних умов для ефективної реалізації потенціалу та розвитку об'єднань громадян, які провадять діяльність у сфері протидії туберкульозу.

1

Подолаємо гепатит С

Вірусні гепатити становлять серйозну медичну та соціальну проблему через широку розповсюдженість, а також високий ризик розвитку невиліковних захворювань печінки. Особливе соціальне значення мають гепатити В і С, перенесення вірусу яких здійснюється через кров або інші біологічні рідини хворої людини. Понад 90% здорових дорослих людей, інфікованих гепатитом В, одужують і повністю позбавляються від вірусу протягом шести місяців. Гепатит С більш підступний: лише у 15% осіб, заражених вірусом гепатиту С, розвивається гостра форма ураження, що може закінчитися повноцінним імунітетом.

**За оцінками експертів,
близько 3,5 мільйонів українців
сьогодні інфіковані гепатитами,
1,2 мільйона — вірусним гепатитом С**

Шляхи адвокації прав людей, що живуть з гепатитом С

Проблеми, які потрібно вирішити:

1. Недостатність ПЕГ-ІНФ на фармринку України.
2. Висока ціна на ПЕГ-ІНФ України.
3. Низький рівень фінансування лікування з Держбюджету України.
4. Високі ціни на тест-системи.

Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні звернувся до Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ)⁵ від імені українських НДО, активістів та експертів, які працюють у сфері протидії поширенню вірусним гепатитам та занепокоєні неконтрольованим поширенням вірусного гепатиту С (ВГС) в Україні, з проханням включити до списку життєво необхідних лікарських засобів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) пегільований інтерферон (ПЕГ-ІНФ) для лікування вірусного гепатиту С.

Згідно з оціночними даними ВОЗ, понад 1% населення України інфіковано ВГС. За оцінками експертів Міністерства охорони здоров'я України, вже близько 3% українців інфіковано ВГС. Майже 56% людей, які живуть з ВІЛ, коінфіковані ВГС. Більш як 90% ВІЛ-позитивних споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) страждають на ВГС. Рівень обізнаності щодо ВГС серед населення загалом та серед професійних спільнот зокрема є надзвичайно низьким.

Українці не мають доступу до діагностики та лікування ВГС, оскільки вони не можуть собі цього дозволити через його надзвичайно високу вартість (16–20 тис. доларів США за один курс лікування). Основна проблема полягає в тому, що держава не визнає епідемії гепатиту С в Україні.

Уряд України досі не затвердив Національну програму боротьби з вірусними гепатитами та не виділив кошти на забезпечення доступної діагностики і лікування ВГС для тих, хто цього

потребує. В Україні немає офіційної статистики щодо гепатиту С — нові випадки інфікування ВГС не реєструються належним чином.

За даними тестування швидкими тестами, яке Альянс проводив в усіх регіонах України, в середньому у 10% населення, які пройшли тестування, виявлено позитивний результат тестів на ВГС, що дає нам усі підстави припускати, що в Україні прихована епідемія ВГС. Варто підкреслити, що ВГС є однією з найсерйозніших проблем охорони здоров'я не тільки в Україні, але й у більшості країн з низьким та середнім рівнем доходів населення.

У Міжнародний день боротьби з вірусними гепатитами по всій Україні в місцях відпочинку громадян з використанням якісних «швидких тестів» медпрацівниками було протестовано 1422 людини, у 182 (12,9%) з яких результат тесту виявився позитивним

Висока вартість лікування ВГС є також головною перешкодою забезпечення доступу до лікування ко-інфекції ВІЛ/ВГС, яку неможливо подолати без політичного зобов'язання з боку урядів країн та бажання ключових установ працювати в цій сфері.

Включення ПЕГ-ІНФ до Списку життєво необхідних лікарських засобів ВООЗ та посилення політичного зобов'язання Уряду України щодо вирішення проблеми неконтрольованого поширення ВГС шляхом прийняття Національної програми з протидії поширенню гепатитам сприятиме зниженню ціни на ПЕГ-ІНФ. Це, у свою чергу, дасть можливість взяти під контроль епідемію гепатиту С в Україні, а тисячам хворим на ВГС отримати життєво необхідне лікування.

Визначення проблеми на державному рівні

Кабінет Міністрів України 29 квітня 2013 року затвердив **Державну цільову соціальну про-**

⁵ 04.02.2013.

граму профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів на період до 2016 року⁶. Фактично, це є вирішальним кроком для подальшого закріплення державного механізму виділення коштів на лікування людей, інфікованих гепатитами В та С.

«Тепер, коли є Національна програма боротьби з гепатитами, наступним кроком має стати реальне виділення фінансування з державного бюджету України, — зазначив Андрій Клепиков, Виконавчий директор МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»⁷. — Ми докладемо всіх зусиль, як громадськість, щоб домогтися зниження ціни на препарати щонайменше на 50%, щоб за ті ж самі гроші можна було врятувати більшу кількість людей»⁸.

Програма передбачає не лише лікування на наступні три роки, а й вчасне діагностування захворювання у пацієнтів. У рамках програми має бути зміцнена матеріально-технічна база установ і лікувально-профілактичних закладів, що надають медичну й соціальну допомогу хворим на вірусні гепатити.

Затвердження цього документу стало **результатом тривалої роботи громадських організацій** в усіх регіонах України, що розпочалася з проведення всеукраїнської кампанії «**Вимагаємо лікування!**» в червні 2012 р., в рамках якої було зібрано понад 8000 підписів громадян України під зверненням до Президента України та Уряду з вимогою затвердити Національну програму з лікування гепатитів та виділити бюджетні кошти для лікування хворих українців.

Після завершальної акції протесту «**Приречені**», що відбулася під Кабінетом міністрів України 17 квітня 2013 року, Уряд публічно пообіцяв затвердити Національну програму з бо-

ротьби з гепатитами й виділити кошти на лікування хворих на туберкульоз, СНІД та гепатити.

**Сьогодні (17 квітня 2013 року)
100 українців з бавовняними мішками
на головах та зв'язаними руками,
неначе приречені на страту,
вишикувалися під барабанний дріб
в живу стіну перед будівлею Кабінету
Міністрів України. Усі вони —
пацієнти, хворі на смертельні
хвороби, а саме: гепатит,
туберкульоз, СНІД, а також активісти.
Цією акцією мітингувальники хотіли
показати, що 44 тисячам українців
цього року винесуть смертний вирок,
якщо влада не виділить кошти
на життєвонеобхідне лікування
(акція «Приречені»)**

**Ініціативи з лікування гепатиту С
під проводом громадських організацій
стимулювали відповідні заходи
з боку уряду**

4 вересня 2013 року Кабінет Міністрів України прийняв Національну програму з протидії вірусним гепатитам, у рамках якої на цей рік було виділено 4,2 млн дол. США.

**28 липня в рамках Всесвітнього дня
боротьби з гепатитами у Києві
та 30 містах України відбулися акції
«Переможемо С!»**

«Пацієнти перемогли! Це прецедент для України, — стверджує Дмитро Шерембей, голова пацієнтської організації **UCAB**⁹. — Адже раніше сам факт епідемії гепатиту в Україні приховувався. За всю історію не було виділено жодної копійки на лікування людей, що помирали від цієї хвороби. Тепер же вперше в Україні люди з таким діагнозом не будуть приречені

⁶ Але фактично була прийнята 4 вересня 2013 року, після подовження адвокаційної кампанії.

⁷ Альянс-Україна за підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, а також Міжнародного фонду «Відродження» займається адвокацією зниження ціни та збільшення доступності лікування ВГС з 2011 року.

⁸ <http://www.aidsalliance.org.ua/>

⁹ <http://www.ucab.org.ua/>

на смерть, а зможуть отримати безкоштовне лікування в лікарнях. Ми ж, як громадська організація, домагалися виділення цих коштів. Тому зробимо все від нас залежне, аби домогтися їх прозорого використання та доступності лікування для тих, кому воно життєво необхідне».

Була укладена домовленість з виробником лікарських засобів — компанією MSD: **Альянс-Україна закуповуватиме ліки за ціною 5 000 дол. США за один 48-тижневий курс лікування**, тобто з величезною знижкою порівняно з попередньою ціною 13 200 дол. США за курс. Андрій Клепиков зазначив, що ініціатива «**Вимагаємо лікування!**», без сумніву, була каталізатором надання державної підтримки. Він додав, що Міністерство охорони здоров'я визнало, що ціна 5 000 доларів США за один курс тепер вважатиметься базовою ціною для державних закупівель ліків проти гепатиту С.

2 Боротьба з корупційними схемами МОЗ

Як повідомили представники пацієнтської організації UCAB, Міністерство охорони здоров'я України вирішило заробити на хворих на гепатит. Щойно Кабмін уперше в історії України ухвалив рішення фінансувати закупівлю ліків для лікування гепатитів, чиновники МОЗу відразу почали маніпуляції із тендерами, обмежуючи кількість продавців. І це після того, як усі компанії-виробники сенсаційно заявили про готовність більш ніж удвічі зменшити вартість курсу лікування від смертельної хвороби.

«Сьогодні пацієнтські та громадські організації звернулися до Міністра охорони здоров'я з вимогою не допустити закупівлі перших в історії України препаратів для лікування гепатитів за корупційною схемою. У заяві сказано, що відповідно до рішення комісії тендерного процесу Міністерства на торги зможуть податися представники лише одного виробника. Відтак закупити Міністерство зможе лише певний вид інтерферонів, що разом з іншими використовуються для лікування гепатитів. Рішення

номенклатурного комітету — очевидне свідчення підготовки корупційних торгів, — стверджує Віталій Шабунін, голова «Центру протидії корупції». — Ми вже зараз готуємо листи до всіх контролюючих та правоохоронних органів про кричущі порушення та вимагатимемо притягнення до кримінальної відповідальності людей, відповідальних за цю закупівлю»¹⁰.

Також представниками UCAB було ініційовано звернення народних депутатів, пацієнтських і громадських організацій до Міністра охорони здоров'я щодо закупівлі пегельованих інтерферонів¹¹.

Успіх адвокації: 27 вересня Міністерство охорони здоров'я на своєму офіційному сайті оприлюднило інформацію про те, які саме препарати будуть закуповуватись для лікування гепатиту в Україні за державний кошт. Згідно з цією інформацією, на відкриті торги зможуть подаватися представники двох найбільших виробників ліків в Україні, що забезпечить чесну конкуренцію.

Слід відзначити, що обидва виробники вже публічно заявили про свою готовність знижувати ціни більш ніж у 2 рази. Це дасть змогу закупити у 2 рази більше препаратів та пролікувати більше хворих¹².

3 Продовження адвокаційних кампаній «Зупинимо гепатит»

У 2013 році в Україні була запланована соціально-інформаційна кампанія «Україна проти гепатиту». Про її головні заходи на пресконференції повідомила організатор кампанії **ВГО «Зупинимо гепатит»**¹³Зокрема, ось що розповіли організатори:«У засобах масової інформації з'являтимуться статті щодо цієї про-

¹⁰ <http://www.ucab.org.ua/ua/node/300>

¹¹ <http://www.ucab.org.ua/ua/node/302>, <http://www.ucab.org.ua/ua/node/299>

¹² <http://www.ucab.org.ua/ua/node/313>

¹³ http://www.hvstop.org/news.php?id_news=160

блеми. Ми зняли соціальний ролик, який теж закликає людей дізнатися про свій статус. І пік проекту — це тиждень «Україна проти гепатиту». У межах кампанії передбачається, що по всій країні будуть розвішані біл-борди з інформацією щодо інфікування вірусними гепатитами. З 10 по 14 грудня 2013 року представники певних професій висловлюватимуть у спеціальних акціях своє ставлення до проблеми».

фінансування лікування гепатитів», — наголосив Андрій Клепиков, виконавчий директор Альянсу-Україна.

«Якісна діагностика як невід’ємна частина лікування ВГС повинна бути доступною в Україні, особливо в умовах зниження ціни на лікування», — підкреслив Максим Демченко, виконавчий директор Благодійної асоціації «Світло надії».

4 Зростання доступності діагностики гепатиту С в Україні у 2013 році

Ціни на діагностику вірусного гепатиту С (ВГС) в Україні знижено в 2 рази. Спільна ініціатива МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» (Альянс-Україна) і Полтавської обласної Благодійної асоціації «Світло надії» отримала підтримку приватних лабораторій Synevo та Invitro, що долучилися до всеукраїнської кампанії «Вимагаємо лікування!», метою якої є розширення доступу до діагностики та лікування гепатиту С в Україні.

У результаті переговорів з приватними діагностичними лабораторіями досягнуто угоду про надання знижки у розмірі 50% на проходження діагностики вірусного гепатиту С для представників груп ризику та населення загалом у лабораторіях мереж Synevo та Invitro в усіх областях України починаючи з листопада 2013 року. Крім цього, пацієнти з ВГС будуть мати можливість отримати знижку у розмірі 30% на інші діагностичні обстеження, у яких може виникнути потреба в процесі лікування ВГС.

«Завдяки компанії «Вимагаємо лікування!» діагностика вірусного гепатиту С стала вдвічі доступнішою для наших громадян — відтепер її можна пройти за півціни. Вчасна діагностика не лише врятує тих, хто потребує лікування, а й сприятиме формуванню реалістичної статистики захворюваності та стимулюватиме державу та місцеву владу до належного

5 Рекомендації

1. У правозахисної спільноти викликає занепокоєння недостатній рівень фінансування Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2014–2016 роках.

2. Представники НУО також занепокоєні можливим скороченням або скасуванням Державної цільової соціальної програми профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів на період до 2016 року.

3. На виконання п. 1–2 протягом 2014 року потрібно проводити громадський моніторинг фінансування Загальнодержавних цільових соціальних програм.

4. Необхідно провести моніторинг можливостей впровадження регіональних програм протидії вірусним гепатитам.

5. Вимагати від МОЗ України оприлюднення достовірної статистичної інформації щодо захворюваності на вірусний гепатит С, яка повинна оновлюватись.

6. Вимагати від Уряду України визнання існування епідемії вірусного гепатиту С в країні.

7. Вимагати від МОЗ України затвердити протоколи лікування вірусних гепатитів, які відповідають міжнародним стандартам.

8. Вимагати від Уряду України забезпечення державних закупівель якісних і безпечних ліків, зокрема ПЕГ-ІНФ, із запровадженням механізму поступового зниження ціни.

ЗАКЛЮЧНА ЧАСТИНА

Розділ 12

УНІВЕРСАЛЬНИЙ ПЕРІОДИЧНИЙ ОГЛЯД — МЕХАНІЗМ ЗАХИСТУ ПРАВ ЛЮДИНИ ООН

Універсальний періодичний огляд «має величезний потенціал у галузі заохочення та захисту прав людини в найвіддаленіших куточках світу».

*Генеральний секретар ООН
Пан Гі Мун*

Універсальний періодичний огляд (УПО) являє собою унікальний механізм огляду інформації з прав людини у всіх 193 державах — членах ООН, який здійснюється раз на чотири роки. УПО входить до структури Ради з прав людини та надає можливість кожній країні інформувати про вжиті нею заходи з метою поліпшення ситуації у галузі прав людини, а також виконувати свої зобов'язання в цій сфері. УПО прагне гарантувати рівний підхід до всіх держав під час аналізу ситуації в галузі прав людини.

УПО був створений 15 березня 2006 року Генеральною Асамблеєю ООН на підставі резолюції 60/251, що заснувала Раду з прав людини. УПО є механізмом міжнародної співпраці, який до 2011 року мав завершити огляд дотримання прав людини в усіх країнах. Наразі не існує жодного подібного «універсального механізму». УПО є постійним нагадуванням для держав про необхідність виконання їх зобов'язань та здійснення прав і основних свобод людини. Цей механізм покликаний досягти кінцевої мети, яка полягає в поліпшенні становища в галузі

прав людини в усіх країнах і боротьбі з правопорушеннями у будь-якій частині планети.

5 листопада 2012 року завершилась 14-та сесія Робочої групи Ради ООН з прав людини (РПЛ) з Універсального періодичного огляду (УПО), друга сесія Робочої Групи в рамках проходження державами другого 4-річного циклу УПО.

Делегація України, очолювана Урядовим уповноваженим у справах Європейського суду з прав людини Н. С. Кульчицьким, до складу якої увійшли представники органів виконавчої влади України, причетні до співпраці у правозахисній сфері, а також Постійний представник України в Женеві та дипломати Постпредства, взяла активну участь як у проходженні нашою державою УПО, так і в роботі сесії у цілому.

У розгляді національної доповіді України взяли участь делегації 57 держав як членів Ради ООН з прав людини, так і спостерігачів з різних регіонів світу. Низка делегацій відзначила високий рівень і змістовність національної доповіді України, широке висвітлення в ній не лише досягнень, а й проблемних питань, які потребують вирішення. Україні було надано 145 рекомендацій, що є стандартною практикою останніх років проходження УПО.

За результатами погоджувальної роботи з залученими органами державної влади підготовлено позицію Української сторони щодо прийнятності/неприйнятності отриманих ре-

комендацій, яка 14 березня 2013 року була представлена на 22-й сесії РГПЛ.

Зі 145 рекомендацій, наданих Україні у жовтні 2013 року, Україною повністю прийняті 115 рекомендацій, частково прийняті 3 рекомендації. Після ретельного розгляду не прийнято 27 рекомендацій, стосовно яких Уряд надав свої письмові пояснення на додаток до доповіді Робочої групи.

Розглянемо прийняті/неприйняті рекомендації від країн-учасників до Уряду України, що стосуються права на здоров'я, а також питань запобігання дискримінації за ознакою сексуальної орієнтації — у деяких випадках і відповіді України на рекомендації станом на 22.05.2013 р.

97.42. Продовжити здійснення заходів і програм щодо заохочення та захисту **прав дітей**, зокрема права на освіту та **права на здоров'я** (Куба).

97.43. Прийняти Національний план дій із забезпечення рівних можливостей для інвалідів (Словаччина).

97.46. Вжити ефективних заходів щодо збільшення бюджетних асигнувань на охорону здоров'я (Ісламська Республіка Іран).

97.74. Вивчити можливості розширення заходів щодо боротьби з дискримінацією, особливо у випадках з дітьми-інвалідами та ВІЛ (Аргентина).

97.128. Продовжити розвивати національний сектор охорони здоров'я з особливим акцентом на доступі до служб охорони здоров'я бідних верств населення (Шрі-Ланка).

97.129. Вжити ефективних заходів для забезпечення доступу всіх категорій громадян до лікування і профілактики ВІЛ-інфекції (Узбекистан).

97.130. Вжити заходів щодо ліквідації негативної тенденції зниження покриття населення вакцинацією (Бразилія).

97.133. Забезпечити виконання законодавства та інших заходів щодо захисту прав осіб з обмеженими можливостями, зокрема, виділення достатнього фінансування для проєктів, спрямованих на створення безбар'єрного середовища проживання для таких людей, а також забезпечити дітей з обмеженими можливостями рівним доступом до освіти в загальноосвітніх школах (Фінляндія).

97.134. Прийняти національну програму щодо здійснення Конвенції про права інвалідів (Ісламська Республіка Іран).

97.135. Захистити осіб із психічними розладами та притягти до відповідальності винних у порушеннях проти них у психіатричних лікарнях (Ірак).

У ході інтерактивного діалогу, що відбувся у рамках розгляду Доповіді України, 57 делегацій виступили із заявами, які стосувались, зокрема, прав ЛГБТ-спільноти²:

21. Норвегія висловила стурбованість з приводу законодавства, яке є явно дискримінаційним щодо ЛГБТ-спільноти та обмежує право на свободу слова. Норвегія виступила з рекомендаціями.

33. Швеція висловила стурбованість з приводу поширених випадків жорстокості міліції та її безкарності; а також стурбованість захистом прав ЛГБТ. Швеція виступила з рекомендаціями.

43. Швейцарія також висловила стурбованість щодо дискримінаційних дій за ознаками раси і національності, а також щодо проєкту закону, який дискримінує ЛГБТ-осіб. Вона виступила з рекомендаціями.

47. Сполученим Королівством Великої Британії і Північної Ірландії була висловлена стурбованість з приводу дискримінації ЛГБТ, а також щодо проєкту закону № 8711. Були надані рекомендації.

¹ Список рекомендацій, що містяться в розділі II Звіту Робочої групи A/HRC/22/7.

² http://www.minjust.gov.ua/upr/urp_secondcycle.html. Проєкт звіту робочої групи з Універсального періодичного огляду. Витяг з документу.

48. Сполучені Штати Америки висловили стурбованість з приводу погіршення фундаментальних свобод і верховенства закону, а також поширення корупції. США позитивно оцінили ухвалення Кримінально-процесуального кодексу. Як і раніше, висловлена стурбованість стосовно політично вмотивованих судових процесів, ув'язнення опозиції, збільшення тиску на незалежні ЗМІ, насильства міліції, торгівлі людьми, дискримінації ЛГБТ і слабкої системи надання політичного притулку. Сполучені Штати Америки виступили з рекомендаціями.

49. Уругвай відзначив співпрацю України з універсальною системою прав людини, у тому числі її середньострокову доповідь про реалізацію УПО і постійне запрошення України до спеціальних процедур. **Уругвай відзначив дискримінацію щодо ЛГБТ.** Уругвай виніс рекомендації.

54. Австралія глибоко стурбована законопроектом, що забороняє пропаганду гомосексуалізму, а також вибірковими та політично вмотивованими судовими процесами стосовно опозиційних діячів. Австралія надала рекомендації.

62. Канада стурбована нападами та дискримінацією щодо ЛГБТ-спільноти та проектом закону, що загрожує свободі слова і зібрань. Канада зробила рекомендації.

77. Фінляндія **привітала ратифікацію Конвенції про права інвалідів** і Додаткового протоколу до неї та поправки до законодавства про права осіб з обмеженими можливостями, але виражає стурбованість щодо ефективності їх реалізації. Вона також висловлює **стурбованість проектом закону, що криміналізує відповідальність за посилення на гомосексуалізм у засобах масової інформації**, що буде суперечити міжнародним зобов'язанням України з прав людини. Фінляндія надала рекомендації.

78. Франція стурбована зростанням насильства щодо осіб з причини їх сексуальної орієнтації та спробами парламенту ухвалити закон про криміналізацію пропаганди гомосексуалізму. Франція надала рекомендації.

79. Німеччина висловила свою вдячність за зусилля щодо виконання рекомендацій першого циклу УПО, але, як і раніше, стурбована з приводу порушення прав людини. Вона закликала Україну відмовитися від законопроекту про криміналізацію пропаганди гомосексуалізму та утримуватися від інших проектів, які порушують законодавство про права людини й основних свобод ЛГБТ. Німеччина надала рекомендації.

85. Ірландія відзначила прогрес, досягнутий Україною в ході реалізації зобов'язань, прийнятих після першого універсального періодичного огляду. Ірландія була стурбована відсутністю правового захисту від дискримінації за ознакою сексуальної орієнтації. Вона привітала Україну з ратифікацією нещодавно переглянутої Європейської конвенції про усиновлення дітей. Ірландія винесла рекомендації.

1 Прийняті/неприйняті рекомендації³ від країн-учасників до Уряду України, що стосуються прав представників ЛГБТ-спільноти

97.18. Відхиляти будь-які законопроекти, які обмежують свободу висловлювання думок, пов'язаних із сексуальною орієнтацією (Словенія, Норвегія).

Не прийнято. Національним законодавством встановлено принцип недискримінації, який передбачає забезпечення рівних прав та свобод усіх осіб, груп осіб; забезпечення рівності перед законом; повагу гідності кожної людини, забезпечення рівних можливостей усіх осіб та/або груп осіб. У зв'язку з цим виділення окремої форми дискримінації вважаємо недоцільним. Крім того, згідно зі статтею 34 Конституції кожному гарантується право на свободу думки і слова, на вільне вираження своїх по-

³ Список рекомендацій, що містяться в розділі II Звіту Робочої групи A/HRC/22/7

глядів і переконань. Стаття 64 Конституції говорить, що конституційні права і свободи людини і громадянина не можуть бути обмежені, крім випадків, передбачених Конституцією.

97.19. Відкликати законопроект, що передбачає кримінальну відповідальність за пропаганду гомосексуалізму й утримуватися від прийняття будь-якого іншого законодавства, що обмежує свободу висловлювання думок (Австралія).

Не прийнято з урахуванням позиції по 97.18. Більш того, слід зазначити, що при ухваленні нових законів або внесенні змін до чинних законів не допускається звуження змісту та обсягу існуючих прав і свобод. Крім того, уряд не має повноважень відкликати законопроекти, ініційовані народними депутатами України.

97.25. Прийняти законодавство, яке явно захищає ЛГБТ від дискримінації, а до законів, що містять дискримінаційні положення щодо ЛГБТ, внести поправки (Ірландія) — **Не прийнято**.

97.30. Ухвалити комплексний антидискримінаційний закон, який стосуватиметься тривожних інцидентів дискримінації залежно від статі, сексуальної орієнтації, расової та етнічної приналежності (Португалія).

97.44. Застосувати принципи Джок'якарті⁴ (сексуальна орієнтація та гендерна свідомість) у політиці розвитку (Словенія) — **Не прийнято**.

97.56. Видалити із законодавства дискримінаційні положення за ознакою раси, статі, сексуальної орієнтації, а також прийняти ґрунтовне антидискримінаційне законодавство (Канада).

97.57. Активізувати зусилля щодо боротьби з дискримінацією, утримуючись від суперечливого законодавства, та внести зміни до антидискримінаційного законодавства, щоб включити

⁴ Джок'якартские принципы применения международно-правовых норм о правах человека в отношении сексуальной ориентации и гендерной идентичности. http://www.yogyakartaprinciples.org/principles_ru.htm

Більш детально у розділі про права ЛГБТ-спільноти.

чіткі визначення сексуальної орієнтації та гендерної ідентичності як можливої підстави для дискримінації (Фінляндія) — **Не прийнято**.

97.59. Продовжувати докладати зусилля щодо боротьби з дискримінацією та заохочення рівності відповідно до міжнародних договорів встановлення гарантій основних прав і свобод людини та рівності в реалізації таких прав, без привілеїв чи обмежень за ознаками раси, кольору шкіри, політичних, релігійних або інших переконань, статі, сексуальної орієнтації, етнічного або соціального походження, майнового стану, місця проживання, за мовними або іншими ознаками (Бразилія).

97.69. Поважати свої міжнародні зобов'язання в галузі основних прав, пов'язаних з недискримінацією; не допустити прийняття закону, що забороняє свободу висловлення думки щодо гомосексуальності та підвищувати обізнаність громадянського суспільства у сфері боротьби з усіма формами дискримінації, включаючи дискримінацію за ознакою сексуальної орієнтації та гендерної ідентичності (Франція).

97.70. Зайняти активну позицію, щоб зупинити будь-які дії або закони, які є порушенням прав ЛГБТ (Швеція).

Не прийнято, виходячи з позиції до рекомендації 97.18. Разом із тим вважаємо за необхідне зазначити, що неприпустимість дискримінації закріплена ст. 24 Конституції України, ст. 6 Закону України «Про засади запобігання та протидії дискримінації в Україні». Крім того, ст. 67 Кримінального кодексу України передбачено, що вчинення злочину на ґрунті расової, національної чи релігійної ворожнечі або розбрату є обтяжуючою обставиною при призначенні покарання.

97.71. Реалізувати рекомендації, видані у 2010 році Комітетом міністрів Ради Європи про заходи щодо боротьби з дискримінацією за ознакою сексуальної орієнтації або гендерної ідентичності (Швейцарія) — **Не прийнято**.

97.72. Ухвалити законодавчі та інші заходи заради виправлення і запобігання дискриміна-

ції за ознакою сексуальної орієнтації і для забезпечення повної поваги свободи вираження думки та права на об'єднання ЛГБТ-спільноти (Уругвай) — **Не прийнято.**

97.73. Активізувати зусилля щодо підвищення ефективності захисту ЛГБТ, відмовитися від законодавчої роботи за проектом закону № 8711 з так званої «пропаганди гомосексуалізму» й утриматися від іншого прийняття законодавства, яке порушує права людини й основні свободи ЛГБТ (Німеччина) — **Не прийнято.**

2 40 правозахисних організацій України відправили в ООН для розгляду у рамках УПО 12 «тіньових доповідей» про різні аспекти прав людини

Наведемо рекомендації від деяких НУО⁵.

Коаліція неправительствених організацій: БО «Асоціація учасників ЗПТ України», БО «Всеукраїнська ліга „Легалайф“», ОО «Клуб „Эней“», ВБО «Коаліція ВІЧ-сервісних організацій», ОО «Одеська правозахисна група „Веритас“», НООМД «Пенітенціарна ініціатива», ВБО «Точка опору».

Рекомендації «Політика і законодавство в сфері ВІЧ»:

- Ісключити із закону норму об уголовной ответственности за сознательное постановление другого лица в опасность заражения и/или заражения ВИЧ. Сосредоточить закон на праве получения послетестового консультирования и другой поддержки для предотвращения дальнейшей передачи вируса и защиты от дискриминации и других негативных последствий сообщения о ВИЧ-статусе.

⁵ Подано російською мовою, зберігаємо мову оригіналу.

- Ісключити із закону норму о выдворении за пределы Украины ВИЧ-инфицированных лиц из числа иностранцев, а также лиц без гражданства. Такая норма может быть неправильно использована и привести к дискриминирующей практике.
- Сосредоточить усилия государства на создании системы мониторингового исследования относительно оценки уровня выполнения стандартов лечения ВИЧ/СПИД.

Рекомендації «Проблеми ВІЧ/СПИД в установах виконання покарань»:

- Пове́сити рівень доступу к диагностике и медицинским консультациям по вопросам ВИЧ/СПИД для осуждённых.
- Внедрить программы заместительной терапии и обмена шприцев в местах лишения свободы.
- Обеспечить доступность диагностики внелёгочной формы туберкулёза.

Рекомендації «Репресивна наркополітика, її негативне вплив на правове положення наркозависимих і ефективність протидії епідемії ВІЧ/СПИД в Україні»:

- Государству следует обеспечить надлежащее выполнение п. 51 рекомендаций Комитета по экономическим, социальным и культурным правам ООН (E/C.12/UKR/CO/5) в части принятия действенных неотложных мер по обеспечению наличия и доступности для всего населения программ предупреждения ВИЧ-инфекции, по борьбе с дискриминацией в отношении лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом, и групп, находящихся в зоне повышенного риска, большей доступности заместительной терапии и других услуг по предупреждению ВИЧ-инфекции для наркозависимых лиц.
- Государству необходимо пересмотреть репрессивные подходы к противодействию наркомании и незаконному обороту наркотиков и направить усилия на борьбу с организованными формами наркопреступности, предоставив возможность

наркозависимым людям беспрепятственно получать гарантированные законодательством услуги в сфере снижения вреда, в том числе ЗПТ.

- Необходимо немедленно пересмотреть «таблицы размеров наркотиков» на предмет адекватности их общественной опасности действий, связанных с их хранением для личного употребления.

Рекомендации «Недостаточный доступ несовершеннолетних к услугам по профилактике ВИЧ-инфекции и лечению наркомании»:

- Государству следует в полном объеме исполнить рекомендации Комитета по правам ребенка по результатам 46-й сессии в рамках четвертого регулярного пересмотра выполнения Украиной Конвенции ООН про права ребенка с целью обеспечения надлежащего и действенного доступа несовершеннолетних к услугам по профилактике ВИЧ/СПИД, лечению наркозависимости и снижению вреда.
- Соответствующим государственным органам следует немедленно приступить к выполнению рекомендации Комитета по правам ребёнка в разделе развития применения специализированных услуг для детей и молодежи по лечению наркозависимости и снижению вреда; обеспечения положений норм уголовного права таким образом, чтобы они не препятствовали доступу к данным услугам; внесению изменений в законы, которые криминализируют детей за хранение наркотиков для личного употребления; предупреждать жестокое поведение представителей правоохранительных органов с детьми групп риска (п. 60).

Рекомендации «Нарушения прав наркозависимых — пациентов заместительной поддерживающей терапии (ЗПТ)»:

- Обеспечить действенное соблюдение прав участников и провайдеров услуг программ снижения вреда и ЗПТ, невме-

шательство в их работу правоохранительных органов.

- Обеспечить на практике непрерывность лечения ЗПТ в ситуациях, исключающих возможность посещения пациентом лечебного учреждения (в случаях болезни, госпитализации в непрофильные медучреждения, задержания или тюремного заключения и т. п.).
- Обеспечить доступ пациентов к получению лекарства ЗПТ по рецептам.

Рекомендации «Инвалидность, ВИЧ и права человека в местах лишения свободы»:

- Внести дополнения в нормативно-правовые акты Украины по порядку установления группы инвалидности лицам, находящимся в СИЗО.
- Внести изменения в нормативно-правовые акты, регулирующие социальные гарантии, в том числе устанавливающие право на получение пенсий или социальной помощи для лиц, группа инвалидность которым была установлена в СИЗО или в местах лишения свободы.
- Внести четвертую клиническую стадию ВИЧ в перечень заболеваний, по которым устанавливается группа инвалидности.

Рекомендації громадської організації «Інститут правових досліджень і стратегій» — «Порушення прав невиліковно хворих людей, що потребують паліативної допомоги. Право на доступ до контрольованих лікарських засобів для клієнтів замісної підтримувальної терапії (ЗПТ)»:

Стосовно прав невиліковно хворих людей, що потребують паліативної допомоги:

- Забезпечити наявність перорального (таблетованого) морфіну на фармацевтичному ринку України.
- Внести зміни до чинних нормативно-правових актів України з метою спрощення процедури призначення опіоїдних анальгетиків пацієнтам з хронічним больовим синдромом та можливості їх виписування

за рецептами у достатній кількості для забезпечення безперервності знеболення (запас на два тижні).

- Спростити систему отримання ліцензії на обіг наркотичних препаратів для лікувальних закладів. Розглянути питання про здвоєну (одночасну) ліцензію, коли ліцензія на право заняття медичною практикою включає в себе й право здійснення операцій у сфері обігу наркотичних препаратів (закупівлю, зберігання, призначення) — як для юридичних осіб, так і для фізичних осіб-підприємців.

Стосовно права на доступ до контрольованих лікарських засобів для клієнтів ЗПТ:

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

Рекомендації коаліції НУО Центр «Соціальна дія» (ЦСД), Українська Асоціація моніторів дотримання прав людини (УМДПЛ), Євро-азійський Єврейський Конгрес (ЄАЕК), Гей-Форум України (ГФУ) «Права ЛГБТ, дискримінація обумовлена сексуальною орієнтацією та статевою приналежністю особи» (витяг):

63. Реформувати відповідне законодавство з метою припинення всіх видів дискримінації за обов'язкової участі експертів і представників громадянського суспільства:

- Розробити комплексне антидискримінаційне законодавство, яке міститиме чітке

визначення дискримінації, її тлумачення та стандарти ідентифікації.

- Визначити такі основні поняття як «дискримінація», «пряма дискримінація», «непряма дискримінація», «позитивні антидискримінаційні заходи», «віктимізація», «переслідування» тощо.
- Включити до законодавства вичерпний перелік «захищених характеристик», у тому числі сексуальну орієнтацію та гендерну ідентичність як такі, що потребують безумовного захисту.
- Забезпечити загальні стандарти та принципи доведення наявності дискримінації.
- Переглянути кримінальне, цивільне та адміністративне законодавство щодо наявності в них механізмів обов'язкового фінансового та морального відшкодування збитків, завданих жертві.

67. Проводити навчання з прав людини для працівників міліції, прокурорів, прикордонників та суддів, а також створити ефективну процедуру повідомлень щодо випадків порушення рівноправності та дискримінації працівниками міліції щодо ромів, представників інших етнічних груп та ЛГБТ; забезпечувати ефективне розслідування таких скарг і притягнення винних до відповідальності.

3

Висновки

Якщо порівняти надані рекомендації, що містились у «тіньових» доповідях НУО та ті рекомендації, що надійшли від країн після розглядання національної доповіді України, можна дійти до таких висновків:

1. «Конкретизовані» рекомендації Українських НУО не були акцептовані представниками країн, які розглядали Національну доповідь України.

2. Це відобразилось у вкрай «загальних» рекомендаціях, які не викликали заперечень від представників урядової делегації України. На-

приклад, така: 97.46. Вжити ефективних заходів щодо збільшення бюджетних асигнувань на охорону здоров'я (Ісламська Республіка Іран).

3. Найбільш конкретні пропозиції:

- 97.130. Вжити заходів щодо ліквідації негативної тенденції зниження покриття населення вакцинацією. (Бразилія).
- 97.134. Ухвалити національну програму щодо здійснення Конвенції про права інвалідів (Ісламська Республіка Іран).
- 97.135. Захистити осіб із психічними розладами та притягти до відповідальності винних у порушеннях проти них у психіатричних лікарнях (Ірак).

4. На превеликий жаль, проблеми наркополітики, зокрема програми ЗПТ, доступу до контрольованих лікарських засобів, не викликали занепокоєння світової спільноти.

5. Проблеми подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні також отримали дуже загальні рекомендації.

6. З доступних матеріалів до аналізу можна зробити висновок, що при розгляді Національної доповіді України дуже жвава дискусія (ін-

терактивна) відбувалася з питань антидискримінації за сексуальною орієнтацією та з питань прав представників ЛГБТ-спільноти.

7. Серед тих рекомендацій, що не були прийняті Урядом України:

- 97.18. Відхиляти будь-які законопроекти, які обмежують свободу висловлювання думок, пов'язаних із сексуальною орієнтацією (Словенія, Норвегія).
- 97.25. Прийняти законодавство, яке явно захищає ЛГБТ від дискримінації, а до законів, що містять дискримінаційні положення щодо ЛГБТ, внести поправки (Ірландія).

8. Серед прийнятих рекомендацій, зокрема:

- 97.30. Прийняти комплексний антидискримінаційний закон, який стосуватиметься тривожних інцидентів дискримінації залежно від статі, сексуальної орієнтації, расової та етнічної приналежності (Португалія).
- 97.56. Видалити із законодавства дискримінаційні положення за ознакою раси, статі, сексуальної орієнтації, а також прийняти ґрунтовне антидискримінаційне законодавство (Канада).

Розділ 13

СТАН ВИКОНАННЯ РЕКОМЕНДАЦІЙ ЩОРІЧНОЇ ДОПОВІДІ «ПРАВА ЛЮДИНИ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я — 2012»

1 Рекомендації до глави «Щодо медичної реформи в Україні» (2012)

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»¹ — **не виконано**.

2. Заборонити скорочення мережі лікувальних закладів та введення платних медичних послуг згідно з чинною Конституцією України — **не виконано**.

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

¹ Права людини в галузі охорони здоров'я — 2011. — <http://library.khpg.org/index.php?id=1340911384>

4. Посилити контроль з боку громадських організацій за впровадженням реформування системи охорони здоров'я — **впроваджувалось протягом 2013 року**.

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

6. Поширювати інформацію про заходи та етапи впровадження медичної реформи заздалегідь, до фактичних адміністративних дій — **частково реалізовувалось Департаментами охорони здоров'я обласних держадміністрацій та деякими громадським організаціями**.

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

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) — **не виконано**.

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

10. Рекомендувати Омбудсмену України взяти під особистий контроль шляхи впровадження реформування системи охорони здоров'я з метою запобігання порушенням основних невід'ємних прав людини на життя та здоров'я — **при Консультативній раді Омбудсмена України було створено експертну групу з питань медичної реформи**.

Стан виконання

Рекомендації, що були викладені, відображали сподівання громадських організацій, керівників закладів охорони здоров'я, представників медичної спільноти, а також парламентарів на зміни в системі охорони здоров'я України. Але більшість цих рекомендацій стосувались змін у законодавстві України та, можливо, Конституції України. Тому 5 червня 2013 року відбулися Парламентські слухання «Сучасний стан, шляхи і перспективи реформи у сфері охорони здоров'я», що були ініційовані громадськістю за участі *Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я*.

Точка зору на реформу охорони здоров'я, яку викладено у главі Доповіді «Щодо медичної реформи в Україні» було презентовано й на парламентських слуханнях від незалежних представників громадських організацій, медичної спільноти, депутатів обласних рад та парламентарів.

Наприклад, процитуємо виступ Іонової М. М., *голови підкомітету Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я*: «У МОЗ не помічають, що в пілотних регіонах населення масово виступає проти закриття лікарень і поліклінік. Діалог з профспілками медичних працівників має бути постійним. Наразі він нагадує сварку, коли один одного не чує. Між тим, профспілки цілком обґрунтовано висловлюють скептицизм щодо планів реформато-

рів реструктуризувати лікарні без збільшення бюджетних витрат і запровадження страхової медицини. Крім того, є сумніви щодо дотримання трудових прав медичних працівників. Прикладів можна навести безліч, ними рясніє пошта кожного народного депутата. Зокрема, у Чернігівській області закривається дитяче кардіологічне відділення і скорочуються 28 працівників. Це реформа? Хочу зауважити, що слів «скорочення», «звільнення», «закриття» у документах про реформу у сфері охорони здоров'я України ми не знайдемо. Вони гарно звучать: «оптимізація», «реструктуризація» і «перепрофілювання»(Оплески)»².

Загальний висновок: у 2013 році медична реформа не була завершена та не досягла своїх цілей за планом. Рекомендації правозахисників, представників громадських організацій, медичної спільноти, депутатів обласних рад і парламентарів не були втілені в життя.

2

Рекомендації до глави «Права людини у сфері паліативної та хоспісної допомоги» (2012)

У 2013 році стався прорив у прийнятті нормативно-правової бази, де відбулися найбільш вражаючі зміни, які забезпечують надання паліативної допомоги в Україні

1. Рекомендація: Якнайшвидше (першочергово) 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 охорони здоров'я, та внести відповідні зміни до наказів МОЗ, інших міністерств та відомств.

² Зі стенограмою виступів можна ознайомитись: http://static.rada.gov.ua/zakon/new/par_sl/sl0506113.htm

Виконання:

А) 13 травня 2013 року було затверджено постанову Кабінету Міністрів України № 333 «**Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я**». Прийняття цієї постанови дозволило впроваджувати світові стандарти призначення наркотичних знеболюючих засобів хворим.

Б) На виконання статей 8, 33 Основ законодавства України про охорону здоров'я (далі — Основи...) та з метою організації надання паліативної допомоги невиліковним хворим 21 січня 2013 року було затверджено наказ МОЗ № 41 «**Про організацію паліативної допомоги в Україні**».

2. Рекомендація: Забезпечити наявність перорального (таблетованого) морфіну на фармацевтичному ринку України. Включити пероральний морфін до списку препаратів, які закуповуються за рахунок державного бюджету, що має привести до стимуляції імпорту або налагодження місцевого виробництва.

Виконання: у травні 2013 року Одеський завод «Інтерхім» налагодив випуск таблетованого морфіну 5 та 10 мг, який надав до багатьох лікувальних закладів країни як благодійну допомогу.

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

Виконання: не виконано державою Україна. Впровадження цієї рекомендації цілком залежить від виконавців «на місцях» — ГО «Інститут правових досліджень і стратегій» має суперечливу інформацію з цього приводу. Деякі новоутворені лікувальні заклади миттєво отримали ліцензії, але деякі її не мають на

момент складання Доповіді. Контроль за цим процесом не був пріоритетом у чиновників.

4. Рекомендація: Затвердити Законом України «Загальнодержавну програму розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні» та виділити постановою Кабінету Міністрів України кошти на державне фінансування цієї програми. Розглянути можливість податкових пільг для організацій, які фінансують установи надання паліативної допомоги (хоспіси), у тому числі для страхових компаній різних форм власності.

Виконання: не було розглянуто та затверджено.

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

Виконання: Створено в Івано-Франківську та Харкові.

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

Виконання: стадія виконання. Розвивається у декількох областях України, зокрема у містах Харків, Херсон, Виноградове, Івано-Франківськ та Донецьк.

3

Рекомендації до глави «Права клієнтів програми замісної підтримувальної терапії» (2012)

1. Рекомендація: Розширити доступ до програми замісної підтримуючої терапії та поліпшити якість послуг.

Виконання: Про це свідчить зростання кількості клієнтів ЗПТ.

- Станом на 01.12.2013 р. замісну підтримувальну терапію отримували 8380 хворих.
- Станом на 01.01.2012 року в Україні замісну підтримувальну терапію отримували 6632 пацієнтів, що на 526 більше, ніж було на 01.01.2011 р. та на 1537 більше, ніж станом на 1 січня 2010 р.

2. Рекомендація: Запровадити рідкі форми метадону в практику ЗПТ.

Виконання: не виконано.

3. Рекомендації:

- А) Розробити механізм забезпечення безперервності лікування для учасників програми ЗПТ, які перебувають в ІТЗ, СІЗО та МПВ на національному й регіональному рівнях.
- Б) Сприяти виконанню положення наказу МОЗ України від 29.12.2009 р. № 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.

Виконання: За рецептами препарати ЗПТ є можливість отримати тільки в декількох областях, зокрема у Вінницькій, Івано-Франківській, Дніпропетровській, Чернівецькій, Кіровоградській, Луганській областях та місті Києві — проте число таких клієнтів ЗПТ незначне (офіційних даних не маємо).

4. Рекомендація:

- А) Скасувати наказ МОЗ України № 200 від 27.03.2012 р. «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю».
- Б) Видати новий наказ МОЗ «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю» з урахуванням рекомендацій незалежних експертів.

Виконання: За інформацію Держсоцзахворювань відповідний Наказ МОЗ України від

27.03.2013 р. № 238 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 27 березня 2012 року № 200» було зареєстровано у Міністерстві юстиції України за № 637/23169.

5. Рекомендація: Привести норми Наказу МОЗ України № 634 від 29.07.2010 р. щодо невеликих, великих та особливо великих розмірів доз наркотичних засобів, що перебувають у незаконному обігу, у відповідність до добових доз для статистичних цілей (S-DDD), що визначаються МККН ООН.

Виконання: На відмову в адміністративних судах трьох інстанцій у задовільненні позову про визнання недійсним (нечинним) Наказу МОЗ України № 634 від 29.07.2010 р. юристами МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» подано скаргу в Європейського суду з прав людини. Таким чином, Наказ МОЗ України № 634 від 29.07.2010 р. подовжує діяти.

6. Рекомендація: Проводити постійний моніторинг випадків порушень прав наркозалежних та втручань у діяльність програм зменшення шкоди, зокрема, з боку правоохоронних органів.

Виконання: Виконувалось протягом 2013 року. Зафіксовані приклади порушення прав людини передавались до офісу Омбудсмена України, який вживав заходи законного реагування.

4

Рекомендації до глави «Права людей, що належать до ЛГБТ-спільноти, в царині охорони здоров'я» (2012)

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

Виконання: не виконано.

2. Рекомендація: Включити сексуальну орієнтацію та гендерну ідентичність до переліку підстав, за якими явним чином заборонена дискримінація у Трудовому кодексі України.

Виконання: не виконано.

Найбільш важка галузь прав людини для просування змін.

Жодна з рекомендацій не була виконана

3. Рекомендація: 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.

Виконання: не виконано.

4. Рекомендація: 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 (див. Доповідь «Права людини в галузі охорони здоров'я — 2012»)³.

Виконання: не виконано.

5. Рекомендація: Внести зміни до Порядку обстеження осіб, які потребують зміни (корекції) статевої належності, затвердженого наказом МОЗ № 60 від 03.02.2011 р. (див. Доповідь «Права людини в галузі охорони здоров'я — 2012»).

Виконання: не виконано.

6. Рекомендація: Внести зміни до наказу МОЗ № 479 від 20.08.2008 р. «Про затвердження Переліку захворювань, за наявності яких особа не може бути «усиновлювачем», вилучивши з п. 9 «Розлади особистості та поведінки у зрілому віці» код F64 («Розлади статевої ідентичності» за МКХ-10).

Виконання: не виконано.

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

Виконання: не виконано.

8. Рекомендація: Видати наказ Міністерства охорони здоров'я про перегляд наявних і пропонує медичних посібників, програм тощо з метою усунення будь-яких формувань, які характеризують гомосексуальність (бісексуальність) як захворювання, психічний розлад, сексуальне збочення тощо та / або пропонують «лікування від гомосексуалізму».

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

Виконання: не виконано.

9. Рекомендація: Ухвалити державний план середньо- та довгострокових дій з реалізації інших аспектів Рекомендації КМРЕ.

Виконання: не ухвалено.

5

Рекомендації до глави «Порушення права на здоров'я в пенітенціарній системі» (2012)

1. Рекомендація: Законодавчо визначити підстави обирання судом запобіжного заходу у кримінальному процесі з урахуванням стану здоров'я суб'єкта кримінального переслідування.

Виконання: не виконано.

2. Рекомендація: Впровадити дієвий механізм зміни запобіжного заходу на підставі стану здоров'я суб'єкта кримінального переслідування.

Виконання: Дієвого механізму не впроваджено. На рівні ДПтСУ⁴ існує звітність, відповід-

³ <http://solar.org.ua/library/index.php?id=1368538390>

⁴ Державна пенітенціарна служба України.

но до якої органи ДПтСУ (управління) звітують про число клопотань, надісланих до суду щодо зміни запобіжного заходу (або прискорення слідчих дій) на підставі стану здоров'я суб'єкта кримінального переслідування. У середньому на один слідчий ізолятор (місткістю близько 1000 осіб) за рік надсилається 20–30 клопотань. Відстеження кількості врахованих клопотань не відбувається, адже документи, що отримують органи ДПтСУ в разі зміни запобіжного заходу, не містять інформації про те, що звільнення відбулось саме за станом здоров'я. Також результати розгляду клопотань не передбачені в звітності. Але можна стверджувати, що приблизно з 20 клопотань задовольняються 2–3.

3. Рекомендація: ДПтС відпрацювати механізм прогнозування необхідного запасу ліків, зокрема препаратів АРВ-терапії, у МСЧ установ пенітенціарної системи з урахуванням імовірної кількості хворих, у тому числі ВІЛ-інфікованих.

Виконання: 2013 рік можна назвати пілотним у контексті запровадження планування набору пацієнтів на АРТ-лікування. Основною зміною в процесі планування є проведення планування не на рівні установ та області, а на рівні ДПтСУ: ДПтСУ «зверху» спускало план набору пацієнтів АРТ. На місцевому рівні такий підхід зазнав значної критики, адже наявні проблеми з проходженням необхідних обстежень та направлень засуджених до МОБ ставили медичний персонал у доволі незручне становище. Загалом, що стосується планування, то в ДПтСУ існує практика, відповідно до якої у вересні-жовтні за нозологіями органи ДПтСУ (управління) повинні заповнити таблицю, в якій мають розписати кількість пролікованих та необхідні фінанси. Але методології ведення розрахунків не існує. Таким чином, механізму прогнозування необхідного запасу ліків, зокрема препаратів АРВ-терапії, у МСЧ установ пенітенціарної системи з урахуванням імовірної кількості хворих, у тому числі ВІЛ-інфікованих, — не розроблено.

4. Рекомендація: ДПтС забезпечити дотримання безперервності отримання АРВ-терапії у зв'язку з переводом осуджених осіб з однієї виправної установи до іншої.

Виконання: У зв'язку з втратою чинності Наказу ДДзПВП «Про організацію антиретровірусної терапії хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД осіб, які тримаються в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах» від 15 листопада 2005 року, починаючи з 18 листопада 2013 року в Україні не існує нормативно-правового акту, що гарантував би безперервність отримання АРТ-препаратів ВІЛ-позитивними ув'язненими та засудженими, зокрема при переміщенні з однієї установи кримінально-виконавчої служби до іншої. Наразі єдиним чинним підзаконним актом, що регламентує АРТ-лікування в закладах ДПтСУ, є «Порядок взаємодії закладів охорони здоров'я, територіальних органів внутрішніх справ, установ виконання покарань і слідчих ізоляторів у частині забезпечення наступності диспансерного спостереження за ВІЛ-позитивними особами, здійснення клініко-лабораторного моніторингу за перебігом хвороби та проведення антиретровірусної терапії» від 05.09.2012 р. № 692/775/1311/5, але цей документ взагалі не містить норм щодо регламентації механізму забезпечення безперервності лікування АРТ-препаратами. Забезпечення запасом АРТ препаратів передбачено лише для осіб, які звільняються з установ. Тому в 2013 році були зафіксовані скарги щодо незабезпечення АРТ-препаратами під час переміщення, зокрема під час транзиту, в слідчому ізоляторі. Але на практиці користуються саме цим Порядком, навіть при переміщенні засуджених та ув'язнених.

5. Рекомендація: ДПтС розробити порядок надання лікарями-інфекціоністами фахової допомоги ВІЛ-інфікованим засудженим особам (штатний розклад, планові виїзні консультації).

Виконання: Аналіз виконання положень «Порядку взаємодії закладів охорони здоров'я, територіальних органів внутрішніх справ, установ виконання покарань і слідчих ізоляторів у частині забезпечення наступності диспансерного спостереження за ВІЛ-позитивними особами, здійснення клініко-лабораторного моніторингу за перебігом хвороби та проведення антиретровірусної терапії» від 05.09.2012 р. № 692/775/1311/5 свідчить, що ситуація з до-

ступністю медичної допомоги, зокрема консультативної допомоги лікарів-інфекціоністів, суттєво не змінилась. Адже Порядок містить загальні формулювання, які взагалі не деталізують процедури доступу лікарів-інфекціоністів до установ, а також доступ пацієнтів до лікарів-інфекціоністів. Будь-яких додаткових зрушень у деталізації роботи лікарів-інфекціоністів, взаємодії з комунальними медичними установами, не відбулось.

6. Рекомендація: ДПтС розробити особливий порядок тримання затриманих або осуджених ВІЛ-інфікованих матерів з дитиною.

Виконання: Будь-якої роботи в цьому напрямку не зафіксовано. Чинними залишаються «Інструкція про порядок профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини в закладах Державної кримінально-виконавчої служби України» та «Інструкція про порядок надання медико-соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям».

Недеталізовано численні процедури, зокрема отримання дитячого харчування, медичного нагляду тощо.

Єдиним зрушенням, яке може поліпшити становище дітей (у тому числі ВІЛ-позитивних), які перебувають у закладах ДПтСУ, є зміна, внесена до статті 141 Кримінально-виконавчого кодексу (КВК) Законом України щодо внесення змін до КВК від 05.09.2013 р. № 435-VII. Ця зміна надала будинку дитини при виправній колонії статус дитячого закладу.

6

Рекомендації до глави «Роми: доступ до медичних послуг» (2012)

1. Рекомендація: 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.

Виконання: виконувалось протягом 2013 року.

2. Рекомендації:

- Забезпечити усіх жителів України, у тому числі й ромів, усіма особистими та іншими документами, необхідними для реалізації фундаментальних громадянських, політичних, соціально-економічних прав.
- Розробити програми щодо забезпечення реєстрацією усіх ромів, які фактично проживають на певній території, та переїждитися в тому, що місцева влада не відмовляє ромам у реєстрації. Сприяти виправленню існуючих статистичних даних про забезпечення ромів України соціальними послугами, у тому числі охорони здоров'я та соціального забезпечення.
- Легалізувати інститут ромських медичних посередників (медіаторів) на державному рівні шляхом підготовки та затвердження Національної програми ромських медичних посередників.
- Налагодити співпрацю між лідерами ромських громад і представниками органів охорони здоров'я у кожній області та місцях компактного проживання ромів.
- 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, у тому числі для забезпечення виконання ними обов'язків щодо захисту громадян України від проявів дискримінації.

Виконання: За проектом представники МБО «Ромський жіночий фонд „Чіріклі“» протягом 2013 року надавали консультативну допомогу ромському населенню за програмами «Покращення ситуації здоров'я ромів в Україні» через впровадження програми ромських медичних посередників» та «Покращення доступу ромського населення до медичних послуг у сфері протидії захворюваності на туберкульоз силами ромських медичних посередників».

Наукове видання

**Права людини
в галузі охорони здоров'я — 2013**

Доповідь правозахисних організацій

ISBN 617-587-126-3



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

Підписано до друку 19.06.2014
Формат 60 × 84 1/16. Папір офсетний. Гарнітура Myriad Pro
Друк офсетний. Умов. друк. арк. 12,32. Умов. фарб.-від. 13,40
Умов.-вид. арк. 12,62. Наклад 300 прим.

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>