

ПРАВА ЛЮДИНИ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

ХАРКІВ
«ПРАВА ЛЮДИНИ»
2011

ББК 67.5
П 68

Художник-оформлювач
Борис Захаров



П 68 **Права людини в галузі охорони здоров'я.** — Харків: Права людини, 2011 р. — 176 с.

ISBN 978-617-587-034-1.

У доповіді правозахисних організацій надається аналіз ситуації щодо прав людини у галузі охорони здоров'я за останні роки. У першому розділі наводиться інформація щодо міжнародних документів та національного законодавства, де зазначаються стандарти прав людини на належну медичну допомогу, а також прав та свобод, які виникають у ході реалізації цього права. Надається загальний опис системи охорони здоров'я України, а також питання медичного страхування. Окремі розділи доповіді присвячені правам пацієнтів, проблемам інфекційних захворювань, вакцинації, наркозалежних, інвалідів, хворих, які знаходяться під вартою в установах Міністерства внутрішніх справ та Державної пенітенціарної служби.

ББК 67.5

ISBN 978-617-587-034-1

© А.С. Муканова, упорядкування, 2011

© Б.Є. Захаров, художнє оформлення, 2011

Зміст

ВІД УКЛАДАЧІВ	6
---------------------	---

ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

<i>Розділ 1. СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ</i>	9
---	---

1.1. Нормативна основа	9
------------------------------	---

1.2. Короткий опис системи охорони здоров'я людини.....	15
---	----

<i>Розділ 2. ПРАВА ПАЦІЄНТІВ</i>	29
--	----

2.1. Право на профілактику	29
----------------------------------	----

2.2. Право на доступність	31
---------------------------------	----

2.3. Право на інформацію	34
--------------------------------	----

2.4. Право на згоду	39
---------------------------	----

2.5. Право на свободу вибору	41
------------------------------------	----

2.6. Право на приватність і конфіденційність	42
--	----

2.7. Право на повагу часу пацієнтів	46
---	----

2.8. Право на дотримання стандартів якості.....	47
---	----

2.9. Право на безпеку.....	50
----------------------------	----

2.10. Право на знеболення	52
---------------------------------	----

2.11. Право на індивідуальний підхід до лікування	53
---	----

2.12. Право на скаргу.....	54
----------------------------	----

2.13. Право на компенсацію.....	55
---------------------------------	----

2.14. Висновок	57
----------------------	----

Рекомендації.....	58
-------------------	----

ОСОБЛИВА ЧАСТИНА

<i>Розділ 3. ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ</i>	63
3.1. Права людей, що живуть з ВІЛ/СНІД.....	63
3.2. Проблеми боротьби з туберкульозом.....	73
3.3. Права людини і вакцинація.....	81
Рекомендації.....	86
 <i>Розділ 4. ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА</i>	88
4.1. Особливості та форми надання паліативної допомоги.....	88
4.2. Порушення прав паліативних хворих.....	89
4.3. Доступ до опіоїдів.....	90
4.4. Ключові проблеми порушення прав паліативних пацієнтів.....	92
4.5. Порушення прав пацієнта на якісну медичну допомогу та на ефективне й адекватне знеболення.....	95
4.6. Порушення права на доступність паліативного лікування.....	97
4.7. Порушення права на правову допомогу.....	98
4.8. Порушення права на обрання собі помічника.....	99
4.9. Порушення права на медичну інформацію.....	100
4.10. Проблеми спеціалізованої паліативної допомоги.....	101
Рекомендації.....	103
 <i>Розділ 5. ПРАВА ЛЮДЕЙ, ЩО ВЖИВАЮТЬ НАРКОТИКИ</i>	107
5.1. Доступ до замісної терапії.....	107
5.2. Розголошення інформації щодо наркозалежності медичними працівниками.....	118
Рекомендації.....	121
 <i>Розділ 6. ПРАВА ЛЮДИНИ У ГАЛУЗІ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ</i>	124
6.1. Отримання інформації про свої права.....	125
6.2. Примусові огляд і госпіталізація.....	125
6.3. Попередня згода і право на відмову від лікування.....	128
6.4. Право на безкоштовну юридичну допомогу з питань, пов'язаних з наданням психіатричної допомоги.....	129
6.5. Право на альтернативний психіатричний висновок.....	129
6.6. Право на особисту участь у судових засіданнях при вирішенні питань, пов'язаних з наданням психіатричної допомоги та обмеженнями у зв'язку з цим їх прав.....	130

6.7. Право на відшкодування шкоди	130
6.8. Доступ до інформації	132
6.9. Позбавлення дієздатності на підставі психічного захворювання	133
Рекомендації	134
 Розділ 7. ПРАВА ІНВАЛІДІВ	136
7.1. Загальні проблеми інвалідів	136
7.2. Проблема профілактики очних захворювань	142
7.3. Проблеми одержання інформації про фармацевтичні властивості лікарського засобу особами з вадами зору	143
7.4. Проблеми забезпечення інвалідів по зору засобами реабілітації	143
Рекомендації	145
 Розділ 8. МІСЦЯ ПОЗБАВЛЕННЯ ВОЛІ	148
8.1. Місця позбавлення волі під контролем Міністерства внутрішніх справ України	148
8.2. Місця позбавлення волі під контролем Департаменту	160
Рекомендації	173

Від укладачів

Автори доповіді намагалися висвітлити стан з правами людини в галузі охорони здоров'я. Окремі розділи доповіді присвячені різним питанням дотримання людських прав в цій сфері. Автори доповіді вважають, що такий аналіз надасть можливість громадськості спільно з державними органами обговорити шляхи вирішення проблем та здійснити дієві кроки для покращення ситуації.

ГО «Інститут правових досліджень» висловлює щиру подяку за допомогу організаціям, які прийняли участь у створенні цієї доповіді:

- Асоціації ВІЛ-інфікованих «Час Життя» (Миколаїв);
- Всеукраїнському правозахисному руху «Гідність» (Київ);
- Всеукраїнській громадській організації «Фундація медичного права та біоетики України»;
- Громадській організації «Донецький Меморіал» (Донецьк);
- Кримському республіканському благодійному фонду «Світ Криму» (Сімферополь);
- Міжнародному Альянсу з ВІЛ/СНІДу в Україні (Київ);
- Херсонському обласному фонду милосердя та здоров'я.

Щира подяка всім авторам та співавторам розділів доповіді:

Тетяні Бордуніс, Наталі Козаренко, Айгуль Мукановій, Євгену Новицькому, Альоні Романовій, Андрію Роханському, Ірині Сенюті, Наталі Скрипечу, Ігорю Скалько, Лесі Фроловій.

Ця доповідь була б неможливою без сприяння і допомоги Олексія Бабича, Марії Дмитрієвої, Марії Шутальнової, Олега Мірошніченко.

Окрему подяку висловлюємо Міжнародному Фонду Відродження, який фінансував підготовку цієї доповіді.

Айгуль Муканова, Аркадій Бущенко

ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Розділ 1

Система охорони здоров'я в Україні

1.1. Нормативна основа

1.1.1. Основні міжнародні документи, ратифіковані Україною

Загальна декларація прав людини, прийнята Генеральною Асамблеєю ООН 10 грудня 1948 року, проголошує «цінність людської особистості» (преамбула) та право кожної людини на життя (стаття 3). У статті 25 Декларації йдеться: «Кожна людина має право на такий життєвий рівень, включаючи харчування, одяг, житло, медичний догляд і необхідне соціальне обслуговування, який є необхідним для підтримання здоров'я і добробуту її самої і її сім'ї».

У 1973 році Україна підписала Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права 1966 року. Цей договір визнає право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я. Відповідно до статті 12 Пакту держави-учасниці мають вжити такі заходи для повного здійснення цього права:

- a) забезпечення скорочення мертвонароджуваності та дитячої смертності і здорового розвитку дитини;
- b) поліпшення всіх аспектів гігієни зовнішнього середовища і гігієни праці в промисловості;
- c) запобігання та лікування епідемічних, ендемічних, професійних та інших хвороб і боротьби з ними;
- d) створення умов, які забезпечували б усім медичну допомогу і медичний догляд у разі хвороби.

З точки зору міжнародного права ненадання медичної допомоги, знеболюючих препаратів в той час, коли людина відчуває сильний біль і страждання, примусова стерилізація і будь-які подібні дії, результатом яких є біль,

страждання і приниження людини, розцінюються як тортури і жорстоке поводження.

Захист від катувань та жорстокого поводження передбачається наступними міжнародними договорами, які були ратифіковані Україною.

У статті 7 Міжнародного пакту про громадянські і політичні права, ратифікованого Українською РСР 10 жовтня 1973, зображена заборона тортур і жорстокого поводження: «Нікого не може бути піддано катуванню чи жорстокому, нелюдському або принижуючому гідність поводженню чи покаранню. Зокрема, жодну особу не може бути без її вільної згоди піддано медичним чи науковим досліддам».

У Конвенції ООН проти катувань та інших видів жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поводження та покарання «катування» означає будь-яку дію, якою будь-якій особі навмисне заподіюється сильний біль або страждання, фізичне чи моральне, щоб отримати від цієї особи або від третьої особи відомості чи визнання, покарати її за дію, яку вчинила вона чи третя особа чи у вчиненні якого вона підозрюється, а також залякати чи примусити її чи третю особу, або за будь-якої причини, заснованої на дискримінації будь-якого характеру, коли такий біль або страждання заподіюються посадовою особою або іншою особою, яка виступає в офіційній якості, чи з їх підбурювання, чи з їхнього відома чи мовчазної згоди. У це визначення не включаються біль або страждання, які виникають лише в результаті законних санкцій, невіддільні від цих санкцій чи викликаються ними випадково».

24 січня 1997 України ратифікувала Європейську Конвенцію про запобігання катуванням чи нелюдському або такому, що принижує гідність поводженню. Ця Конвенція визначає порядок утворення і роботи Європейського Комітету з попередження тортур і нелюдського або такого, що принижує гідність, поводження чи покарання, «з метою вивчення поводження з особами, позбавленими волі, для посилення, у разі необхідності, захисту таких осіб від тортур та нелюдського або такого, що принижує гідність, поводження чи покарання».

Відповідно до Конвенції Комітет «може здійснювати відвідування будь-якого місця в межах юрисдикції Сторін, де утримуються особи, позбавлені волі державною владою», включаючи випадки ізоляції осіб з причин медичного характеру, в тому числі й осіб, позбавлених волі у зв'язку з психічним станом.

У 2006 році Україна ратифікувала Європейську соціальну хартію (із застереженнями), яка набула чинності для України з 1 лютого 2007 року.

Стаття 11 Хартії передбачає зобов'язання України для забезпечення ефективного здійснення права на охорону здоров'я безпосередньо або

у співробітництві з громадськими чи приватними організаціями вживати відповідних заходів, спрямованих на:

- 1) усунення, наскільки це можливо, причин погіршення здоров'я;
- 2) надання послуг консультативного та освітнього характеру, спрямованих на зміцнення здоров'я і розвиток почуття особистої відповідальності за своє здоров'я;
- 3) запобігання, наскільки це можливо, епідемічним, ендемічним та іншим захворюванням.

Європейська Конвенція із захисту прав людини та основних свобод була ратифікована Україною 11 вересня 1997 року. Ця конвенція передбачає право на життя, свободу від катувань та жорстокого поводження, а також заборону на втручання в особисте життя.

Серед інших міжнародних договорів, ратифікованих і підписаних України, право на здоров'я зазначено в Конвенції про права дитини, ратифікованою Українською РСР 27 лютого 1991 року.

Стаття 6 Конвенції передбачає право на життя кожної дитини і обов'язок держави забезпечити в максимально можливому ступеню виживання і здоровий розвиток дитини.

Стаття 24 Конвенції передбачає визнання права дитини на користування найбільш досконалими послугами системи охорони здоров'я та засобами лікування хвороб і відновлення здоров'я. Жодна дитина не може бути позбавлена свого права на доступ до подібних послуг системи охорони здоров'я. Для повного здійснення цього права Конвенція включає прийняття державою заходів в таких напрямках:

- a) зниження рівня смертності немовлят і дитячої смертності;
- b) забезпечення надання необхідної медичної допомоги та охорони здоров'я всіх дітей, приділяючи першочергову увагу розвитку первинної медико-санітарної допомоги;
- c) боротьби з хворобами і недоїданням, у тому числі в рамках первинної медико-санітарної допомоги, шляхом, серед іншого, застосування легкодоступної технології та надання достатньої кількості поживного продовольства та чистої питної води, беручи до уваги небезпеку і ризик забруднення навколишнього середовища;
- d) надання матерям належних послуг з охорони здоров'я у допологовий та післяпологовий періоди;
- e) забезпечення інформацією всіх прошарків суспільства, зокрема батьків і дітей, щодо здоров'я і харчування дітей, переваги грудного

годування, гігієни, санітарії середовища перебування дитини і запобігання нещасним випадкам, а також їх доступу до освіти та підтримки у використанні цих знань;

- f) розвиток просвітницької роботи та послуг у галузі профілактичної медичної допомоги та планування розміру сім'ї.

При цьому Держава вживає будь-яких ефективних і необхідних заходів з метою скасування традиційної практики, що негативно впливає на здоров'я дітей.

Відповідно до статті 25 Конвенції Держава визнає право дитини, яка передана компетентними органами під опіку (піклування) з метою догляду за нею, її захисту або фізичного чи психічного лікування, на періодичну оцінку лікування, наданого дитині, і всіх інших умов, пов'язаних з таким піклуванням про дитину.

Конвенція проти всіх форм дискримінації щодо жінок (ратифікована Українською РСР 24 грудня 1980), передбачаючи право на охорону здоров'я та безпечні умови праці, відзначає збереження функції продовження роду, забезпечення жінкам особливого захисту в період вагітності на тих видах робіт, шкідливість яких для здоров'я доведена, доступ до медичного обслуговування, зокрема в тому, що стосується планування розміру сім'ї, на доступ до відповідного медичного обслуговування, включаючи інформацію, консультації та обслуговування з питань планування розміру сім'ї.

Норми Конвенції передбачають зобов'язання держави забезпечувати жінкам відповідне обслуговування в період вагітності, пологів і післяпологовий період.

Міжнародна Конвенція про ліквідацію всіх форм расової дискримінації 21 грудня 1965 включає право на охорону здоров'я, медичну допомогу, соціальне забезпечення та соціальне обслуговування.

1.1.2. Законодавство України, що охороняє право на здоров'я

Основним законом України, що визначає право на здоров'я, є Конституція України. У статті 49 Конституції зазначено, що «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». Відповідно до Конституції України медична допомога в державних і комунальних установах надається безкоштовно. При цьому обумовлюється, що діюча мережа таких закладів не може бути скорочена.

Стаття 270 Цивільного Кодексу України передбачає право на охорону здоров'я і на безпечне для життя і здоров'я навколишнє природне середовище.

Базовим законом у сфері охорони здоров'я є Основи законодавства України про охорону здоров'я (надалі — Основи). Цей закон декларує право кожного на здоров'я і на захист цього права. Він дає визначення медично-санітарної допомоги як «комплексу спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, підвищення санітарної культури, запобігання захворюванням та інвалідності, на ранню діагностику, допомогу особам з гострими і хронічними захворюваннями й реабілітацію хворих та інвалідів. У ньому визначено засади організації охорони здоров'я в Україні, перелік прав і обов'язків держави та громадян у сфері охорони здоров'я. Характерно, що серед обов'язків громадян вказується обов'язок піклуватися про своє здоров'я.

У переліку прав, зазначених у цьому законі є і такі, як:

- 1) право на безпечні та здорові умови праці, навчання, проживання та відпочинку;
- 2) право на кваліфіковану медико-санітарну допомогу, включаючи вільний вибір лікаря, вибір методів лікування та установ охорони здоров'я.
- 3) право на достовірну і своєчасну інформацію про стан свого здоров'я і здоров'я населення, включаючи існуючі і можливі фактори і ступінь ризику.
- 4) право на участь в управлінні охороною здоров'я та проведенні громадської експертизи;
- 5) право на правовий захист від будь-яких незаконних форм дискримінації, пов'язаних із станом здоров'я;
- 6) право на відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди;
- 7) право на оскарження неправомірних рішень і дій працівників установ та органів охорони здоров'я;
- 8) право на проведення незалежної медичної експертизи у разі незгоди з висновками державної медичної експертизи, застосування примусового лікування і в інших випадках, коли діями працівників охорони здоров'я можуть бути обмежені права людини;
- 9) право пацієнта, який перебуває на стаціонарному лікуванні, на допуск до нього інших медичних працівників, членів сім'ї, опікуна, піклувальника, нотаріуса та адвоката, а також священнослужителя для здійснення богослужіння і релігійних обрядів.

Обмеження прав громадян, які пов'язані з їх станом здоров'я, закон вичерпує випадками визнання людей тимчасово або постійно непридатними до будь-якої професійної діяльності, а також застосуванням примусових заходів медичного характеру, на підставах, передбаченими законами України. Стаття 11 Основ зазначає, що іноземні громадяни та особи без громадянства, які постійно проживають на території України, мають той же обсяг прав і обов'язків, що і громадяни України, якщо інше не передбачено міжнародними договорами та угодами.

Охорону здоров'я Основи визначають, як один з пріоритетних напрямів державної діяльності. У Законі зазначено, що основу державної політики охорони здоров'я формує Верховна Рада України. Їй надані повноваження визначати конституційні та законодавчі засади охорони здоров'я, головні напрямки, принципи і пріоритети, встановлювати нормативи і обсяги бюджетного фінансування, створення системи відповідних кредитно-фінансових, податкових та інших регуляторів затвердження загальнодержавних програм охорони здоров'я. Вона ж визначає порядок створення та діяльності дорадчих та консультативних органів у сфері охорони здоров'я. Закон визначає як складові частини політики охорони здоров'я місцеві та регіональні програми, як комплексні, так і цільові, що формуються Верховною Радою Республіки Крим, органами місцевого і регіонального самоврядування.

Закон також визначає зобов'язання держави щодо забезпечення здорових і безпечних умов життя громадян та лікувально-профілактичної допомоги.

Права громадян та процедура отримання медичних послуг за окремими напрямками регулюються спеціальними законами, указами Президента України, постановами Кабінету Міністрів України, наказами Міністерств. Аналіз законодавства за напрямками, які розглядаються у звіті, представлений нижче, у відповідних розділах.

Що стосується відповідальності за порушення прав людини у галузі охорони здоров'я, чинне законодавство України визначає кримінальну, майнову і адміністративну відповідальність, які визначені нормами Кримінального та Цивільного Кодексів України та Кодексом про адміністративні правопорушення відповідно.

Кримінальна відповідальність передбачена у випадках неналежного виконання професійних обов'язків, що спричинило зараження людини ВІЛ чи іншою невиліковною інфекційною хворобою, розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення зараження ВІЛ.

Цивільний Кодекс України передбачає відшкодування в повному обсязі матеріальної шкоди, заподіяної неправомірним рішенням, неправомірною дією або бездіяльністю. Що стосується моральної шкоди, стаття 1167 Цивільного Кодексу передбачає, що вона стягується тільки за наявності вини особи, його заподіяла, крім окремих випадків, які не охоплюють порушення в галузі охорони здоров'я. У статті 1172 Цивільного Кодексу зазначено, що роботодавець відшкодовує шкоду, заподіяну його працівником при виконанні ним своїх трудових (службових) обов'язків. Держава та органи місцевого самоврядування несуть майнову відповідальність за шкоду, заподіяну незаконним рішенням, дією чи бездіяльністю органу державної влади або місцевого самоврядування, або їх посадовими і службовими особами, незалежно від їхньої вини.

У випадках заподіяння шкоди здоров'ю Цивільний Кодекс передбачає відповідальність у вигляді відшкодування втраченого внаслідок втрати або зменшення працездатності заробітку, а також додаткових витрат, пов'язаних із заподіянням шкоди здоров'ю, як, наприклад, витрат на санаторно-курортне лікування, придбання ліків, посилене харчування. У разі смерті право на відшкодування шкоди отримують непрацездатні особи, що знаходилися на утриманні особи або мали право на одержання утримання.

Цивільний кодекс у статті 1177 також обумовлює, що тягар відшкодування шкоди, заподіяної ушкодженням здоров'я або смертю внаслідок злочину, якщо особу, яка вчинила злочин не встановлено або вона є неплатоспроможною, покладається на державу.

Окремо передбачено зобов'язання відшкодування шкоди, заподіяної внаслідок недоліків товарів і послуг, що, в принципі, може поширюватися і на медичні послуги, що надаються всіма видами медичних установ.

1.2. Короткий опис системи охорони здоров'я людини¹

1.2.1. Структура управління, система установ охорони здоров'я

Відповідно до Основ охорону здоров'я населення забезпечують санітарно-профілактичні, фізкультурно-оздоровчі, санаторно-курортні, аптечні, науково-медичні та інші заклади охорони здоров'я, які можуть створюватися підприємствами, установами та організаціями різних форм власності.

¹ Розділ підготовлений Андрієм Роханським, Айгуль Мукавою (ГО «ПДІС»), Євгеном Новицьким та Альоною Романовою (Кримський республіканський благодійний фонд «Світ Криму»).

Основну частину складають державні та комунальні заклади охорони здоров'я, які за рахунок бюджетного фінансування безкоштовно надають усім громадянам гарантований рівень медико-санітарної допомоги у встановленому законодавством обсязі. Надання первинної допомоги ґрунтується на територіальному принципі. Певна територія закріплена за установою первинної медичної допомоги і розділена на ділянки, кожна з них обслуговується терапевтом (лікарем загальної практики, сімейним лікарем або педіатром). Працівники первинної служби охорони здоров'я надають медичну допомогу майже 90% пацієнтів, які звертаються за нею.

В Україні вільний вибір фахівця первинної ланки обмежується виключно вільним вибором тільки фахівців вузького профілю, тоді як лікар загальної практики закріплений за певним територіальним ділянкою.

Первинна медична допомога забезпечується через поліклініки лікарями-терапевтами і лікарями-спеціалістами, вторинна — у лікарнях міського, районного та обласного рівня. Первинну медичну допомогу в сільських районах забезпечують лікарі сільських лікарських амбулаторій та фельдшери фельдшерсько-акушерських пунктів.

Лікарі-фахівці вторинної медичної допомоги працюють у лікарнях загального профілю, районного, міського чи обласного рівня які, власне, і є витратомістким сектором медичного обслуговування. На утримання та обслуговування високовартісної спеціалізованої стаціонарної допомоги, витрачається близько 80% всіх бюджетних коштів

Таким чином, лікарняна мережа прив'язана до адміністративно-територіального розподілу держави. Кількість районних лікарень відповідає кількості районів, що не завжди ефективно з точки зору охоплення населення. На сьогоднішній день в Україні, за даними Держкомстату, функціонує 2900 лікарняних установ з 437 тисячами лікарняних ліжок.

Незважаючи на законодавче закріплення права пацієнта на вибір лікаря та медичної установи, на практиці звернення за медичною допомогою до територіальної медичної установи можливо тільки за умови, що пацієнт зареєстрований на цій території. Це пояснюється тим, що обсяг фінансування медичних установ залежить від кількості людей, що проживають на території, що обслуговується.

Роботу державної системи медичних установ контролює Міністерство охорони здоров'я України. Воно ж визначає порядок ліцензування і відкликання ліцензій у приватних медичних закладів та медичних працівників. У віданні Міністерства знаходяться Міністерство охорони здоров'я Респуб-

ліки Крим, управління охорони здоров'я м. Києва, м. Севастополя, обласних державних адміністрацій. Окрім того, у підвідомчості міністерства перебувають 24 науково-дослідні установи, 30 лікарень і спеціалізованих установ, 6 поліклінік, 37 санаторно-курортних закладів, 37 санітарно-епідеміологічних станцій, а також такі медичні установи, як Комітет з контролю за ліками.

Комунальні медичні установи контролюються та фінансуються органами місцевого самоврядування, відомчі — тим відомством, до якого вони відносяться.

Окреме місце серед відомчих медичних установ займають установи системи Державної виконавчої служби України, що фінансуються з державного бюджету. До них відносяться медично-санітарні частини, де утриманим під вартою надається первинна медична допомога. Спеціалізована допомога надається у відомчих лікарнях виконавчої служби або в спеціалізованих лікарнях, де для ув'язнених виділяються окремі палати або місця.

При проведенні дослідження мережі медичних установ в Україні було встановлено, що Державному департаменту з питань виконання покарань підпорядковується майже 3% всіх медичних установ. За кількістю підвідомчих медичних установ Департамент займає друге місце після Міністерства охорони здоров'я, на третьому знаходиться Академія медичних наук, яка контролює 1% медичних установ.

Питання надання медичної допомоги в установах Департаменту, процедура і умова визначаються наказами, які розробляються спільно Департаментом та Міністерством охорони здоров'я.

Медично-санітарні частини є також в ізоляторах тимчасового утримання Міністерства внутрішніх справ України (далі — ІТТ). Процедура надання медичної допомоги заарештованим визначається спільно Міністерством охорони здоров'я і Міністерством внутрішніх справ.

1.2.2. Фінансування та матеріальне забезпечення

Відповідно до чинного законодавства фінансування охорони здоров'я здійснюється за рахунок Державного бюджету України, бюджету Республіки Крим, бюджетів місцевого та регіонального самоврядування, фондів медичного страхування, благодійних фондів та будь-яких інших джерел, не заборонених законодавством. Ці кошти використовуються для забезпечення населенню гарантованого рівня медико-санітарної допомоги загальнодоступними для населення закладами охорони здоров'я, для фінансування державних

і місцевих програм охорони здоров'я та фундаментальних наукових досліджень з цих питань. Відомчі та інші заклади охорони здоров'я, що обслуговують лише окремі категорії населення за професійною, відомчою або іншою, не пов'язану зі станом здоров'я людини ознакою, фінансуються, як правило, за рахунок підприємств, установ і організацій, які вони обслуговують. Допускається фінансова підтримка таких закладів за рахунок державного або місцевого бюджетів, якщо працівники відповідного відомства, підприємства, установи або організації становлять значну частину населення даної місцевості.

Всі заклади охорони здоров'я мають право використовувати кошти, добровільно передані підприємствами і окремими громадянами, а також з дозволу власника або уповноваженого ним органу встановлювати плату за послуги в області охорони здоров'я.

Невелика частка в галузі охорони здоров'я належить установам з приватною формою власності. Отримати точні статистичні дані про кількість таких установ неможливо, оскільки майже половина приватних медичних клінік працює підпільно. За приблизними оцінками в Україні працює близько 30 тисяч приватних клінік, з них тільки 15–20 клінік з повним спектром медичних послуг. Державні бюджетні кошти залишаються основним офіційним джерелом фінансування охорони здоров'я. Майже 80% витрат покривається з місцевих бюджетів, а інші 20% — з національного. Контроль над витратами здійснюється відповідно місцевими органами влади і Міністерством охорони здоров'я України. Беручи до уваги неофіційні платежі, загальна частка прямих витрат населення досягає 50% загальних витрат на охорону здоров'я².

Відповідно до статистики за останні 2 роки в Україні на охорону здоров'я виділяється 2,7–3% ВВП, у той час як допустимий мінімум, за даними ВООЗ, — складає 5%.

Міністерство охорони здоров'я вважає, що однією з проблем фінансування є розгалуженість системи відомчої медицини і що окремі категорії пацієнтів мають подвійне або потрійне фінансування: і за місцем проживання, і у відомстві, в якому працюють. Міністр охорони здоров'я 4 липня 2010 року зазначив, що за статистикою міністерства економіки, «на обслуговуванні системи охорони здоров'я налічується 58 млн. населення», тоді як чисельність населення України становило приблизно 45 млн. 800 тис.

² Реформа охорони здоров'я — європейський вектор, <http://vkurse.ua/ua/analytics/reforma-zdravookhraneniya.html>

Всі медичні працівники та співробітники системи управління охорони здоров'я України і отримують фіксовану заробітну плату з державного або місцевого бюджету; оплата праці медичних працівників диференціюється залежно від стажу роботи медика і його звань; при цьому кількість пацієнтів, що обслуговується і реальна якість наданих медичним працівником послуг на розмір оплати не впливає.

Існує тенденція до зниження загальної чисельності як лікарів, так і молодших спеціалістів з медичною освітою. У області залишається складною кадрова ситуація щодо забезпечення лікарями закладів охорони здоров'я, зокрема у сільській місцевості³.

Така ситуація виникає внаслідок наступних чинників.

1. Принципова неможливість утримувати за рахунок бюджетних відрахувань сучасну медичну галузь — наукомістку, таку, що потребує сучасних дорогих технологій, що використовує дорогі препарати, споживачами послуг якої є практично кожна людина, яка мешкає в Україні.
2. Корупція, яка процвітає в галузі на всіх рівнях. Як один з наймасштабніших її проявів можна назвати здійснення державних закупівель медикаментів та медичного обладнання за завищеними цінами — в обхід тендерів або шляхом проведення тендеру серед «підставних» фірм.
3. Приплив позабюджетного фінансування до системи охорони здоров'я різко обмежений її офіційним безкоштовним статусом.

Якщо Європейська Хартія прав пацієнтів стверджує (другим з чотирнадцяти) право на доступність медичних послуг, то Конституція України проголошує (стаття 49) обов'язкову безоплатність медичної допомоги, що надається в державних і комунальних закладах охорони здоров'я. Причому мова йде не про право пацієнта отримати безкоштовне медичне обслуговування, а про обов'язок медичних працівників і медичних установ надати таке обслуговування безкоштовно. Це було підтверджено рішенням Конституційного Суду України № 10-рп/2002 від 29.05.2002 року, який дав офіційне тлумачення частини третьої цієї статті, встановивши, що державні та комунальні медичні установи повинні надавати медичну допомогу населенню в повному обсязі без попередньої, поточної або наступної оплати.

³ Стан охорони здоров'я у регіонах України: 1 півріччя 2010. — К.: МОЗ України, 2010. Реформи охорони здоров'я: обов'язкове медичне страхування. Початок. С.М. Гордієнко, к.м.н. позаштатний експерт МОЗ по зв'язках зі ЗМІ, м. Київ, <http://health-ua.com/articles/295.html>

Державні органи — а слідом за ними і лікувальні установи — намагаються знайти додаткові кошти фінансування, в обхід Конституції та чинного законодавства. Так, частина 6 статті 18 «Основ ...», що говорить про право всіх закладів охорони здоров'я використовувати кошти, добровільно передані (пожертвовані) підприємствами, організаціями та окремими громадянами, повсюдно використовується як підстава для стягнення з пацієнтів «добровільно-примусових» внесків. Час від часу органи влади намагаються ввести окремі платні медичні послуги — але це веде до порушення ст. 49 Конституції України. Так, наприклад, основні положення постанови Кабінету міністрів № 1138 від 17 вересня 1996 року «Про затвердження Переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти», були визнані неконституційними Рішенням Конституційного Суду № 15-рп / 98 від 25.11.1998 р.

Разом з тим, в багатьох випадках у пацієнтів в державних і комунальних медичних установах вимагають оплату добровільних внесків у різні медичні фонди, придбання необхідних їм медичних препаратів і пристосувань. Поширена практика передачі пацієнтами винагороди лікарям і медичним сестрам за медичну допомогу. У деяких випадках медичні працівники заздалегідь вимагають таку винагороду, відмовляючись надавати без нього медичну допомогу.

Недостатність фінансування ускладнює також будівництво нових медичних установ, в яких є необхідність.

Так 19 років у Черкасах будують обласну дитячу лікарню. Майбутня лікарня — напроти Черкаського Пологового будинку № 2. Розрахована на 300 ліжок. У корпусах мають зробити центр неонатології, відділення хірургії, стоматології, обласний пологовий будинок. 1991-го її кошторисна вартість була близько 43 млн. грн. Через відсутність фінансування 2000-го будівництво призупинили. За шість років держава виділила 30 млн. грн. Наступного року обласний бюджет додав ще 7 млн. грн. Через зростання цін на будматеріали та роботи цих грошей виявилось недостатньо. Внаслідок всього вищезазначеного якість медичних послуг різко знижується. Наявність у лікувальних установах медичної техніки, препаратів, витратних матеріалів значно нижче потреби. Лікарі виявляються не в змозі приділяти весь свій робочий час пацієнтам. Пацієнти, незадоволені низькою якістю медичної допомоги, вступають у конфлікт з медпрацівниками, вбачаючи безпосередньо в них винуватців ситуації. Медичні працівники, у свою чергу, не маючи гідного фінансового і морального мотивування для своєї праці, втягуються в ці відносини протистояння з пацієнтами (замість відносин співробітництва).

І, незважаючи на те, що стаття 12 Основ проголошує охорону здоров'я одним з пріоритетних напрямків державної діяльності, стан системи охорони здоров'я є катастрофічно незадовільним, медичні працівники — є однією з найбільш низькооплачуваних категорій бюджетних працівників, а право на якісне та безкоштовне лікування — нічим не забезпечено і нереалізоване.

У Києві проблему нестачі фінансування вирішили частково вирішити шляхом формування Муніципальної лікарняної каси.

Проект «Муніципальна лікарняна каса» реалізується в рамках реформування сфери охорони здоров'я столиці і планує почати роботу з початку 2011 року. За повідомленням Київської міської держадміністрації для того, щоб стати членом лікарняної каси, необхідно написати заяву і зробити перший внесок у розмірі 10 грн. Після сплати щомісячного внеску в розмірі 30 грн. три місяці поспіль людина повинна звернутися з платіжними документами до офісу Муніципальної лікарняної каси. Після цього видається посвідчення члена лікарняної каси, яке дає право користуватися медичними послугами. Серед основних завдань Муніципальної лікарняної каси медикаментозне забезпечення членів лікарняних кас у разі їх захворювання, ліками, виробами медичного призначення, витратними матеріалами, допомога медичним закладам в забезпеченні лікарськими препаратами, обладнанням, апаратурою та інструментами⁴.

Що стосується приватної медицини в Україні, то ця область поки не знала свого розвитку. Повноцінних приватних клінік в Україні не більше 50, серед яких великих налічується всього близько 10.

Структура сектора приватної медицини обумовлює нерівномірність існуючої у ній конкуренції:

- дуже високий рівень у стоматології (75%),
- більш низький рівень — у діагностиці (15%),
- вкрай низький — серед лікувально-профілактичних закладів, особливо у великих приватних клініках (10%). Установи цього профілю змушені конкурувати не один з одним, а з державними установами, де різні види обстеження і лікування обходяться пацієнту на 15–20% дешевше⁵.

⁴ У Києві стартував проект Медичної лікарняної каси, <http://inforotor.ru/visit/9978293?url=http://elvisti.com/node/95473>

⁵ Система охорони здоров'я України, http://medpharmconnect.com/Ukrainian_market/Ukrainian_Healthcare_System.htm

1.2.3. Медична професія

Згідно зі статтями 74 та 77 Основ медичною діяльністю можуть займатись особи, які мають відповідну спеціальну освіту і відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам, які встановлені наказом Міністерства охорони здоров'я України «Про подальше удосконалення атестації лікарів». Міністерством охорони здоров'я України затверджується перелік вищих навчальних закладів першого-четвертого рівнів акредитації, де особи можуть здобути спеціальну медичну освіту.

Кваліфікація медичного працівника засвідчується:

- 1) дипломом про медичну освіту;
- 2) сертифікатом лікаря-спеціаліста, виданим вищими медичними навчальними закладами та закладами післядипломної освіти III-IV рівнів акредитації;
- 3) посвідченням про присвоєння (підтвердження) відповідної кваліфікаційної категорії за спеціальністю;
- 4) свідоцтвом про проходження підвищення кваліфікації та перепідготовки молодших медичних та фармацевтичних працівників, виданим вищими медичними навчальними закладами та закладами післядипломної освіти I–III рівнів акредитації⁶;
- 5) документом, що підтверджує стаж роботи за спеціальністю.

Лікарі, які не працюють понад три роки за конкретно лікарською спеціальністю, допускаються до медичної практики після проходження стажування відповідно до наказу МОЗ України «Про порядок направлення на стажування лікарів і їх наступного допуску до лікарської діяльності».

Для забезпечення високої кваліфікації лікарів (провізорів) проводиться їх безперервне навчання та здійснюється контроль за рівнем їх кваліфікації. Основними ланками структури безперервного навчання лікарів (провізорів) є їх спеціалізація і удосконалення професійних знань та навиків.

Підготовка спеціалістів проводиться в інтернатурі в інститутах (факультетах) удосконалення лікарів (провізорів) та на кафедрах медичних (фармацевтичних) інститутів, базових закладах охорони здоров'я. Спеціалізація та перепідготовка лікарів зі спеціальностей, що не передбачені в інтернатурі, проводиться на циклах спеціалізації в інститутах (факультетах) удосконалення

⁶ Положення про Свідоцтво про проходження підвищення кваліфікації та перепідготовки молодших медичних та фармацевтичних спеціалістів, затверджене наказом МОЗ України від 07.09.93 року.

лікарів (провізорів) після закінчення інтернатури з основної спеціальності. Направленню на спеціалізацію до інституту (факультети) удосконалення лікарів (провізорів) має передувати заміщення лікарської (фармацевтичної) посади в закладах охорони здоров'я — інтерном (стажистом) з цієї спеціальності.

Перепідготовка лікаря (провізора) — спеціаліста проводиться: з нових лікарських (провізорських) спеціальностей; з лікарських (провізорських) спеціальностей при переводі керівних працівників і спеціалістів апарату закладів охорони здоров'я в іншу сферу діяльності в разі неможливості працевлаштування за раніше набутою спеціальністю. Особи, які закінчили навчання в інтернатурі та пройшли курси спеціалізації, підлягають атестації на визначення знань та практичних навиків з присвоєнням звання лікаря — спеціаліста з конкретної лікарської спеціальності.

Атестація проводиться в комісіях, що створюються в інститутах (факультетах) удосконалення лікарів, які здійснюють підготовку та перепідготовку лікарських кадрів згідно з Положенням про порядок проведення атестації лікарів⁷. Лікар — спеціаліст одержує сертифікат встановленого зразка на самостійну роботу за фахом. Особи, які пройшли спеціалізацію, повинні працювати за відповідним фахом.

Кваліфікація лікарів-спеціалістів визначається атестаційною комісією за трьома кваліфікаційними категоріями: друга, перша та вища⁸.

Лікарям, яким присвоєно (підтверджено) кваліфікаційну категорію, органом охорони здоров'я, при якому створена атестаційна комісія, видається посвідчення затвердженого зразка (1), а тим, кому підтверджено попередню присвоєну категорію, — ставиться відповідна відмітка у раніше виданому посвідченні або видається нове посвідчення, якщо відсутнє місце для відміток у попередньому посвідченні, у двотижневий строк з дня атестації.

1.2.4. Медична практика

Медичні працівники, що працюють у державних, комунальних та відомчих установах охорони здоров'я є працівниками бюджетної сфери. Пункт 1.3 спільного наказу Міністерства праці та соціальної політики України та МОЗ України № 308/519 визначає:

⁷ п.п. 1.4, 1.5 Положення про порядок проведення атестації лікарів, затвердженого Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19 грудня 1997 року № 359 «Про подальше удосконалення атестації лікарів».

⁸ п. 3.7 Положення про порядок проведення атестації лікарів.

«...посадові оклади (тарифні ставки) є державними гарантіями мінімальних рівнів оплати праці для конкретних професійно-кваліфікаційних груп працівників, які перебувають у трудових відносинах із закладами охорони здоров'я та установами соціального захисту населення всіх форм власності, при додержанні встановленої законодавством про працю тривалості робочого часу та виконанні працівником посадових обов'язків (норм праці)».

Таким чином, а) держава зобов'язується забезпечувати лише мінімальну оплату праці медичних працівників; б) залишає за собою право контролювати та регулювати розмір заробітної плати працівників медичних установ, у тому числі приватних; в) визначає розмір заробітної плати в залежності від робочих годин та виконання норм, передбачених переліком посадових обов'язків, ігноруючи при цьому кількість пацієнтів, яким реально надається допомога, і фактичний рівень та якість наданої допомоги.

Розмір заробітної плати лікаря визначає не клініка чи пацієнт, а єдина тарифна «сітка», виходячи з «мінімального рівня». Уся система надбавок, коефіцієнтів, премій та заохочень не змінює ситуацію. Медичний працівник залишається незацікавленим у кількості пацієнтів та реальній якості своєї праці.

Середня заробітна плата в цій галузі виходячи з бюджету 2011 року склала 1642 гривні. На 3 березня 2010 року, за словами в.о. Міністра охорони здоров'я, показник забезпечення галузі лікарями склав 80,4% від потреби, що утворює 48 тисяч вакансій. Показник забезпечення лікарями, які безпосередньо надають медичну допомогу складає 26,8 на 10 тисяч населення. Залишаються невирішеними питання укомплектування лікарями у фтизіатричній, патолого-анатомічній, рентгенологічній, лабораторній та санітарно-епідеміологічній службах. Показники забезпечення молодшими спеціалістами з медичною освітою у цілому по Україні загалом задовільні та складають 93,8 на 10 тисяч населення, або 95,2 від потреби.

Медик, який має диплом про вищу медичну освіту та сертифікат фахівця з відповідної медичної спеціальності може займатися самостійно медичною практикою, отримавши відповідну ліцензію.

Перелік спеціальностей, у яких дозволяється самостійна медична практика встановлений наказом МОЗ України «Номенклатура лікарських спеціальностей» від 19.12.1997 року, Законом України «Про ліцензування певних видів господарської діяльності» від 01.06.2000 року та наказом Державного комітету України з питань регуляторної політики та підприємництва і Мініс-

терства охорони здоров'я України «Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики» від 16.02.2001 року.

Видача таких ліцензій здійснюється виключно Міністерством охорони здоров'я України.

Ліцензійні умови включають вимоги до приміщень та оснащення, а також певні санітарні, експлуатаційні правила та правила ведення документації. Також такі медики зобов'язані надавати першу невідкладну медичну допомогу хворим, які перебувають у критичному для життя стані, а також при нещасному випадку та гострих захворюваннях, а також дотримуватись вимог професійної етики і деонтології, зберігати лікарську таємницю, крім випадків, передбачених законодавчими актами.

Медичне втручання (застосування методів діагностики, профілактики або лікування, пов'язаних із впливом на організм людини) здійснюється в порядку, передбаченому ст. 42–44 Основ.

Відповідальність за порушення ліцензійних умов передбачає: анулювання ліцензії, штраф, відшкодування шкоди.

Підставами для анулювання ліцензії є:

- заява ліцензіата про анулювання ліцензії;
- акт про повторне порушення ліцензіатом ліцензійних умов;
- рішення про скасування державної реєстрації суб'єкта господарювання;
- нотаріально засвідчена копія свідоцтва про смерть фізичної особи — суб'єкта підприємницької діяльності;
- акт про виявлення недостовірних відомостей у документах, поданих суб'єктом господарювання для одержання ліцензії;
- акт про встановлення факту передачі ліцензії або її копії іншій юридичній або фізичній особі для провадження господарської діяльності;
- акт про встановлення факту неподання в установлений строк повідомлення про зміну даних, зазначених в документах, що додавалися до заяви про видачу ліцензії;
- акт про невиконання розпорядження про усунення порушень ліцензійних умов;
- неможливість ліцензіата забезпечити виконання ліцензійних умов, встановлених для певного виду господарської діяльності;
- акт про відмову ліцензіата в проведенні перевірки центральним органом виконавчої влади у сфері інтелектуальної власності або спеціально уповноваженим органом з питань ліцензування.

Розгляд питань про анулювання ліцензії на підставі акта про встановлення факту неподання в установлений строк повідомлення про зміну даних, зазначених у документах, що додавалися до заяви про видачу ліцензії; акта про виявлення недостовірних відомостей у документах, поданих суб'єктом господарювання для одержання ліцензії; акта про встановлення факту передачі ліцензії іншій юридичній або фізичній особі для провадження господарської діяльності; акта про невиконання розпорядження про усунення порушень ліцензійних умов здійснюється органом ліцензування з обов'язковим запрошенням ліцензіата або його представників.

Рішення можна оскаржити у експертно-апеляційній раді та у судовому порядку.

- 2) Штраф. До суб'єктів господарювання за провадження господарської діяльності без ліцензії застосовуються фінансові санкції у вигляді штрафів у розмірах, встановлених законом. Рішення про стягнення штрафів приймаються органом, на який згідно з чинним законодавством покладено функції контролю за наявністю ліцензій.
- 3) Відшкодування шкоди. Шкода, заподіяна порушенням законодавства у сфері ліцензування, підлягає відшкодуванню за позовами заінтересованих осіб у порядку, визначеному законом.

1.2.5. Медичне страхування

Конституція України у ст. 49 зазначає, що кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування.

Концепція соціального страхування була затверджена в Україні у 1998 році з прийняттям Основ законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування». На даний момент існує чотири фонди, які обслуговують чотири види страхування, зокрема пенсійне; страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності; страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності; страхування на випадок безробіття.

Стаття 4 Основ законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування вказує як вид загальнообов'язкового державного соціального страхування й медичне страхування. Але жоден законопроект про обов'язкове державне медичне соціальне страхування Верховною Радою не був прийнятий.

Перш ніж розглядати саме медичне страхування необхідно розглянути системи фінансування охорони здоров'я.

Модель фінансування охорони здоров'я в Україні — так звана модель Семашка (за прізвищем першого наркома охорони здоров'я РРФСР 1918 р., або за термінологією в західній літературі — одержавлена, радянська, соціалістична) фінансується виключно з державного бюджету, базується на загальних податках, контролюється державою через систему централізованого планування і управління, характеризується відсутністю приватного сектора. Вона діяла в СРСР, країнах Центральної та Східної Європи. Зараз більшість із цих країн перебуває на стадії переходу від цієї моделі до соціально-страхової моделі чи намагається поєднати соціальне страхування із системою, що базується на податках.

Ключовими засадами, котрі обумовлюють необхідність втілення у життя обов'язкового медичного страхування можуть вважатись наступні:

- недостатнє фінансування охорони здоров'я України;
- наявні проблеми організації охорони здоров'я, коли застарілі механізми організації та управління застосовуються в нових умовах господарювання та в епоху соціально-економічних та політичних змін;
- економічні фактор, котрі все частіше обумовлюють зміну формату надання медичної допомоги.

Окрім суто фінансових механізмів, запровадження медичного страхування в його обов'язковій формі спрямовані на:

- організацію надання медичної допомоги;
- захист прав пацієнтів (котрі у системі медичного страхування будуть носити назву застрахованих);
- забезпечення дієвості контролю якості медичної допомоги;
- упорядкування системи державних гарантій громадянам України у системі медичної діяльності тощо.

Розвиток майбутньої моделі системи охорони здоров'я може ґрунтуватись на двох різних за своєю суттю законодавчих моделях.

Перша модель обов'язкового медичного страхування (ОМС) заснована на статті 49 Конституції, відповідно до якої «кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування», і передбачає створення і підтримання державою системи медичного страхування населення. Страхування громадян здійснюється за рахунок Державного бюджету України, коштів підприємств, установ і організації та власних внесків громадян.

Друга модель — загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування (ЗОДМС) заснована на ст. 46 Конституції України де сказано, що громадяни мають право на соціальний захист, що включає право на забезпечення їх у разі повної, часткової або тимчасової втрати працездат-

ності, втрати годувальника, безробіття, з незалежних від них обставин, а також у старості та в інших випадках, передбачених законом.

І хоча цією статтею окремий вид медичного страхування не визначений, в основах законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування у ст. 4 з'явився такий вид загальнообов'язкового державного соціального страхування, як медичне страхування.

Різниця між цими двома видами, перш за все, полягає, у визначенні джерел наповнення страхового фонду. Так в системі ОМС, крім всього, дозволяється використовувати кошти Держави (податки), в той час, як система ЗОДСМС може використовувати виключно кошти роботодавців та робітників. По-друге ці системи різняться формами управління. Так системи ОМС може управлятися Державним фондом (організацією, компанією), тоді як ЗОДСМС управляється самоврядним недержавним фондом.

Законодавчо-правові механізми державного управління забезпечували умови для розвитку бюджетно-страхової моделі розвитку системи охорони здоров'я, однак неоднозначні законодавчі норми створили складні умови для вибору концепції запровадження системи обов'язкового медичного страхування.

Виключно система обов'язкового медичного страхування здатна забезпечити громадян України необхідною безкоштовною та якісною медичною допомогою у нових соціально-економічних умовах. Ключовими відмінностями медичного страхування від державної системи охорони здоров'я є:

- правове регулювання (адміністративне право в переважній мірі регулює суспільні відносини в державній системі охорони здоров'я, в той час як у медичному страхуванні на перші ролі виходить цивільне право з його диспозитивним методом правового регулювання);
- фінансування (при державній медицині фактично єдиним джерелом фінансування є бюджет, при обов'язковому медичному страхуванні — це бюджет разом із коштами медичного страхування, а також особисті гроші громадян);
- захист прав пацієнтів (при державній медицині це як правило внутрішньорішні структури системи МОЗ, при медичному страхуванні — поява можливості залучати незалежну медичну експертизу).

На даний момент серед законодавців відсутня чітка позиція стосовно моделі медичного страхування. Розвиток медичного страхування гальмується також тим, що обов'язкове медичне страхування у будь-якому разі буде суперечити статті 49 Конституції України, яка передбачає «безкоштовність» медичної допомоги.

Розділ 2

Права пацієнтів⁹

За основу аналізу в даному розділі взяті права пацієнта, закріплені в Європейській Хартії прав пацієнтів.

2.1. Право на профілактику

Стаття 1 Хартії: Кожна людина має право на відповідні послуги з метою попередити захворювання.

Дане право закріплене в Основах законодавства України про охорону здоров'я:

- Стаття 4: «Основними принципами охорони здоров'я в Україні є: ... попереджувально-профілактичний характер...»
- стаття 31: «з метою охорони здоров'я населення організовуються профілактичні медичні огляди...»;
- стаття 33: «громадянам України надається лікувально-профілактична допомога поліклініками...»;
- стаття 35: «держава гарантує надання доступної соціальної первинної лікувально-профілактичної допомоги ..., яка передбачає ... профілактичні заходи...»;
- стаття 58: «установи охорони здоров'я забезпечують лікувально-профілактичну допомогу матері та новонародженій дитині...»;

Однак на практиці більшість українців не отримує або отримує в недостатньому обсязі профілактичні медичні послуги. І перша причина полягає в тому, що для більшості українців профілактика захворювань і підтримка свого здоров'я на високому рівні не є пріоритетною цінністю.

⁹ Розділ підготовлений Євгеном Новицьким та Альоною Романовою (Кримський республіканський благодійний фонд «Світ Криму»).

Державні органи та апарат системи охорони здоров'я зазвичай не приділяють уваги пропаганді здорового способу життя і не вміють цього робити. У тих випадках, коли соціальна реклама все ж таки з'являється, вона виявляється формальною і швидше відлякує громадян, ніж переконує їх піклуватися про здоров'я. Антирекламою, доведеною до абсурду, можна вважати бігборди, що з'явилися в містах України восени 2010 р. із закликами: «Захворів? Сиди дома!» — замість пропаганди реальних профілактичних заходів і необхідності лікування на ранній стадії захворювання.

У Сімферополі було проведено невелике опитування у двох міських поліклініках. Опитування адміністрації та медиків поліклінік показали, що якщо виключити випадки обов'язкового профілактичного огляду (працевлаштування, отримання дозвільних документів тощо), то тільки у разі крайньої необхідності громадяни добровільно проходять обстеження, не маючи скарг на здоров'я. Причину поганого функціонування системи профілактичного огляду лікарі вбачають у тому, що основна частина населення не дбає про власне здоров'я. За статистичними даними поліклініки № 2, понад 50% пацієнтів, які проходять профілактичні огляди, проходять їх вже після звернення з приводу того чи іншого захворювання.

Однак існує й інша причина цієї проблеми. Внаслідок великої кількості малокваліфікованих фахівців серед медичних працівників населення втрачає довіру до лікарів та до системи охорони здоров'я в цілому і уникає стикатися з цією системою без крайньої необхідності.

Головною ж причиною повсюдних нарікань викликає вкрай погана система організації прийому пацієнтів у поліклініках і вкрай низький рівень комфорту в них. Процедури, пов'язані з прийомом лікаря, займають значний час. Щоб потрапити до лікаря, необхідно довго чекати в черзі. Система запису на певний час візиту до лікаря не працює через завищені норми прийому пацієнтів кожним лікарем, відсутність диференціації цих норм для молодих і літніх пацієнтів тощо. Це призводить до перевантаженості лікарів, руйнування графіка прийому пацієнтів і, як наслідок, до утворення довгих черг у поліклініках, в яких часто відсутній елементарний комфорт.

Лікарні відчувають гостру нестачу кадрів для проведення повноцінної профілактичної роботи. Через брак часу лікарі досить часто поверхнево проводять профілактичний огляд пацієнта. Краще йде справа лише з тими профілактичними дослідженнями, які передбачають обов'язкове тестування стану здоров'я пацієнта з автоматичною фіксацією даних (такі, як зняття кардіограми або рентгенографія).

На думку медиків, єдиним ефективним засобом профілактичної роботи є примусові методи. Тому, якщо пацієнт звертається до лікаря з медичними скаргами, то лікар тисне на пацієнта з метою змусити його пройти профілактичні огляди, наприклад, відмовляється оформити йому листок непрацездатності.

Примусового підходу дотримуються і чиновники, і законодавці. Наприклад, пункт «б» статті 10 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» передбачає обов'язок громадян України у передбачених законодавством випадках проходити профілактичні медичні огляди і робити щеплення.

З правової точки зору закріплення в законі яких би то не було обов'язків пацієнта являє собою нонсенс — тому що, по суті, означає обов'язки споживача стосовно медичних послуг. Однак це не є очевидним для пацієнтів, лікарів або чиновників, оскільки сфера охорони здоров'я зазвичай не сприймається як надання послуг, а права пацієнта — як права споживача. Медицина в Україні в практично виведена з комерційної сфери і сприймається переважною більшістю населення як обов'язок держави піклуватися про громадян, без урахування думки самих громадян.

Проте за відсутності реального зменшення норм прийому, поліпшення рівня комфорту поліклінік, підвищення вимог лікарської етики подібні заходи, як і раніше будуть зводитися до формального, побіжного огляду «для галочки». Крім того, примусові заходи порушують право пацієнта на згоду і добровільність.

2.2. Право на доступність

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

В українській Конституції та інших законодавчих актах поняття «доступність» медицини трактується, перш за все, як її безкоштовність. Держава бере на себе обов'язок за рахунок бюджету утримувати систему охорони здоров'я в обсязі, необхідному для надання якісної та ефективної допомоги кожному громадянину.

Важко знайти більший контраст між вимогами закону і реальною практикою, ніж у цій області. Бюджетне фінансування протягом всієї історії української незалежності виявляється нездатним забезпечити гідну якість медичної допомоги, що надається в державних і комунальних установах охорони здоров'я, що складають переважну більшість всіх медичних установ України, а також гідну оплату праці медичних працівників.

На практиці при зверненні пацієнта до зазначених медичних установ, його майже завжди ставлять перед необхідністю сплатити так званий «благодійний внесок» у фонд установи. При відсутності оплати в наданні медичних послуг може бути відмовлено під тим чи іншим приводом. Наприклад, при регулярній здачі зразків на аналіз до районних поліклінік громадян попередньо просять заплатити невелику суму для лабораторії. Не кажучи про те, що дані внески протизаконні, вони жодним чином не документуються. Оплата благодійного внеску практикується і при проведенні будь-яких інших видів огляду, а також при надходженні пацієнта до стаціонару, лікарні швидкої допомоги, пологового будинку, при цьому сума «внеску» зростає.

Повсюдною є також практика, за якою пацієнт, надійшов до стаціонару, повинен оплатити або придбати сам всі необхідні лікарські засоби та медичне приладдя, перелік яких йому пропонується. Цілком очевидно, що ця практика не тільки безпосередньо порушує законодавчо гарантоване пацієнтові право на безкоштовність, але і закладає фундамент для великих корупційних дій: внесення до списку більшої кількості медичних товарів, ніж необхідно для лікування пацієнта, приховування та наступний перепродаж медикаментів і медичного приладдя, придбаних за рахунок бюджету, і т. ін.

Розвиток корупції в сфері охорони здоров'я призводить і до того, що в ряді реальних випадків, коли до державної установи охорони здоров'я потрапляє людина, якій за життєвими показаннями необхідно хірургічне втручання, медичні працівники вимагають від самого хворого або від його родичів величезні суми за операції (часом ці суми досягають десятків тисяч доларів, тоді як середня заробітна плата в Україні 300 доларів). Якщо ж грошей немає, у проведенні операції відмовляють.

До Центру захисту прав пацієнтів в м. Харкові надходили заяви про те, що лікарі харківської лікарні швидкої допомоги № 4 у випадках, коли до них привозили пацієнта, який потребує термінового оперативного втручання, відмовлялися допомагати без оплати їх послуг. У пологовому будинку № 2 міста Харкова 20-річна дівчина-сирота, студентка, яка не має родичів, надійшла з позаматко-

вою вагітністю і кровотечею. Її прооперували, проте потім хірург пологового будинку тривалий час приходив і вимагав у неї гроші за операцію.

Особливо сумним є те, що про даний стан речей знають абсолютно все — але ніяких глобальних змін не відбувається. Правозахисними організаціями України зафіксовані випадки, коли головні лікарі пояснюють своїм підлеглим, що «хороший лікар і без зарплати собі на життя зможе заробити» і вимагають від них в обов'язковому порядку збирати «благодійні» внески з пацієнтів.

Однією з юридичних парадоксів є дія на території АР Крим державної програми «Здоров'я кримчан», яка передбачає для мешканців півострова низку безкоштовних медичних послуг — не дивлячись на те, що всі ці послуги спочатку, відповідно до чинного законодавства, є безкоштовними для будь-якого громадянина України.

Все це серйозно обмежує доступ пацієнтів, які не мають достатніх фінансових коштів, до медичної допомоги, а також створює реальну дискримінацію за рівнем заможності та / або соціальним статусом.

Припустимо, до приймального відділення міської лікарні надходять дві людини: один з них з низьким рівнем доходу, другий — бізнесмен або керівник великого підприємства (який може собі дозволити лікування і в приватній клініці). Кожен з них отримає медичну допомогу, але в різних обсягах. Перший пацієнт отримає мінімум, необхідний для підтримки здоров'я, другий же отримає максимум послуг, оскільки медичні працівники мають справу із забезпеченою людиною і можливість отримання ними винагороди зростає.

Інша ситуація: до онкологічної клініки потрапляє депутат місцевої ради (або хтось із родичів чи навіть знайомих того чи іншого державного службовця високого рангу). Такий пацієнт не буде сплачувати за лікування нічого, у зв'язку зі своїм високим соціальним статусом, тобто буде безперешкодно користуватися своїм конституційним правом на гарантовану безоплатну медичну допомогу. При цьому за два місяці на його лікування йде піврічний запас медикаментів, придбаних за бюджетні кошти і які призначалися для всіх пацієнтів клініки. У результаті переважна більшість пацієнтів в інших палатах (вчителі, сільські жителі тощо), які не мають грошей для придбання медикаментів, залишається без лікування — адже клініка не в змозі надати їм нічого: адже весь запас препаратів уже вичерпаний.

Наразі медицина є наукомісткою сферою: значна частина медичних послуг (як обстеження, так і лікування) передбачає використання сучасної дорогої техніки і устаткування. Деякі з таких приладів можливо знайти тільки в приватних клініках (як, наприклад, з комп'ютерними томографами в ряді

міст України; зазначимо, що також до недавнього часу був відсутній в Україні лінійний прискорювач, необхідний для проведення високоточних операцій з руйнування пухлин). У результаті малозабезпечена частина населення не може проходити таке обстеження. Спроби місцевих управлінь охорони здоров'я встановити квоти на використання такого обладнання для соціально вразливих верств населення призводить лише до зростання корупції — ці квоти продають або розподіляють між «своїми людьми».

Таким чином, декларована безоплатність української медицини, будучи нездійсненою, вступає в протиріччя з її доступністю. Соціалістичний метод «всім і порівну», як завжди і скрізь, призводить лише до погіршення ситуації для переважної більшості як пацієнтів, так і лікарів.

При всьому цьому дуже показовим є те, що серед всіх звернень до правозахисних організацій з приводу порушення прав пацієнта претензії з приводу порушення права на безоплатність знаходяться далеко не на першому місці. Дані, отримані в ході бесід з клієнтами і при проведенні анонімного анкетування, показують: більшість українців переконана в неможливості бюджетного фінансування якісної медичної допомоги та готова оплачувати свої звернення до лікарів за умови, що допомога, яку вони отримують, буде якісною.

Це вказує на те, що населення України в цілому готове сприйняти глобальну медичну реформу, за якої клініки і медичні працівники отримуватимуть сплату безпосередньо за кожного пацієнта і за кожну медичну маніпуляцію, з одночасним введенням медичної страховки і конкуренцією між постачальниками страхових послуг. Лікувально-профілактичні заклади повинні стати незалежними суб'єктами господарювання. Допомога держави соціально незахищеним верствам населення за умови введення такої моделі буде полягати не в утриманні системи охорони здоров'я, а в оплаті медичних страховок тим, хто не в змозі зробити це самостійно.

2.3. Право на інформацію

Стаття 3 Хартії. Кожен має право на отримання будь-якого роду інформації про свій стан здоров'я, про медичні послуги і способи отримання цих послуг, а також про можливості, наявні в результаті наукових досліджень і технічного прогресу.

Дане право детально висвітлено в низці законів України, в тому числі щодо таких вразливих груп як ВІЛ-інфіковані, люди з психічним захворюванням

тощо. Значимість даного права важко переоцінити, оскільки від його реалізації залежить і низка інших базових прав пацієнта — на згоду, на свободу вибору, на дотримання стандартів, на інновації, на подання скарги і на компенсацію.

Основними системними порушеннями є ненадання пацієнтові інформації про його стан здоров'я, у передбаченій законом формі, тобто на доступному для пересічного, що не має медичної освіти, громадянина і в повному обсязі. Медичні працівники у цих випадках посилаються на наступні причини:

- 1) що пацієнт, не будучи медичним працівником не зможе зрозуміти надану йому інформацію (при цьому ігнорується та обставина, що їхнім обов'язком є надати пацієнту інформацію доступною йому мовою);
- 2) що знання діагнозу і всіх подробиць здатне зашкодити пацієнтові, а в ряді випадків — представляє небезпеку для його життя (ігнорується необхідність повідомлення інформації в делікатній формі);
- 3) що у лікаря немає часу пояснювати кожному пацієнту всі деталі і подробиці, які йому нібито все одно не потрібні.

Після проходження лікування пацієнт часто не може отримати медичну карту, де записана історія його хвороби і повне лікування, а також медичні документи, що стосуються окремих процедур

Положення частини 4 статті 39 Основ законодавства України про охорону здоров'я і частина 3 статті 285 Цивільного кодексу України створюють лікарям можливості приховувати (повністю або частково) інформацію про стан здоров'я пацієнта.

Перша з цих статей, відображаючи обов'язок лікаря надати пацієнтові в доступній формі інформацію про стан його здоров'я, одночасно дає йому право обмежувати таку інформацію: «Якщо інформація про хворобу пацієнта може погіршити стан його здоров'я або погіршити стан здоров'я фізичних осіб, визначених частиною другою цієї статті, зашкодити процесові лікування, медичні працівники мають право надати неповну інформацію про стан здоров'я пацієнта, обмежити можливість їх ознайомлення з окремими медичними документами ».

При цьому в обох статтях відсутні будь-які критерії «небезпеки» надання інформації пацієнтові, це вирішує сам лікар.

Ці норми створюють сумнівну градацію двох основоположних прав людини — права на здоров'я та права на інформацію; причому мається на увазі, що здоров'я і лікувальний процес мають переважну цінність самі по собі, незалежно від бажання пацієнта скористатися своїм правом на здоров'я.

Однак інформування пацієнта (включаючи інформацію про ризики) є, відповідно до статті 39 Основ законодавства України про охорону здоров'я, безумовним обов'язком лікаря.¹⁰ Тому законодавство не залишає для медичних працівників можливості безпідставно відмовити пацієнтові в наданні йому медичної інформації.

Лікар може приховати частину медичної інформації, яка, на його думку, здатна зашкодити пацієнтові, тільки в тих випадках, коли сам пацієнт не скористався своїм правом на інформацію і не попросив лікаря докладно, достовірно і повно інформувати його про діагноз, результати дослідження, хід лікування та медичні прогнози.

У випадку ж, коли дієздатний пацієнт звертається з подібним проханням, лікар, виходячи з положень законодавства, зобов'язаний надати пацієнтові всю повноту інформації. Таке надання включає право пацієнта знімати копії з усіх медичних документів, що стосуються його здоров'я, включаючи амбулаторні карти, історії хвороби, результати аналізів і досліджень, медичні висновки тощо.

З 1 січня набув чинності Закон України «Про захист персональних даних», який додатково закріпив саме таке становище. Частина 2 статті 8 проголошує: «Суб'єкт персональних даних має право... на доступ до своїх персональних даних, що містяться у відповідній базі персональних даних». Стаття 25 містить перелік випадків, коли права, передбачені статтею 8 можуть бути обмежені: цей перелік не містить можливості лікаря приховати від пацієнта його персональну медичну інформацію. Зрештою, стаття 27 визначає, що положення цього Закону «можуть доповнюватися чи уточнюватися іншими законами, за умови, що вони встановлюють вимоги щодо захисту персональних даних, що не суперечать вимогам цього Закону» — що прямо і безпосередньо вказують на примат цього Закону у питанні про право пацієнта на отримання своєї персональної медичної інформації над частиною 4 статті 39 Основ законодавства України про охорону здоров'я та частини 3 статті 285 Цивільного кодексу України.

Таким чином, хоча право пацієнта на медичну інформацію визначено в українському законодавстві нечітко, почасти суперечливе і вимагає вдосконалення, тим не менше, навіть у сьогоденньому його вигляді, законодавство забезпечує пацієнтові гарантовану можливість ознайомитися зі всією повно-

¹⁰ Див. також частину 2 статті 8 Закону України «Про захист персональних даних» (набрав чинності 1 січня 2011 року); статті 23 та 31 Закону України «Про інформацію» у діючій редакції; статтю 11, частину 2 статті 20 і частину 2 статті 21 Закону України «Про інформацію» в редакції, що набере чинності в квітні 2011 року

тою медичної інформації — якщо (через волонтаристське рішення лікаря) не безпосередньо, то через своїх законних представників (включаючи адвоката).

Практика показує, що саме приховування медичної інформації, а не її відкритість для пацієнта, в більшості випадків, може завдати шкоду.

Громадянка К. проходила обстеження за фактом погіршення зору. При цьому їй не оголосили ані остаточний діагноз, ані призначене їй лікування. К. вирішила, що оскільки її не поінформували про її захворювання, значить, найближчим часом вона втратить зір — осліпне. У результаті сильних моральних переживань К. зробила спробу суїциду. Після того, як їй врятували життя, вона звернулася до іншої лікувальної установи, де пацієнтам надається вся інформація. К. пройшла повноцінне лікування і повністю відновила зір.

В іншому випадку пацієнтці М. перед операційним втручанням не була надана детальна інформація про майбутнє лікування, ризики тощо Лікарі обмежилися формальним отриманням підпису пацієнтки про згоду на лікування на 2-й сторінці медичної карти. Після смерті пацієнтки її родичі оскаржили цю формальну «інформовану» згоду і добилися дисциплінарного покарання медичних працівників.

Багато лікарів вважають своїм етичним обов'язком приховувати від пацієнтів діагноз, якщо він несе серйозний ризик для здоров'я і життя, і тим більш інформацію про термінальні стадії захворювання. У багатьох випадках лікар, не питаючи хворого, повідомляє докладну інформацію про його здоров'я родичам (чого, згідно із законодавством, він взагалі не має право робити), а самому хворому на прохання родичів повідомляється «щадна», неповна або завідомо недостовірна інформація.

Хворий К. перебував на стаціонарному лікуванні в республіканському онкологічному диспансері з приводу злоякісної пухлини прямої кишки III ст. Надійшов до лікарні в екстреному порядку з черговим епізодом гострої кишкової непрохідності. Сам хворий, як і більшість пацієнтів у відділенні, не знав свого діагнозу, а вважав, що лікується від запалення, доброякісної пухлини, хронічних закрепів тощо. К. вагався, потрібна йому операція чи ні. У той момент, коли його стан був найбільш сприятливим для операції, хворий дізнався про якогось «цілителя», який творить «чудеса». У результаті він відмовився від операції і, не виписуючись з лікарні, відправився на «діагностику». Цілитель поведив над ним каменем і заявив, що жодних проблем з кишечником немає, а лікувати треба печінку. У результаті дорогоцінний час було згаяно. Буквально через кілька днів у хворого знову виникла гостра кишкова непрохідність,

що призвело до термінової операції за життєвими показаннями. Пацієнт вижив, але залишився інвалідом. Якби він знав про те, що у нього рак і що єдиний шанс вилікуватися — це своєчасна операція, то ускладнення можна було б уникнути, досягнувши, в разі успішної операції, стабільної ремісії захворювання.

Серйозним порушенням цього права є і відсутність будь-якої інформації, що надається лікарем пацієнту, про медичні ризики та існуючі альтернативні варіанти лікування. Причому нерідко це відбувається в результаті того, що лікар оцінює зі своєї точки зору матеріальні можливості пацієнта і його сім'ї, доходить до висновку, що інші види лікування виявляться йому «не по кишені», отже, і говорити про них нема чого (так як це означало б «подавати помилкові надії»).

Так, в одному з випадків лікар, знаючи низький матеріальний рівень життя сім'ї неповнолітньої пацієнтки Д., не повідомив її батькам про альтернативний спосіб лікування, що дає найкращі результати при її захворюванні, який здійснюється в закордонних клініках. Родина дізналась про таку можливість випадково. Лікування за кордоном повністю сплатив благодійний фонд, до якого сім'я звернулася.

Ненадання інформації про методи лікування залишає пацієнта в невіданні про те, що на нього чекає і як поводитися під час лікування. До обласної лікарні було госпіталізовано кілька онкологічних пацієнтів у термінальній стадії, при цьому знеболювання отримував тільки один з них — той, який сам просив призначити йому сильнодіючі препарати. Решта пацієнтів не знала про те, що біль можна лікувати і не зверталися з відповідними проханнями; співробітники ж лікарні самі не робили необхідні призначення. (Припущення про те, що призначення все-таки робилися, але наркотичні речовини не вводилися пацієнтам, а викрадалися, стало підставою для прокурорської перевірки лікарні).

Цілком неврегульованим є питання про надання медичної інформації у сфері психіатричної допомоги. Оскільки сам пацієнт у більшості випадків є повністю або частково недієздатним, медичні працівники розглядають конфіденційність психіатричної медичної документації як обмеження доступу до цієї інформації усіх, включаючи й осіб, яких вона безпосередньо стосується. На практиці це нерідко призводить до ситуацій, коли людина виявляється не в змозі реалізувати свої права.

До правозахисної організації звернулася Ю., у якої виникла проблема при оформленні закордонного паспорта: вона отримала невмотивовану відмову. У Ю. з'явилися підозри, що кілька років тому, коли у неї була спроба суїциду, її могли визнати частково недієздатною, призначивши опікуном мати,

з якою Ю. з тих пір не підтримувала відносин. При спробі навести довідки про свій діагноз у психоневрологічному відділенні, в якому вона перебувала після спроби самогубства, Ю. отримала категоричну відмову в наданні даних. Мотивування було наступним: «це конфіденційні дані».

2.4. Право на згоду

Стаття 4 Хартії. Кожен має право на отримання будь-якого роду інформації, яка дозволить йому/їй активно брати участь у прийнятті рішень щодо свого здоров'я; ця інформація є обов'язковою попередньою умовою проведення будь-якої процедури та лікування, включаючи участь в наукових дослідженнях.

Право на згоду на медичне втручання і будь-які медичні маніпуляції послідовно закріплено в українському законодавстві, як в цілому, так і щодо конкретних специфічних видів медичних послуг. Причому законодавець незмінно підкреслює нерозривний зв'язок реалізації даного права з правом на інформацію: мова йде про інформовану згоду пацієнта або його законних представників.

Отримання письмової згоди на всі маніпуляції, що проводяться з пацієнтом у процесі його лікування, не лише реалізує право самого пацієнта погодитися або відмовитися від того чи іншого виду медичної допомоги, але і є надійним захистом для лікарів у разі, якщо пацієнт, передумавши, починає протестувати і оскаржувати рішення і дії медичних працівників.

Тим не менш, дана вимога закону також дуже часто виконується в Україні лише частково, формально, або не виконується взагалі. Очевидно, причина цього — в інертності лікарів, в їх небажанні робити, на їхню думку, зайву роботу, а також у відсутності практики залучення до відповідальності лікарів за порушення даної вимоги (якщо не брати до уваги поодинокі випадки).

У загальному випадку пацієнту, що надходить до стаціонару, пропонують розписатися на другій сторінці медичної карти під словами про те, що з планованим лікуванням та можливими наслідками він ознайомлений. Цей текст наводиться тільки однією мовою: російською чи українською; людям, які погано знають мову, переклад не надається. Жодних пояснень щодо лікування і запропонованих процедур лікарі зазвичай не дають, або ж описують майбутнє лікування в загальному вигляді, без вказівки можливих ризиків та інших, можливих варіантів лікування. Іноді короткий текст щодо згоди пацієн-

та з будь-яким лікуванням, яке буде йому проводитися, оформляється на окремому аркуші — і точно так само, без пояснень, пропонується для підпису.

Пацієнтка М. надійшла до хірургічного відділення на планову операцію. Отримання згоди обмежилось підписом на другій сторінці медичної карти. Обстеження показало необхідність проведення ряду медичних маніпуляцій, щоб підготувати пацієнтку до операції. На жодне з цих дій згоди не було отримано: жінку просто ставили перед фактом, що зараз з нею проведуть ту чи іншу маніпуляцію. Після операції у жінки почалися ускладнення, що зажадали повторного хірургічного втручання. Хоча воно було екстреним, окремої згоди на нього не було надано. Родичам хворої (чоловіку і сину), які позмінно чергували біля її ліжка, теж не давалося жодних пояснень. Після смерті пацієнтки її рідні подали скаргу до прокуратури і добилися адміністративного покарання лікуючого лікаря та іншого медичного персоналу, який надавав медичну допомогу М.

Як системне порушення можна визначити фальсифікацію медичних документів після подачі скарги або порушення судової процедури: підробляються підписи пацієнтів під текстом про інформовану згоду на лікування, додаються до медичної карти записи лікарів-фахівців про те, що вони нібито щоразу проводили з пацієнтом бесіди і одержували його згоду.

Практика показує, що довести провину лікаря, яка порушила дане право, буває непросто, навіть у випадку кричущих порушень.

У 2004 р. пацієнтці Ш., яка страждає на остеохондроз, було проведено операцію. Згода на оперативне втручання хвора не давала, вимагала дати можливість їй написати категоричну відмову. Чоловік пацієнтки, навпаки, вважав, що операція принесе користь. Він висловив лікарю свою згоду і повідомив, що сплатить всі необхідні витрати, про які йому буде повідомлено. Хвору прооперували без її згоди. У результаті операції пацієнтка стала інвалідом II групи. Коли вона подала судовий позов проти лікаря і лікарні, до медичної карти були додані записи, нібито зроблені невропатологом і анестезіологом, про те, що пацієнтка знаходилась в стані афекту і забула про надану нею згоду. Однак при цьому забули перевірити другу сторінку медичної карти, де взагалі відсутній підпис пацієнтки — що з'ясувалось, коли суд запросив медичну документацію. В даний час остаточне рішення за цією справою ще не прийнято.

Низкою лікувальних установ самостійно розпочато розроблення комп'ютерних бланків інформованої згоди пацієнта за кожною нозологією та видом захворювання, що містять усю необхідну інформацію викладену доступною мовою. Пацієнт читає такий бланк, питає лікаря у разі виникнення питань

і, отримавши на них відповіді, ставить свій підпис. Такі бланки, хоча і не є законодавчо встановленою формою, реалізують права пацієнта на інформацію і згоду — і служать вагомим свідченням правоти лікарів у разі судового розгляду, прокурорської або адміністративної перевірки.

Особливо складною є ситуація з дотриманням права пацієнта на інформовану згоду або відмову від медичного втручання в такій сфері, як вакцинація. Цьому питанню присвячено окремий підрозділ (див. підрозділ 3.3, ст. 81 нижче).

2.5. Право на свободу вибору

Стаття 5 Хартії. Кожен має право на свободу вибору між різними медичними процедурами та установами (фахівцями) на основі адекватної інформації.

Законодавство України передбачає:

- 1) право на вибір методів лікування;
- 2) право на вибір лікаря та закладу охорони здоров'я.

Право на вибір методів лікування пов'язано з правом на інформацію. У ряді випадків лікарі довільно обмежують обсяг інформації про можливі варіанти лікування пацієнта з особистих міркувань, як наприклад: впевненість у тому, що обраний ними метод є найкращим; прагнення обрати найбільш вигідний або більш зручний для лікаря варіант лікування захворювання; думка, що пацієнт не зможе зробити правильний вибір або не зможе оплатити дороге альтернативне лікування; погана поінформованість самих лікарів про новітні досягнення в лікуванні того чи іншого захворювання.

В одному з випадків лікар-хірург призначив пацієнту Т. оперативне лікування, не повідомивши йому про те, що існує альтернативний терапевтичний метод лікування з відповідним, за даними провідних клінік, рівнем ризиків. Сам лікар знав про існування такого методу, але не вірив в його ефективність. Коли Т. відмовився від операції і задав питання, чи існують інші методи, хірург відповів йому, що інших методів немає і почав «залякувати» хворого, кажучи йому, що у разі відмови від операції, консервативно його тут ніхто лікувати не буде.

Як показують дані опитування, проведеного у рамках кримської правозахисної програми, частина пацієнтів дійсно вважає за краще не робити вибір самостійно, а довіритися авторитету лікаря. При цьому вони посилаються на те, що не мають медичної освіти, що «все одно нічого не зрозуміють» і що «лікар краще знає».

Право на вибір лікаря та закладу охорони здоров'я відомо більшості медичних працівників. При цьому більшість медичних працівників, так само як і чиновників, відноситься до цього права негативно. Це пов'язано з тим, що дотримання цього права в умовах бюджетної медицини вступає в конфлікт з нормативами, завантаженістю і оплатою праці лікарів та медичних сестер. Тарифні сітки і штатні розклади лікувально-профілактичних установ формуються за територіальним принципом, що дістався у спадок від радянської системи прописки: розрахунок робиться за кількістю людей, зареєстрованих на даній території. Тому відтік пацієнтів від малокваліфікованого лікаря (наприклад, дільничного терапевта) до фахівця з високою кваліфікацією, і з одного лікувального закладу до іншого призводить до збільшення завантаженості частини лікарів і медичних установ, при цьому жодним чином не позначаючись на збільшенні їх заробітної плати та фінансуванні медичної установи.

У багатьох областях широко поширена незаконна практика, коли у пацієнта перевіряють місце реєстрації у паспорті та у разі, якщо він не зареєстрований в даному районі, відмовляють у наданні медичної допомоги.

Аналогічним чином, коли пацієнт пише заяву про заміну лікуючого лікаря, він нерідко отримує відповідь від головного лікаря, що такої можливості немає, оскільки всі лікарі гранично завантажені роботою.

2.6. Право на приватність і конфіденційність

Стаття 6 Хартії. Кожен має право на конфіденційність особистої інформації, включаючи інформацію про свій стан здоров'я і передбачуваних діагностичних або терапевтичних процедурах, а також на захист своєї приватності під час проведення діагностичних оглядів, відвідувань медичних фахівців та в цілому при медичних та хірургічних втручаннях.

Це право, в основному, відомо медичним працівникам України. Лікарі намагаються не порушувати його, розуміючи, що за це вони можуть понести серйозну відповідальність. Тим не менше, існують специфічні ситуації, в яких право на конфіденційність медичної інформації масово порушується.

Перш за все, це повідомлення діагнозу та іншої медичної інформації родичам пацієнта, що жодним чином не передбачено чинним законодавством. Навпаки: для всіх, крім самого пацієнта та медичних працівників персональна медична інформація становить лікарську таємницю. Тим не менш, лікарі, наслідуючи вкорінену традицію, що тягнеться ще з часів СРСР, вільно об-

говорюють з родичами пацієнта його медичну інформацію, не заручившись попередньо згодою самого пацієнта. Більше того, лікар може приховати від дієздатного пацієнта (повністю або частково) його медичну інформацію, вважаючи, що вона може зашкодити хворому (про це порушення прав пацієнтів йшла мова вище, в розділі 2.3) — але повідомити його родичів, не замислюючись про те, що саме цього він не має права робити.

Так, пацієнтка А. лікувалася в одній із міських лікарень Дніпропетровська з діагнозом, який підтверджував ревматоїдний артрит, який швидко призводить до інвалідності. Жінка не бажала розповідати про хворобу членам своєї сім'ї. При розмові з лікуючим лікарем вона просила його тримати цю інформацію в таємниці, оскільки боялася втратити любов і повагу свого чоловіка. Лікар М. вирішив, розповісти про діагноз родичам, шляхом повідомлення про це під час телефонної розмови.

У багатьох лікувальних установах можна дізнатися медичну інформацію про будь-яку особу, зателефонувавши лікарю від його імені або отримавши його медичні документи в реєстратурі лікарні, представившись пацієнтом.

Іншою специфічною ситуацією розголошення конфіденційної інформації є запис діагнозу в «лікарняних листах» (листах непрацездатності). До 2006 року в Україні діяло положення, затверджене постановою уряду, згідно з яким медична довідка для надання роботодавцю з метою обґрунтування відсутності на роботі і отримання відповідних пільг, повинна була містити діагноз особи та код за МКХ-10 (Міжнародної класифікації хвороб, травм і причин смерті). Таким чином, інформація про діагноз будь-якого пацієнта була відкритою. У липні 2006 р. за позовом Вінницької правозахисної групи і пані Побережець Печерський районний суд м. Києва визнав, що вимога надавати інформацію про діагноз особи за місцем роботи порушує основні конституційні права українських громадян — зокрема, право на недоторканість приватного життя, — і виніс рішення про незаконність даної вимоги.

На виконання цього судового рішення Міністерство охорони здоров'я, Міністерство праці та соціальної політики, Фонду соціального страхування від тимчасової втрати працездатності, Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань № 774/438/207-ос/719 від 24.11.2006 прийняли спільний наказ про внесення змін до тексту Інструкції про порядок заповнення листка непрацездатності, вказавши: «Діагноз первинний, діагноз остаточної і шифр МКХ-10 вносяться виключно за письмовою згодою хворого. В іншому випадку первинний і остаточної діагнози, а та-

кож шифр МКХ-10 не вказуються». Звернемо увагу, що заборона стосується не тільки діагнозу, але й його шифру, оскільки використовуючи інформаційні технології, з'ясувати, що означає той чи інший шифр, не становить труднощів.

Однак у багатьох випадках лікувальні установи продовжують вказувати дану конфіденційну інформацію в лікарняних листах. Робиться це, перш за все, через вимоги співробітників фондів соціального страхування вказувати діагнози. Вони висуюють до лікарень та поліклінік претензії у випадку, якщо отримують до оплати листки непрацездатності без проставлених діагнозів. Незважаючи на те, що така вимога є незаконною, на практиці такий тиск широко поширений і лікарі воліють вписувати діагноз, грубо порушуючи законодавство і права своїх пацієнтів. Ось лише один з багатьох прикладів того, до чого призводять такі порушення.

Пацієнтка Т. успішно пройшла курс лікування від туберкульозу, після чого повернулась на роботу. Секретар установи, де працювала Т., впізнала її діагноз із лікарняного листа і повідомила його іншим співробітникам, які створили Т. нестерпні умови і змусили її звільнитися.

У цій ситуації частина лікувальних установ знаходить наступне рішення. Перед видачею листка непрацездатності пацієнта просять написати свою згоду на зазначення діагнозу. Однак такі дії також є невірними і порушують право на конфіденційність. Якщо в 99% випадків пацієнти приносять на роботу лікарняні листи з діагнозом, а 1% — без такого, то цей 1% викличе нездорову цікавість і ще більші побоювання, ніж у наведеному вище випадку. Листки непрацездатності без записаного в них діагнозу повинні стати нормою, а з проставленими на письмове прохання хворого діагнозами — виключенням з правил. Саме тому спільний Наказ не наказує брати з пацієнтів письмову згоду, а дозволяє у виняткових випадках вписувати діагноз, якщо пацієнт сам висловив таке бажання і написав згоду.

Практика правозахисних організацій показує, що після роз'яснення даної ситуації багато лікувальних установи починають діяти у повній відповідності до спільного Наказу. Тому кількість порушень права на конфіденційність з цієї причини має тенденцію до зменшення.

Нерідко право на конфіденційність порушується і внаслідок недбалого зберігання медичної документації.

За повідомленнями пацієнтів, у ряді лікарень і поліклінік Сімферополя результати аналізів складаються на один стіл, звідки працівники відділень (а то й самі хворі) вибирають аналізи «своїх» пацієнтів. Ці результати виявля-

ються доступними також для сторонніх людей. Іноді пацієнту (або його родичам) пропонують самому проглянути всю стопку результатів лабораторних досліджень, аби знайти свої дані.

Пацієнтка Г. проходила лікування в гінекологічному відділенні. Її історія хвороби, що лежала на столі в ординаторській, стала доступна лікарю сусіднього відділення, якого Г. знала особисто і категорично не хотіла, щоб той був проінформований про її діагноз.

Часто порушення конфіденційності стосуються інфекційних хвороб, в тому числі і ВІЛ. Розкриття такої інформації веде до важких наслідків для пацієнта, для його життя в суспільстві, впливає на його соціальні відносини, роботу, навчання. Причому медичні працівники можуть вважати, що надають корисну послугу, попереджаючи інших про небезпеку зараження, або ж просто в розмові (необдуманно або у вигляді пліток) озвучити діагноз при інших людях.

Потрібно відзначити, що джерелом розголошення (цілеспрямовано або випадково у розмові) конфіденційної медичної інформації частіше є середній та молодший медичний персонал і рідше лікарі, будучи краще поінформованими про відповідальність за такі дії.

Нарешті, деякі лікарі не роблять різниці між правом на приватність і правом на інформацію, відмовляючись повідомляти пацієнту дані про його лікування як «конфіденційні». Дійсно, терміни «медична інформація» і «медична таємниця» в кожній конкретній ситуації відносяться до одного і того ж масиву даних. Для лікуючого персоналу і самого пацієнта або його законних представників ці дані представляють медичну інформацію, з якою вони мають право знайомитися в усій повноті; для всіх інших ці дані є медичною таємницею.

Відносно даного правила нерідко виникають порушення, оскільки лікарі повідомляють конфіденційну інформацію родичам пацієнта, без його згоди, знайомим. Часто людина може отримати таку інформацію щодо будь-якої особи, зателефонувавши від його імені, або отримати медичні документи в реєстратурі лікарні, представившись пацієнтом, без перевірки документів, що засвідчують особу. У деяких випадках лікарі розголошують інформацію про пацієнтів намагаючись натиснути на прийняття рішення про лікування.

Так, мати забрала неповнолітнього пацієнта з дитячого хірургічного відділення, відмовившись від операції. Лікар відділення наполягав на даній операції, яку вважав необхідною за життєвими показаннями, однак не пояснив матері

чому він дійшов такого висновку. Намагаючись вплинути на рішення матері, він подзвонив до школи, де навчається дитина, розголосив його діагноз і зажадав не допускати дитини до навчання і змусити його батьків повернути дитину до лікарні. Мати пацієнта звернулась до юристів правозахисної організації, які розібралися в ситуації і роз'яснили їй можливі наслідки відмови від хірургічного втручання, після чого вона змінила рішення.

2.7. Право на повагу часу пацієнтів

Стаття 7 Хартії. Кожен має право на отримання необхідного лікування без зволікання, протягом заздалегідь встановленого строку. Це право стосується кожного етапу лікування.

У національному законодавстві України це право в цілому залишилося поза сферою уваги законодавця, не було прийнято ним до уваги як значуще. Термін «своєчасна» не отримало конкретизації в законі і є досить невизначеним.

Вище вже йшлося про існуючу повсюди проблему черг у лікувальних установах (див. с. 30 вище).

Так, мешканець м. Сімферополь пацієнт З., що страждає на хронічне захворювання, звернувся до громадської організації зі скаргою, що для того, аби отримати рецепт на покупку ліків в аптеці, кожного разу змушений висиджувати в чергах у поліклініці кілька годин.

Під час періодичних спроб Міністерства охорони здоров'я посилити рецептурний режим при продажу ліків, відбувається різке збільшення скарг з цього приводу.

Дуже проблематичною є можливість отримати медичну допомогу (крім невідкладної) у вихідні та святкові дні. Поліклініки не працюють, чергові терапевти (якщо вони є) приходять додому неохоче, а диспетчерська служба швидкої допомоги відповідає, що даний випадок не є невідкладним і до них не відноситься. Існує така проблема і в лікарнях.

Пацієнтка Т. з м. Сімферополя, перебуваючи на стаціонарному лікуванні, протягом декількох вихідних днів (на початку травня) не отримувала призначених процедур, її не відвідували чергові лікарі — хоча необхідність того і іншого була вказана її лікуючим лікарем у медичній карті і в листку призначень. В результаті стан здоров'я Т. різко погіршився, і, хоча до цього моменту спостерігалось поступове одужання, тепер врятувати її життя не вдалось.

2.8. Право на дотримання стандартів якості

Стаття 8 Хартії. Кожен має право на доступність якісного медичного обслуговування на основі специфікації і в точній відповідності зі стандартами.

В Україні відносини між лікарем/медичним закладом та пацієнтом не прийнято розглядати як відносини постачальника і споживача певних послуг. Більшість українців, за даними опитувань, ніколи раніше (до моменту проведення опитування) не сприймали установи охорони здоров'я як постачальників послуг. Показово, що погляд на надання медичної допомоги через цю призму дозволяє пацієнтам набагато виразніше усвідомлювати свої права і те, які саме по відношенню до них є обов'язки у медичних працівників.

Так, наприклад, в ході міні-опитування пацієнтам, які звертаються до правозахисної групи за консультаціями, було поставлене питання: чи має протокольне лікування переваги перед більш звичною ситуацією — коли кожен лікар сам визначає, якими методами і медикаментами лікувати ту чи іншу хворобу? Приблизно 70–75% опитаних в якості першого варіанту відповіді висловили думку, що медичні протоколи (специфікації) не потрібні, тому що «не можна всіх лікувати однаково» і «лікарі самі повинні визначати, що мені допоможе». Після цього респондентам пропонувалося задуматися про те ж, як про постачання медичних послуг. Після цього вже більше половини опитаних (близько 55–60%) відповідали, що медичні протоколи потрібні і призводять до підвищення якості лікування; типові пояснення: «ми ж не купуємо kota в мішку» і «до товару додана настанова».

Європейська хартія прав пацієнтів прямо пов'язує реалізацію права на якість лікування з існуванням стандартів і специфікацій. В даний час в Україні кількість нормативних документів (наказів МОЗ та додатків до них), що встановлюють такі стандарти і стверджуючи клінічні протоколи, становить 3,685 (згідно з базою стандартів медичної допомоги в Україні, розміщеної на сайті МОЗ, останній реліз від 30.06.2010). Проте їх застосування на практиці пов'язане з певними, часом значними, проблемами.

Перш за все, клінічні протоколи та стандарти, прийняті в різний час в 1992–2010 рр., значною мірою розрізняються за ступенем опрацьованості, якості, диференційованого підходу, орієнтованості на новітні медичні досягнення та сучасні фармакологічні препарати. Деякі з них не дають чітких рекомендацій. Інші, навпаки, закріплюють алгоритм дії лікаря надмірно жорстко, без урахування показань лабораторних досліджень, стану пацієнта та інших його індивідуальних характеристик, а також особливостей динаміки процесу

лікування, які також є суворо індивідуальними. І те, й інше приводить в процесі виконання протоколу не до підвищення якості лікування, а до його зниження.

Далі, не до кінця очевидний статус медичних стандартів та протоколів як обов'язкових програм, яких зобов'язані дотримуватись медпрацівники. Як відомчі акти, затверджені наказами міністерства охорони здоров'я, вони не мають статусу закону, а їх порушення може передбачати дисциплінарну, а не юридичну відповідальність. Тому довести в суді провину лікаря, спираючись на те, що не був дотриманий протокол лікування, вкрай складно.

Внаслідок такого статусу медичних протоколів частина лікарів дотримується цих приписів лише формально, порушуючи намічені схеми, вибираючи методи лікування і препарати не на підставі протоколів, а спираючись на власну думку і «особистий досвід».

Набагато частіше відхилення від медичних стандартів відбувається вимушено, через відсутність в лікувальному закладі препаратів і медичної техніки, що пропонуються відповідним протоколом. Це відбувається не тільки внаслідок загального недофінансування закладів охорони здоров'я, але й через те, що в рамках державних закупівель були придбані не препарати, передбачені клінічними протоколами, а їх більш дешеві і менш ефективні аналоги.

Лікарі дитячого онкологічного відділення однієї з Сімферопольських обласних лікарень не могли в 2009 році повноцінно реалізовувати клінічні протоколи лікування онкогематологічних захворювань, оскільки серед препаратів, що надійшли до відділення, був відсутній один з передбачених протоколом препаратів-цитостатиків, натомість надійшов його малоефективний аналог. Лікарі вирішили обговорити цю проблему з батьками хворих дітей, запропонувати їм самим придбати відсутній препарат, а щодо аналога — прийняти самостійне рішення: придбати самим цитостатик, зазначений у протоколі, або погодитися на використання наявного.

В іншому регіоні лікар взяв на себе відповідальність повністю відмовитися від використання неефективного аналога. У батьків хворих дітей його позиція викликала стовідсоткове розуміння, вони погодилися самостійно придбати препарат, який дає необхідний лікувальний ефект.

У даному випадку медичні працівники опинилися перед необхідністю вибирати між двома правами пацієнта, передбаченими українським законодавством (але не гарантованим на практиці) правом на безкоштовність і правом на якість. Вибір зроблений був на користь другого, як більш значущого — що повністю збіглося з думкою пацієнтів.

На жаль є приклади і того, коли препарат, передбачений медичним протоколом, не отримує ліцензування в Україні на поточний рік. Так, пацієнти, які страждають на муковісцидоз, не можуть отримати деякі необхідні їм препарати, які не ліцензовані в Україну через те, що це економічно не вигідно, тому що в них має потребує «всього» кілька десятків людей. Такі ситуації, очевидно, взагалі неможливо розв'язати в рамках правового поля, неминуче приводячи до зниження якості лікування.

Окрім ситуацій, що складаються навколо медичних стандартів, клінічних протоколів та їх застосування, існують й інші причини системних порушень права пацієнтів на якісну медичну допомогу. Штатний розклад багатьох лікарень не укомплектовано середнім та молодшим медичним персоналом. У результаті медсестри не в змозі своєчасно та якісно виконати всі необхідні маніпуляції; санітарки також не встигають (а нерідко і не бажають) надавати хворим належний догляд.

Нарешті, порушення права на якість відбуваються в результаті поширених випадків дискримінації щодо окремих соціальних груп при наданні їм медичної допомоги.

Наприклад, практично в усіх регіонах України зафіксовані випадки, коли співробітники служби швидкої допомоги (лікарі й диспетчери) затримували виїзди бригади до п'яних, онкологічних хворих, ВІЛ-інфікованих пацієнтів, не вважаючи за необхідне надавати їм настільки ж якісну і невідкладну допомогу, як іншим клієнтам. В одному з випадків доставлений взимку до лікарні (діагноз — запалення легенів) людина без певного місця проживання був розміщений у коридорі, на старому ліжку. Санітарна обробка не проводилась. Медична допомога надавалась тільки у таблетованій формі: робити уколи середній медичний персонал відмовився.

Прокурорська перевірка одної з кримських лікувальних установ засвідчила, що медичні працівники не проводили реанімаційних заходів щодо деяких груп пацієнтів: людей похилого віку, ВІЛ-інфікованих, які страждають на туберкульоз, наркоманів, безпритульних. У цьому разі порушення права на якість лікування досягало свого найвищого рівня, переходячи в порушення права пацієнта на життя.

Законодавчі та нормативні документи, що обмежують ліцензування або вільний продаж тих чи інших медикаментів також порушують право пацієнта на якісне лікування. У якості останнього за часом прикладу пошлемося на проект Наказу МОЗ від 09.09.2010 № 765 «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологіч-

них препаратів» (докладніше його аналіз див. в окремому розділі), у якому була зроблена спроба заборони на продаж через аптечну мережу вакцин, за винятком кількох. У результаті затвердження такого Наказу всі діти і дорослі, що проходять вакцинацію, були б заручниками якості вакцин, придбаних державою. З урахуванням низки дитячих смертей, що сталися в 2008–2010 рр.. в хронологічному співвіднесенні зі зробленими їм щепленнями препаратом «Пентаксим», така можливість викликає серйозну тривогу.

2.9. Право на безпеку

Стаття 9 Хартії. Кожен має право на свободу від шкоди, заподіяної неналежним функціонуванням систем охорони здоров'я, халатністю і помилками медпрацівників, а також право на доступність медичних послуг і лікувальних процедур, що відповідають високим стандартам безпеки.

На жаль, це право не відображено повноцінно в національному законодавстві. Відсутня система моніторингу факторів ризику. У разі заподіяння шкоди пацієнтові основні зусилля медичних установ спрямовані на те, щоб будь-яким чином зняти з себе і лікарів відповідальність, часто вдаючись до фальсифікації медичних документів, недобросовісним свідченням свідків. Не ведеться ніякої роботи зі з'ясування основних причин шкоди і можливості запобігання таких випадків у майбутньому.

Одна з основних його причин полягає в недбалому, халатному, непрофесійному виконанні деякими медичними працівниками своїх обов'язків. Процвітання даних порушень сприяє практична безкарність лікарів: вкрай важко буває довести провину конкретного лікаря у заподіяній ним медичній шкоді. Це відбувається як через недосконалість законодавчої бази, так і через повсюдно поширену хибно сприйнятту «корпоративну етику» — по суті, круговою порукою, коли медичні працівники, які проводять експертизу, спочатку налаштовані на виправдання своїх колег, незалежно від ступеня їх реальної провини.

Так, пацієнтка І. подала до суду на офтальмологічну клініку через неправильно проведену операцію по заміні кришталика. Внаслідок лікарської недбалості І. практично повністю втратила зір. Однак при проведенні судово-медичних експертиз раз по раз виносився вердикт про те, що лікарі діяли правильно і втрата зору сталася з причин, не пов'язаних з операцією. Незалежні медичні експерти, до яких зверталася І., висловлювали протилежну думку. Проте суддя прийняла до уваги офіційні «висновки» судово-медичних експертиз.

Здоров'я і життя пацієнтів опиняються в небезпеці також через низьку якість праці середнього медичного персоналу.

В одному з відділень спеціалізованої дитячої лікарні стався спалах інфікування дітей на гепатит В. У результаті службового розслідування з'ясувалося, що молода медична сестра, незважаючи на отриману нею освітою, проведений інструктаж і регулярно повторювані на щотижневих нарадах вимоги, не дотримувалася правил санітарної безпеки і стерильності: зробивши внутрішньовенне вливання, вона клала використаний шприц в один лоток із стерильними призначеними для інших пацієнтів.

Такі випадки відбуваються через те, що штат поліклінік і стаціонарів часто укомплектовується медичними сестрами, що не мають необхідної кваліфікації, безвідповідальними тощо. При цьому відомо, що причина — низький рівень оплати цієї категорії співробітників і важкі умови праці. Проте жодних кроків для зміни цієї ситуації не робиться.

Іншою причиною поганого функціонування системи охорони здоров'я і збільшення ризиків шкоди при обстеженні та лікуванні пацієнтів є мізерне фінансування установ охорони здоров'я. Медичне обладнання, за допомогою якого надаються медичні послуги в державних і комунальних установах, морально і фізично застаріло. Його ремонт або придбання нового обладнання часто стає неможливим. Однак, незважаючи на те, що проблема відома, нічого не змінюється.

Пацієнтка П. з м. Сімферополя успішно пройшла протокольний курс хіміотерапії при лікуванні онкологічного захворювання. Радіоактивне лікування, передбачене фінальною частиною протоколу, відбувалось на застарілому обладнанні, нездатному дати вузький пучок точно на зону пухлини, зі зміщенням регулюванням дози (яка в результаті виявилася надмірною). П. померла від ускладнень, викликаних радіологічним ураженням печінки.

Серйозною загрозою для безпеки пацієнтів є і низький рівень або відсутність у медичних установах транспорту в сільській місцевості та невеликих містах. В одному з районів Херсонської області машина швидкої допомоги доїжджає до віддалених сіл, у яких немає своїх амбулаторій, за 3–4 години, а восени взагалі не може потрапити до деяких з них через розмиті ґрунтові дороги. Авіаційних засобів пересування в даний час в українських медиків немає, хоча мобільні бригади, які відправляються у важкодоступні населені пункти, традиційно іменуються «санавіацією». Багато українських станцій швидкої допомоги недоукомплектовані справними автомобілями; у випадку великої кількості

викликів бригаду невідкладної допомоги теж доводиться чекати в цих випадках до години і більше. У результаті несвоєчасність швидкої допомоги призводить до смертельних випадків або серйозних ускладнень у лікуванні.

2.10. Право на знеболення

Стаття 11 Хартії. Кожен має право в міру можливості уникнути страждань і болю на кожному етапі свого захворювання

Проблема надання знеболюючих препаратів в Україні є результатом державної політики у сфері боротьби з наркотичними засобами, надмірним контролем за медичними опіоїдними препаратами, незважаючи на те, що в силу невеликого вмісту наркотичних засобів вони не представляють інтересу для наркозалежних.

У результаті пацієнти з сильними болями, перебуваючи не в стаціонарі, відчувають труднощі з отриманням або придбанням опіоїдних знеболювальних препаратів. З такою проблемою найчастіше стикаються паліативні хворі. Лікарі в місцевих поліклініках відмовляються їх виписувати, призначаючи більш прості (слабкі) знеболюючі засоби, — оскільки, за їхніми словами, вони не мають права і можливості робити такі призначення і видавати відповідні рецепти.

Мешканка Полтавської області В. звернулась до лікарів, коли її самопочуття різко погіршилось. У неї був діагностований рак шлунку IV стадії. Через важкий стан хворої її не можна було транспортувати до спеціалізованого лікувального закладу. Лікуючий лікар в якості знеболюючих препаратів призначила анальгін з димедролом, сказавши, що сильнодіючі медикаменти має право призначити лише онколог, який знаходиться у районному центрі. Родичі хворої разом з В. отримали у дільничного терапевта письмовий висновок про стан здоров'я пацієнтки з доданою до нього випискою з історії хвороби. В. написала заяву на ім'я головного лікаря районної лікарні. З цими документами родичі відвідали онколога і отримали від нього рецепт.

Ще однією причиною, через яку лікарі намагаються не призначати опіоїдні анальгетики, є їх переконання, що в результаті прийому наркотичних препаратів пацієнт стає наркозалежним. Цієї точки зору дотримується і керівництво низки медичних установ і служб.

Лікар міської підстанції служби швидкої допомоги, знаючи свої права і обов'язки, приїжджаючи за викликом до хворих, що зазнають сильного болю,

які не минають від інших ліків, призначав їм морфін або інші опіоїди — за показаннями. Керівник підстанції кілька разів висловлювала лікареві своє невдоволення невинуватою, на її думку, витратою препаратів; перш за все керівник побоювалася того, що в результаті неправильних дій лікаря їх обох можуть притягнути до відповідальності. Лікар щоразу спокійно пояснював, що він продовжуватиме діяти правильно, що його дії абсолютно законні та належним чином оформлені. Після кількох таких розмов керівник переглянула свою точку зору, уважно вивчила юридичні аспекти призначення опіоїдних анальгетиків і визнала правоту лікаря.

Нарешті, лікарі зазвичай не призначають опіоїди пацієнтам, які вживають або раніше вживали наркотики — навіть якщо вони відчувають сильний біль.

А. нерегулярно вживав наркотики протягом 26 років. Йому був поставлений діагноз СНІД, після чого А. за допомогою психолога успішно відмовився від вживання наркотиків. Рік по тому в нього була виявлена саркома Капоші. У лікарні, куди А. звернувся за медичною допомогою з приводу болю, йому були приписані препарати, що не містять опію, але жоден з них не допоміг. Пошук можливостей позбавитися нестерпного болю був сприйнятий лікарями як прагнення хворого отримати доступ до опіоїдів з метою задоволення наркотичних потреб. А. не хотів повертатися до незаконних наркотиків і намагався терпіти біль, а також знайти лікаря, який був здатний зрозуміти його проблему.

Більш докладно проблема знеболювання розглядається в розділі 4 (див. ст. 88)

2.11. Право на індивідуальний підхід до лікування

Стаття 12 Хартії. Кожен має право на діагностичні або лікувальні програми, максимально адаптовані до його /її особистим потребам.

Для реалізації цього права медичні служби мають гарантувати гнучкі програми, орієнтовані на індивідуальні потреби пацієнта, вживаючи заходів до того, щоб критерії економічної самоокупності не переважали над правом на медичне обслуговування.

Це право є єдиним з 14, що виділяються Європейською Хартією, яке не відображено безпосередньо в українському законодавстві.

Варто відзначити, що навіть лікарі, які недбало ставляться до своїх обов'язків, орієнтуються у своїй роботі не на медичні стандарти, а на своє уявлення про стан конкретного хворого. Небезпеку представляє затвердження

Міністерством охорони здоров'я України жорстких, недиференційованих протоколів. Вони спрощують можливий спектр клінічних проявів і обмежують можливість лікаря враховувати індивідуальні реакції, статус, анамнез клієнта при виборі відповідної модифікації лікувальної програми. Найімовірніше, в міру впровадження цих протоколів, виконання їх в обов'язковому порядку і надання їм статусу процедур, обов'язкових для виконання, актуальність даного права буде зростати. Системне порушення права на індивідуальний підхід відбувається в Україні з іншої причини, а саме — через недбале ставлення медичних працівників до пацієнтів і до своєї роботи. Частина лікарів робить одні й ті ж призначення, не цікавячись даними аналізів і оглядів пацієнтів, а часом відмовляються від проведення огляду.

Громадянка Л., 24 роки, яка після 18 років не зверталася до лікарів районної поліклініки, прийшла на прийом до дільничного терапевта з підвищеною температурою (37,4 градуси) і сухістю в роті, щоб лікар поставив їй діагноз і призначив лікування. Лікар, не оглянувши пацієнтку, звинуватив її у бажанні безпідставно отримати лікарняний лист і, не оглянувши її, призначив жарознижувальні і ліки від кашлю. Протягом наступних 4-х днів Л. ходила на роботу (пов'язану з контактом з великою кількістю людей). Потім, після різкого погіршення стану Л., бригада швидкої допомоги діагностувала у неї вітряну віспу.

2.12. Право на скаргу

Стаття 13 Хартії. Кожен у разі заподіяння йому / їй шкоди має право скаржитися і отримувати відповідь чи інший зворотний зв'язок.

Медичні служби повинні гарантувати наявність цього права, забезпечуючи (за допомогою третіх сторін) пацієнтів інформацією щодо їхніх прав, тим самим допомагаючи їм розпізнавати порушення прав і оформляти свої скарги.

На скаргу протягом встановленого терміну має бути надана вичерпна письмова відповідь керівництва відповідної медичної служби.

Скарги повинні подаватися у встановленому порядку за сприяння незалежних органів та / або цивільних організацій і не можуть перешкоджати здійсненню пацієнтом свого права на подачу позову або на використання альтернативних методів врегулювання спорів.

Законодавством України передбачені наступні варіанти захисту прав пацієнта:

Адміністративний спосіб містить в собі наступні можливості:

- Звернення (усне або письмове) до керівника лікувального закладу, який у разі можливості може застосувати заходи дисциплінарного впливу;
- Звернення до органу управління охороною здоров'я або управління захисту прав споживачів;
- Звернення до прокуратури з проханням внести припис про усунення порушення.

Судовий спосіб:

- Позов у порядку адміністративного провадження;
- Позов у порядку цивільного судочинства;
- Притягнення до кримінальної відповідальності.

Альтернативний спосіб:

- Звернення до професійних асоціацій;
- Звернення до незалежних громадських організацій;
- Залучення уваги засобів масової інформації.

Найчастіше чинниками порушення права на скаргу є те, що керівництво лікувальних установ не інформує пацієнтів про їх права та пацієнти часто навіть не здогадуються про наявність у них певних прав у галузі охорони здоров'я, що захищаються законом. У більшості лікарень і поліклінік відсутня така інформація, або ж вона поміщена на одному з однотипних стендів у незрозумілій формі, погано оформлена, надрукована дрібним шрифтом.

Стосовно надання пацієнтові відповіді, в більшості випадків медичні установи відмовляються приймати такі скарги. Якщо пацієнт наполіг на прийнятті скарги або передав її поштою, він може зовсім не отримати відповідь. Таким чином, в ряді випадків медичні установи та служби не надають у встановлений законом термін вичерпну письмову відповідь пацієнту, який подав скаргу.

У разі подання судового позову пацієнт стикається з тим, що слухання справи відбувається невизначено довго через перевантаженість судів і, як результат, наявні тривалі проміжки між судовими слуханнями (іноді по кілька місяців). При цьому сам процес може тривати кілька років.

2.13. Право на компенсацію

Стаття 14 Хартії. Кожен має право на отримання протягом розумно короткого терміну достатньої компенсації у разі заподіяння йому / їй фізичної або моральної та психологічної шкоди діями медичного закладу.

Медичні служби повинні гарантувати компенсацію незалежно від ступеня тяжкості і причини нанесення шкоди (від надмірно тривалого очікування своєї черги до випадків недбалості або лікарської помилки), навіть якщо немає можливості з точністю встановити відповідальних.

Шкода, заподіяна здоров'ю пацієнта, не може бути відшкодована, оскільки здоров'я людини неможливо відновити до того рівня, який існував раніше. Мова може йти лише про компенсацію збитків та витрат, понесених пацієнтом. Законодавство України передбачає відшкодування як матеріального збитку, так і моральної шкоди, заподіяної ушкодженням здоров'я. При цьому в разі смерті пацієнта шкода відшкодовується його дружині, батькам, дітям, а також особам, які проживали з нею однією сім'єю, в тому числі й дітям, народженим після його смерті. Відшкодуванню підлягає і моральна шкода, завдана пацієнтові: фізичний біль, який він відчуває в процесі неправильного лікування або в процесі виправлення медичної помилки; душевні страждання внаслідок невірних дій лікарів (переживання щодо стану свого здоров'я, думки про те, що призначене лікування не допомагає тощо).

При цьому обумовлюється, що медичні установи повинні гарантувати виплату компенсації заподіяної шкоди, навіть якщо немає можливості з точністю визначити ступінь провини співробітника установи, яким заподіяно шкоду.

В ході лікування зуба громадянину Т. лікар зробив помилку. У результаті зуб довелося видаляти і замінювати імплантантом. Т. подав до суду на компенсацію витрат на встановлення протеза, і заподіяну лікарем моральну шкоду.

На жаль, медичні установи не хочуть добровільно компенсувати заподіяну пацієнтові шкоду в порядку досудового врегулювання. Право на компенсацію може бути реалізовано тільки шляхом звернення до суду.

Результати судового розгляду таких справ рідко бувають вдалим для пацієнтів. Так, для встановлення причинно-наслідкового зв'язку між заподіяною шкодою і діями медичних працівників обов'язково проведення судово-медичної експертизи.

Лікарі судово-медичної експертизи знаходяться у підпорядкуванні Міністерства охорони здоров'я України. У результаті лікарі-експерти опиняються перед вибором між, з одного боку, повним і достовірним дослідженням доказів, і, з іншого боку, помилковою корпоративною етикою, що має сильний вплив на вже не одне покоління лікарів, а іноді й прямим тиском з боку вищих органів. Оскільки корпоративна солідарність у переважній більшості

випадків переважає принцип об'єктивності, виявляється на користь лікарів. Відсутність професійних фахівців також є причиною таких результатів.

Пенсіонерка І. подала до суду позов про заподіяння їй шкоди у результаті невірно проведеної офтальмологічної операції, після якої її зір різко погіршився. Висновок експертів виявився на користь лікаря, що проводив операцію. При цьому експертний висновок було складено з помилками, виключно на підставі записів у медичній карті установи в якому була зроблена операція, без урахування даних подальшого лікування наслідків невдалої операції. І. звернулась до суду з клопотанням на підставі частини 2 ст. 150 Цивільно-Процесуального Кодексу України про призначення повторної експертизи, з вимогою проведення експертизи іншими експертами.

Значною практичною перешкодою для отримання законної компенсації стають і затягнуті, несумірні терміни розгляду таких справ, про що вже йшлося вище.

При визначенні компенсації моральної шкоди пацієнти стикаються з відсутністю механізму визначення такої компенсації. У більшості випадків суд відмовляє у відшкодуванні моральної шкоди, навіть після встановлення самого порушення закону і завданої шкоди здоров'ю пацієнта, або визначає досить незначну суму такої компенсації. Такі рішення суди пояснюють відсутністю доказів того, що пацієнт пережив сильні страждання, приймаючи в якості доказів тільки серйозні наслідки для психіки і нервової системи, підтверджені медичними довідками.

2.14. Висновок

Охорона здоров'я — це вкрай специфічна і дуже складна соціальна система. На жаль, нинішні принципи охорони здоров'я і підхід до охорони здоров'я дісталися Україні від радянської медицини. Більшість зазначених у даному звіті системних порушень були притаманні і охороні здоров'я в СРСР.

Базовою, фундаментальною причиною великої кількості системних порушень прав пацієнтів в Україні ми вважаємо фінансування медицини з загальних бюджетних коштів, незалежно від ефективності роботи лікарів і медичних установ. Всі ресурси подібної системи, якщо вони колись і існували, на цей момент повністю вичерпані.

Друга причина, безпосередньо пов'язана з першою — це низький рівень фінансових надходжень на утримання і розвиток медицини. Це призводить

до відсутності необхідних медикаментів, сучасного медичного та технічного обладнання, розрухи, що панує в багатьох медичних установах. Інший результат — це злиднений рівень зарплати медичних працівників при низькій диференційованості ставок. Це, у свою чергу, тягне за собою інші наслідки: брак персоналу (адже молодий і амбітний лікар не піде працювати за зарплату, яку можна порівняти з допомогою з безробіття), втрату кваліфікації медичним персоналом, негативне ставлення до пацієнтів, байдужість до їх здоров'я.

Декларована в якості безкоштовної медицина на практиці не є ані безкоштовною, ані доступною. Майже повсюдно пацієнтам доводиться платити: то за відсутні медикаменти; то до так званих «благодійних фондів», які є обов'язковими (часто пацієнт не може потрапити до лікаря, допоки не заплатить зазначений внесок і не пред'явить квитанцію), то безпосередньо лікареві в якості неформальної оплати або хабара, якого відкрито вимагають. Тому необхідні глобальні зміни, зміна самої системи української охорони здоров'я.

Рекомендації

1. На законодавчому рівні розмежувати поняття доступності та безоплатності для надання можливості медичним закладам деякі послуги надавати за кошти у офіційному порядку.
2. Забезпечити перехід від бюджетного фінансування сфери охорони здоров'я до приватної медицини зі збереженням за державою контролю за якістю наданих медичних послуг та стимулювання розвитку як галузі в цілому, так і пріоритетних напрямків охорони здоров'я.
3. Перейти до системи ризикового медичного страхування, здійснюваного страховими компаніями на умовах конкуренції.
4. Відмовитися від намагань під виглядом «медичного страхування» запровадити податок на медицину і забезпечити індивідуальність медичного страхування і залежність його від індивідуальних страхових внесків.
5. Соціальна допомога держави малозабезпеченим громадянам має полягати в оплаті їм (повної або часткової) придбання страхового полісу, а не в автоматичному оголошенні їх «застрахованими».
6. Запровадити систему, яка передбачає, що лікувально-профілактичні заклади є незалежними суб'єктами господарювання та допомога

- у вигляді пільг та безкоштовних медичних послуг надаватимуся соціально незахищеним групам.
7. Розвивати систему профілактики захворювань, проводити заходи щодо підвищення зацікавленості населення у попередженні захворювань та регулярному медичному огляді.
 8. Збільшити кількість лікувально-профілактичних установ, змінити порядок їх роботи з метою забезпечення для пацієнтів швидкого і безперешкодного доступу до повноцінної медичної допомоги.
 9. Розвивати медичне обслуговування служби швидкої медичної допомоги у невеликих та важко приступних місцях; підпорядкувати службу швидкої допомоги МНС;
 10. Створити на законодавчому рівні та практиці інституту незалежної медичної експертизи.
 11. Виключити зі статті 285 Цивільного Кодексу України та статті 39 Основ обмеження у наданні медичної інформації особі, якої ця інформація стосується.
 12. Встановити чітку заборону лікарю повідомляти медичну інформацію про пацієнта його/її родичам з вичерпним переліком випадків, коли таке розголошення дозволене.
 13. Затвердити новий бланк листка непрацездатності, на якому має міститись напис: «Діагноз та/або код захворювання вносяться лише після письмового прохання пацієнта».
 14. Видати наказ Міністерства охорони здоров'я України щодо дотримання прав пацієнтів на вибір лікарів та медичних закладів, способів лікування, а також інформовану згоду, з роз'ясненням щодо заповнення медичних карток.
 15. Розробити та ввести у практику електронну медичну документацію з системою захисту інформації від змін та несанкціонованого доступу та єдину базу медичної інформації з можливістю доступу через Інтернет.
 16. Міністерству охорони здоров'я України розробити систему протоколів лікування, яка буде гнучкою та передбачатиме лікування в залежності від клінічних проявів хвороби, реакції пацієнта на лікування, а також можливість лікаря самостійно примати рішення у нестандартних ситуаціях.
 17. Запровадити обов'язковість медичних програм, що передбачає можливість юридичної (кримінальної) відповідальності за грубе і навмисне їх порушення.

18. Розміщувати в приймальному покої або біля реєстратури інформацію про права пацієнтів та шляхи оскарження дій лікаря, викладеною доступною мовою.
19. Контролювати вчасний та об'єктивний розгляд скарг пацієнтів у адміністративному порядку та введення в практику досудового урегулювання конфліктів, сплати компенсації пацієнтові.
20. Включити до функціональних обов'язків медичних працівників обов'язкове та повне інформування пацієнтів щодо стану їх здоров'я, медичних процедур та можливих наслідків, а також про наявні можливості, здобуті в результаті наукових досліджень і технічного прогресу.
21. Медичним закладам чи Міністерству охорони здоров'я розробити письмові форми належної та повної інформованої згоди з можливістю внесення додаткової інформації про особливості захворювання та лікування окремого пацієнту.
22. Включити до навчального процесу у медичних училищах, інститутах та університетах семінар з надання пацієнтові інформації.
23. Проводити семінари, курси підвищення кваліфікації з навчання медичних працівників правилам та порядку надання інформації пацієнтам, отримання інформованої згоди, поняття медичної таємниці.
24. Фінансувати лікувальні заклади та сплачувати заробітну плату лікарям залежно від кількості пацієнтів, яким були надані медичні послуги.
25. Розвивати інститут сімейних лікарів, який працюватиме за наступними принципами:
 - а) пацієнт обирає лікаря, к якому буде звертатися;
 - б) між клієнтом та лікарем укладається угода;
 - в) лікар дотримується принципів етики та деонтології;
 - г) регулярно проводиться профілактичний огляду та пацієнт направляється у випадку необхідності до спеціалізованої лікарні;
 - д) оплата праці лікаря безпосередньо залежить від кількості клієнтів, які обслуговуються лікарем;
26. Розробити та видати інформаційну літературу для пацієнтів з базовою інформацією про захворювання та методи лікування.
27. Гарантувати виплату компенсації медичними установами незалежно від ступеня тяжкості і причини нанесення шкоди (від надмірно довгого очікування своєї черги до випадків недбалості або лікарської помилки), навіть якщо немає можливості з точністю встановити відповідальних.

ОСОБЛИВА ЧАСТИНА

Розділ 3

Інфекційні захворювання

3.1. Права людей, що живуть з ВІЛ/СНІД¹¹

Оціночний показник поширеності ВІЛ-інфекції серед дорослого населення України є одним з найвищих у європейському регіоні. Згідно з критеріями Об'єднаної програми ООН по ВІЛ/СНІДу і Всесвітньої організації охорони здоров'я стан поширеності ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні класифікується як концентрована епідемія.

На початок 2009 року в Україні мешкало 340 тисяч людей віком понад 15 років, інфікованих ВІЛ, що становить 0,86% усього населення у цій віковій категорії.¹² Згідно з офіційними даними, у 2009 році кожного дня у 54 осіб встановлювався діагноз ВІЛ-інфекція, у 12 осіб — діагноз СНІД, а 7 осіб помирало від захворювань, зумовлених СНІДом. Оновлені оцінки стосовно ВІЛ/СНІД в Україні засвідчують, що на початок 2010 року в Україні мешкало 360 тисяч людей, віком від 15 років і старше, інфікованих ВІЛ.¹³

Конституція України гарантує всім громадянам України право на належну медичну допомогу, яке поділяється на право мати доступ до такої допо-

¹¹ Розділ підготовлений Айгуль Мукановою (ГО «ІПДІС»), Тетяною Бордуніс (Всеукраїнський правозахисний рух «Гідність»).

¹² Національна оцінка ситуації з ВІЛ/СНІД в Україні станом на початок 2009 року [звіт] / Міністерство охорони здоров'я України, [Український центр профілактики та боротьби зі СНІДом], МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», Всесвітня організація охорони здоров'я [Бюро в Україні], Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІД. — К., вересень 2009. — С. 4.

¹³ Стилий огляд стану епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні на 01.01.2010 // ВІЛ-інфекція в Україні: Інформаційний бюлетень / Міністерство охорони здоров'я України, Український центр профілактики і боротьби зі СНІД, ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського АМН України», Центральна санітарно-епідеміологічна станція МОЗ України. — № 33. — Київ, 2010. — С. 5.

моги та право отримувати адекватну медичну допомогу. Право на належну медичну допомогу є соціальним правом, користування яким пов'язане з певною специфікою, його реалізація перебуває в залежності від економічних можливостей держави. Але, згідно з міжнародними зобов'язаннями, які прийняла Україна, держави повинні прагнути поступово забезпечити здійснення усіх соціальних прав.

Основними проблемами, з якими стикаються люди, які живуть з ВІЛ/СНІД, є:

- **порушення добровільності тестування на ВІЛ** — право на вільне прийняття рішень про обстеження на ВІЛ та подальше лікування;
- **економічна недоступність** — у деяких медичних установах зберігається практика оплати медичних послуг пацієнтами, вимагання грошей за надання медичних послуг;
- **дискримінація** — обмеження у праві на отримання хворих на ВІЛ/СНІД медичної допомоги, відмова у прийнятті у медичні заклади, проведенні хірургічних операції, стоматологічних послуг, розголошення інформації.
- **стигматизація** — соціальна ізоляція хворих на ВІЛ/СНІД, неприйняття та уникання таких хворих, примусове тестування без їх згоди, насильство над людьми, які живуть з ВІЛ/СНІД

23 грудня 2010 року були внесені зміни до основного закону, який регламентує права ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення», тепер його назва «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ». Цей закон скасував пільги щодо безкоштовного проїзду до місця лікування та у зворотному напрямку хворих на ВІЛ/СНІД, а також позбавив їх права на ізольовану жилу кімнату. Стосовно змін у законі щодо інформації про захворювання, це буде вказано нижче, у відповідному розділі.

3.1.1. Профілактичні заходи

Основними нормативними документами, що регулюють здійснення профілактичних заходів, є Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики Віл-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки» № 1026-VI від

19.02.2009 і виданий на його виконання наказ КМУ від 25 червня 2009 долі № 452 «Про затвердження Плану заходів з виконання Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-Інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки».

Цей наказ передбачає, зокрема:

- забезпечення споживачів ін'єкційних наркотиків стерильними медичними виробами одноразового використання й засобами індивідуального захисту;
- розширення сфери застосування методу замісної терапії серед споживачів ін'єкційних наркотиків (далі — СН);
- впровадження моделі надання СН інтегрованих послуг для лікування ВІЛ-інфекції й туберкульозу.

Законом України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» після внесення змін 23 грудня 2010 року також передбачено для запобігання поширенню ВІЛ-інфекції використання замісної підтримувальної терапії для осіб, які страждають на наркотичну залежність, та створення умов для заміни використаних ін'єкційних голок і шприців на стерильні з подальшою їх утилізацією».

Наркозалежні одержують послуги із профілактики захворювань, як правило в НПО, які здійснюють програми зниження шкоди. Найчастіше такі послуги надаються наркозалежним на пунктах обміну шприців, при тестуванні на ВІЛ у мобільних амбулаторіях. Але, ці самі місця збору наркозалежних часто відвідуються працівниками міліції, які затримують і використовують СН з метою одержання оперативної інформації, вербування, фальсифікація кримінальних справ, необхідних для виконання плану розкриття злочинів і т. д.

Так, працівники міліції (підрозділ «Беркут») біля пункту обміну шприців затримали подружню пару Н., склали протокол вилучення використаних шприців, «знайшли» двох свідків, які дали покази, що Н. вживали наркотики біля пункту. Потім вони протягом року шантажували Н., змушували їх виготовляти й продавати наркотики, при цьому самі привозили сировину (макову соломку), гроші практично всі забирали. Після того, як подружжя Н. прийшли в програму ЗПТ, їм була надана юридична допомога (здіяна служба внутрішньої безпеки УМВД), ситуація змінилася, співробітники «Беркута» зникли з поля зору Н.

3.1.2. Розголошення інформації про статус

Законодавство України забороняє розголошення інформації про статус ВІЛ, яка вважається конфіденційною, і передбачає цивільну й кримінальну відповідальність медичних працівників за розголошення такої інформації. Серед спеціальних нормативних актів, що забороняють розголошення про статус ВІЛ — Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ», Постанова Кабінету Міністрів від 18 грудня 1998 року, а також наказ Міністерства охорони здоров'я від 19 серпня 2005 р. «Про удосконалення добровільного консультування й тестування на ВІЛ-інфекцію». Нормативна база, що забезпечує конфіденційність, у достатній мірі передбачає неприпустимість розголошення персональних даних ВІЛ-позитивних. Однак таке розголошення з боку медичних працівників відбувається часто. Існує практика, коли на обкладинках амбулаторних карт у поліклініках ставлять надпис «ВІЛ», лікарі вголос, у присутності сторонніх, розповідають про наявність у пацієнта ВІЛ на час проведення його огляду, передають цю інформацію знайомим. Це приводить до серйозних наслідків у житті ВІЛ-інфікованого. Така особа стикається з серйозним приниженням, з ним перестають спілкуватися, звільняють з роботи, обмежують у наданні медичної допомоги або до надання допомоги з надмірними й демонстративними запобіжними заходами.

П., що проживає в м. Горлівка Донецької області, народила дитину в той час, коли в неї був виявлений ВІЛ. Разом із сином їх поставили на облік у міську лікарню № 2 із зазначеним діагнозом. Медична сестра, що працювала в міській лікарні № 2, на зупинці автобуса запитала громадянку П., як вона себе почуває. Почувши, що всі добре, медична сестра відповіла, що це неможливо, оскільки вони ВІЛ-інфіковані. Усе це було сказано в присутності людей, які були знайомі з П. Розголошення цієї інформації призвело до того, що родина піддалася суспільному ostracism, з дитиною і його матір'ю перестали спілкуватися сусіди, діти і їхні батьки в школі. Однак суд, що розглянув позов П. до медичної сестри, не встановив підстав для відшкодування моральної шкоди постраждалій родині.

4 серпня 2010 року ВІЛ-інфікований О. потрапив у відділення реанімації м. Запоріжжя. Під час бесіди з лікарем О. розповів про свій позитивний ВІЛ-статус. Після цього він помітив упереджене відношення до себе з боку медичних працівників лікарні. Начальник О. довідавшись про його статус, приїхав до лікарні. Там лікар надав йому витяг з історії хвороби О., де зазначено, що він багато років страждає на хронічну наркоманію має ВІЛ-інфекцію й гепатит, є пацієн-

том метадонової програми. При передачі витягу був присутній брат О., який не знав про те, що О. ВІЛ-інфікований. Коли О. вийшов після лікування на роботу, колеги стали уникати його, перестали з ним спілкуватися, підходити до нього і навіть здороватися. Оскільки О. було важко працювати в таких умовах, він був змушений звільнитися.

У результаті таких дій лікаря О. одержав важку психологічну травму, піддався дискримінації зі сторони рідних і колег, переніс моральні страждання через неможливість продовжувати активне громадське життя й через порушення нормальних відносин з оточуючими його людьми. Однак після переговорів з юристами й лікарем, лікар виплатив йому компенсацію у розмірі 5 000 гривень і публічно вибачився.

За Законом України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ», медичний огляд з метою виявлення ВІЛ проводиться добровільно, за бажанням обстежуваної особи — анонімно. Відомості про результати медичного огляду, наявності або відсутності ВІЛ-інфекції у особи, яка пройшла медичний огляд, є конфіденційними й становлять лікарську таємницю. Передача таких відомостей, до внесення до цього закону змін, дозволялася тільки особі, якої вони стосуються, а у випадках, передбачених законом України, також законним представником обстежуваного, установам охорони здоров'я, органам прокуратури, слідства й дізнання, судам.

Разом з тим, до кінця 2010 року під час проходження окремих офіційних процедур державні установи, які не входять у зазначений вище перелік, вимагали без розумних підстав обов'язкового огляду й надання їм інформації про ВІЛ-статус. Наприклад, при одержанні іноземними громадянами тимчасового дозволу на проживання на території України міграційна служба вимагала надання довідки про відсутність чи наявність ВІЛ. Обстеження для отримання відповідної довідки необхідно було провести за певну плату. Ця вимога не закріплена ані в законах України, ані в підзаконних актах. Однак без надання такої довідки міграційна служба не надавала дозвіл на проживання на території України, навіть у випадку, якщо були наявні всі необхідні підстави для такого рішення. Без такої реєстрації іноземні громадяни не мають право перебувати на території України.

Крім того, залишається проблема збору закладами МВС України інформації, у тому числі медичної, про клієнтів замісної терапії, серед яких багато хворих на ВІЛ. Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні та громадські організації на місцях протягом 2009–2010 років багаторазово зверталися з приводу

вказаних порушень до МВС та Генеральної Прокуратури України, але ситуація не змінилася.

У селі на Житомирщині мешкала сім'я, в якій було дві ВІЛ-інфіковані дитини. Діти стояли на обліку в районній лікарні. Сусідка сім'ї працювала в цій лікарні санітаркою. Випадково вона дізналась про ВІЛ-статус дітей та розповіла про це всім мешканцям села. Сусіди родини почали всіляко ображати ВІЛ-позитивних дітей, заборонили своїм дітям спілкуватись з ними. Батьки хворих дітей подали заяву до прокуратури з вимогою порушити кримінальну справу та притягнути до відповідальності сусідку. Сусідка вину не визнала та почала разом із своїм чоловіком залякувати потерпілих. Батьки дитини вирішили відмовитись від боротьби та змінили місце проживання.

Кримінальний кодекс України містить статтю 135, яка теж є важливою в контексті захисту прав ВІЛ-інфікованих дітей.

В частині 1 **статті 135 Кримінального кодексу України** йдеться про залишення в небезпеці — свідоме залишення без допомоги особи, яка перебуває в небезпечному для життя стані і позбавлена можливості вжити заходів до самозбереження через малолітство, старість, хворобу або іншого безпорадного стану, якщо той, хто залишив без допомоги, зобов'язаний був піклуватися про цю особу і мав змогу надати їй допомогу, а також у разі, коли він сам поставив потерпілого в небезпечний для життя стан — карається обмеженням волі на строк до двох років або позбавленням волі на той самий строк.

Цей закон може бути застосований до батьків чи опікунів, які не дбають про здоров'я малолітніх дітей, не лікують їх, не дають ліків, тощо. Адже на даний час в Україні є багато випадків, коли батьки з різних причин (часто з релігійних міркувань) відмовляються від лікування ВІЛ-позитивної дитини, не хочуть застосовувати АРВ-терапію.

Ясно, що в таких випадках батьки ставлять під загрозу життя дитини. Медичні працівники повинні роз'яснювати батькам наслідки залишення дитини в небезпеці, говорити про наявність відповідальності за такі вчинки.

3.1.3. Зараження ВІЛ неналежне виконання професійних обов'язків.

У контексті епідемії СНІДу привертає до себе увагу стаття **131 Кримінального кодексу України**, а саме — неналежне виконання професійних обов'язків, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби. За ознаками цього складу зло-

чину до кримінальної відповідальності притягаються медичні, фармацевтичні або інші працівники, які неналежним чином виконують свої професійні обов'язки внаслідок недбалого чи несумлінного ставлення до них, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби, що є небезпечною для життя людини. За скоєння злочину передбачена відповідальність у вигляді обмеження волі на строк до трьох років або позбавлення волі на той самий строк з позбавлення права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю на такий самий строк. У разі зараження двох чи більше осіб винна особа може отримати покарання у вигляді позбавлення волі на строк від трьох до восьми років з позбавленням права обіймати певні посади чи займатись певною діяльністю на строк до трьох років.

Стаття 131 Кримінального кодексу України є достатньо актуальною в період епідемії СНІДу в Україні. Однак, вона є складною, оскільки процес доведення вини медичних та інших працівників зазвичай залежить від вчасності виявлення ВІЛ-інфекції. Нажаль, дуже часто інфекція у людини виявляється через тривалий час після зараження, що ускладнює процедуру доведення вини.

Відповідно до статті 17 Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» особи, зараження яких ВІЛ-інфекцією сталося внаслідок виконання медичних маніпуляцій, мають право на відшкодування в судовому порядку завданої їм здоров'ю шкоди за рахунок винної особи.

Переливання крові (її компонентів), а також використання інших біологічних рідин, клітин, органів, тканин у медичних цілях дозволяється лише після обов'язкового лабораторного дослідження крові донорів на ВІЛ. З метою запобігання поширенню ВІЛ-інфекції через донорську кров її переливання застосовується лише у випадках, коли таке медичне втручання є єдиним засобом для врятування життя людини. У разі, коли існує реальна загроза життю людини та єдиним засобом врятування хворого є термінове переливання крові, а належним чином перевіреної донорської крові немає, за згодою хворого або його законного представника допускається переливання крові, перевіреної на ВІЛ-інфекцію з використанням швидких тестів. Якщо усвідомлену згоду хворого або його законного представника отримати неможливо, рішення про переливання такої крові приймається консилиумом лікарів, а при неможливості скликання консилиуму — лікарем, якій надає медичну допо-

могу. Факт переливання крові, перевіреної на ВІЛ-інфекцію з використанням швидких тестів, за згодою хворого або його законного представника на проведення такого медичного втручання обов'язково письмово посвідчується в медичній документації хворого, а зразок цієї крові терміново надсилається для відповідного лабораторного дослідження.

У м. Маріуполі 22 червня й 30 червня й 4 липня 2005 року у відділенні патологі неонатів міської лікарні №3 при наданні медичної допомоги трьом новонародженим дітям була перелита свіжоморожена плазма, заготовлена 31 травня 2005 року із крові ВІЛ-інфікованого донора. Незважаючи на те, що медичні працівники, у тому числі й заступник головного лікаря міської станції переливання крові (далі — ГСПК), довідавшись про наявність ВІЛ у крові донора, нічого не зробили для інформування головного лікаря ГСПК, вилучення зараженої крові з бази донорів і попередження медичних працівників міської лікарні №3, які використовували кров для переливання плазми інфікованого донора. По даній обставині 30 серпня 2005 року порушена кримінальна справа. Суд двічі виносив рішення в справі: перший раз винна в інфікуванні дітей була виправдана (вирок відмінний по скарзі потерпілих), другий раз суддя своєю постановою направив справу на додаткове розслідування. На даний час у справі проводяться слідчі дії.

3.1.4. Відмова у наданні медичної допомоги

Достатньо часто ВІЛ-позитивним відмовляють у наданні медичної допомоги в медичних установах, незважаючи на пряму заборону такої відмови, закріплену у ст. 16. Закону «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ».

Але на практиці багато лікарів відмовляють у наданні медичної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам під різними приводами. В основному — це відсутність засобів індивідуального захисту або профілактики зараження. Найчастіше відмовляються надавати послуги стоматолога, хірурга й лікаря швидкої медичної допомоги. У деяких випадках це пов'язане з обґрунтованими побоюваннями, оскільки лікарі, що стикаються із кров'ю, не мають можливість ефективно захиститися від інфікування.

Найбільш велика проблема з обстеженням ВІЛ-інфікованих та наданням антиретровірусної терапії існує у закладах Департаменту України з питань виконання покарань. Численні випадки з ВІЛ-інфікованими у слідчих ізо-

ляторів та виправних колоніях вказують на відсутність необхідного обладнання та медикаментів. Часто адміністрація СІЗО та виправних колоній, іноді і прокуратура підтверджують у своїх відповідях неможливість обстеження ВІЛ-інфікованих. Без такого обстеження не може бути призначено ефективне лікування. Такий випадок мав місце у м. Новгород-Сіверський, Чернігівської області.

Щербина П., який хворіє ВІЛ протягом 10 років, знаходиться у міському СІЗО з серпня 2010 року. Він звертався з численними скаргами на те, що у нього випали зуби, запаморочується голова, постійно тримається висока температура. За весь час тримання під вартою його не обстежували, не надавали належної медичної допомоги. У останній відповіді прокуратура вказала про неможливість взяти забір крові та зробити аналіз для обстеження на ВІЛ.

У інших випадках заклади Департаменту з питань виконання покарань відмовляють у лікуванні ВІЛ-інфекції, посиляючись на протипоказання для надання антиретровірусної терапії у процесі лікування інших захворювань. Але такі відмови не завжди бувають обґрунтовані, і антиретровірусна терапія не надається і після закінчення такого лікування.

К., що перебував у виправній колонії № 13 з 4-й термінальною стадією ВІЛ і ВІЛ-асоційованим туберкульозом, одержував лікування тільки від туберкульозу. Без антиретровірусної терапії, на фоні ослабленого імунітету, лікування не давало позитивних результатів. Коли хворий став просити проводити йому антиретровірусну терапію адміністрація установи відповіла, що така терапія йому протипоказана, пославшись на важкий стан здоров'я К. й розвиток у нього опортуністичних інфекцій. У той же час, відповідно до діючого наказу Міністерства охорони здоров'я України, це не є протипоказанням для антиретровірусної терапії. За наявних у нього захворювань такою підставою могло бути тільки захворювання печінки й підвищення деяких показників, що свідчить про хворобливий стан печінки. У тій же довідці були зазначені показники, що свідчать про її нормальний стан. Такі медичні дані підтверджували необґрунтованість відмови в наданні антиретровірусної терапії К. Крім того, адміністрація колонії вказала на відсутність у них вакутейнерів, як на причину, по якій вони не надають допомогу ВІЛ-інфікованим.

Слід зазначити, що більшість порушень прав людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом трапляється через незнання положень законів України медичними працівниками та іншими категоріями громадян України.

Мешканка м. Кіровограду народила доньку. На п'ятий день вона разом з дитиною була переведена з пологового будинку до лікарні. Після прийняття до лікарні лікарі отримали інформацію про наявність ВІЛ-інфекції у жінки. Цього ж дня лікарі заборонили жінці бачитись з донькою, а згодом примусили її покинути лікарню. Впродовж місяця жінка домагалась відновити порушені права свої та дитини: вона звернулась зі скаргами до Кіровоградського обласного управління охорони здоров'я та в прокуратуру. Однак їй скрізь відмовили. Тоді вона подала скаргу в Міністерство охорони здоров'я України. Це відомство провело перевірку вказаних жінкою фактів і дійшло висновку щодо вини медичних працівників. Висновок Міністерства охорони здоров'я України дав підставу потерпілій звернутися до суду з позовом про відшкодування заподіяної лікарями шкоди, тим більше, що діагноз ВІЛ не підтвердився, вона виявилась абсолютно здоровою. Справа слухалась судом упродовж восьми місяців. Суд вирішив, що права жінки та її дитини лікарями були порушені та стягнув з Кіровоградського обласного управління охорони здоров'я відшкодування заподіяної шкоди.

Рекомендації

1. Залучати суддів та адвокатів до розвитку правової культури в сфері ВІЛ/СНІДу з метою захисту прав ЛЖВ та зменшення стигматизації та дискримінації.
2. Впровадити систему підготовки та мотивування суддів та адвокатів, їх залучення до діяльності в сфері захисту прав ЛЖВ та уразливих груп.
3. Переглянути існуючі нормативні акти щодо перебування ВІЛ-позитивних дітей в організованих колективах та інтернатних закладах, щоб вони носили міжгалузевий, міжвідомчий характер..
4. Передбачити в наказах Міністерства охорони здоров'я України заборону на дискримінацію за видом захворювання.
5. Переглянути нормативи у сфері надання ЛЖВ соціальної допомоги та пенсій, ресоціалізації та реабілітації.
6. Змінити норми оподаткування благодійників, спонсорів серед приватних підприємств для заохочення підтримки послуг з догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих через безоплатну благодійну допомогу НУО.
7. Ввести інститут соціальної роботи з ЛЖВ у систему медичних закладів (у штат медичних закладів), а також включити необхідну кількість соціальних працівників та психологів до штатного розкладу закладів з виконання покарань.

8. Збільшити обсяги фінансування послуг з догляду та підтримки за кошти Міністерства України в справах сім'ї, молоді та спорту.
9. Розробити сучасні навчальні програми підготовки та підвищення кваліфікації фахівців, соціальних працівників та психологів з питань надання послуг з догляду та підтримки ЛЖВ. Ввести ці програми у спеціальні курси навчальних закладів різних рівнів акредитації (МОЗ, Міністерство освіти та науки, Міністерство України в справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерство праці та соціальної політики, Міністерство юстиції).
10. Розробити та ввести у вищих навчальних закладах факультативний 12–16 годинний курс про правах людей, що живуть із ВІЛ/СНІДом.
11. Розвивати потенціал ЛЖВ та громади для їх участі в плануванні, впровадженні та оцінці послуг з догляду та підтримки;
12. Розробити та впровадити систему послуг з догляду та підтримки, включаючи національні стандарти, кадри, матеріально-технічну базу, міжвідомчу мережу організацій-надавачів послуг з догляду та підтримки;
13. Активно залучати та використовувати потенціал інституту омбудсмена.
14. Впроваджувати заходи щодо зниження стигматизації та дискримінації та підвищення толерантності з боку населення, фахівців, які працюють з ЛЖВ та їх найближчим оточенням, на робочих місцях тощо.
15. Забезпечити лікарів всіма необхідними захисними засобами від зараження на ВІЛ.
16. Довести Міністерством охорони здоров'я до керівників усіх лікувальних установ положення законів України про неприпустимість вимог оплати за надання медичних послуг людям, що живуть із ВІЛ/СНІДом

3.2. Проблеми боротьби з туберкульозом¹⁴

2 лютого 2007 року Україна прийняла Загальнодержавну Програму протидії захворюванню на туберкульоз на 2007–2011 роки, яка базується на принципах DOTS¹⁵ — безпосередньо контрольованому лікуванні коротким курсом хіміотерапії.

¹⁴ Розділ підготовлений Айгуль Мукановою (ГО «ПДІС»).

¹⁵ Directly Observed Therapy Short.

У 2007 році на законодавчому рівні та наказами Міністерства охорони здоров'я впроваджена стратегія «Зупинити туберкульоз» на 2006–2015 роки.

25 лютого 2009 року Україна одержала грант у Глобальному Фонді для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією по компоненту «Туберкульоз». Міністерство охорони здоров'я України пояснило, що кошти будуть комплементарними до державного фінансування заходів Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз та спрямовані на розвиток сучасної мережі з лабораторної діагностики туберкульозу, підвищення якості медичних послуг щодо діагностики та лікування уразливих груп населення, хворих на мультирезистентний туберкульоз та туберкульоз і поєднанні з ВІЛ-інфекцією, розвиток інформаційної кампанії.¹⁶

21 жовтня 2009 року був прийнятий закон «Про затвердження загальнодержавної програми імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб на 2009–2015 р.».

На цей час на Україні залишаються ознаки поширеної епідемії туберкульозу. Офіційна статистика захворюваності на туберкульоз показує покращення ситуації та зменшення кількості хворих на туберкульоз і смертності від туберкульозу. Так, згідно останніх даних Міністерства охорони здоров'я України захворюваність на активний туберкульоз за перше півріччя 2010 року в порівнянні з аналогічним періодом 2009 року зменшилась з 17 542 до 16 028. Смертність по даній статистиці зменшилась з 4 629 до 3 461 випадків.

Організації, які працюють з проблемами туберкульозу сумніваються що зменшення офіційних показників захворювання та смертності є цілком достовірними і свідчать про покращення ситуації. Вони звертають увагу на зменшення загальної кількості населення на Україні, що впливає на зменшення всіх статистичних показників¹⁷. Щодо статистики, до правозахисних організації неодноразово зверталися хворі на туберкульоз, які не стояли на обліку у протитуберкульозних закладах, тому можна вважати, що загальна кількість хворих перебільшує офіційну статистику. Другою причиною сумніватися у точних показниках статистики хворих на туберкульоз є низький показник виявлення хвороби. Так представник Головного управління охорони здоров'я КМДА та Міністерства охорони здоров'я Галина Петровська вказала

¹⁶ Підсумки діяльності у сфері охорони здоров'я України за перше півріччя 2010 року, К.: МОЗ України, 2010 http://www.moz.gov.ua/ua/portal/zvit_diyal_1_pivrichya.html

¹⁷ Загадкова арифметика туберкульозу. Сергій Борткевич, Ігор Горбасенко, Віталій Руденко, співголови Всеукраїнської спілки громадських організацій «Коаліція організацій «Зупинимо туберкульоз разом» <http://www.guoz.dp.ua/main/>

про низьке виявлення хвороби у дітей до 14 років «у зв'язку з масовою відмовою батьків від туберкульозної діагностики, а також недостатнім забезпеченням лікувальної мережі туберкуліном...». Практика показує, що аналогічні причини неповної діагностики туберкульозу у дорослих. Іноді проблема пов'язана також з фізичною та фінансовою неможливістю проходити належне обстеження. Більш частина хворих на туберкульоз — це соціально незахищені групи, і іноді навіть вартість проїзду до лікарні для них великий тягар. Іноді цей низький показник пов'язаний з неналежним та неповним обстеженням хворих з симптомами туберкульозу, з порушенням протоколів МОЗ та помилковим діагнозом.

Пацієнтка Т. проходила лікування від запалення легенів у лікарні швидкої медичної допомоги № 4 м. Харкова. Лише через півтора місяці, коли її було переведено до пульманологічного відділення лікарні № 13 та зроблено аналіз мокротиння, в неї виявили захворювання на туберкульоз легенів. До виявлення захворювання Т. знаходилась у звичайної палаті, без будь яких запобіжних заходів, заражаючи оточуючих.

Відбувається збільшення кількості хворих, померлих від туберкульозу до одного року спостереження. Так, якщо у 2007 та 2008 роках цей показник становив 14,3% до загальної кількості померлих від активного туберкульозу, то у 2009 році піднявся до позначки 15,6%, що є найбільшою за останні 10 років. Щороку також відбувається збільшення кількості померлих від конфекції туберкульоз-ВІЛ, з 2 269 — у 2008 року до 2539 у 2009 року.¹⁸ Динаміка такого росту прогресує.

Звертаючи увагу на все вказане, можна припустити, що інформація щодо покращення ситуації захворювання на туберкульоз на Україні є надто оптимістична. Навіть якщо спиратися на офіційну статистику, на Україні все одно залишаються ознаки епідемії туберкульозу.

Причиною відсутності покращення ситуації фахівці вважають зниження рівня життя населення, а також відсутність достатнього фінансування державних програм боротьби з туберкульозом. За словами голови Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я Тетяни Бахтєєвої, «із 44 заходів, визначених програмою, з Державного бюджету України у 2007–2009 роках профінансовано тільки шість; значний тягар у фінансуванні завдань Загально-

¹⁸ Загадкова арифметика туберкульозу. Сергій Борткевич, Ігор Горбасенко, Віталій Руденко, співголови Всеукраїнської спілки громадських організацій «Коаліція організацій «Зупинимо туберкульоз разом» <http://www.guoz.dp.ua/main/>

державної програми перенесено на не дуже міцні місцеві бюджети; фінансування частини заходів взагалі не передбачено... Зрештою, лише за даними МОЗ України, галузь боротьби з туберкульозом недоотримала з місцевих бюджетів у 2009 році майже 706 млн. грн. із запланованих 987 млн. грн., що становить близько 72% ... На 2010 рік у бюджеті закладено лише 150 млн. грн. при необхідних 446 млн. грн.»¹⁹.

Через брак фінансування залишається серйозною проблема функціонування туберкульозних лікарень. Часто піднімаються питання нестачі медикаментів, зношення обладнання, поганий стан приміщень, де знаходяться хворі.

Голова Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я підтверджував: «Протитуберкульозні диспансери знаходяться в жахливому стані. За всі роки незалежності України жодного разу централізовано не закуповувалося обладнання, лабораторні апарати потрібно давно всі списати».²⁰ Найбільш гостро ця проблема стоїть у операційних відділеннях.

Наприклад у Херсонському туберкульозному диспансері хворі на туберкульоз можуть лікуватися безкоштовно, але у хірургічному відділенні вони змушені купувати видаткові матеріали та більшість медикаментів, тому що держава не надає коштів. Ремонт відділення, придбання більшої частини сучасного обладнання та базових медикаментів було проведено за допомогою благодійного фонду та подарунків підприємців.

Харчування хворим, що проходять стаціонарне лікування, надається на суму 7–10 гривень (приблизно 0,9–1,2 доларів США). Особливо важке становище склалося у дитячих санаторіях, у яких відсутнє обладнання, ліки і належне харчування. Природно, що одужання хворих у таких умовах значно сповільнюється, а іноді стає неможливим.

Також постає проблема недостатності лікарів-фтизіатрів у медичних закладах. Статистика Міністерства охорони здоров'я показує, що у протитуберкульозних диспансерах у 2009 році кількість лікарів склала 68,9 відсотків від потрібної, кількість лікарів-фтизіатрів у загальних медичних закладах — 70 відсотків від потрібної. Причина такої ситуації нарівні з загальним низьким рівнем зарплатні лікарів є підвищений ризик захворювання на туберкульоз, та недостатнє компенсування такого ризику.

¹⁹ Епідемія туберкульозу в Україні: виліковуються лише 50% хворих, <http://nebolei.com.ua/ru/govmedicine/2010/08/20/47514.html>

²⁰ Епідемія туберкульозу в Україні: виліковуються лише 50% хворих. Марія Турчина <http://unian.net/>

Деякі органи місцевого самоврядування у різних регіонах продовжують політику скорочення медичних установ, де надається допомога туберкульозним хворим. Свої рішення місцева влада аргументує необхідністю економії бюджету. По статистиці Міністерства охорони здоров'я України зменшилась загальна кількість ліжок у протитуберкульозних лікарнях з 25 359 до 24 511. Такі зміни відбулись майже цілком за рахунок різкого зменшення кількості ліжок у Харківської області.

В м. Харкові з січня по травень 2009 року рішенням місцевої виконавчої влади під приводом необхідності економії місцевого бюджету був ліквідований міський протитуберкульозний диспансер № 1 на 645 ліжок. У тому числі було поспово ліквідовано єдине в місті повністю обладнане хірургічне відділення для хворих на туберкульоз і відділення туберкульозу нервової системи, які існували в Харківській області тільки в цьому диспансері. Таке рішення міська рада прийняла незважаючи на переповненість відділень й той факт, що у 2008 році в Харківській області кількість хворих, що виділяють бацили, склала 1702 осіб. З них мали бути в стаціонарі постійно 613 хронічних мультирезистентних хворих, оскільки протягом року кожен з таких хворих може заразити до 20 інших; більше того, паличка мультирезистентного туберкульозу смертельно небезпечна для дітей.

Рішення про ліквідацію було прийнято незважаючи на переповненість установ. Хворих перевели в лікарні і санаторії, більшість яких розташована далеко за містом. Як наслідок, велика частина хворих, серед яких і хворі на туберкульоз у відкритій формі, відмовилися проходити лікування за межами міста і намагаються проходити лікування в домашніх умовах, що є неефективним для таких хворих і небезпечним для їх оточення.

Така політика негативно позначилася на загальній ситуації із захворюванням на туберкульоз і сприяла поширенню хвороби у місті. Один з хворих на мультирезистентний туберкульоз, якого виписали внаслідок ліквідації відділень протитуберкульозного диспансеру № 1, відмовився їхати до лікувального закладу, який розміщений у іншому місті Харківської області. Його 5-місячна дитина захворіла від нього туберкульозом та померла.

Через протести громадськості Харківська обласна державна адміністрація у 2009 році сприяла тому, що було залишено два відділення диспансеру. Одне з них на початок 2011 року відремонтували та відкрили разом з новим відділенням хірургії. Але у результаті загальна кількість ліжок зменшилась більш ніж втричі, та півтора року у Харкові зовсім не працювало хірургічного відділення для хворих на туберкульоз.

З 2009 року стоїть на межі закриття Уманський тубдиспансер, з пульманологічним та фтизіатричним відділеннями. На місці лікарні планують будувати готель. Останнього разу лікарі заявили, що залишились гроші на утримання лікарні лише до кінця 2010 року. Найближча протитуберкульозна лікарня знаходиться за 200 кілометрів від Умані.²¹

У березні-квітні 2009 року Київська міська туберкульозна лікарня № 2 зі стаціонаром на 400 ліжок знаходилась під загрозою закриття через стан будівлі, в якій вона знаходиться. Корпус легеневих форм туберкульозу Київської міської туберкульозної лікарні № 2 ремонтувався більш ніж 25 років тому, а капітальний ремонт кістково-суглобного відділення останній раз проводився у 1988 р.²²

1 січня 2010 у м. Києві було призупинено функціонування туберкульозної лікарні, найбільшої в місті, яка була єдиним центром лікування туберкульозу всіх форм. Лікарня була позбавлена ліцензії.

Відзначається тенденція зростання хворих на туберкульоз з хіміорезистентною (стійкою до медичних препаратів) формою захворювання. За оцінками ВООЗ, на Україні 16% хворих з новими випадками захворювання мають мультирезистентну форму.²³

За словами голови Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я Тетяни Бахтєєвої, Україна «посідає перше місце в Європі за кількістю хіміорезистентних форм туберкульозу. З 100 хворих — 15 мають стійку форму. Це дуже високий рівень показників. Серед усіх нових випадків він коливається від 5% в західних областях, до 15% у східних. Така ситуація — спадщина минулих років, коли у нас не було регулярного постачання протитуберкульозних препаратів».²⁴

Одним з способів стабілізувати епідемічну ситуацію в країні та зупинити зараження туберкульозом з боку хворих на активний та хіміорезистентний туберкульоз, які ухиляються від лікування активного туберкульозу, держава передбачає примусове лікування. У статті 12 Закону України «Про боротьбу

²¹ В Умані на місці тубдиспансеру хочуть звести п'ятизірковий готель. <http://www.novy.tv/reporter/ukraine>

²² Палата легеневого відділення туберкульозної лікарні, <http://photo.unian.net/ukr/>

²³ Епідемія туберкульозу в Україні: виліковуються лише 50% хворих, <http://nebolei.com.ua/ru/govmedicine/2010/08/20/47514.html>

²⁴ Епідемія туберкульозу в Україні: виліковуються лише 50% хворих, <http://nebolei.com.ua/ru/govmedicine/2010/08/20/47514.html>

із захворюванням на туберкульоз» «Хворі на заразні форми туберкульозу... підлягають обов'язковій госпіталізації до протитуберкульозних закладів та зобов'язані пройти відповідне лікування. У разі ухилення від обов'язкової госпіталізації зазначені особи з метою запобігання поширенню туберкульозу за рішенням суду підлягають розшуку, приводу та обов'язковій госпіталізації до протитуберкульозних закладів, визначених місцевими органами виконавчої влади». Згідно з вказаною статтею особи, які страждають на психічні розлади, вагітні жінки та жінки, які мають дітей віком до трьох років, не підлягають обов'язковій госпіталізації. По цьому питанню було прийнято розпорядження Кабінету Міністрів України «Про додаткові заходи з протидії туберкульозу». На виконання розпорядження 19 листопада 2009 року наказом Міністерства охорони здоров'я «Про організацію надання медичної допомоги хворим на хіміорезистентний туберкульоз та на заразну форму туберкульозу, щодо яких судом ухвалено рішення про обов'язкову госпіталізацію» затверджені положення, які забезпечують процедуру госпіталізації хворих на хіміорезистентний туберкульоз та хворих на заразну форму туберкульозу», влаштування відділень та процедуру надання медичної допомоги. Вказаний наказ передбачає обов'язкову госпіталізацію особи лише за рішенням суду. Практика такого лікування ще не відпрацьована, тому що лікарні не мають необхідних умов у вигляді відповідних приміщень та охорони щодо таких випадків, також здається, що проходити судову процедуру обов'язкової госпіталізації щодо кожного хворого потребує серйозних додаткових зусиль з боку відповідних органів.

Збільшується кількість захворювань туберкульозом у поєднанні з ВІЛ. У 2008 році показник з'єднаного захворювання становив 5 випадків на 100 тисяч населення. У 2009 році його рівень склав вже 8,8 випадків. Туберкульоз залишається основною причиною смерті на хворих на СНІД. У 2009 році 1979 ВІЛ-інфікованих хворих померли від туберкульозу, що складає 76% від усіх випадків смерті хворих на ВІЛ/СНІД.

Державна програма з контролю за туберкульозом на 2007–2011 роки передбачає наступні кроки щодо рішення проблеми ВІЛ-асоційованого туберкульозу:

- розширення доступу осіб, які знаходяться на обліку у протитуберкульозних закладах, до добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію;
- забезпечення доступу хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз до антиретровірусної терапії та лікування опортуністичних інфекцій;

- проведення хіміопрофілактики туберкульозу серед ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД;
- створення умов для лікування хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз у державних та комунальних протитуберкульозних закладах.

Але реалізації цих планів знову ж заважає недостатність фінансування. У лікуванні таких хворих існують ті ж самі проблеми, що і у загальному лікуванні хворих на туберкульоз, у тому числі, відсутність належних умов для обстеження та лікування. Але зростання захворюваності туберкульозом серед хворих на ВІЛ/СНІД пов'язана також з проблемами обстеження та надання антиретровірусної терапії. Через захворювання ВІЛ/СНІД вони потребують додаткового фінансування. Більш частина таких хворих — соціально незахищені групи населення, тому відсутність тривалого та повного лікування на фоні відсутності соціально-побутових умов і належного годування не дає позитивних результатів, рівень смертності таких хворих у останні роки зростає.

Також залишається систематичною практика відмов — під будь-яким вигаданим приводом — хворим на ВІЛ у наданні стаціонарного лікування.

Мешканку м. Харкова Ч., хвору на ВІЛ, гепатит С та туберкульоз, направили на лікування до туберкульозного диспансеру, розташованого поза містом Ізюм (Харківська область). Транспортне сполучення між Харковом та цим диспансером дуже погане. Хоча Ч. перебувала у дуже важкому стані, вона все ж поїхала до лікарні за допомогою матери. Лікарі відмовились прийняти її до стаціонару, вимагаючи додаткові медичні документи, хоча бачили її важкий стан здоров'я. До автобусної зупинки у м. Ізюм мати тягнула Ч. майже 3 години. Після цього випадку Ч. відмовляється звертатися до лікарів, проходити стаціонарне лікування, хворіє вдома та приймає лише один медичний препарат для часткового лікування гепатиту. Лікування від туберкульозу та ВІЛ вона не отримує.

Таким чином ситуація з захворюванням на туберкульоз залишається дуже загрозливою, та потребує серйозних зусиль з боку влади для її зміни, оскільки впливатиме на майбутнє нації.

Рекомендації

1. Забезпечити повне фінансування Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз.
2. Підняти рівень соціальної захищеності лікарів-фтизіатрів, у тому числі фінансові компенсації.

3. Збільшити бюджет на стаціонарне лікування та годування хворих на туберкульоз.
4. Перевірити стан будівель туберкульозних лікарень та забезпечити необхідний ремонт.
5. Забезпечити протоколами Міністерства охорони здоров'я України системи прямого контролю щодо безперервності назначеного лікування туберкульозу.
6. Забезпечити повне обстеження осіб з симптомами захворювання на туберкульоз, включаючи мазок мокротиння та аналіз крові з метою повної впевненості у наявності туберкульозу та його подальшого лікування чи його відсутності.
7. Передбачити пряму відповідальність представників державних органів та органів місцевого самоврядування за скорочення туберкульозних лікувальних закладів при ознаках епідемії туберкульозу.

3.3. Права людини і вакцинація²⁵

21 жовтня 2009 року Верховна Рада України прийняла Закон «Про затвердження Загальнодержавної програми імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб на 2009–2015 роки». Ця програма передбачає комплекс організаційно-методичних заходів щодо зниження рівня захворюваності інфекційними захворюваннями і охоплення щепленнями не менше 95 відсотків населення.

Законами України «Про захист населення від інфекційних хвороб», «Про забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення» передбачено проведення щеплень проти особливо небезпечних інфекційних захворювань — дифтерії, кашлюку, кору, поліомієліту, правця, туберкульозу — для попередження поширення цих захворювань. У Календар профілактичних щеплень, затверджений Наказом МОЗ № 48 від 3 лютого 2006 року «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль за якістю та обліком медичних імунобіологічних препаратів» включені також щеплення від гепатиту В, гемофільної інфекції, краснухи і паротиту.

Таким чином, вакцинація є основною умовою масштабної політики держави з попередження небезпечних інфекційних захворювань. Передба-

²⁵ Розділ підготовлений Євгеном Новицьким та Лесею Фроловою (Кримський республіканський благодійний фонд «Світ Криму»).

чається, що при проведенні вакцинації має проводитися широке охоплення населення і максимально забезпечуватися принцип доступності, в тому числі і безоплатності вакцинації.

У той же час держава не може забезпечити належний контроль за якістю медичних препаратів, додержанням умов їх зберігання та дотриманням процедури проведення вакцинації, що призводить до серйозних, аж до летальних, наслідків. Також упродовж останнього року виникла значна нестача вакцин — як тих, що надаються державою, так і тих, що реалізуються через аптечну мережу. Окрім того, дітям і їх батькам не надається інформація про склад вакцин, умови, за яких їх можна вводити і про можливі поствакцинальні ускладнення.

При зверненні до Центру захисту прав пацієнтів в м. Харкові заявники розповідали про численні випадки, коли при отриманні щеплень в школах дітям не проводили жодних обстежень, не вимірювали навіть температуру, в той час як при підвищеній температурі такі щеплення категорично заборонені. Заявники також повідомляли про випадки, коли діти отримували щеплення на тлі захворювання, що тільки розпочалося, або незакінченого лікування респіраторного вірусного захворювання, внаслідок чого у дітей різко погіршувався стан здоров'я.

У травні 2008 року в Донецькій області проводилася кампанія з вакцинації населення від кору та краснухи в м. Краматорську. 12 травня 2008 року 17-річному Антону Тищенко зробили щеплення. Через три години у нього з'явився сильний головний біль, різко піднялася температура до +41 °С, його госпіталізували, у лікарні він помер. Після проведеної вакцинації до реанімаційного відділення з високою температурою потрапив однокласник Антона. Батьки Антона стверджували, що після вакцинації всі діти в класі відчували себе погано.

Впродовж 15 травня в Краматорську зі скаргами на погіршення самопочуття до дитячої міської лікарні звернулися 18 дітей, які були вакциновані від кору і краснухи. У вересні 2008 року Генеральний прокурор України Олександр Медведько заявив, що результати проведеної експертизи підтвердили, що між смертю школяра із Краматорська Антона Тищенко і зробленим йому щепленням є прямий зв'язок. 5 вересня 2008 року була опублікована експертиза ВОЗ про те, що причиною смерті Антона Тищенко була не вакцина, а септичний шок внаслідок гострої бактеріальної інфекції.

У вересні 2010 року у дитячій міській лікарні № 5 м. Донецьку 7-місячний Сніжані зробили щеплення вакциною «Пентаксим», що захищає від таких захворювань, як дифтерія, правець, кашлюк, поліомієліт і гемофільна інфекція. На п'яту добу після щеплення вона померла. Батьки дитини переконані, що її смерть

викликала саме введена вакцина. Згідно з офіційним висновком лікарів, дитина померла від набряку мозку.

Зазначені випадки є непоодинокими і дають підставу говорити про небезпеку умов вакцинації, що є причиною масових відмов батьків від проведення цієї процедури щодо їхніх дітей.

21 червня 2010 року голова Управління охорони здоров'я та курортів Вінницької облдержадміністрації Лідія Діденко повідомила на розширеній колегії управління такі дані:

У Вінницькій області з початку року від щеплень відмовилися батьки 7 тис. 684 дітей, що становить 5,9% загальної кількості дітей, які підлягають вакцинації. Від туберкулінових проб відмовилися 20,7% загальної кількості дитячого населення. Вакцинацію проти кашлюку, дифтерії та правця в цілому по області отримали лише 13,5% дітей. За 6 місяців 2010 року в області вакцинацію проти поліомієліту охоплено лише 14,7% дітей; для порівняння: за програмою ВООЗ з ліквідації поліомієліту повинно бути охоплено імунізацією протягом року не менше 95% дітей віком до 1 року²⁶.

Що стосується Києва, то, як повідомляється, за негласною статистикою, на сьогоднішній день тут не отримали щеплення близько 60% дітей, хоча офіційно їх на порядок менше.²⁷

Статтею 12 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» та статтею 27 Закону України «Про забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення» визначено, що щеплення проти особливо небезпечних інфекційних захворювань є обов'язковими і проводяться відповідно до Календаря профілактичних щеплень.

Стаття 30 Основ законодавства України про охорону здоров'я та стаття 12 Закону «Про захист населення від інфекційних хвороб» називають також обов'язковими щеплення для представників окремих професій, діяльність яких може призвести до зараження їх самих і (або) до поширення ними інфекційних хвороб та щеплення у разі виникнення особливо небезпечної інфекційної хвороби або масового поширення небезпечної інфекційної хвороби на тих чи інших територіях чи об'єктах.

Однак далі та ж 12 стаття говорить про право на відмову від вакцинації: «Повнолітнім дієздатним громадянам профілактичні щеплення проводяться

²⁶ «От прививок отказались родители почти 7,7 тыс. детей» <http://www.unian.net/rus/news/news-387744.html>

²⁷ <http://www.ecology.md/section.php?section = health & id = 3480>

за їх згодою після надання об'єктивної інформації про щеплення, наслідки відмови від них та можливі поствакцинальні ускладнення. Особам, які не досягли п'ятнадцятирічного віку чи визнані у законному порядку недієздатними, профілактичні щеплення проводяться за згодою їх об'єктивно інформованих батьків або інших законних представників. ... ».

Це повністю відповідає статтям Цивільного кодексу України: статті 43 («згода пацієнта необхідна для застосування методів діагностики, профілактики та лікування...») і статті 284, згідно з якою надання медичної допомоги може бути здійснено лише за згодою особи (або батьків, опікунів, піклувальників, усиновлювачів). Причому вакцинація, окрім випадків сказу і правця, — це профілактична медична допомога (тобто діяльність, спрямована на оздоровлення та лікування пацієнтів), тому вона не підпадає під пункт 5 тієї ж статті, де йдеться про можливість надання медичної допомоги без згоди пацієнта у стані, що на момент її надання загрожує життю, здоров'ю або працездатності особи.

У 2008 році представники Міністерства охорони здоров'я України пояснили, що формулювання щодо низки щеплень — «є обов'язковими», «повинні бути зроблені» — означають обов'язок держави забезпечити їх планове проведення. При цьому за самим пацієнтом (а у випадку, якщо пацієнт не досяг встановленого законодавством віку — за його батьками або іншими законними представниками) передбачається безумовне право самостійно вирішити питання щодо проведення будь-яких вакцинацій або про відмову від них.

У той же час, у випадках, коли батьки відмовляються від вакцинації їхніх дітей, медичні установи відмовляються видавати їм медичні довідки в дитячі сади і школи. У випадках, коли батьки бувають наполегливі й отримують ці довідки, звертаючись на кожному етапі отримання довідок з скаргами та заявами, дитячі сади і школи відмовляють у прийомі дітей, які не пройшли вакцинацію. Аргументом є стаття 15 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб», де зазначено, що «дітям, які не отримали профілактичних щеплень згідно з календарем щеплень, відвідування дитячих закладів не дозволяється».

Таким чином, виникає протиріччя між нормами закону, що декларує добровільність вакцинації та нормами, які забороняють прийом до дитячих установ дітей, які не пройшли вакцинацію. Крім того, заборона, що міститься в ст. 15 Закону «Про захист населення від інфекційних хвороб», повністю відповідає поняттю «дискримінація», як воно визначено у ст. 1, п. 1 (а) Конвенції про боротьбу з дискримінацією в галузі освіти («...як розрізнення, винятки,

обмеження ... за ознакою... переконань ..., яке має на меті або наслідком знищення або порушення рівності відносин в області освіти і зокрема ... закриття для будь-якої особи чи групи осіб доступу до освіти будь-якого ступеню чи типу... »).

Дискримінаційний характер статті 15 стає ще більш очевидним з урахуванням того, що далі вона містить дозвіл приймати до дитячих установ дітей, які не отримали щеплення через медичні показання. У результаті з двох дітей, що знаходяться в рівному положенні (однаково ризикують захворіти на інфекційну хворобу і стати джерелом зараження для інших) один користується правом на перебування в дошкільному навчальному закладі, іншого ж цього права намагаються позбавити.

Нарешті, заборона, що міститься в статті 15 суперечить статті 53 Конституції України, яка встановлює безумовне право на освіту кожної дитини. Таким чином, ця заборона не може поширюватися на учбові (шкільні та дошкільні) установи.

Кількість звернень до правозахисників з боку українських громадян, яким не дозволяють відмовитися від вакцинації, у тому числі відмовляючи у прийнятті до дитячих установ, останнім часом різко зростає. Зокрема, тільки в АР Крим за період з січня по червень 2010 року зафіксовано понад 50 звернень та проведених консультацій (включаючи групові консультації).

У деяких випадках питання вдається вирішити в досудовому порядку — роз'яснивши відповідальним особам медичної установи і навчального закладу їх обов'язки, або подавши адміністративну скаргу від імені нашого клієнта.

У деяких випадках, коли керівництво поліклініки відмовлялося видати дитині, яка не отримала щеплення, медичну довідку, а керівництво дитячого закладу — прийняти таку дитину, батьки зверталися із заявами до прокуратури і позовними заявами до суду.

Ученицю 2-го класу школи № 4 Сарненського району Рівненської області директор школи відсторонив від занять після того, як її батьки відмовилися від вакцинації. Тільки після подання прокуратури про усунення порушень чинного законодавства дитину допустили до занять.

Мешканка м. Славутич С. у травні 2008 року відмовилася від вакцинації сина. З цієї причини 7 липня 2008 року її сина було виключено з дитячої дошкільної установи. С. звернулася із заявою про відновлення дитини у відділ освіти виконкому Славутицької міської ради. У задоволенні заяви їй відмовили. Після цього С. звернулася до суду з позовною заявою до дитячого дошкільного

закладу та відділу освіти про визнання їх дій незаконними та відновлення дитини в дитячому дошкільному закладі. Славутицький міський суд відмовив у задоволенні позову. Апеляційний суд Київської області 24 лютого 2009 року скасував рішення суду першої інстанції, зобов'язавши допустити сина С. до здобуття дошкільної і шкільної освіти у дитячому закладі.

Разом з тим, відомі і судові рішення на користь відповідачів, які (на наш погляд, безпідставно) виходять з пріоритетності згаданої статті 15 і розглядають її як норму спеціального права, що має пріоритет над загальним правом, яким, на їхню думку, виступає Конституція України.

Спроби на рівні законодавчої ініціативи ліквідувати цю правову колізію, що веде до дискримінації, поки не приводять до успіху. Так, 16 травня 2008 року у Верховній Раді України народний депутат України Ткач Р.В. зареєстрував проект Закону про внесення змін до Статті 15 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» (щодо прийому дітей, яким не зроблено профілактичних щеплень, до дитячих закладів). Однак після негативного висновку Головного науково-експертного Управління цей проект Закону не було включено до порядку денного. Автори висновку, поміж іншого, заявили: «...Управління **не** підтримує пропозицію встановити правило, згідно з яким прийом дітей до відповідних дитячих закладів / (можливість відвідувати їх) повинен відбуватись незалежно від отримання дітьми **всіх** профілактичних щеплень».

Рекомендації:

1. Скасувати дискримінаційне положення у статті 15 Закону «Про захист населення від інфекційних хвороб».
2. Закріпити законом здійснення профілактичних щеплень за умови інформованої згоди з боку пацієнтів, без будь-яких дискримінаційних наслідків.
3. Посилити контроль якості закуплених й допущених до вільного продажу вакцин та впровадити попереднє проведення власних національних клінічних випробувань.
4. Посилити контроль за умовами зберігання медичних препаратів для вакцинації і проведенням вакцинації тільки після перевірки стану здоров'я дитини і всіх можливих протипоказань.
5. Знайомити медичних працівників з дослідженнями наслідків вакцинацій в інших країнах.

6. Вести моніторинг випадків ускладнень після вакцинації, аналіз інформації та ознайомлення з нею лікарів, які задіяні у її проведенні та керівників медичних установ, на які покладається обов'язок щодо вакцинації.
7. Розмістити на сайті Міністерства охорони здоров'я або інших офіційних джерелах системи охорони здоров'я інформацію про склади вакцин, умови вакцинації та можливі поствакцинальні ускладнення.
8. Забезпечити наявність у вільному роздрібному продажу вакцин різних виробників і надати пацієнту право і можливість вибору між вакциною, що надається безкоштовно, і вакциною, якій він більше довіряє.
9. Замінити туберкулінодіагностику (реакція Манту) за бажанням батьків на альтернативні діагностичні методи (полімеразна ланцюгова реакція та ін.).

Розділ 4

Паліативна допомога²⁸

4.1. Особливості та форми надання паліативної допомоги

Відповідно до сучасних міжнародних підходів, оптимальна паліативна та хоспісна²⁹ допомога надається, перш за все, з урахуванням потреб і згоди пацієнта. За бажанням паліативного хворого та членів його родини пацієнт може одержувати паліативну та хоспісну допомогу вдома, у поліклініці або в стаціонарних лікувальних закладах будь-яких форм власності, застосовуючи різні організаційні форми, зокрема, денний стаціонар, спеціалізовані стаціонари (хоспіси, паліативні або хоспісні відділення). Тому ВООЗ визнає, що у кожній країні повинні бути створені відповідні служби паліативної та хоспісної допомоги для задоволення медичних і соціальних потреб невиліковних хворих з обмеженим прогнозом життя.

Хоспіс надає комплексну допомогу людині від моменту встановлення невиліковного діагнозу. Але перебування у хоспісі для хворих означає не лише знеболення, але й психологічну та духовну підтримку. Психологічна допомога надається і родичам хворих, що зумовлено вражаючою статистикою: після смерті хворих різко зростає захворюваність і смертність його близьких (від 40%). Медична допомога і кваліфікований догляд за хворими в хоспісі здійснюється безоплатно. Не забороняються благодійні пожертвування. На хоспіс

²⁸ Упорядник розділу Ірина Сенюта (Всеукраїнська громадська організація «Фундація медичного права та біоетики України»).

²⁹ Хоспіс — лікувально-профілактичний заклад для надання медичної допомоги невиліковним хворим, що функціонує за рахунок місцевого бюджету, додаткового фінансування підприємствами, спонсорами, добродійних пожертвувань організацій, фізичних та юридичних осіб (Міністерство охорони здоров'я України, Наказ «Про затвердження переліку закладів охорони здоров'я, лікарських провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я» від 28.10.2002 № 385).

покладається створення служби добровільних помічників, що забезпечують безоплатний догляд за хворим у домашніх умовах і в стаціонарі, їх навчання.

Експерти вважають, що мінімальна потреба в хоспісних ліжках складає приблизно 100–120 на півтора мільйона населення. На сьогодні в Україні діє всього 10 закладів такого типу (по 23–73 ліжок кожний).

Аналіз функціонування хоспісів протягом останніх років дає можливість викристалізувати такі проблеми у сфері надання паліативної допомоги:

- більшість паліативних хворих не мають змоги отримати якісну медичну допомогу наприкінці свого життя;
- не забезпечено належної реалізації права людини на полегшення болю і страждань;
- не створено адекватних умов для здійснення заходів, пов'язаних із соціальною підтримкою;
- особливо вразливими щодо отримання належної паліативної допомоги є онкологічні хворі, які проживають у сільській місцевості;
- не забезпечені належною паліативною допомогою діти з невиліковними хворобами;
- працівники сфери охорони здоров'я, загалом, не знають, що таке паліативна допомога та методи і можливості її надання в аспекті сучасної концепції;
- кількість ліжок, що, як правило, наявна у таких закладах не може забезпечити потребу в паліативній допомозі усіх пацієнтів, які проживають в області. Це породжує черги, несвоєчасність або й недоступність надання необхідної допомоги хворому.

4.2. Порушення прав паліативних хворих

В Україні до сьогодні не вироблені методологічні засади дослідження прав інкурабельних хворих, відсутні й спеціальні закони, відповідні стандарти й протоколи, що регулюють порядок надання паліативної допомоги³⁰, на етапі становлення перебуває система підготовки фахівців, які надають таку допомогу. Необізнаність з міжнародними стандартами у галузі

³⁰ На сьогодні прийнято лише один протокол надання паліативної допомоги, який має не загальний, а спеціальний характер: Наказ МОЗ України «Про затвердження Клінічного протоколу надання паліативної допомоги, симптоматичної та патогенетичної терапії хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД» від 03.07.2007 р. № 368.

паліативної допомоги і незнання прав пацієнта, що закріплені у вітчизняному законодавстві, призводять до численних порушень прав паліативних хворих.

Нині існує чимало ризиків порушення прав паліативних пацієнтів, наприклад: незабезпеченість доступності до ефективних засобів контролю хронічного болю, опіоїдних анальгетиків (у контексті форм препаратів, їхнього призначення та застосування тощо), залучення до клінічних випробувань без дотримання необхідних етико-правових норм, здійснення незаконних операцій із їхнім майном тощо. Тому необхідно забезпечити постійний контроль щодо дотримання прав паліативних хворих.

Аналіз ситуації в Україні з дотриманням прав невиліковно хворих, який був зроблений експертами Всеукраїнської ради захисту прав пацієнтів та Всеукраїнської асоціації паліативної допомоги, дозволяє зробити висновок, що попри встановлені вітчизняним законодавством гарантії, більшість паліативних хворих в Україні на практиці стикаються з низкою порушень їхніх прав, гарантованих українськими та міжнародними документами, деякі з яких наводяться у даному дослідженні.

4.3. Доступ до опіоїдів

ВООЗ наголошує, що навіть при сучасному існуванні різних методик знеболення, у випадках, коли рівень болю збільшується від помірного до сильного, опіоїдні анальгетики є необхідними і незамінними у лікуванні больового синдрому.

До останнього часу згідно з Постановою КМУ від 18.01.2003 р. № 58 «Про затвердження Порядку здійснення контролю за обігом наркотичних (психотропних) лікарських засобів» здійснення обігу наркотичних лікарських засобів дозволялось лише підприємствам державної та комунальної форм власності. Таке обмеження спричинило проблему доступності знеболювальних засобів у багатьох регіонах України, де недостатньо розвинута мережа комунальних аптечних закладів. З метою її вирішення з 1 січня 2008 р. набув чинності Закон України «Про внесення змін до Закону України «Про обіг в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів», який передбачає можливість здійснення діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних (психотропних) лікарських засобів, закладами охорони здоров'я усіх форм власності за умови отримання відповідної ліцензії.

На першому етапі впровадження цього Закону Комітетом з контролю за наркотиками (далі — Комітет) проведена велика робота з підготовки підзаконних актів. Сьогодні вже прийнято 7 постанов КМУ: від 19.03.2008 р. № 211 «Про затвердження Правил проведення операцій з обладнанням для виробництва, виготовлення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, яке підлягає контролю»; від 05.03.2008 р. № 140 «Про затвердження переліку обладнання, яке використовується для виробництва, виготовлення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та підлягає контролю»; від 05.12.2007 р. № 1387 «Про затвердження Порядку ліцензування діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів»; від 21.11.2007 р. № 1339 «Про реалізацію частини шостої статті 7 Закону України «Про обіг в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів»; від 08.11.2007 р. № 1307 «Про затвердження Порядку перевезення хворими, які прямують транзитом через територію України, наркотичних засобів і психотропних речовин»; від 10.10.2007 р. № 1203 «Про затвердження гранично допустимої кількості наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, що містяться в препаратах»; від 10.10.2007 р. «Про затвердження переліку прекурсорів, які використовуються в ветеринарній медицині». Окрім цього, розроблено проекти інших підзаконних актів, які подані на розгляд КМУ.

Обіг наркотичних засобів відслідковується чітко і жорстко згідно з прийнятими нормами контролю за обліком спеціальних форм рецептурних бланків, правил та етапів виписування рецептів, зберігання препаратів, тому лікарі надають перевагу сучасним ненаркотичним знеболювальним засобам, призначати які значно простіше.

Наказ МОЗ України «Про затвердження Порядку обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів у закладах охорони здоров'я України» від 21.01.2010 р. № 11, який покликаний визначати механізми провадження діяльності закладами охорони здоров'я України у сфері обігу наркотичних засобів, а відтак, створювати нормативне підґрунтя для реалізації прав паліативних хворих на полегшення болю, містить численні недоліки і прогалини, матеріальні та процедурні недопрацювання³¹.

Проблем з наявністю наркотичних препаратів для тяжко хворих немає, але в організації призначення та доступності таких засобів існують суттєві

³¹ Див. Зауваги до Наказу МОЗ України від 21.01.2010 р. № 11 / Медичне право (спеціальний випуск № 2, 2011). — С. 63–65.

недоліки. При вираженому больовому синдромі у стаціонарах проводиться своєчасне їх призначення і адекватне знеболення, на відміну від амбулаторної мережі. Це пов'язано з недотриманням основних принципів ВООЗ щодо знеболення інкурабельних хворих онкологічного профілю, несвоєчасним призначенням наркотичних анальгетиків, обмеженням їх добової дози, незручним для пацієнтів графіком проведення знеболення медичною сестрою онкологічного профілю або спеціалістами з невідкладної допомоги в домашніх умовах. Згідно з принципами знеболення, розробленими ВООЗ в 1988 р., опіоїдний препарат повинен вводиться залежно від тривалості його фармакологічної дії, яка для ін'єкційного морфіну становить 4–6 годин, тому при проведенні ін'єкції 2 рази на добу адекватного знеболення не вдається досягнути. Крім того, на відміну від країн Європи та США, де добова доза добирається індивідуально, залежно від вираженості больового синдрому, в Україні існує обмеження максимальної добової дози наркотичних анальгетиків для хворих онкологічного профілю.

Окремо варто зазначити, що замінити опіоїд лікарським засобом іншої групи неможливо. Поява сучасних ненаркотичних анальгетиків не вирішує проблеми адекватного знеболення. Призначення препаратів пацієнту з больовим синдромом має відбуватися згідно з рекомендаціями ВООЗ, у яких чітко окреслені групи лікарських засобів та порядок їх призначення залежно від наростання больового синдрому. Лікарі зобов'язані дотримуватись їх, незважаючи на рутинний процес виписування та списування наркотичного анальгетика.

4.4. Ключові проблеми порушення прав паліативних пацієнтів

У переважній кількості випадків перебіг онкологічних захворювань та СНІДу, а також деяких хронічних соматичних захворювань (особливо, при ураженні нервової системи, суглобів тощо) супроводжується нестерпним болем. Висновки експертів ВООЗ свідчать про те, що ефективно зарадити сильному болю можна лише застосуванням опіоїдних анальгетиків. На жаль, ситуація з застосуванням опіоїдних анальгетиків у лікувально-профілактичних закладах системи охорони здоров'я свідчить про невідповідність існуючої практики як національному законодавству, так і міжнародним стандартам. Однією з головних причин цього є «заборонна парадигма та підходи», які застосовуються у регламентуючих документах Міністерства охорони здоров'я

України та Міністерства внутрішніх справ України, що регулюють медичний обіг опіоїдних анальгетиків.

Надання своєчасного й адекватного знеболення виявляється проблематичним через ускладнену процедуру призначення та продаж опіоїдних анальгетиків і недосконалу наркотичну політику держави загалом та «правоохоронних» центральних органів виконавчої влади зокрема. Відповідно до Закону України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними», протидію незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів забезпечує низка правоохоронних органів і органів виконавчої влади: Міністерство внутрішніх справ України, Служба безпеки України, Генеральна прокуратура України, Державний митний комітет України, Державна прикордонна служба України, Міністерство охорони здоров'я України та інші, в межах наданих їм Законом повноважень.

Аналіз застосування опіоїдних анальгетиків у лікувально-профілактичних закладах системи охорони здоров'я свідчить про незадовільну ситуацію. За медичним споживанням опіоїдних анальгетиків Україна посідає одне з останніх місць серед розвинених країн світу, в яких більш ліберальне відповідне законодавство сприяє доступу пацієнтів до таких препаратів. Так, за даними Міжнародного комітету з контролю за наркотиками, за рівнем споживання хворими опіоїдних знеболювальних лікарських засобів Україна посідає лише 78-ме місце з 222-ох країн. Міжнародними експертами встановлено, що в Україні середнє добове споживання опіоїдних анальгетиків складає 221 дозу на мільйон осіб, у той же час (за міжнародними стандартами) середня кількість людей, що потребують терапії наркотичними лікарськими засобами, складає 2040 пацієнтів на мільйон осіб тільки серед онкологічних хворих). На практиці пацієнту простіше відмовити, аніж полегшити його страждання.

Майже два тижні в одній із обласних лікарень жінка помирала від раку з «яскраво вираженим больовим синдромом». Лише після того, як добросердечна сусідка підняла шум і звернулася за допомогою в громадську організацію, жінці призначили опіоїдні анальгетики за день до її смерті.

Такі випадки на практиці непоодинокі: люди, які потребують опіоїдних анальгетиків не мають доступу до них взагалі або отримують його несвоєчасно. Опійні анальгетики — ліки, які треба призначати за показаннями. До того ж морфій — один із найменш токсичних лікарських засобів. Тільки у 2–3% пацієнтів може розвиватися наркотична залежність унаслідок застосування

цього виду знеболення у медичних закладах. Більшість же після одужання не відчують потягу або помирають (але не через наркотичні анальгетики, а від тяжкого захворювання).

В одній із районних лікарень Київської області потрапила хвора на рак молочної залози, їй було ампутовано залозу й руку. Лікарі вирішили не давати опійних знеболювальних: хвилювалися, щоб жінка із VI (!) стадією захворювання, якій залишилися лічені дні життя, не стала наркозалежною. Коли після втручання Всеукраїнської ради захисту прав і безпеки пацієнтів жінці ввели знеболення (вона нарешті глянула на своїх рідних очима без болю), поклали її на чисті простирадла, жінка по-людськи прожила кілька годин і померла спокійно, тихо, зі словами подяки.

У березні 2007 р. Б. був затриманий співробітниками міліції за підозрою у вчиненні злочину. Йому було пред'явлене обвинувачення і застосований запобіжний захід у вигляді «тримання під вартою». Справу було передано до Зміївського районного суду Харківської області.

У квітні 2007 р. під час перебування в СІЗО № 27 йому був виставлений діагноз — рак (гіпернефрома) лівої нирки Т3-4 N1 M1, метастатичний процес у легені 4/II кл. гр., хронічний цироз печінки.

Представник Б. неодноразово подавав до суду клопотання про зміну за-побіжного заходу, оскільки його стан був важким, проте жодне з них не було задоволено. Крім того, Б. примусово доставлявся на судові слухання за його справою (суд знаходиться в 50 км від СІЗО), що приносило йому величезні фізичні й моральні страждання.

Як до поміщення у СІЗО, так і під час перебування там, Б. постійно скаржився на болі. Йому було важко пересуватися, дихати. Судові слухання для нього були надзвичайно важкими, переносити їх він був не в змозі. Відповідно до довідки начальника медичної частини СІЗО, Б. надавалося симптоматичне лікування, у тому числі наркотичними анальгетиками, проте він стверджував, що кількість призначених йому препаратів недостатня у зв'язку з останньою стадією хвороби. Крім того, у СІЗО № 27 не було фахівця-онколога, тому заявник був підданий щоденним фізичним і душевним стражданням.

На підставі звернення до Європейського суду з прав людини щодо застосування правила 39 Регламенту Суду Б. був поміщений до обласної онкологічної лікарні, де йому було видалено злоякісну пухлину та проведене належне післяопераційне лікування, променева терапія тощо.

4.5. Порушення прав пацієнта на якісну медичну допомогу та на ефективне й адекватне знеболення

Багато паліативних пацієнтів, особливо, які одержують допомогу вдома, не отримують адекватного знеболення із застосуванням опіоїдних анальгетиків. За експертними даними, в Україні лише близько 10% з пацієнтів, які потребують опіоїдних анальгетиків, отримують їх. Ця сумна статистика свідчить про те, що більшість пацієнтів залишають цей світ, страждаючи від страшного болю, не маючи змоги отримати необхідну паліативну допомогу. Низький рівень застосування опіоїдних анальгетиків у системі охорони здоров'я України свідчить про незадовільний рівень доступності адекватного знеболення для невиліковно хворих пацієнтів.

Провідними світовими фармацевтичними компаніями досить давно виготовляються сучасні опіоїдні анальгетики у формі таблеток або пластирів, які мають тривалий та якісний знеболювальний ефект. Такі препарати в Україні майже не представлені на ринку через відсутність відповідних нормативно-правових актів.

У Європейській хартії прав пацієнтів, розробленій Активною громадянською мережею у співпраці з громадськими організаціями з 12 різних країн ЄС (2002), зроблено акцент на забезпеченні права на ефективне знеболення (ст. 11 «Право на попередження за можливості страждань і болю»). На жаль, у національній практиці людина, реалізуючи таку можливість, зіштовхується з низкою перепон.

В Україні медична допомога й обслуговування паліативних пацієнтів з вираженим больовим синдромом (це перш за все онкологічні хворі, хворі на СНІД) у передтермінальній стадії донедавна здійснювалося на основі ліміту наркотичних препаратів (так звана «доза Бабаяна» — 50 мг на добу). Таке застосування опіоїдних анальгетиків західні лікарі безспідставно називають «легалізовані катування». Така політика щодо застосування опіоїдних анальгетиків у терапевтичних цілях неприпустима та суперечить визнаним у світі міжнародним стандартам. Довготривалий біль формує складний багатокаскадний патофізіологічний процес, створюючи численні клінічні й психологічні синдроми. Біль в змозі повністю знищити людину як особистість. Він несе нестерпні страждання хворому й нерідко деформує його психіку, при цьому не виключений розвиток суїцидальної готовності.

Відсутність сучасних знеболювальних лікарських засобів та застосування виключно їх ін'єкційних форм, які вже не використовуються у багатьох

країнах, істотно впливає на якість наданої паліативної допомоги. Неінвазивні форми наркотичних анальгетиків пролонгованої дії, які підтримують постійну концентрацію препарату в організмі, можуть забезпечити безперервне якісне знеболення, наприклад фентаніловий пластир, тривалість анальгетичного ефекту якого — 72 години, або морфін для перорального застосування, який діє 12 год. Реєстрація та широке застосування таких препаратів в Україні допоможуть вирішити питання ефективного тривалого знеболення, доступності та своєчасності паліативної допомоги тяжкохворим у домашніх умовах.

Отримуючи опіоїдні анальгетики, пацієнт стикається з низкою проблемних питань, зокрема:

- 1) прив'язка до адміністративного району. Особливо гострою вона є для сільської місцевості, що пов'язано з віддаленістю сіл, селищ від районних центрів, де безпосередньо проводиться прийом необхідним лікарем. А також негативно впливає при використанні рецепту на опіоїдні анальгетики, що створює перешкоди для доступності необхідних препаратів;
- 2) відсутність механізму передачі інформації про пацієнта з одного закладу охорони здоров'я до іншого. Часто родичі перевозять хвору особу до себе, що пов'язано із забезпеченням належного догляду. В такому випадку виникає проблема отримання опіоїдних анальгетиків у разі невідповідності реєстрації місця постійного проживання фактичному місцю перебування;
- 3) часові затрати на відвідування лікаря. Це пов'язано з графіком прийому лікаря та з наявністю значних черг;
- 4) ускладнена процедура призначення опіоїдних анальгетиків. Для осіб, що страждають хронічним болем, призначення опіоїдних анальгетиків супроводжується розглядом комісії по доцільності призначення наркотичних лікарських засобів. Система призначення таких лікарських засобів надто ускладнена;
- 5) зволікання з призначенням опіоїдних анальгетиків, що, в тому числі, зумовлено відсутністю законодавчих норм, які б покладали на лікаря обов'язок призначати такі препарати, враховуючи потреби пацієнтів. Призначення опіоїдних анальгетиків є досить кропіткою роботою для лікарів, що пов'язано також з відповідальністю, яка мотивує їх швидше не призначати такі засоби, ніж призначати;
- 6) ускладнена процедура оформлення рецепту;

- 7) недостатня кількість аптек, де можна отримати опіоїдні анальгетики. Аптеки, у т. ч. приватні, не зацікавлені в реалізації опіоїдних анальгетиків, тому що це пов'язано з багатьма особливостями їх отримання, зберігання, реалізації та обліку, а також має наслідком численні перевірки з боку контролюючих органів. Це призводить до віддаленості аптек, які мають відповідну ліцензію, від споживачів;
- 8) ускладнення із застосуванням опіоїдних анальгетиків (парентеральних), оскільки за законодавством введення таких засобів має здійснюватися тільки медичними працівниками або в присутності медичних працівників;
- 9) відсутність альтернативних форм опіоїдних анальгетиків (пластир, сироп, свічки та інші), що унеможливорює самостійний прийом окреслених засобів.

На даному етапі для реалізації прав пацієнтів та міжнародних норм з паліативної допомоги, необхідно розробити та прийняти стандарти/клінічні протоколи надання паліативної допомоги і єдиний нормативно-правовий акт з регулювання обігу опіоїдних анальгетиків.

Ще однією проблемою, з якою стикаються надавачі паліативної допомоги та їхні пацієнти, є фінансові труднощі. Сьогодні в Україні, як свідчать результати досліджень, проведених Всеукраїнською асоціацією паліативної допомоги і Всеукраїнською радою захисту прав та безпеки пацієнтів, паліативні і хоспісні відділення лікувально-профілактичних закладів вкрай обмежені в ресурсах і не мають можливості забезпечити хворих навіть найнеобхіднішим: медичним обладнанням, ефективними знеболюючими, протипролежневими матрацами та іншими засобами медичного призначення. Але навіть недостатнє фінансування з бюджету розподіляється у такій пропорції: 70–80% витрачається на утримання закладу і тільки 20–30% на потребу пацієнтів.

А це все, звісно, свідчить про потребу негайних законодавчих змін і переоцінки державницьких фокусів, які породять трансформаційні процеси в медичній діяльності у цьому контексті.

4.6. Порушення права на доступність паліативного лікування

Окрім відсутності необхідного обсягу сучасних неін'єкційних опіоїдних анальгетиків, в Україні не вистачає спеціалізованих закладів (хоспісів або паліативних відділень), паліативних ліжок для невиліковно хворих людей, то-

му досить часто паліативні хворі в Україні не мають доступу до потрібної їм допомоги.

За підрахунками експертів ВООЗ, потреба в паліативній допомозі становить на 100 тисяч населення у середньому 7 стаціонарних ліжок і 10 ліжок для хворих, які потребують паліативної допомоги вдома. Виходячи з цього, в Україні повинно бути не менше 3,7 тисяч паліативних ліжок.

Щороку в нашій державі близько 1,5 млн. помираючих хворих та членів їхніх родин потребують паліативної і хоспісної допомоги — тривалого професійного догляду, адекватного знеболення, медико-соціальної опіки, морально-психологічної та духовної підтримки. Сьогодні, згідно експертних даних, менше як 10% пацієнтів у термінальній стадії захворювань отримують професійну паліативну і хоспісну допомогу у медичних закладах та вдома. А відтак, ситуація є критичною, адже близько мільйона громадян не можуть отримати необхідну для них паліативну та хоспісну допомогу. Незважаючи на наявність медичних показань, у зв'язку з обмеженою кількістю місць, хоспіси вимушені відмовляти у лікуванні невиліковно хворим пацієнтам.

Таким чином, в Україні задовольняється потреба у стаціонарній та амбулаторній паліативній допомозі лише незначної частки пацієнтів. У результаті — тисячі пацієнтів у термінальній стадії онкологічних та багатьох хронічних невиліковних захворювань, які потребують паліативної та хоспісної допомоги, помирають вдома наодинці, страждаючи від болю, депресії, інших симптомів захворювань, за відсутності необхідного знеболення, професійного догляду, соціальної та психологічної підтримки.

На сході України в одному із медичних закладів пацієнту Н. було відмовлено у наданні паліативної допомоги. Свою відмову медичні працівники аргументували переповненням паліативного відділення та відсутністю стаціонарного ліжка для хворого. За фактом даного порушення працівниками прокуратури порушено кримінальну справу.

4.7. Порушення права на правову допомогу

Попри гарантоване ст. 59 Конституції України право кожного на правову допомогу, що передбачає її доступність для всіх, хто її потребує, паліативні хворі, за незначним виключенням, не можуть її отримати. Звернення за правовою допомогою до приватної юридичної фірми, як правило, є додатковим

(поряд із сплатою, для прикладу, за медикаменти) фінансовим тягарем для самого хворого та його сім'ї. Окрім фінансових затрат, слід пам'ятати, і про стан здоров'я таких осіб, неможливість їх, як правило, прибути за місцем надання такої допомоги, потреба користуватись викликом правників за місцем свого перебування (стаціонар, дім тощо), що теж впливає на майновий аспект послуги. Подекуди трапляються випадки небажання фахівців надавати правову допомогу з огляду на обставини (зокрема, майнові, географічні). Забезпечення у закладах охорони здоров'я, які надають паліативну і хоспісну допомогу, умов для надання кваліфікованої юридичної допомоги залишається практично нездійсненим завданням.

Більшість опитаних паліативних хворих та їх близьких (близько 75%), позитивно відносяться до ідеї функціонування у хоспісних відділеннях юридичного супроводу, який би полягав у можливості отримання безоплатної (чи за доступну плату), кваліфікованої, своєчасної правової допомоги. На думку опитаних, це дозволило б ефективно, без зайвого клопоту і додаткових фінансових витрат, вирішувати, зокрема, проблеми з оформленням пільг (наприклад, по інвалідності або виплат сім'ї, що втратила годувальника), розпорядженням майном: складанням заповіту й оформленням спадщини (або договору дарування). Для невиліковно хворих осіб працездатного віку, що мають дітей, найважливішою проблемою є вирішення питання щодо майбутнього останніх, а також щодо захисту права власності.

4.8. Порухення права на обрання собі помічника

Відповідно до ст. 78 Цивільного кодексу України кожна дієздатна фізична особа, яка за станом здоров'я не може самостійно здійснювати свої права та виконувати обов'язки, має право обрати собі помічника. На сьогодні чи не найбільшу потребу в помічниках відчувають саме паліативні хворі. На жаль, чинне законодавство України не регламентує правового статусу помічника паліативного хворого. Тому для визначення обсягу повноважень останнього, ми повинні використовувати загальні положення про помічника, що закріплені в Цивільному кодексі України. Для призначення помічника особа, яка потребує такої допомоги, повинна звернутися з відповідною заявою до органу опіки і піклування. Орган опіки і піклування реєструє помічника, про що видає відповідний документ. Помічник має право на одержання пенсії, аліментів, заробітної плати, поштової кореспонденції, що належать фізичній

особі, яка потребує допомоги. Помічник має право вчиняти дрібні побутові правочини (відповідно до п. 1 ч. 1 ст. 31 Цивільного кодексу України, правочин вважається дрібним побутовим, якщо він задовольняє побутові потреби особи, відповідає її фізичному, духовному чи соціальному розвитку та стосується предмета, який має невисоку вартість) в інтересах особи, яка потребує допомоги, відповідно до наданих йому повноважень.

Помічник представляє особу в органах державної влади, органах влади Автономної Республіки Крим, органах місцевого самоврядування та організаціях, діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення. Помічник може представляти фізичну особу в суді лише на підставі окремої довіреності. Послуги помічника є оплатними, якщо інше не визначено за домовленістю сторін. Помічник може бути у будь-який час відкликаний особою, яка потребувала допомоги. У цьому разі повноваження помічника припиняються.

На жаль, у зв'язку недостатньою правовою обізнаністю пацієнтів та працівників паліативних відділень і хоспісів, паліативні хворі вкрай рідко реалізують своє право на вибір помічника, який міг би надавати їм кваліфіковану допомогу, а відтак, позбавити від значної кількості турбот, як самих пацієнтів, так і членів їхніх сімей.

4.9. Порухення права на медичну інформацію

Причинами порушення окресленого права є відсутність необхідних правових знань у медичного персоналу, загалом, і, зокрема, серед тих, які надають паліативну допомогу. А, як наслідок, поширеність порушень права людини на отримання достовірної і повної інформації про стан свого здоров'я, яке гарантоване ст. 285 Цивільного кодексу України, ст. 39 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Здійснення цього права в обсягах, гарантованих законодавством, пов'язане із реалізацією низки інших прав, зокрема, права власності, права на свободу віросповідання, прав на згоду чи відмову від медичного втручання, права на вибір методів лікування за рекомендацією лікаря.

Трапляються випадки, коли через правову необізнаність діагноз спочатку повідомляють родичам пацієнтів. Родичі ж, керуючись «благими намірами», замовчують діагноз і перед самим пацієнтом, і перед іншими родичами. Це призводить до ситуацій, коли сам хворий до останнього сподівається на

одужання, однак внаслідок відсутності ефекту від лікування, втрачає довіру до лікуючого лікаря і звертається до різних цілителів, знахарів та екстрасенсів. Врешті це призводить до значного погіршення стану хворого і передчасному виникненню ускладнень, розладів функцій життєдіяльності та розвитку сильного больового синдрому. Сам хворий через марні сподівання, шукаючи спасіння у нетрадиційній медицині, не лише ускладнює тим самим перебіг хвороби і зазнає значних фінансових витрат, а й втрачає час для спілкування з близькими людьми або релігійним наставником, оформлення заповіту, спадщини або інших юридичних документів.

Нормативні умови здійснення цього права, відповідно до ч. 3 ст. 285 Цивільного кодексу України, ч. 4 ст. 39 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», мають певні межі, які полягають у можливості медичного працівника надати неповну інформацію про стан здоров'я фізичної особи, обмежити ознайомлення з окремими медичними документами. Зазначене право, з одного боку, покликане не шкодити процесові лікування пацієнта, негативно не впливати стан його здоров'я, а з іншого, — може породжувати недотримання низки пов'язаних з цією можливістю прав, про що йшлося вище.

4.10. Проблеми спеціалізованої паліативної допомоги

4.10.1. Надання паліативної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям та їх близьким.

Протягом останніх років епідеміологія ВІЛ-інфекції в педіатрії значно змінилася. Це відбулося у результаті багатьох факторів, включаючи розвиток АРТ в лікуванні ВІЛ-інфекції.

Надання паліативної допомоги дітям з ВІЛ і їх родинам є комплексним і професійно складним завданням. Діти на різних стадіях розвитку мають різні потреби і труднощі, зокрема при прийомі ліків. В основному вони покладаються на дорослих, які за ними доглядають. При розробці стратегії паліативної допомоги для дитини необхідно враховувати по-перше, вік, а по-друге — потреби дитини, так і того, хто за нею доглядає. Дуже важливо зважати на те, чи знає сама дитина про діагноз. Якщо так, то наскільки точно вона розуміє мету терапії і допомоги, що надається загалом, наскільки вона залучена до процесу обговорення проблем. Модель сімейного догляду допомагає боротись з такими проблемами.

4.10.2. Надання паліативної допомоги ВІЛ-інфікованим

Наркотичні знеболювальні препарати можуть і повинні застосовуватися у медичному компоненті паліативної допомоги для полегшення й усунення болю у пацієнтів з ВІЛ-статусом, які мають в анамнезі тривале вживання наркотиків.

У багатьох споживачів ін'єкційних наркотиків, які живуть з ВІЛ, після діагностики захворювання, що становить загрозу для життя, різкого зниження вживання наркотичних засобів не спостерігається. Це чітко проявляється у тих випадках, коли люди тривалий період вживають психотропні речовини та знаходяться у складних життєвих обставинах. У таких випадках перша діагностика захворювання, що становить загрозу для життя, часто відбувається за кілька місяців або тижнів перед смертю. Відповідно тривалість надання паліативної допомоги таким людям незначна, можливість допомоги розв'язати майбутні проблеми мінімальна.

При вирішенні питання про призначення адекватної програми фармакологічного впливу з метою зняття болю для ВІЛ-інфікованих, що вживають наркотики або мають в анамнезі такі дані, доцільно опиратися на класифікацію анальгетиків залежно від важкості болю, запропоновану експертами ВООЗ. Такий підхід дає можливість вибору анальгетиків залежно від природи больового синдрому (наприклад, неврологічний або соматичний біль).

Для полегшення й усунення болю при ВІЛ-інфекції у споживачів ін'єкційних наркотиків у діапазоні інтенсивності від легких до середньої важкості рекомендується призначати як ненаркотичні анальгетики (НПЗЗ і ацетамінофен), так і опіоїдні анальгетики.

При постійному болю, а також при болю у діапазоні інтенсивності від середньої тяжкості до важкого варто застосовувати опіоїдні анальгетики. Допоміжні засоби (наприклад, проносні і психостимулюючі препарати) можуть бути корисними не тільки в профілактиці, й в усуненні побічних ефектів опіоїдів (запорів й седативної дії). У комбінації з опіоїдами й НПЗЗ на всіх рівнях аналгезії цілком можуть бути застосовні допоміжні анальгетики, наприклад, засоби з груп антидепресантів і протисудомних препаратів, але особливу користь ці препарати можуть мати при використанні їх з метою полегшення і усунення неврологічного болю. Оптимальна тактика полегшення і усунення болю заснована на мультимодальному і багатопрофільному підході: вона включає як фармакологічні, так і нефармакологічні методи впливу.

4.10.3. Соціально-психологічна і духовна підтримка при ВІЛ-інфекції

ВІЛ-інфекція належить до захворювань з тривалим перебігом. Без сумніву, що застосування антиретровірусної терапії дозволяє продовжити період активної життєдіяльності пацієнтів, знизити ризик виникнення важких опортуністичних інфекцій, таких як цитомегаловірусний ретиніт, пневмоцистна пневмонія, мікобактеріальна інфекція та інших, підвищити якість їхнього життя. Однак, незважаючи на очевидні досягнення останніх років, ВІЛ-інфекція, як і раніше, належить до захворювань з несприятливим прогнозом, оскільки видужання поки що неможливе.

Епідемія ВІЛ-інфекції призвела до появи в суспільстві упередженого ставлення, дискримінації інфікованих людей. У результаті стигматизації відбувається зниження соціального статусу людини, що заразилася цією інфекцією.

Рекомендації

Дуже важливим для правильного розуміння, а відтак, й удосконалення законодавства, відшліфувати глосарій у сфері паліативної і хоспісної медицини. Так, у Наказі МОЗ України від 03.07.2007 р. №368 «Про затвердження Клінічного протоколу надання паліативної допомоги, симптоматичної та патогенетичної терапії хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД» дається визначення паліативної допомоги: «Паліативна допомога — вид медичної допомоги, котрий спрямований на покращення якості життя пацієнтів і членів їх родин (сімей), які стикаються з проблемами невиліковної хвороби. У той час як специфічне (або етіотропне) лікування спрямоване на зміну перебігу хвороби, паліативна допомога повинна бути зосереджена на профілактиці і зменшенні страждань, які виникають на тлі прогресуючого захворювання. Раннє виявлення, визнання проблеми і ефективне лікування болю або інших фізичних, психосоціальних і духовних проблем — реквізити для забезпечення якісної паліативної допомоги». У цьому ж Наказі визначено й складові поняття паліативна допомога. Остання є цілісним підходом, що складається з медичного, соціального, психологічного та духовного компонентів. Отже, виправдано постає кілька зауваг до запропонованого нормативного визначення, а саме:

- паліативна допомога — вид медичної допомоги:
 - 1.1 до структури паліативної допомоги входить не лише медична складова, а й соціальні, психологічні та духовні компоненти, що впливає з аналізу зазначеного підзаконного акту.

- 1.2 за визначенням ВООЗ «медична допомога — це профілактика, лікування та менеджмент хвороби, а також збереження фізичного та психічного добробуту людини шляхом надання належних послуг медичними працівниками та іншими фахівцями системи охорони здоров'я». Український законодавець визначив поняття медичної допомоги у Постанові Кабінету Міністрів України «Про затвердження Програми подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги» від 11.07.2002 № 955 як вид діяльності, який включає комплекс заходів, спрямованих на оздоровлення та лікування пацієнтів у стані, що на момент її надання загрожує життю, здоров'ю і працездатності та здійснюється професійно підготовленими працівниками, які мають на це право відповідно до законодавства.
- 1.3 як бачимо, жодне з визначень медичної допомоги не включає до своєї структури тих елементів, які за законодавством належать до паліативної допомоги. З аналізу дефініцій «медична допомога» і «паліативна допомога» випливає, що вони відповідно співвідносяться як ціле і частина. З тлумачення визначень вимальовується певний дисбаланс, коли один з видів медичної допомоги за своїм обсягом ширший за загальне поняття.
- 2) у наукових джерелах побутує думка, що більш влучним і коректним буде визначення паліативної допомоги через медико-соціальну допомогу, що теж не позбавлено певних об'єднаних недоліків.
 - 2.1 українське законодавство не містить дефініції медико-соціальної допомоги.
 - 2.2 національний нормотворець визначив окремо, що таке медична і соціальна допомоги. У Законі України «Про соціальну реабілітацію інвалідів в Україні» передбачено, що соціальна допомога — система заходів, спрямованих на повернення особи до активного життя та праці, відновлення соціального статусу і формування в особи якостей, установок щодо пристосування до умов нормальної життєдіяльності шляхом правового і матеріального захисту її існування, підготовки до самообслуговування з формуванням здатності до пересування і спілкування, повсякденних життєвих потреб тощо (ст. 1).
 - 2.3 при поєднанні цих двох термінів, дефініції яких проаналізовані вище, все ж не буде забезпечено закріплення змісту й обсягу

поняття паліативна допомога, враховуючи його складові, що вже нормативно визначені.

2.4 доречно, враховуючи законодавчі тенденції, використовувати уніфікований підхід до нормотворення і визначати паліативну допомогу через комплекс заходів, які становлять у своїй взаємопов'язаній і взаємозалежній сукупності це аналізоване багатогранне поняття.

Отож, паліативна допомога — це система медичних, соціальних, психологічних та духовних заходів, спрямованих на покращення якості життя пацієнтів, які мають невиліковну хворобу та обмежений прогноз життя, а також членів їхніх сімей.

- 3) недоцільним видається, використання терміну родина, оскільки на сьогодні більш усталеним є вживання терміну сім'я, у тому числі в законодавстві у сфері охорони здоров'я.
- 4) у дефініції паліативної допомоги містяться також критерії якості надання досліджуваного виду допомоги, але законодавець позначає їх як реквізити. Хоча семантично це слово, яке з латини означає необхідне, потрібне, може використовуватись, але з контексту зрозуміло, що йдеться саме про «мірило для визначення, оцінки предмета, явища», тобто про критерії, а не реквізити.
- 5) ще одним ключовим терміном аналізованої царини є поняття «хоспіс». На сьогодні різні підзаконні нормативно-правові акти по-різному визначають статус цих закладів. Так, у Наказі МОЗ України «Про затвердження переліку закладів охорони здоров'я, лікарських провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я» від 28.10.2002 № 385 *хоспіс* визначається як лікувально-профілактичний заклад для надання медичної допомоги невиліковним хворим, що функціонує за рахунок місцевого бюджету, додаткового фінансування підприємствами, спонсорами, добродійних пожертвувань організацій, фізичних та юридичних осіб. Іншим статусом такого виду заклад наділяється у Наказі МОЗ України № 866 від 27.12.2007 р. «Про затвердження примірних положень про хоспіс та відділення паліативної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію та СНІД», де закріплено, що *хоспіс* є спеціалізованим медико-соціальним закладом, що створюється для цілодобового кваліфікованого догляду, надання медичної та соціальної допомоги, включаючи забезпечення паліативної та симптоматичної

допомоги, психологічної та соціальної підтримки хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД у термінальній стадії, а також психологічної та соціальної підтримки родичів хворого на період хвороби та втрати ними рідного.

- 5.1 як бачимо, ключовою відмінністю є те, що в одному документі нормотворець визначає хоспіс як лікувально-профілактичний заклад, і, як не дивно, цей же нормотворчий орган в іншому акті закріплює за хоспісом статус медико-соціального закладу. Звісно, що від чіткого та уніфікованого підходу до цього питання, залежатиме й функціонування таких закладів, і визначення їх компетенції тощо.
- 5.2 також, для прикладу, «кидається в очі» в дефініції поняття «хоспіс», закріпленої в Наказі МОЗ України № 866 від 27.12.2007 р. «Про затвердження примірних положень про хоспіс та відділення паліативної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію та СНІД», і певна тавтологія. Зокрема, йдеться про забезпечення паліативної та симптоматичної допомоги, психологічної та соціальної підтримки. З аналізу нормативного поняття паліативної допомоги, випливає, що до її змісту включено психологічну й соціальну складові. Відтак, при визначенні статусу хоспіса, слід усунути дублювання й подвійну регламентацію.

Резюмуючи, слід відзначити, що за співпраці фахівців МОЗ України та Інституту паліативної та хоспісної медицини наприкінці 2010 р. було розроблено проект Наказу МОЗ України «Про організацію діяльності та функціонування закладу охорони здоров'я особливого типу «Хоспіс», відділення/палати паліативної та хоспісної медицини та спеціалізованої мультидисциплінарної мобільної бригади паліативної допомоги «Хоспіс на дому», який має на меті удосконалення порядку надання паліативної та хоспісної допомоги та створення служби паліативної та хоспісної медицини, що сприятиме покращенню якості життя громадян шляхом забезпечення доступності хворих у термінальній стадії захворювання та їхніх родин до надання паліативної і хоспісної допомоги, передбачає комплексне розв'язання актуальної проблеми покращання доступності паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Досягнення зазначеної мети може бути реалізовано шляхом створення в Україні сучасної системи паліативної допомоги, забезпечення функціонування закладів охорони здоров'я особливого типу «Хоспіс» та їх належного матеріально-технічного оснащення.

Розділ 5

Права людей, що вживають наркотики³²

5.1. Доступ до замісної терапії

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

Україна на себе взяла низьку зобов'язань на міжнародному рівні щодо зміни ситуації. Одним з таких зобов'язань є запровадження замісної підтримувальної терапії (далі — ЗПТ).

У доповіді виконавчого директора Комісії з наркотичних засобів Економічної та Соціальної Ради ООН на П'ятдесят третій сесії у Відні 8–12 березня 2010 року «Застосування заходів у зв'язку із розповсюдженням ВІЛ/СНІД та інших хвороб, що передаються через кров, серед людей, що вживають наркотики» було запропоновано державам-учасникам, серед іншого:

«...

- b) розробити у галузі охорони здоров'я програми, пов'язані із наркотиками, що сприяють профілактиці зловживання наркотиками та по-

³² Розділ підготовлений Ігорем Скалько (Миколаївська асоціація ВІЛ-інфікованих «Час життя»).

- легшують доступ наркоспоживачів до різних форм профілактики, лікування та догляду у зв'язку із наркозалежністю, а також ВІЛ/СНІДом, гепатитом та іншими хворобами, що передаються через кров,
- с) активізувати зусилля з забезпечення доступу наркоспоживачів та їхніх сімей до служб медичного і соціального забезпечення без жодної дискримінації і, у разі необхідності, співпрацювати із відповідними неурядовими організаціями,
 - д) забезпечити ... доступ до різних видів лікарської терапії, вакцинації та інших заходів, що узгоджуються з міжнародними договорами щодо контролю над наркотиками і, як свідчить практика, сприяють зниженню ризику розповсюдження ВІЛ,СНІДу, гепатиту і інших хвороб, що передаються через кров, через осіб, що вживають наркотики шляхом ін'єкцій...»

Щодо законодавства України загальне право людини на отримання медичної допомоги, яке міститься в статті 49 Конституції України рівним чином включає право на одержання наркозалежними особами ЗПТ як виду медичної допомоги.

Законом України від 19.02.2009 року було затверджено Загальнодержавну програму забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки, за напрямком «Розширення сфери застосування методу замісної підтримувальної терапії» (п. 2 Розділ III Плану заходів). Програма передбачає розширення доступу споживачів ін'єкційних наркотиків до ЗПТ та реабілітаційних програм. Від реалізації програми очікується забезпечення доступу до замісної підтримувальної терапії та реабілітаційних програм не менше ніж 20 тис. споживачів ін'єкційних наркотиків.

Після внесення змін до закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» 23 грудня 2010 року з'явилася норма, яка передбачає використання ЗПТ для осіб, які страждають на наркотичну залежність та створення умов для заміни використаних ін'єкційних голків і шприців на стерильні із подальшою їх утилізацією з метою запобігання поширення ВІЛ-інфекції серед осіб, які вживають наркотичні засоби та психотропні речовини ін'єкційним способом, за допомогою методу програм реабілітації таких осіб та програм зменшення шкоди.

У цьому напрямку також слід відзначити відповідні Накази Міністерства охорони здоров'я, які були затверджені ще раніше зазначених вище законів.

Наказом від 19 серпня 2008 року був затверджений стандарт лікування ВІЛ-позитивних людей, які є споживачами ін'єкційних наркотиків. Він передбачає лікування наркозалежності, у тому числі з допомогою замісної терапії, як важливого компонента допомоги ВІЛ-інфікованим

10 листопада 2008 року Міністерство охорони здоров'я затвердило методичні рекомендації «Замісна підтримувальна терапія в лікуванні із синдромом залежності від опіоїдів», які передбачають надання замісної терапії, як найефективнішого засобу фармакологічного лікування опіоїдної залежності. У вказаних методичних рекомендаціях визнається, що у результаті численних контрольованих випробувань, широкомасштабних довготривалих досліджень і оцінок програм отримано узгоджені дані щодо того, що внаслідок застосування цього методу зазвичай істотно скорочується вживання заборонених опіоїдів, знижується рівень злочинності та смертності внаслідок передозування, а також зменшується кількість випадків поведінки з високим ризиком інфікування ВІЛ.

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

На сьогоднішній день в програмі, яка заснована на метадоні та бупренорфіні беруть участь вже більше 6 000 пацієнтів. Але це не охоплює і половини тих, хто потребує ЗПТ. Розширення програмування відбувається важко і з великою напругою. Ті люди, які зараз отримують ЗПТ і лікарі, задіяні в програмі, стикаються іноді з серйозними труднощами і ризиком скорочення програми. Основною причиною такого протистояння можливо є захист інтересів продавців нелегальних наркотиків, у яких з'явився потужний конкурент в особі держави. Більш того, за численними свідченнями наркозалежних, вже близько десяти останніх років торгівля нелегальними наркотиками повністю контролюється органами міліції, особливо тими підрозділами, які створені для боротьби з незаконним обігом наркотиків. Завдання замісної терапії — поліпшити якість життя людей з наркотичною залежністю, вивести їх із кримінальної відповідальності та скоротити вживання нелегальних наркотиків. Таким чином — ЗПТ виводить з незаконного обороту великі гроші і зменшує прибутки торговців наркотиками.

На цей час замісна терапія на Україні працює тільки на базі психіатричних лікарень, наркологічних та протитуберкульозних диспансерів, СНІД-центрів, лікарень загального профілю, що мають ліцензію на роботу з наркотичними препаратами, в окремих містах, але багато з них вже напрацювали досвід стабільної та ефективної роботи. Слід також зазначити, що хоча держава взяла на себе зобов'язання щодо часткового фінансування програм ЗПТ, закріпивши це в Загальнодержавній програмі забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки, зобов'язання не виконується. Всі програми працюють за рахунок коштів міжнародних благодійних організацій. Склалася ситуація, коли кількість пацієнтів програми ЗПТ згідно з планом Загальнодержавної програми збільшується, а витрати з її утримання скорочуються, що не може не позначитися на якості медико-соціальних послуг, знижує ефективність програми замісної терапії в цілому. У деяких випадках програми замісної терапії стикаються з обмеженнями та заборонами органів місцевого самоврядування.

17 березня 2009 Севастопольська міська рада ухвалила рішення про заборону використання об'єктів нерухомості (приміщень) комунальної власності для впровадження «метадонової програми». Рішення було обґрунтоване тим, «що заміною одного наркотику (героїну) дешевшим синтетичним наркотиком — метадоном, що має більш сильний наркозалежний ефект, неможливо зупинити зростання наркоманії в Україні» та згубні наслідки для суспільства від легалізації штучного наркотику — метадону в Україні. Фактично це рішення стало підставою для припинення метадонової терапії у Севастополі. За позовом психіатричної лікарні, на базі якої проводилася метадонова програма, це рішення було скасовано, як незаконне. Слід зазначити, що це було заслугою лікарів, які виступили на захист своїх пацієнтів. Випадки подібних рішень органів місцевого самоврядування та їх скасування в судовому порядку мали місце і в інших регіонах України.

У таких установах як ізолятори тимчасового тримання, слідчі ізолятори та виправні колонії замісна терапія не надається, незважаючи на те, що наркозалежних, в тому числі і пацієнтів ЗПТ, часто беруть під варту. Механізм надання замісної терапії людям, що перебувають під вартою не розроблений, немає відповідного підзаконного акту, спільної інструкції зацікавлених відомств (МОЗ, МВС, Департаменту з виконання покарань), не передбачено додаткового фінансування служб, які могли б охороняти заарештованих в наркології, відсутній відповідний медичний персонал і не розроблена процедура отримання даними установами ліцензії на наркотичні речовини. У результаті,

люди після їх взяття під варту відчувають важкі фізичні і психологічні страждання через неможливість продовження лікування. Тільки в Миколаївській області за 2009 рік громадським організаціям регіону стало відомо про 35 випадків відмови в наданні замісної терапії працівниками міліції затриманим клієнтам ЗПТ. У Херсонській області працює програма замісної терапії в трьох містах області — Херсоні, Новій Каховці та Скадовську. Соціальні працівники, які працюють у програмі надання ЗПТ на Україні наголошують на проблемі надання ЗПТ після затримання пацієнтів програми замісної терапії, намагаються вирішити її різними способами.

Пацієнта замісної підтримуючої терапії, що проводиться на базі Миколаївської центральної районної лікарні затримали співробітники УБОЗ за підозрою в скоєнні злочину. Пацієнт Р. на момент арешту приймав 225 мг метадону (при середній дозі в Україні — 75 мг).

Директор і юрист місцевої неурядової організації, що здійснює соціальний супровід клієнтів того ж дня зустрілися з керівництвом управління боротьби з організованою злочинністю (далі — УБОЗ) для вирішення питання про проведення медичних заходів (у тому числі детоксикації в умовах стаціонару). Однак питання не було вирішене через відсутність механізму отримання наркотичного препарату особами, що знаходяться під вартою.

Суд, ухвалюючи рішення про арешт Р., розглянув заявлені громадською організацією клопотання на адресу начальника УБОЗ і на адресу суду про неприпустимість переривання лікування Р., відклав вирішення питання про арешт до десяти діб і зобов'язав УБОЗ з'ясувати, чи може знаходитися за цей час може міститися підслідний в СІЗО. Не дивлячись на довідку лікарів обласного наркологічного диспансеру (рішення приймалося колегіально) про неможливість переривання лікування метадоном і підтверджуючі це свідчення лікаря-нарколога, суд виніс постанову про тримання Р. під вартою, апеляційний суд залишив цю постанову чинною. Працівники міліції до винесення судом вироку організували щоденне конвоювання Р. до Миколаївської центральної районної лікарні для прийому метадону. Після того, як слідчий ізолятор відмовився приймати Р. у зв'язку зі станом його здоров'я, УБОЗ організував охорону і Р. наразі проходить курс детоксикації в стаціонарному відділенні обласного наркодиспансеру.

Цей випадок виявився першим в практиці Миколаївського регіону, і таке ставлення міліції до пацієнта замісної терапії є скоріше винятком із правила. В інших аналогічних випадках пацієнтів програми ЗПТ заарештовували і поміщали в ІТТ, а потім в СІЗО без надання замісної терапії.

Керівництво Миколаївського слідчого ізолятора у січні 2011 року прийняло рішення про надання медичної послуги у вигляді проведення детоксикації двох засуджених, у тому числі позбавленому волі П., який до набрання чинності вироком суду і поміщення до СІЗО приймав метадон у програмі замісної терапії в Миколаївській ЦРЛ. Протягом місяця, конвой СІЗО доставляв П. до лікарні, в кабінет видачі метадону, де під наглядом лікаря йому було знижено дозування з 100 мг до 15 мг метадону. Однак, згодом, керівництво СІЗО, що прийняло таке рішення, отримало стягнення від вищестоячого керівництва за «нецільове використання коштів (транспорт, конвой), тому що проведення таких заходів не входить до їх функціональних обов'язків. У результаті, така практика надання медичної допомоги була припинена Миколаївським СІЗО.

У іншому випадку 9 вересня 2009 року до Полтавського обласного наркологічного диспансеру співробітниками Полтавського РВ УМВС області з метою отримання препарату був доставлений пацієнт програми ЗПТ Буцький В.Є, який на той час знаходився під вартою. Працівники міліції наполягали на тому, щоб препарат був виданий їм на руки, отримавши відмову медперсоналу, не дозволили Буцькому прийняти препарат, відвезли його назад до ІТТ. Більше затриманий не доставлявся на програму для отримання ліків.

В серпні місяці двоє наркозалежних, які приймали замісну терапію, були затримані Новакаховським РВ. Згідно постанови суду, на період слідства вони повинні були утримуватися в спец закладах. Коли їх привезли до Херсонського СІЗО, їх відмовилися приймати, посилаючись на необхідність стаціонарного лікування (при тому, що в СІЗО не має власного нарколога). В обласному наркодиспансері лікар оглянув їх і написав, що вони можуть утримуватися в спец закладах, виписавши рекомендації. В СІЗО відмовилися їх приймати. Після втручання помічника Міністра з дотримання прав людини та голови благодійного фонду «Мангуст», придбання батьками ліків за списком, особи були поміщені до СІЗО. Як з'ясувалося через два тижні, ліки не надавалися і в одного з наркозалежних стався інсульт.

Аналогічні ситуації із клієнтами замісної терапії сталися в Севастополі та Полтаві.

Великою проблемою залишається незаконне затримання наркозалежних пацієнтів програм ЗПТ, у т.ч. безпосередньо на території лікувально-профілактичних закладів, обшук та перевірка їх на причетність до незаконного обігу наркотиків без необхідних на те підстав. У процесі отримання замісної терапії клієнти піддаються ризику незаконного затримання, оскільки у співробітників міліції існує практика чергування біля лікарень, де надається ЗПТ. Робиться це для того, щоб зібрати додаткову інформацію про наркозалежних і показати результати роботи з контролю за обігом наркотиків для звітності.

При виході з лікарні споживачів метадону обшуковують працівники міліції. Міжнародний Альянс по ВІЛ/СНІД на Україні констатувала системні факти порушення прав наркозалежних, які отримують замісну терапію на базі обласного наркологічного диспансеру в м. Суми з боку співробітників сумського міського управління МВС України.

В період з 25 вересня до 2 грудня 2009 року перед облнаркодиспансером (вул. Металургів, 17) практично щодня зранку чергували автомашини з працівниками ВБНОН. Безпосередньо на території або в районі облнаркодиспансеру працівниками міліції затримувалися усі 50 пацієнтів програми ЗПТ, багатьох затримували неодноразово. Пацієнти доставлялися працівниками міліції до Сумського МУ ГУМВС за адресою вул. Першотравнева 21, де їх фотографували та дактилоскопували як підозрюваних або правопорушників. Затримання не були оформлені належним чином, багатьом пацієнтам не було надано можливості вчасно згідно графіку отримати лікарський препарат, що має прийматися щоденно. За місцем проживання окремих пацієнтів було проведено огляди без оформлення необхідних процесуальних документів. До усіх пацієнтів було застосовано принизливу процедуру проведення дослідження на наявність нелегальних наркотичних речовин у їх сечі, «добровільний» дозвіл на що від пацієнтів отримувався із застосуванням психологічного та іншого тиску. Чисельні спроби оскаржити незаконні дії працівників міліції з боку самих пацієнтів через ГУМВС та прокуратуру не призвели до виправлення ситуації, лише ускладнювали її.

17.09.2009 р. співробітник Жовтневого районного відділу УМВС України у Полтавській області Одуд намагався без пояснень затримати пацієнта програми ЗПТ прямо у приміщенні лікувального закладу. На зауваження лікаря і медичної сестри щодо дотримання розпорядку та правил поведіння у медичній установі висловлював зухвалу неповагу, застосовуючи виключно ненормативну лексику. Використовуючи службове положення своїми діями, працівник міліції перешкоджав видачі лікарського препарату, а також порушував права пацієнта на отримання медичної допомоги.

Крім того, знаючи, що споживачі наркотиків отримують в лікарні метадон, співробітники міліції використовують цю ситуацію для затримання тих з них, хто водить автотранспортні засоби, відразу після отримання метадону і накладають адміністративні стягнення за водіння в стані наркотичного сп'яніння.

Біля центральної районної лікарні в м. Нова Одеса, де отримували замісну терапію, протягом тривалого періоду регулярно чергували співробітники ДАІ.

Вони пропонували клієнтам замісної терапії після отримання метадону пройти огляд на стан наркотичного сп'яніння. У клієнта, який відмовився пройти це огляд, вилучили посвідчення водія і зажадали доказів, що він не вживає наркотичні засоби для повернення водійських прав.

У багатьох інших випадків, співробітники ДАІ Миколаївської області шантажували пацієнтів замісної терапії проведенням медичної експертизи, вимагаючи хабара. У деяких випадках, співробітники ДАІ, вступаючи в злочинну змову з медичними експертами, фабрикували протоколи про управління транспортними засобами в стані наркотичного сп'яніння. За свідченням затриманих водіїв, працівники ДАІ передавали грошову винагороду (хабар) медичному експерту, і останній давав висновок про нібито наявне наркотичне сп'яніння водія, підтверджуючи висновок фальсифікованим актом дослідження сечі на наркотичні речовини.

Крім того, деякі лікарські препарати, наприклад ефаверенз (входить до складу ВААРТ), або знеболюючий препарат ібупрофен можуть давати (в залежності від якості та виду тест-системи) хибно позитивний результат на канабіноїди. В такому разі, експерт ігнорує фізіологічний стан водія та дає висновок про факт наркотичного сп'яніння. Суди майже ніколи не вимагають з наркології акт обстеження (цей документ згідно законодавства складається у одному примірнику, затриманим водієм не підписується та зберігається в наркології), а користуються для прийняття рішення тільки висновком. Має також практика «тривалого обстеження». Це такий спосіб фальсифікації, коли лабораторне дослідження триває кілька днів і про результати водій може дізнатися через три дні. Таким чином, якщо в аналізах знайдуть якусь психоактивну речовину, видається висновок — наркотичне сп'яніння. Спростувати цей висновок неможливо, оскільки обстеження на сп'яніння є дійсним згідно з законодавством не пізніше 2-х годин після затримання ДАІ, повторне обстеження не має сенсу.

Слід зазначити, що огляд на стан сп'яніння проводиться закладами охорони здоров'я, перелік яких затверджений начальниками управлінь охорони здоров'я. Це право переважно надане тільки обласним наркологічним диспансерам. Оскаржити висновок наркодиспансера можна лише керівництву наркодиспансеру, повторну експертизу провести там же де і попередню. У випадку розгляду справи у суді чи прокуратурі, підтверджуючі документи надаються наркодиспансером, який має все можливості змінити їх зміст.

28 січня 2009 року Міністерство охорони здоров'я України прийняло наказ «Про здійснення заходів щодо реалізації Порядку направлення водіїв

транспортних засобів для проведення огляду з метою виявлення стану алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або перебування під впливом лікарських препаратів», згідно з яким на головні управління охорони здоров'я обласного рівня був покладений обов'язок вжити заходів щодо розширення мережі закладів охорони здоров'я, яким надається право на проведення огляду водіїв транспортних засобів з метою виявлення стану алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння. Щодо можливості проведення такого огляду окремими лікарями та фельдшерами у необхідності, наказом передбачено вжити заходів щодо організації спеціальної підготовки лікарів та фельдшерів. Управління охорони здоров'я Харківської обласної адміністрації затвердило наказ на виконання наказу Міністерства охорони здоров'я та затвердило перелік з двадцяти восьми лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я, які можуть перевіряти стан алкогольного, наркотичного, та іншого сп'яніння. Двадцять сім з цих закладів — районі лікарні³³. Але це поодинокий випадок, загалом ситуація не змінилася.

Оскільки робота співробітників міліції орієнтована на отримання формальних показників розкриття злочинів, в міліції існує практика фальсифікації таких справ, особливо у справах, які пов'язані з наркотиками. Отримана співробітниками міліції медична інформація про клієнтів ЗПТ дає їм додаткову можливість і важелі тиску на споживачів наркотиків, змушуючи їх зізнаватися у скоєнні злочинів. Через зловживання міліціонерами своїми повноваженнями в таких випадках часто порушується право споживачів наркотиків на отримання належної медичної допомоги.

У квітні 2010 року співробітники Жовтневого районного відділення управління внутрішніх справ у Миколаївській області заарештували С., вилучили наркотичний засіб, якого, як стверджує С. не було в будинку до появи співробітників міліції, з порушенням процедури, залякуючи його. С. є учасником метадонової програми 1,5 року. Він є інвалідом, переніс травму тазостегнового суглоба, постійно потребує знеболюючих препаратів, бо без них не може ані ходити, ані, навіть, спати по ночах. Знаючи це, співробітники міліції погрожували С., били його, били по травмованій нозі. Того ж вечора же вечір стан здоров'я у нього різко погіршився, почала боліти голова, пошкоджена нога, була блювота, він не міг пересуватися. Пізно вночі його відпустили додому. Наступного дня С. госпіталізували, кілька днів він лежав з температурою 380–400, страждаючи на сильний головний біль. В такому стані його змусили його їхати на

³³ Харківська державна адміністрація, <http://kharkivoda.avakov.com/show.php?page=23943>

допит до слідчого, де знову погрожували, змусили підписати свідчення. Після допиту С., виставили на вулицю. Він був легко вдягнений та без головного убору, незважаючи на дуже холодну погоду. Після цього С. застудився, запалений суглоб став гнити. Незважаючи на це, протягом наступних трьох тижнів С. його кілька разів змусили приїхати з лікарні на слідчі дії. У результаті стан здоров'я С. серйозно погіршився, і ще півтора місяці він перебував на стаціонарному лікуванні в СНІД-центрі.

У серпні 2009 року у м. Вознесеньку на 3 доби було затримано пацієнта програми ЗПТ Мороза С. Внаслідок неможливості отримання препарату він страждав від абстинентного синдрому. Медичної допомоги йому не надавали, використовували погіршення його стану для схилення до співпраці та отримання свідчень щодо інших пацієнтів програми ЗПТ.

Внаслідок такого ж психологічного впливу з боку працівників міліції та залякування близьких два пацієнти замісної терапії у м. Миколаїв вимушені були покинути програму ЗПТ.

Поширюється практика перешкоджання роботі програми замісної терапії шляхом незаконно втручання у роботу медичних закладів, де вона надається, шляхом безпідставного або без оформлення необхідних документів проведення перевірок закладів охорони здоров'я, в яких впроваджуються програми ЗПТ; втручання у діяльність медичних програм ЗПТ. Існує практика незаконного вилучення працівниками міліції медичної документації у лікарів, які працюють у програмі замісної терапії, у т.ч. списків наркозалежних хворих пацієнтів ЗПТ. Медичні працівники зазнають серйозного психологічного тиску з боку працівників міліції. Такі дії міліції зазвичай не виявляють порушень, чи знаходять порушення, які не мають відношення до програми ЗПТ, не містять в собі серйозного рівня небезпечності для суспільства та не виправдовують жорсткість міліції.

18.05.2009 у м. Запоріжжя після вилучення 4-х пігулок наркотичного лікарського препарату «Еднок» загальною вагою 0,00915 г, що незаконно були винесені з Центру СНІД двома наркозалежними пацієнтами програми ЗПТ, працівник ВБНОН ГУМВС України у Запорізькій області та працівники УБОЗ у приміщенні Центру СНІД затримали лікаря-нарколога та медсестру. З погрозами застосування наручників і поміщення в ІТТ доставили до ГУМВС, де протримали 8 годин, без інформування родичів затриманих. До медпрацівників застосовувалися незаконні психологічні заходи впливу для отримання зізнання у збуті наркотичних засобів, до чого останні не були причетні, що було у подальшому підтверджено матеріалами кримінальної справи.

У вересні 2009 року у Тернополі працівниками міліції були проведені обшуки за місцем проживання 3-ох лікарів ТОНД, в результаті яких наркотиків та інших заборонених до обігу предметів знайдено не було, проте у ЗМІ через начальника ГУМВС було поширено інформацію про те, що в одного з лікарів знайдені спеціальні рецептурні бланків на видачу наркотиків. Ця інформація не знайшла свого підтвердження.

Поширення неправдивої інформації, приниження лікарів програми замісної терапії у державних органах та через засоби масової інформації ставить під загрозу нормальну та безперервну реалізацію програму ЗПТ. Така політика часто ведеться з метою дискредитації програми замісної терапії.

21 вересня 2009 р. на засіданні міжвідомчої робочої групи з питань ЗПТ МОЗ України заступник начальника ДБНОН Зима Л.Н. офіційно проінформував членів групи про те, що у Тернопільському облнаркодиспансері (ТОНД) задокументовано факти торгівлі наркотиками медпрацівниками цього закладу. У подальшому протягом вересня-листопада 2009 року з подачі начальника ГУ МВС України в Тернопільській області Віталія Максимова та інших посадовців через ЗМІ, у т.ч. національні телеканали, продовжували поширювати інформацію про причетність медперсоналу ТОНД до торгівлі наркотиками, про порушення відносно лікарів кримінальних справ за ст.ст. 307, 309 та 320 Кримінального кодексу України.

Юрист-консультант Альянсу Україна та заступник директора Українського інституту досліджень політики громадського здоров'я з питань ЗПТ після ретельного вивчення всіх документів та опитування керівників та працівників ТОНД, встановили, що фактів збуту наркотиків працівниками ТОНД міліцією задокументовано не було.

Серед інших проблем, які відмічають організації, що працюють з програмами замісної терапії, є незаконне створення перешкод державним структурам, що постачають наркотичні лікарські препарати замісної терапії в Україну шляхом проведення безпідставних перевірок та витребування господарської документації, опитувань персоналу тощо, а також публічні заяви керівників регіональних підрозділів та центрального апарату МВС України щодо недоцільності впровадження програм ЗПТ в Україні, їх суспільну шкоду для здоров'я населення.

У м. Харкові членами даного злочинного угруповання правоохоронців за ініціативою колишнього начальника УБНОН ГУМВС України в Харківській області у серпні-жовтні 2009 року проводилася тривала офіційна перевірка

аптечної бази державного підприємства «Ліки України», що здійснює постачання та розподіл по територіальних ЛПЗ України наркотичних лікарських засобів ЗПТ метадону та бупренорфіну. Основну увагу правоохоронці сконцентрували на операціях саме з постачання метадону. Через надмірний психологічний та бюрократичний тиск, що здійснювався з боку колишніх працівників УБНОН було фактично паралізовано безперебійну роботу з постачання наркотичних лікарських засобів ЗПТ, відбулася затримка відправки декількох партій препарату, що негативно вплинуло на реалізацію програм ЗПТ в цілому в державі.

Вищезазначені приклади свідчать про безумовно системний характер втручань працівників міліції та інших державних органів у замісну підтримувальну терапію, що наносить суттєву шкоду та знижує ефективність медичних програм, та загрожує зривом їх діяльності.

5.2. Розголошення інформації щодо наркозалежності медичними працівниками

Проблема розголошення медичної інформації про наркозалежних залишається дуже гострою в Україні. Зараз існує практика обов'язкової передачі лікарями до органів міліції медичної інформації про наркозалежних, які проходять у них лікування. Постанова на облік проводиться відповідно до спільного Наказу Міністерства охорони здоров'я, Генеральної прокуратури, Міністерства внутрішніх справ та Міністерства юстиції України від 10 жовтня 1997 року, яким була затверджена Інструкція про порядок виявлення та постановки на облік осіб, які незаконно вживають наркотичні засоби або психотропні речовини. Відповідно до цієї інструкції на облік ставиться особа з діагнозом «наркоманія», «токсикоманія» або просто наркотичне сп'яніння. Вони направляються на медичний огляд, який є обов'язковим і в разі, якщо людина не хоче його проходити, проводиться в примусовому порядку. Інструкцією передбачено, що органи внутрішніх справ ведуть облік осіб, які незаконно вживають наркотичні або токсичні засоби, окрім тих, хто добровільно звернувся за медичною допомогою і виконує рекомендації лікаря. У разі зміни місця проживання вся інформація направляється за новою адресою особи, яка стоїть на обліку.

На практиці, у зв'язку з тим, що фінансування наркологічного закладу безпосередньо залежить від кількості пацієнтів, на облік ставлять усіх без

розбору. У м. Миколаїв було зафіксовано кілька випадків, коли людей ставили на облік під час проходження огляду у нарколога (наприклад — профогляд чи переогляд) на підставі усного визнання пацієнта в ході довірчої бесіди з лікарем вживання в далекому минулому наркотиків, навіть якщо це було тільки один раз. Один з пацієнтів сказав лікареві буквально «Травку в дитинстві спробував — не сподобалася». Цього виявилось достатньо для постановки на облік. Дізнався він про це випадково, отримував сертифікат на право керування автомобілем.

Наркологічний диспансерний облік передбачає обхід патронажною медсестрою хворих на наркоманію, якщо вони не з'являються щомісяця на профілактичний огляд. В Миколаєві зафіксовано неодноразові випадки, коли людей, що добровільно розпочали лікування від наркотичної залежності в програмі метадонової терапії без їх відома поставили на наркологічний облік, потім до них додому приходила патронажна медсестра. Не заставши деяких пацієнтів вдома, медсестра залишала записку — виклик до наркологічного закладу у сусідів, що призвело до розголошення діагнозу.

Для виставлення діагнозу «наркоманія» для лікаря буває достатньо одного випадку наркотичного сп'яніння.

Дуже вільно трактується деякими медиками вимога Інструкції про повідомлення міліції про постановку особи на наркологічний облік. Так, протягом півроку один з лікарів у м. Миколаїв регулярно відправляв у міліцію повідомлення пацієнтах щодо тих пацієнтів, які добровільно почали лікування замісною терапією. Відправляючи повідомлення лікар робив позначки в медичних картках: «Направлено повідомлення в міліцію».

Останнім часом посилилися спроби центральних державних органів отримати конфіденційну, в тому числі і медичну інформацію про осіб з наркотичною залежністю, можливо, з метою створення всеукраїнських баз даних щодо осіб з наркотичною залежністю. В результаті серйозного тиску на Міністерство охорони здоров'я, медичні установи та окремих лікарів вони одержують ці дані, незважаючи на те, що це є серйозним порушенням чинного законодавства України. За інформацією Міжнародного Альянсу ВІЛ/СНІД в Україні Адміністрація Президента України у жовтні 2010 року зробила запит до Міністерства охорони здоров'я України з проханням надати їм інформацію про замісну терапію з використанням метадону, в тому числі про пацієнтів замісної терапії, з зазначенням імен, віку і адреси проживання. Ця ситуація викликала сильне занепокоєння з боку Альянсу, оскільки така персоніфікована інформація є конфіденційною і в законі чітко визначені державні органи,

які можуть запитувати таку інформацію. Оскільки Адміністрація Президента не входить до цього переліку, інформація могла бути надана тільки за добровільною згодою осіб, щодо яких вона запитується.

18 січня 2011 року Департамент боротьби з наркотиками МВС України надав керівникам територіальних підрозділів доручення про збір інформації щодо наркозалежних пацієнтів програм замісної терапії, в тому числі і про їх ВІЛ-статус. Інформація збиралася з застосуванням погроз і психічного насилля щодо медичних працівників. Ця інформація описується в підрозділі 31.

Альянс також зазначав випадки незаконних вимог з боку регіональних представників ВБНОН Корабельного Південноукраїнського районних відділень міліції Миколаївської області надати списки пацієнтів та інформацію про них, у тому числі номери особистих телефонів.

У серпні 2009 року начальник Новоград-Волинського МВ УМВС України в Житомирській області грубо порушивши чинне законодавство, надіславши на ім'я завідувача наркологічного диспансеру м. Новоград-Волинський офіційний запит, в якому на підставі «службової необхідності» вимагав видати персоніфікований список осіб, які «перебувають на лікуванні метадонової програми» із зазначенням адреси проживання пацієнтів.

У подібних випадках лікарі опиняються у складній ситуації, оскільки відмова виконати вимоги працівників міліції може спричинити серйозні репресивні заходи з боку останніх, а ефективної процедури оскарження таких дій співробітників міліції поки що не існує.

Клієнти замісної терапії заявляли про те, що їм не видають ліки, вимагаючи пройти спочатку анкетування співробітників міліції. При цьому співробітники міліції, у разі відмови заповнити їх анкету, погрожують арештом. При цьому, спілкуючись з клієнтами замісної терапії співробітники міліції вимагають від них записувати власноруч цю інформацію, як добровільно надану і беруть від них заяви, що у них немає до них жодних претензій. У деяких випадках лікарі добровільно допомагають міліції, не видаючи ліки без заповнення анкети.

Всі сайти замісної терапії проглядаються співробітниками відділу по боротьбі з незаконним обігом наркотиків МВС України. Вони проводять власне дослідження, збираючи інформацію про клієнтів замісної терапії — прізвище та ім'я, вік, ВІЛ-статус, дозування ліків ЗПТ, — збирають інформацію про те, які наркотики вживав до ЗПТ (назва, доза), судимості, фотографують їх, зустрічаються з родичами і вимагають у них інформацію.

З огляду на все викладене, можна сказати, що люди з наркотичною залежністю як ніхто інші опиняються у вразливому становищі щодо конфіденційності та розповсюдження приватної інформації.

Як було вище зазначено, після внесення змін до закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» 23 грудня 2010 року з'явилася норма про створення умов для заміन використаних ін'єкційних голів і шприців на стерильні також з подальшою їх утилізацією з метою запобігання поширення ВІЛ-інфекції серед осіб, які вживають наркотичні засоби та психотропні речовини ін'єкційним способом. Цей процес виглядає наступним чином. Працівники благодійних організацій проводять обмін використаних голів та шприців на стерильні одноразові в місцях скупчення наркозалежних. З 29 жовтня 2010 року набули чинності зміни до «Таблиць невеликих, великих та особливо великих розмірів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, які знаходяться у незаконному обігу», затверджених Наказом МОЗ України № 188 від 01.08.2000. Згідно з цими змінами, тепер можна притягати до кримінальної відповідальності за зберігання 0,005 г самого поширеного в Україні наркотику — ацетильованого опію. Ця кількість може міститися в одному «носику» використаного шприцу.

Таким чином, крім того, що внаслідок таких законодавчих змін рівень криміналізації споживачів найбільш поширених у незаконному обігу наркотиків, що вживаються ін'єкційним шляхом, підвищився у 20 разів, під загрозою знаходиться саме виконання програми зменшення шкоди, гарантованої державою.

Рекомендації:

1. Переглянути існуючі нормативні акти щодо граничної кількості наркотичної речовини, за зберігання якої настає кримінальна відповідальність, зокрема «Таблиці невеликих, великих та особливо великих розмірів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, які знаходяться у незаконному обігу», затверджених Наказом МОЗ України № 188 від 01.08.2000 року.
2. Переглянути підзаконні нормативні акти, що регламентують постановку наркозалежних на диспансерний облік, зокрема відносно осіб, що добровільно звернулися за наркологічною допомогою.

- Законодавчо регламентувати анонімний облік споживачів замісної терапії.
3. Терміново розробити механізм надання невідкладної наркологічної допомоги наркозалежним що тимчасово затримані чи позбавлені волі, впровадити метод лікування замісною терапією в місцях тимчасового тривання та позбавлення волі.
 4. Переглянути та реорганізувати систему звітності та показників в органах внутрішніх справ для запобігання створенню умов фальсифікації кримінальних справ. Зокрема, вилучити з показників розкриття злочинів злочини скоєні за ст. 309 КК України.
 5. Залучати суддів та адвокатів до розвитку правової культури в сфері ВІЛ/СНІДу з метою захисту прав наркозалежних та зменшення стигматизації та дискримінації через курси підвищення кваліфікації, тренінги, публікації у спеціалізованих виданнях;
 6. Передбачити в наказах Міністерства охорони здоров'я України заборону на дискримінацію за видом захворювання.
 7. Внести зміни до наказу МОЗ України від 19.07.2005 № 360 («Про затвердження Правил виписування рецептів...») щодо рецептурної видачі замісного препарату — бупренорфіну і метадону для лікування наркозалежних у порядку, передбаченому п. 3.10.2. («Домашній прийом метадону або бупренорфіну») наказу МОЗ України № 645 від 10.11.2008 року;
 8. Переглянути нормативну базу МОЗ, щодо спрощення процедури видачі та обліку наркотичних речовин, зокрема положення Наказу МОЗ України від 21.01.2010 р. № 11 «Про затвердження порядку обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів у закладах охорони здоров'я України».
 9. Ввести у штат медичних наркологічних закладів посаду «лікар-нарколог замісної терапії», забезпечити відповідне фінансування за рахунок державного бюджету на підставі Закону України від 19.02.2009 року «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки», щодо фінансування за напрямком «Розширення сфери застосування методу замісної підтримувальної терапії» (п. 2 Розділ III Плану заходів).
 10. Ввести інститут соціальної роботи з наркозалежними у систему медичних закладів (у штат медичних закладів).

11. Збільшити обсяги фінансування послуг з соціальної та психологічної реабілітації наркозалежних, зокрема тих, хто пройшов курс лікування за програмою замісної терапії за кошти Міністерства України в справах сім'ї, молоді та спорту.
12. Розробити сучасні навчальні програми підготовки та підвищення кваліфікації фахівців, соціальних працівників та психологів з питань надання послуг з соціальної та психологічної реабілітації наркозалежних, зокрема тих, хто пройшов курс лікування за програмою замісної терапії. Ввести ці програми у спеціальні курси навчальних закладів різних рівнів акредитації (МОЗ, Міністерство освіти та науки, Міністерство України в справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерство праці та соціальної політики, Міністерство юстиції).
13. Розробити та ввести у вищих навчальних закладах різних рівнів акредитації (МОЗ, Міністерство освіти та науки, Міністерство України в справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерство праці та соціальної політики, Міністерство юстиції) факультативний 12–16 годинний курс про права наркозалежних людей.
14. Переглянути положення спільного наказу МВС України та МОЗ України від 09.09.2009 № 400/666 щодо порядку пломбування ємностей зразків біологічних речовин та складання документації із зазначенням необхідності підпису водієм акту обстеження, з можливістю внесення до акту своїх заперечень.
15. Рекомендувати МОЗ України перевірити стан виконання свого наказу № 40 від 28.01.2009 р. відповідними територіальними підрозділами щодо розширення кількості лабораторій, які будуть мати право на проведення досліджень щодо наявності психоактивних речовин, а також організації спеціальної підготовки лікарів та фельдшерів для проведення в закладах охорони здоров'я огляду водіїв транспортних засобів з метою виявлення стану алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння.

Розділ 6

Права людини у галузі психіатричної допомоги³⁴

У листопаді 2009 року Міністерство охорони здоров'я України представило статистичні дані, які свідчать, що 1,17 мільйона (2,5%) жителів України зверталися за допомогою до лікарів-психіатрів. Із загальної кількості зареєстрованих пацієнтів з психічними розладами 58,6% складають особи працездатного віку, 19,4% — діти та підлітки. При цьому Міністерство охорони здоров'я зазначило, що поширення психічних розладів постійно зростає.

Контингент інвалідів унаслідок психічних захворювань з 2000 року зріс на 18,7% і наприкінці 2009 року склав 593,8 на 100 тисяч населення. На думку фахівців-психіатрів, реальна кількість людей, які потребують психіатричної допомоги, в дійсності може значно перевищувати зазначені вище цифри. Це відбувається тому, що пацієнти з психічними розладами уникають звернення до лікарів, оскільки це загрожує поширенням інформації про їх захворювання і стигматизацією в суспільстві. В інших випадках це викликано недовірою до лікарів і страхом бути підданими примусовому лікуванню.

У будь-якому випадку відстежується збільшення кількості людей з психічними захворюваннями в Україні і порушення прав цих людей, пов'язані з особливостями психічних захворювань.

У законодавчій базі України, яка визначає обсяг прав хворих з психічними захворюваннями, відбулися прогресивні зміни. Розлади психічної діяльності на Україну визнаються відповідно до Міжнародної статистичної кваліфікації хвороб, травм і причин смерті.

Закон України «Про психіатричну допомогу», який є основним нормативно-правовим актом, що регулює правовий статус осіб, які страждають

³⁴ Розділ підготовлений Айгуль Мукановою (ГО «ІПДІС»), з використанням матеріалів Ірини Сенюти (Всеукраїнської громадської організації «Фундація медичного права та біоетики України»).

психічними захворюваннями, визначає широкий обсяг прав цієї групи пацієнтів. Одним із серйозних змін у законодавстві України є норма у статті 7 Закону, яка вказує, що «діагноз психічного розладу не може базуватися на незгоді особи з діючими в суспільстві політичними, моральними, правовими, релігійними, культурними цінностями, або на будь-яких інших підставах, безпосередньо не пов'язаних зі станом його психічного здоров'я».

З усіх, визначених чинним законодавством України прав, можна відзначити наступні, з порушеннями яких стикаються люди, які страждають психічними захворюваннями.

6.1. Отримання інформації про свої права

У силу особливості хвороб, пов'язаних з психічними розладами, у цієї групи пацієнтів часто виникають проблеми зі сприйняттям інформації. В умовах, коли медичні установи не можуть надати доступну, повну і зрозумілу інформацію для загальних груп хворих, вимога надати таку інформацію особам з психічними розладами є практично нездійсненною. Це одна з причин обмеження доступу осіб з психічними захворюваннями до медичних послуг, особливо, коли у них немає близьких родичів, які можуть їм допомогти. У деяких випадках медичні працівники зовсім відмовляються давати пацієнтам з психічними захворюваннями інформацію про можливі медичні послуги, пояснюючи це тим, що вони не здатні сприймати інформацію. На жаль, ці пацієнти не завжди можуть поскаржитися на таке ставлення і домогтися реалізації даного права.

6.2. Примусові огляд і госпіталізація

Закон України «Про психіатричну допомогу» передбачає проведення лікарем психіатричного огляду особи без її дозволу чи без дозволу його законного представника, за заявою родичів чи інших осіб, де вказані обставини, що свідчать про необхідність такого огляду. При цьому лікар може зробити це на підставі усної заяви. Огляд може робитися відразу після надходження заяви, якщо є обґрунтовані припущення, що дії цієї особи можуть становити реальну небезпеку для нього самого або для оточуючих, а також у разі, якщо він не може задовольняти свої основні життєві потреби на рівні, що забезпечує його нормальну життєдіяльність.

У даному випадку Закон «Про психіатричну допомогу» не вимагає, щоб заява про психіатричний огляд мала будь-які підтвердження і докази, що свідчать про передбачувану небезпеку нерозумної поведінки особи, яка оглядається. Вимоги до такої заяви досить розмиті. Це дає можливість для зловживань при проведенні таких оглядів. Мали місце випадки, коли примусовий огляд проводився за заявою сусідів або родичів, коли їх не влаштовувало поведінка цілком здорової людини і вони вимагали його примусового огляду. При цьому часто були відсутні будь-які розумні підстави для такого огляду. І навпаки, у випадках, коли дії людини, явно психічно неадекватної, відверто уявляли загрозу для оточуючих і для неї самої, у проведенні огляду відмовляли.

Питання про надання примусової амбулаторної психіатричної допомоги, згідно з законом, вирішується судом за місцем проживання особи, якщо її обстеження або лікування можливе тільки в стаціонарних умовах та при встановленні в особи тяжкого психічного розладу, коли вона робить або має намір вчинити дії, що являють собою безпосередню небезпеку для неї самої або оточуючих, і якщо вона не може самостійно задовольняти свої основні життєві потреби на рівні, який забезпечує його життєдіяльність.

При цьому закон дозволяє застосовувати заходи фізичного обмеження або ізоляції особи з психічним захворюванням за призначенням не тільки лікаря-психіатра, а і будь-якого іншого медичного працівника. Однак у випадку госпіталізації без згоди особи протягом 24 годин її повинна оглянути комісія лікарів-психіатрів для прийняття рішення про доцільність госпіталізації. У випадку, якщо госпіталізація представляється доцільною, представник психіатричного закладу протягом 24 годин направляє до суду заяву про примусову госпіталізацію особи разом з висновком комісії лікарів-психіатрів.

На практиці, у випадках примусової госпіталізації пацієнта змушують підписати форму добровільної згоди на госпіталізацію та лікування, яка зазвичай не містить необхідної для прийняття такого рішення інформації про лікування, ризики і можливі альтернативні форми лікування. У випадках, коли пацієнта представляють законні представники, закон дозволяє приймати рішення без урахування думки самого пацієнта, достатньо згоди представників. У результаті, в багатьох випадках рішення про надання психіатричної допомоги та госпіталізації приймається лікарями довільно, без згоди пацієнта і розгляду судом питань необхідності такого втручання у життя пацієнта.

У Підволочському районі Тернопільської області медичний працівник самостійно поставив своєму близькому родичеві С. діагноз «маніакально-депресивний синдром» і видав направлення на стаціонарне лікування в Тернопільську обласну лікарню, для того, щоб отримати можливість розпоряджатися майном цього родича. У результаті С. провів 5 днів у психіатричній лікарні, поставлений йому діагноз не підтвердився. Розглядається питання про притягнення лікаря до кримінальної відповідальності.

У даному випадку потерпілий від необґрунтованого призначення примусового лікування зміг через кілька днів вийти з психіатричної лікарні і домогтися спростування діагнозу. У багатьох інших випадках таким пацієнтам доводиться проходити весь курс призначеного лікування, яке при невиправданому призначення може мати серйозні і незворотні наслідки для здоров'я.

Так, мешканка м. Любомиль Волинській області В., 1958 року народження, не мала жодних проблем з психічним здоров'ям протягом всього життя. Будь-яких причин говорити про її неадекватну поведінку, яка б загрожувала її власному здоров'ю або здоров'ю оточуючих, порушень громадського порядку не було. Після смерті матері 20 квітня 2006 року вона за заповітом матері отримала у спадщину будинок. 12 червня 2006 року її сестра П. і її племінник примусово відвезли В. до Волинської обласної психіатричної лікарні № 1, де за заявою П. її госпіталізували і лікували протягом тридцяти днів. Свого дозволу на госпіталізацію, стаціонарне лікування і лікувальні процедури В. не давала. Незважаючи на це, лікарі діагностували у пацієнтки «хронічний маячний розлад» і почали проводити лікувальні процедури.

Залишатися в лікарні В. не хотіла, намагалася отримати доступ до телефону і викликати співробітників міліції, щоб її звільнили. Доступу до телефону вона не отримала, з лікарні її не випустили і вона була змушена залишатися в лікарні.

Другого разу, 24 квітня 2009 року, П. запросила 2-х міліціонерів і двоюрідного брата і примусово відвезла В. у Волинську обласну психіатричну лікарню № 1, де В. госпіталізували, повторно поставили діагноз «хронічний маячний розлад» і призначили лікування без згоди В. В історії хвороби був підроблений підпис В. про її згоду на лікування. В. подала заяву про компенсацію моральної і матеріальної шкоди до психіатричної лікарні, однак вона тепер не живе в своєму будинку, постійно відчуває почуття страху, побоюючись, що її можуть знову своєвільно госпіталізувати.

Відсутність достатніх гарантій від зловживань призводить до того, що останнім часом з'явилися приклади використання призначення примусового

психіатричного лікування та приміщення в психіатричну лікарню як репресивного заходу.

Так у випадку з керівником громадської організації «Рух прокуратура Вінниччини без корупції», заступником голови незалежної профспілки «Трудащі» Андрієм Бондаренком прокуратура Вінницької області чотири рази зверталася до суду з проханням призначити примусове обстеження Бондаренка. За заявою прокуратури лікарі психіатричної лікарні також просили суд про проведення примусового обстеження Бондаренка, необхідність такого обстеження вони обґрунтували тим, що він неодноразово звертався із скаргами до правоохоронних та судових органів області. Раніше у Бондаренка жодних проблем з психічним здоров'ям не виникало. Щоб підтвердити те, що він психічно здоровий, Бондаренко тричі проходив амбулаторне психіатричне обстеження і представив довідки, що у нього немає психічних захворювань. Незважаючи на це, 29 жовтня 2010 апеляційний суд Вінницької області прийняв рішення про примусове стаціонарне обстеження Бондаренка А. у психіатричної лікарні, посилаючись на висновки, що у Бондаренка наявне «загострене усвідомлення своїх особистих прав і войовнича, нагальна готовність відстоювати їх неадекватними способами». Це рішення Бондаренко А. оскаржив до Вищого касаційного суду. По справі відкрите провадження, але рішення ще не прийнято.

6.3. Попередня згода і право на відмову від лікування

Право на усвідомлену згоду і право на відмову в будь-який час від застосування методів діагностики та лікування чи медичних засобів обмежене можливістю отримання пацієнтами з психічними захворюваннями інформації про застосування таких методів та засобів. Процедура лікування та застосування медичних засобів на практиці нічим не регулюється.

17 травня 2007 року до Закону «Про психіатричну допомогу» була введена норма щодо письмової згоди пацієнта при наданні психіатричної допомоги. Однак закон обумовлює необхідність усвідомленої згоди у випадках, коли методи діагностики і лікування та медичні засоби представляють підвищений ризик для здоров'я особи, якій надається психіатрична допомога. Дана норма суперечить правилу отримання усвідомленої згоди при будь-якому медичному втручанні. Крім того, ступінь ризику в таких випадках визначають самі лікарі і, відповідно, виникає ризик, що рішення

буде прийняте довільно і медичне втручання становитиме небезпеку для здоров'я пацієнта.

6.4. Право на безкоштовну юридичну допомогу з питань, пов'язаних з наданням психіатричної допомоги

Державна система в даний час не в змозі забезпечити вказане вище право. У медичних установах передбачена штатна посада юриста. У його обов'язки входить представлення інтересів установи, але вони не надають (і не можуть надавати через конфлікт інтересів) юридичну допомогу пацієнтам.

У державному бюджеті передбачена оплата адвокатам правової допомоги у випадках, коли відповідно до закону держава повинна надати безкоштовну юридичну допомогу. Система безоплатної правової допомоги обмежується лише захистом від кримінального обвинувачення, а з питань надання медичної допомоги особам з психічними захворюваннями безкоштовна юридична допомога найчастіше не надається.

6.5. Право на альтернативний психіатричний висновок

Незважаючи на те, що право на альтернативний психіатричний огляд та на залучення до участі в роботі комісій лікарів-психіатрів з питань надання психіатричної допомоги фахівця у галузі психіатрії відображено в законі, на практиці це право дуже складно реалізувати. Найчастіше пацієнт не знає про це право і не отримує жодної інформації, яка допомогла б реалізувати дане право. В інших випадках, якщо пацієнт наполегливий і вимагає альтернативного огляду, його сумніви і заяви трактуються як прояви хворобливого психічного стану, який не може адекватно сприймати дійсність, тим більш розумно оцінювати роботу лікаря. У таких випадках заяви хворого просто ігноруються. Звичайно, при обстеженні та лікуванні даної категорії пацієнтів дійсно існує ймовірність того, що вимоги пацієнта не завжди будуть розумні. Але в той же час не можна виключити грубого втручання в життя пацієнта, оскільки у сфері надання психіатричної допомоги медичні працівники мають більш повноважень на прийняття рішень, які можуть мати незворотні наслідки. У даному випадку альтернативне обстеження могло б убезпечити

як медичного працівника у разі, якщо пацієнт згодом поставить питання про правильність його рішень, так і самого пацієнта.

6.6. Право на особисту участь у судових засіданнях при вирішенні питань, пов'язаних з наданням психіатричної допомоги та обмеженнями у зв'язку з цим їх прав

Дане право також відображено в Цивільно-процесуальному кодексі України, норми якого вказують на обов'язкову присутність особи при розгляді в суді зазначених питань. Практика показує, що у цих випадках суди забезпечують дотримання процедури. Однак, як зазначалося вище, незгода пацієнта з наданням психіатричної допомоги найчастіше не фіксується у медичній документації.

6.7. Право на відшкодування шкоди

Право на відшкодування шкоди виникає внаслідок незаконного приміщення до психіатричної або психоневрологічної установи, або внаслідок незабезпечення безпечних умов або розголошення конфіденційних відомостей про стан психічного здоров'я та надання психіатричної допомоги.

Судова практика України показує можливість відшкодування матеріальної шкоди. При обговоренні питання про відшкодування моральної шкоди суди вимагають матеріальні докази отримання такої шкоди. У таких випадках, на думку суду, необхідно підтвердження того, що пацієнт через переживання отримав медичний діагноз неврологічного або іншого характеру, проходив лікування. Сама наявність стресової ситуації і моральних страждань найчастіше не дає судді підстав для оцінки моральної шкоди у грошовому еквіваленті і її стягнення з винної сторони.

Щодо осіб, які перебувають у психіатричних закладах, у чинному законодавстві України передбачені такі права:

- спілкування з іншими особами, в тому числі з адвокатом або іншим законним представником, без присутності сторонніх осіб згідно з правилами внутрішнього розпорядку психіатричного закладу;
- повідомлення будь-якої особи за своїм вибором про надання їм психіатричної допомоги;

- забезпечення таємниці листування при відправці та отриманні будь-якої кореспонденції;
- доступ до засобів масової інформації;
- дозвілля, заняття творчою діяльністю;
- відправлення релігійних обрядів, додержання релігійних канонів;
- звернення безпосередньо до керівника або завідуючого відділенням психіатричного закладу з питань надання психіатричної допомоги, виписки з психіатричного закладу та додержання їхніх прав;
- допомогу з отримання загальнообов'язкового державного соціального страхування або пенсії згідно з законодавством.

Цей обсяг прав максимально наближений до міжнародних стандартів. Однак закритість установ, де надається психіатрична допомога, відсутність незалежного органу, який спостерігає за їх реалізацією і виступає арбітром у випадку виникнення спорів між пацієнтом та установою, зводить на ніщо існування даного переліку прав.

Так, наприклад, 20-річну К. мати помістила в психіатричну лікарню без її згоди. Необхідність примусового втручання лікарів-психіатрів вона пояснила тим, що її дочка змінила релігію, ставши мусульманкою, і хотіла вийти за мусульманина. При цьому, всі заяви доньки про те, що вона незгодна з примусовим лікуванням, залишалися без уваги. Крім того, К., будучи мусульманкою, намагалася читати намаз і носити на голові хустку. Лікарі заборонили їй це робити, сказавши, що це додатково підтверджує її психічне нездоров'я. Письмові заяви К. до головного лікаря з проханням дозволити їй носити хустку й читати намаз залишилися без відповіді. На прохання матері К. друзів і нареченого К. в лікарню не пропускали, їй не давали можливості телефонувати, і вона опинилася в ізоляції. З юристом правозахисної організації К. змогла зв'язатися тільки через сестру іншої пацієнтки психіатричної лікарні, в лікарні доступу до юриста у неї не було.

Згідно з діючим законодавством рішення щодо обмеження прав осіб, яким надається психіатрична допомога, фіксується у медичній документації із зазначенням строку його дії та може бути оскаржено до суду. Забороняється залучення осіб, яким надається психіатрична допомога, до примусової праці.

Однак бувають випадки примусу хворих у психіатричних закладах до важкої фізичної праці, так звана терапія працею, і різні способи примусу хворих, коли вони не погоджуються працювати, у тому числі і побиття.

11 серпня 2010 року у Новосавицькому психоневрологічному інтернаті загинув 43-річний пацієнт. Причиною смерті були тяжкі тілесні ушкодження, в тому числі у нього були переламані ребра, гематоми на тілі, зламана щелепа. До цього в громадську організацію «Комітет боротьби з організованою злочинністю» надходили скарги від пацієнтів психоневрологічного інтернату на те, що працівники інтернату б'ють їх, примушують виконувати важку фізичну роботу, застосовують сильнодіючі психоневрологічні препарати. Після порушення кримінальної справи правоохоронні органи ексгмували 30 трупів пацієнтів інтернату, офіційною причиною смерті тих, хто не досяг 20 років, були серцева недостатність і цироз печінки. Правоохоронними органами була надана інформація, що порушено чотири кримінальні справи стосовно співробітників інтернату, за спричинення тяжких тілесних ушкоджень, не надання допомоги, спробі приховування злочину, перевищення службових повноважень.

6.8. Доступ до інформації

Особа при наданні їй психіатричної допомоги або її законний представник має право на ознайомлення з історією хвороби та іншими документами, а також на отримання в письмовому вигляді будь-яких рішень щодо надання їй психіатричної допомоги. У випадках, коли повна інформація про стан психічного здоров'я особи може завдати шкоди її здоров'ю або привести до безпосередньої небезпеки для інших осіб, лікар-психіатр або комісія лікарів-психіатрів можуть таку інформацію обмежити.

У цьому разі лікар-психіатр або комісія лікарів-психіатрів інформує законного представника особи, враховуючи особисті інтереси особи, якій надається психіатрична допомога. Про надану інформацію або її обмеження робиться запис у медичній документації.

Дана норма дає можливість співробітникам психіатричних установ довільно приймати рішення про обмеження інформації, що надається, не пояснюючи, яким чином така інформація може бути небезпечною, що і відбувається на практиці. Таким чином пацієнти не можуть отримати всю інформацію стосовно психічної хвороби. Також специфіка пацієнтів з психічними хворобами дає лікарям додаткову можливість відмовляти в отриманні такої інформації під приводом, що вони не можуть зрозуміти цю інформацію або нашкодити собі та іншим, використовуючи її.

6.9. Позбавлення дієздатності на підставі психічного захворювання

Однією з серйозних проблем в українській практиці залишається можливість довільного позбавлення дієздатності на підставі психічного захворювання. Цивільно-процесуальний кодекс України визначає процедуру позбавлення дієздатності психічно хворих людей на підставі заяви родичів або органів опіки та піклування.

При цьому законодавство дозволяє проведення процедури позбавлення дієздатності за відсутності особи, яку позбавляють дієздатності, і яка не може викласти свої аргументи. Така норма суперечить міжнародним стандартам, що будь-яке рішення про визначення психічної хвороби та обмеження прав особи може прийматися лише з урахуванням думки самої особи, стосовно якої приймається рішення. На практиці більше 90 відсотків судових рішень про позбавлення дієздатності приймаються без участі осіб, щодо яких приймаються рішення.

У процесі прийняття рішення не проводиться повного вивчення всіх обставин і обґрунтування прийнятого рішення визначається стандартним формулюванням «не може розуміти значення своїх дій та керувати ними». Вирішальне значення має висновок судово-психіатричної експертизи. Ситуацію ускладнює відсутність незалежної судово-медичної психіатричної експертизи і пряма підпорядкованість експертів Міністерству охорони здоров'я, що впливає на об'єктивність їх висновків.

Особа, позбавлена дієздатності, не має права оскарження такого рішення. Існує процедура відновлення дієздатності особи, якщо обставини змінилися і психічне здоров'я покращилося. Однак ініціювати таку процедуру може тільки опікун такого хворого або органи опіки та піклування. Сам хворий позбавлений такого права. Таким чином, хвора людина опиняється в повній залежності від опікуна і позбавляється будь-якої можливості приймати рішення.

Порушення права брати участь у прийнятті рішення про позбавлення дієздатності часто веде до того, що люди дізнаються про те, що вони позбавлені дієздатності тільки після прийняття рішення.

Так, пан К. був позбавлений дієздатності рішенням Фрунзенського районного суду міста Харкова 17 лютого 1989 року. Про існування рішення він дізнався в 2009 році, через 20 років після винесення рішення. Дане рішення винесено на підставі судово-психіатричної експертизи, при проведенні якої К. не брав участь, про судові засідання він не був повідомлений. Опікуна К. не призна-

чили. Чинне законодавство не дозволяє особам, які позбавлені дієздатності, самостійно оскаржувати судові рішення про позбавлення дієздатності або ініціювати процедуру відновлення дієздатності. Органи піклування відмовилися починати у суді процедуру поновлення дієздатності. Таким чином, виникла така ситуація, що К. безпідставно позбавлений не тільки можливості вести нормальний спосіб життя і користуватися своїм майном, але й можливості змінити цю ситуацію.

Згідно з нормами чинного законодавства особа, позбавлена дієздатності за рішенням суду, не може бути самостійним учасником судових та інших процедур, в тому числі і оскаржити поставлений йому діагноз.

Рекомендації

1. Внести зміни до статті 285 Цивільного Кодексу України та статті 39 Закону України «Основи законодавства про охорону здоров'я» щодо повного доступу до медичної інформації особи, якої ця інформація стосується, та обґрунтованого обмеження у окремих випадках.
2. Внести зміни до Закону України «Про психіатричну допомогу» щодо надання будь-яких видів психіатричної допомоги за інформованою згодою самого пацієнта, незалежно від того позбавлений він дієздатності, чи ні.
3. Включити до функціональних обов'язків медичних працівників психіатричних закладів обов'язкового та повного інформування пацієнтів щодо стану їх здоров'я, медичних процедур та можливих наслідків, зрозумілою пацієнтові формою та мовою, враховуючи особливості сприйняття інформації.
4. Розробити механізм громадського контролю у психіатричних закладах, з можливістю доступу представників громадських організацій до цих закладів, зустрічі з пацієнтами за умовами відсутності працівників психіатричного закладу.
5. Забезпечити право пацієнтів психіатричних закладів на безкоштовну юридичну допомогу, включаючи захист їх інтересів у судах та правоохоронних органах, шляхом фінансування роботи адвокатів, які надають таку юридичну допомогу.

6. Створити інститут незалежної судово-психіатричної експертизи, включаючи атестування у якості експертів фахівців у галузі психіатрії, які не є працівниками державної установи .
7. Розробити систему соціальної реабілітації психічно хворих, які пройшли психіатричне лікування, з метою закріплення результатів лікування та їх соціальної інтеграції.
8. Проводити навчання працівників психіатричних закладів прав пацієнтів, включаючи надання інформації про існуючі міжнародні стандарти стосовно людей з психічними захворюваннями.
9. Внести зміни до Цивільно-процесуального Кодексу України щодо розгляду заяв про позбавлення дієздатності за обов'язкової присутності особи, стосовно якої подана заява, надання їй можливості особисто оскаржити рішення про позбавлення дієздатності та ініціювати процедуру поновлення дієздатності.

Розділ 7

Права інвалідів³⁵

7.1. Загальні проблеми інвалідів

Останнім часом увага світової громадськості прикута до проблеми забезпечення прав інвалідів. Адже про рівень розвитку суспільства судять з того, які умови для життя і самореалізації створені у ньому для людей з обмеженими фізичними можливостями. Саме тому 16.12.2009 р. Україна ратифікувала Конвенцію ООН про права інвалідів (далі — Конвенція), а відтак, зобов'язалася вживати всіх необхідних заходів для заохочення, захисту й забезпечення повного й рівного здійснення всіма інвалідами всіх прав людини й основоположних свобод, а також для заохочення поважання притаманного їм достоїнства. Разом з тим, незважаючи на законодавче закріплення численних гарантій для цієї категорії осіб у нашій державі досі залишається актуальним питання забезпечення прав інвалідів.

Законодавець закріплює право громадян на доступне і ефективне медичне обслуговування, на практиці у реалізації цього права існує безліч проблем, особливо, якщо мова йде про людей з обмеженими фізичними можливостями. Відповідно до ст. 36 Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» медичне забезпечення інвалідів здійснюється у вигляді грошових виплат (пенсій, допомог, одноразових виплат), забезпечення медикаментами, технічними й іншими засобами, включаючи друковані видання зі спеціальним шрифтом, звукопідсилюючу апаратуру та аналізатори, а також шляхом надання послуг по медичній, соціальній, трудовій і професійній реабілітації, побутовому та торговельному обслуговуванню. Також даний Закон надає інвалідам право на одержання медичної допомоги за рахунок коштів Фонду соціального захисту інвалідів. Для цієї категорії грома-

³⁵ Розділ підготовлений Іриною Сенютою і Наталією Скрипечь (Всеукраїнська громадська організація «Фундація медичного права та біоетики України»).

дзян послуги з соціально-побутового і медичного обслуговування надаються безкоштовно або на пільговій основі. Вони також мають забезпечуватися лікарськими, технічними та іншими засобами та безкоштовними санаторно-курортними путівками.

Цей Закон був прийнятий ще в 1991 р. проте конкретні заходи з реалізації його положень почали вживатися лише через 16 років після його прийняття. Так, Президент України у своєму Указі № 1228/2007 від 18 грудня 2007 р. «Про додаткові невідкладні заходи щодо створення сприятливих умов для життєдіяльності осіб з обмеженими фізичними можливостями» визначив перелік невідкладних заходів, спрямованих на підтримку людей з інвалідністю, створення належних умов для їх гармонійної інтеграції в суспільство, безперешкодного доступу до будинків і приміщень центральних та місцевих органів виконавчої влади, об'єктів соціальної інфраструктури, привернення уваги суспільства до проблем осіб з обмеженими фізичними можливостями.

У 2008 р. в Державному бюджеті України нарешті були закладені кошти, спрямовані на придбання технічних та інших засобів реабілітації, виготовлених за індивідуальним замовленням інвалідів. Порядок їх використання закріплений у:

- Постанові Кабінету Міністрів України від 23 квітня 2008 р. № 403 «Про затвердження Порядку використання у 2008 р. коштів, передбачених у державному бюджеті для розроблення нових видів протезно-ортопедичних виробів та обслуговування інвалідів у стаціонарах при протезних підприємствах»;
- Постанові Кабінету Міністрів України від 5 вересня 2008 р. № 132 «Про затвердження Порядку використання у 2008 р. коштів, передбачених у державному бюджеті для впровадження інноваційних технологій у виробництво технічних засобів реабілітації інвалідів»;
- Постанові Кабінету Міністрів України від 27 лютого 2008 р. № 118 «Про затвердження Порядку використання у 2008 р. коштів, передбачених у державному бюджеті для фізкультурно-спортивної реабілітації та спорту інвалідів».

У грудні 2009 р. Кабінет Міністрів України затвердив:

1. Порядок забезпечення санаторно-курортними путівками дітей-інвалідів, затверджений Постановою Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. N 1345.

2. Порядок забезпечення інвалідів і дітей-інвалідів технічними та іншими засобами, затверджений Постановою КМУ № 1301 від 9 грудня 2009 року.
3. План заходів щодо поліпшення медичного забезпечення інвалідів, затверджений Постановою Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1484-р.

Проте коштів, виділених у Державному бюджеті України 2009 р. не вистачило для належного фінансування цих заходів. Не покращилася ситуація з матеріальним забезпеченням інвалідів і у 2010 році, та й у Державному бюджеті України 2011 р. коштів для покращення ситуації людей з обмеженими фізичними можливостями не передбачено.

У цьому розділі звіту викристалізуємо деякі проблеми, які пов'язані із забезпеченням державою гарантій, закріплених у вказаних нормативних актах.

Безоплатне санаторно-курортне лікування інваліди отримують, коли вони перебувають на обліку в закладі охорони здоров'я за місцем реєстрації. Через обмежене фінансування не вистачає путівок до санаторно-курортних закладів, які розподіляються інвалідам через медичні заклади, тому на отримання путівок утворюються черги, у яких люди можуть чекати роками.

До Харківської правозахисної групи звернулась інвалід похилого віку, яка стояла у черзі на санаторно-курортне лікування протягом п'яти років. На свої заяви до завідувача поліклініки вона отримувала відповідь, що вона стоїть у черзі. За п'ять років вона просунулась у черзі з 198-го місця на 147-ме.

Види закладів санаторно-курортного лікування поділяються на загально-профілактичні та спеціалізовані. Також різко відрізняється рівень санаторіїв, тому завжди існує можливість нерівного розподілу таких путівок. Існує лише внутрішній контроль за тим, щоб вони надавалися саме інвалідам та згідно з чергою, тому важко судити про справедливість розподілення таких путівок.

Інваліди забезпечуються технічними засобами в закладах охорони здоров'я для використання в амбулаторних та побутових умовах, зокрема їм надаються слухові апарати, сечоприймачі чоловічі та жіночі, високопоглинаючі прокладки для жінок, які страждають нетриманням сечі, калопріймачі, підгузники, глюкометри, термометри та тонометри.

До технічних засобів, якими забезпечуються інваліди для лікування у стаціонарних умовах, належать штучні протези клапанів серця, біфуркаційні судинні протези, лінійні судинні протези, кондуїти, електрокардіости-

мулятори, оксигенатори, набори для проведення коронарографії, набори для стентування коронарних судин без лікувального покриття, набори для проведення аортокоронарного шунтування, набори для імплантації механічного клапана серця, однокамерні ШБРС (SSI) з біполярним електродом, двокамерні ШБРС (DDDR), кардіовертери-дефібрилятори однокамерні, кардіовертери-дефібрилятори двокамерні, протези очей, епіпротези, орбітальні імплантанти, протези щелеп, протези зубів, кохлеарні імплантанти, голосові протези, протези вушної раковини, клапанні лікворошунтуючі імплантанти, ендопротези суглобів, у т.ч. ендопротези суглобів з видовженням для онкологічних хворих.

Забезпечення інвалідів і дітей-інвалідів технічними засобами здійснюється на підставі медичного висновку, за рахунок та в межах коштів державного та місцевих бюджетів.

На практиці нерідкі випадки недотримання нормативних гарантій чи обмеження зазначених вище прав підзаконними нормативно-правовими актами. Так, для прикладу, в Постанові Кабінету Міністрів України № 1015 від 12.11.2008 р. було закріплено положення, згідно з яким дітям-інвалідам не дозволялось користуватись колісним кріслом з електроприводом до досягнення 14 років. Харків'янин гр. М. звернувся до адміністративного суду з позовною заявою про те, що в цій частині зазначена Постанова Кабінету Міністрів України суперечить Законом України «Про основи соціальної захищеності інвалідів», «Про реабілітацію інвалідів», а також Конвенції ООН «Про права інвалідів». 7 літня донька гр. М. в результаті дії цього нормативного акту була позбавлена можливості відвідувати шкільні уроки на акумуляторному інвалідному кріслі.

Представники Кабінету Міністрів України стверджували, що інвалідне крісло з електроприводом за аналогією можна прирівняти до тролейбуса, електромобіля та іншого електротранспорту, а тому неповнолітні діти-інваліди можуть створити небезпечну ситуацію на дорогах. Окружний адміністративний суд м. Києва визнав незаконною постанову Кабінету Міністрів України в тій частині, яка позбавляє дітей-інвалідів права користуватися колісним кріслом з електроприводом до досягнення ними 14 років.

Фінансування необхідних для інвалідів технічних засобів є недостатнім, тому інваліди не забезпечуються ними у повному обсязі. Також держава не може забезпечити високу якість та сучасний технічний рівень таких засобів.

Пацієнти стаціонару Сімферопольського казенного експериментального протезно-ортопедичного підприємства через відсутність фінансування поз-

булися триразового безкоштовного харчування. Курс адаптації передбачає постійне перебування у медичному закладі. Ходити і придбавати їжу для багатьох пацієнтів неможливо через те, що вони обмежені в русі та грошових засобах. Готувати собі самостійно багато з них теж не можуть у силу фізичних обмежень. Отже, проходження курсу адаптації в умовах стаціонару для багатьох з них фізично неможливо або пов'язане з серйозними незручностями. У той же час, відмовившись від такого курсу, інваліди не можуть отримати протези.

Реабілітаційні послуги надаються інваліду або дитині-інваліду відповідно до індивідуальної програми реабілітації, у якій зазначаються періодичність та обсяг їх надання, у реабілітаційному закладі будь-якої форми власності, що має ліцензію на надання таких послуг незалежно від місця проживання за власним вибором.

Відповідно до п. 2 Постанови Кабінету Міністрів України від 17.08.1998 р. №1303 «Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань», інваліди, які обслуговуються у відомчих лікувально-профілактичних закладах безоплатно отримують лікарські засоби в аптеках, закріплених за цими закладами. Безоплатний відпуск лікарських засобів дітям-інвалідам віком до 16 років провадиться за рецептами лікарів незалежно від місця проживання цих дітей, але в межах Автономної Республіки Крим, області, міст Києва і Севастополя. Витрати, пов'язані з оплатою вартості лікарських засобів, беруть на себе органи охорони здоров'я за місцем їх відпуску. При амбулаторному лікуванні інвалідам, які обслуговуються у загальних державних та комунальних закладах, лікарські засоби за рецептами лікарів відпускаються з оплатою 50% їх вартості. Це стосується інвалідів I і II груп внаслідок трудового каліцтва, професійного або загального захворювання, та інвалідів з дитинства I і II груп.

Безкоштовне чи пільгове забезпечення ліками інвалідів проводиться за рецептами лікарів. Існує перелік лікарських засобів, на які може видаватися рецепт, коли необхідний лікарський засіб у цьому переліку відсутній, підбираються лікарські засоби аналогічного складу, які можуть їх замінити. Держава намагається забезпечити отримання інвалідами пільг щодо ліків, але іноді бувають випадки відмови у наданні рецепту чи ненадання ліків за рецептом безоплатно.

Громадянин Х. протягом 40 років знаходився на амбулаторному лікуванні у Великопетиській центральній районній лікарні Херсонської області (далі — Великопетиська ЦРЛ). Він, як інвалід війни, за цей період часу переніс багато різних хвороб: інсульти, бронхіти, атеросклероз, гайморит та інші. У червні 2005 р. він тяжко захворів і його було направлено на стаціонарне лікування до терапевтичного відділення Великопетиської ЦРЛ. Але упродовж трьох днів, що він там знаходився, його не лікували і виписали з лікарні. У нього накопичилось невикористаних пільгових рецептів на суму близько 300 грн., але придбаваючи ліки за цими пільговими рецептами, він сплачував їх повну вартість. Громадянин Х. звернувся до суду з позовом про відшкодування витрачених коштів та моральної шкоди. Суд частково задовольнив його позов, та визнав необґрунтованою вимогу про відшкодування моральної шкоди.

Також відсутні нормативно-правові акти, які б визначали нормативи обладнання лікарень спеціальними засобами, палатами, пристосованими для знаходження людей з обмеженими фізичними можливостями. Лікарні з відповідним обладнанням знаходяться лише в обласних центрах, що утруднює можливість отримати кваліфіковану медичну допомогу інвалідам, що проживають в інших населених пунктах. Дану ситуацію можна розцінювати як таку, що не відповідає положенням ст. 25 Конвенції про права інвалідів.

Слід зазначити, що в окремих галузях законодавство не передбачає принципів ранньої діагностики стану особи, що призводить до інвалідності (зокрема, в сфері психіатрії відсутня діагностика та огляди осіб дошкільного та шкільного віку).

Не можна не згадати про труднощі з якими стикаються вагітні жінки — інваліди. Бажання народжувати і виховувати дітей є природнім для жінки. Саме тому материнство охороняється державою (ст. 56 Конституції України). Проте, не всі жінки-інваліди можуть реалізувати своє природне право, закріплене в чинному законодавстві України. Для багатьох з них вагітність є протипоказаною за станом здоров'я, для інших — пов'язана зі значними ризиками як для здоров'я самої жінки, так і для здоров'я дитини. Тому не всі жінки-інваліди наважуються народжувати дітей. А ті, що зважилися на такий сміливий крок, зустрічаються з новими перешкодами, пов'язаними з недостатнім обладнанням лікарень та відсутністю пристосовувань для ведення вагітності, прийняття пологів у жінок з обмеженими фізичними можливостями. У даному контексті слід згадати про відкриття у м. Києві в червні 2009 р. у пологовому будинку

№5 оновленого відділення екстрагенітальної патології вагітних, де надається кваліфікована медична допомога жінкам-інвалідам. Разом з тим потреба в створенні таких відділень залишається в інших областях України, де теж проживають жінки-інваліди, які прагнуть реалізувати своє, передбачене Конституцією України, право на материнство.

Практично не змінюється ситуація в Україні з фізичним доступом інвалідів до медичної допомоги, незважаючи на норми Конвенції. У жилих будинках, у громадському транспорті та деяких медичних закладах все ще відсутні, як зовнішні, так і внутрішні пристосування для інвалідів.

Незадовільною є ситуація, що склалася у сфері страхування. На сьогодні Закон України «Про страхування» не передбачає жодних особливостей страхування людей з інвалідністю, а страхові компанії часто відмовляють їм в укладенні страхового договору чи закладають у нього завідомо не вигідні умови для людини-інваліда. Тому потрібно якнайшвидше прийняти Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування», в якому врахувати особливості страхування людей з обмеженими фізичними можливостями.

У ст. 25 Конвенції передбачено право інвалідів на найбільш досяжний рівень здоров'я без дискримінації за ознакою інвалідності. Слід наголосити на тому, що українське законодавство не дає визначення поняття дискримінації інвалідів. Щоб показати проблеми окремих категорій інвалідів, у цьому розділі сфокусовано увагу на труднощах, з якими зіштовхуються інваліди по зору.

7.2. Проблема профілактики очних захворювань

На сьогоднішній день держава не вживає належних заходів для профілактики і запобігання ранній сліпоті, що призводить до найтяжчих ступенів втрати зору в дітей. Також слід звернути увагу на те, що не ведеться просвітницька робота з батьками щодо охорони зору дітей. А, як наслідок, батьки нездатні запобігти захворюванню своїх дітей, а також не знають як допомогти дитині з вадами зору. Наказом МОЗ України від 28.01.2008 р. № 30 затверджений «План заходів щодо удосконалення профілактики, раннього виявлення глаукоми та попередження інвалідності по зору». А відтак, це свідчить про наявність в Україні проблем, пов'язаних з профілактикою очних захворювань. На жаль, навіть прийняття даного нормативно-правового акту не змогло суттєво вплинути на ситуацію у цій сфері.

7.3. Проблеми одержання інформації про фармацевтичні властивості лікарського засобу особами з вадами зору

Незважаючи на видання 18 грудня 2007 р. Указу Президента України «Про додаткові невідкладні заходи щодо створення сприятливих умов для життєдіяльності осіб з обмеженими фізичними можливостями» № 1228/2007, неврегульованою залишилася ще одна проблема, а саме питання забезпечення інвалідів по зору лікарськими засобами. На сьогодні в Україні не видаються інструкції до лікарських засобів шрифтом Брайля. У зв'язку з цим інваліди по зору не можуть дізнатися про фармацевтичні властивості того чи іншого лікарського засобу, покази щодо його вживання, а також протипоказання до його застосування. Як наслідок, часто зустрічаються захворювання чи погіршення стану здоров'я цих категорій осіб через неправильне застосування лікарських засобів.

Необхідно зазначити, що Законом України від 20 травня 2009 р. N 1364-VI внесено зміни до Закону України «Про лікарські засоби», згідно з якими на зовнішній упаковці лікарською засобу, крім відомостей, зазначених у ч. 1 ст. 12 цього Закону, повинно бути шрифтом Брайля зазначено назву лікарського засобу, дозу діючої речовини та лікарську форму.

7.4. Проблеми забезпечення інвалідів по зору засобами реабілітації

Протягом кількох десятиліть через структури Українського товариства сліпих (далі — УТОС) інваліди по зору забезпечувалися деякими засобами реабілітації — спеціальними годинниками, магнітофонами для прослуховування аудіокнижок, тростинами для орієнтування. З 2007 р. таке забезпечення повинні здійснювати органи соціального захисту. Проте, відмінивши одну систему забезпечення, іншу фактично не створили. Місцеві органи соціального захисту повинні формувати заявки для централізованих закупок, але потреб інвалідів по зору вони не знають, оскільки такою роботою раніше не займалися.

Підставою для отримання засобу реабілітації має бути індивідуальна програма реабілітації (ІПР), розроблена МСЕК. Але більшість незрячих проходила МСЕК багато років тому, коли таких програм взагалі не було. І ось тепер заради отримання годинника вартістю 25 грн. їм пропонують ще раз засвідчити інвалідність. Проходження МСЕК для отримання ІПР є вкрай виснажливою справою для інваліда по зору, і заради кожного, досить дешевого засобу

реабілітації, робити це явно недоцільно. З іншого ж боку, в Україні відсутня система торгівлі такими товарами, і придбати їх просто ніде. У підсумку, забезпечення засобами реабілітації різко погіршилося.

Затверджений Кабінетом Міністрів України перелік засобів реабілітації інвалідів по зору багато років залишається практично незмінним, хоча нові технології відкривають революційні можливості реабілітації незрячих. Так, сучасний мобільний телефон може бути обладнаний мовною програмою, що не тільки озвучує всю інформацію на дисплеї, а й дозволяє виходити в Інтернет і читати web-сторінки. Вже у стадії впровадження знаходиться технологія орієнтування незрячих за допомогою супутникових систем навігації GPS та мобільного телефону, що відкриває ще ширші можливості реальної безбар'єрності для таких людей.

Такі речі як комп'ютери, хоча й визнані засобами реабілітації інвалідів по зору, передаються лише у користування підприємствам і організаціям УТОС, але не в індивідуальне користування, як це робиться в інших країнах. Наприклад, у Польщі в межах проекту «Комп'ютер для Гомера» фізичні особи, інваліди по зору, за рік отримують комп'ютерів та спеціального обладнання на суму 50 мільйонів злотих (близько 100 мільйонів гривень. Достатньо порівняти цю цифру з обсягом фінансування закупок такої техніки для УТОС на суму в 2 мільйони гривень на рік). В Україні чомусь вважається, що комп'ютер — це надто дорога річ для незрячого.

Потреба у тих чи інших засобах реабілітації (наприклад, у диктофонах) визначається не тільки рівнем втрати здоров'я, який фіксує МСЕК, а й змінами у соціальному бутті інваліда, наприклад вступом до вишу. Тому, на відміну від засобів медичної реабілітації, потреба у засобах соціальної реабілітації повинна була б визначатися органами соціального захисту або уповноваженими ними структурами.

Для покращення становища інвалідів по зору в Україні необхідно:

- налагодити систему належного фінансування забезпечення інвалідів технічними засобами;
- забезпечити наявність у громадському транспорті та жилих будинках приладів для надання можливості пересування інвалідів;
- забезпечити у медичних закладах, у тому числі закладах стаціонарного лікування, приладів для інвалідів, які дають можливість отримувати належне лікування (ліжка, пандуси, написи азбукою Брайля та інше) ;

- створити систему розподілу санаторно-курортних путівок на засадах прозорості, своєчасності;
- поновити роботу окопротезних кабінетів обласних консультативних поліклінік для забезпечення своєчасної допомоги хворим з анофтальмом;
- організувати підготовку за індивідуальними програмами та працевлаштування у закладах охорони здоров'я кваліфікованих масажистів з числа інвалідів по зору;
- сприяти належному забезпеченню інвалідів засобами медичної та соціальної реабілітації, удосконалити інституційно-організаційну роботу компетентних органів влади в цьому контексті.

Рекомендації

1. Розробити та прийняти (включаючи відповідне фінансове забезпечення) Національний план дій щодо людей з обмеженими фізичними можливостями.
2. Удосконалити національне законодавство з окресленої проблематики, зокрема понятійно-категоріальний апарат (для прикладу, визначення поняття «інвалідність»), відповідно до Конвенції.
3. Нормативно закріпити механізми реалізації основних «стандартів» у сфері захисту прав інвалідів.
4. Визначити мінімальні стандарти щодо навчання осіб, які мають фізичні вади або психічні розлади, що будуть гарантувати їх рівень розвитку для участі в суспільних процесах:
 - визначити обов'язкову квоту прийняття інвалідів до вищих навчальних закладів, закріпивши відповідні норми в Закон України «Про освіту» від 23.05.1991 р. та Закон України «Про вищу освіту» від 17.01.2002 р.
 - розробити державні стандарти освіти для дітей з розумовою відсталістю, визначивши основні критерії та категорії психічних розладів, а також адаптувати навчальні програми до них;
 - передбачити створення при вищих навчальних закладах відповідної бази для навчання інвалідів з психічними розладами, вадами слуху та зору (матеріальна база, навчальна література, кадрово-педагогічне забезпечення).

5. Розробити заходи МОЗ України, у яких передбачити механізми стимулювання, у т. ч. й фінансового характеру, щодо психосоціального та реабілітаційного підходів до лікування осіб з психічними розладами.
6. Розробити та затвердити цільову Державну програму щодо надання психіатричної допомоги, передбачивши:
 - первинні профогляди спеціалістами в середніх загальноосвітніх школах;
 - кадрове забезпечення дитячими психіатрами центральних районних лікарень.
7. Забезпечити втілення на практику законодавства України щодо складання індивідуальних програм реабілітації для кожної особи, яка є інвалідом.
8. Розробити ефективний механізм забезпечення людей з обмеженими фізичними можливостями технічними засобами реабілітації та виробами медичного призначення, а також порядок грошової компенсації на самостійне забезпечення такими засобами. Ефективний механізм, який базується на засадах адресності, доцільності, раціональності та ефективності.
9. Внести зміни до Конституції України, оскільки вона не містить гарантій щодо відсутності обмежень прав і свобод людини за ознаками інвалідності або фізичних чи психічних вад, у ст. 24 Основного Закону застосовується поняття «інші ознаки» (за таких умов буде відображено положення п. 2 ст. 5 Конвенції).
10. Внести зміни у Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» та Закон України «Про реабілітацію інвалідів» оскільки, ці нормативні акти не містять окремих норм, які стосуються жінок-інвалідів (за таких умов буде відображено положення ст. 6 Конвенції).
11. Визначити механізми гарантування та забезпечення фінансування щодо створення відповідної інфраструктури з охорони здоров'я інвалідів. Оскільки статті щодо охорони здоров'я інвалідів є не захищеними, а наявність Бюджетного кодексу України не дає можливість профінансувати створення ефективної системи закладів, які повинні надавати необхідну допомогу.
12. Прийняти нормативно-правові акти, які б визначали нормативи обладнання лікарень спеціальними засобами, палатами (відокрем-

леними індивідуально), пристосованими для знаходження людей з інвалідністю різних нозологій.

Рекомендації та пропозиції для МОЗ України:

- підготовка та подання Кабінетові Міністрів України Державної програми медичної реабілітації інвалідів.
- прийняття відповідних організаційних рішень для ведення повного нозологічного обліку інвалідів, особливо інвалідів тих нозологій, які потребують забезпечення виробами медичного призначення.
- реформування системи медико-соціальної експертизи й удосконалення функціонування медико-соціальних експертних комісій.
- удосконалення методики складення індивідуальних програм реабілітації інвалідів.
- вивчення, узагальнення та поширення позитивного досвіду медичної реабілітації інвалідів у лікувальних закладах, що належать до сфери управління МОЗ України.
- опрацювання питання щодо утворення на базі лікувально-профілактичних закладів мережі спеціалізованих нозологічних реабілітаційних підрозділів.
- відновлення лікувальної та матеріально-технічної бази Українського науково-дослідного інституту реабілітації інвалідів (м. Вінниця), забезпечення належної організаційної та фінансової підтримки діяльності зазначеного інституту та Українського державного науково-дослідного інституту медико-соціальних проблем інвалідності (м. Дніпропетровськ) з визначенням їх функціональних повноважень щодо розвитку наукового та лікувально-практичного підґрунтя реабілітації інвалідів.
- поліпшення екстреного медичного забезпечення інвалідів по слуху шляхом поширення кращого досвіду роботи станцій швидкої медичної допомоги щодо системи оперативного виклику лікарів до хворих інвалідів по слуху.

Розділ 8

Місця позбавлення волі

8.1. Місця позбавлення волі під контролем Міністерства внутрішніх справ України³⁶

В складі Міністерства внутрішніх справ України (МВС) на сьогоднішній день діє 532 спеціальні установи міліції, з них 485 ізоляторів тимчасового тримання на 9,9 тис. місць, 36 приймальників-розподільників для осіб, затриманих за бродяжництво на 1,4 тис. місць (в 2010 році закриті на підставі внесення змін до Закону України «Про міліцію») та 11 спеціальних приймальників для осіб, підданих адміністративному арешту на 286 місць.

Упродовж 2010 року в зазначених закладах міліції утримувалося понад 50 тис. осіб. За перше півріччя 2010 року до ІТТ швидка медична допомога викликала 9767 разів. З них 947 — при поміщенні до ІТТ (813 викликів — через скарги на стан здоров'я, 88 — отримано тілесних ушкоджень, 46 — госпіталізовано). 8820 викликів швидкої медичної допомоги вже під час утримання (8459 — через скарги на стан здоров'я, 28 — отримано тілесних ушкоджень, 333 — госпіталізовано). Тільки за останній рік 9 осіб, які утримувалися в спецустановах міліції, вчинили самогубство, 6 осіб померли через хвороби.

Ці цифри говорять про те, що не зважаючи на декларативно проголошені права осіб, які утримуються в спецзакладах МВС та Департаменту виконання покарань на охорону здоров'я, надання якісної та своєчасної медичної допомоги, ці права повсякденно порушуються. Дві складі цієї проблеми — умови тримання та надання якісної та своєчасної медичної допомоги дуже тісно пов'язані між собою.

Європейський суд з прав людини неодноразово в своїх рішеннях підкреслював, відсутність адекватної медичної допомоги й лікування осіб, що

³⁶ Розділ підготовлений Наталією Козаренко (Херсонський обласний фонд милосердя та здоров'я).

утримуються під вартою, є порушенням вимог статті 3 Європейської конвенції з дотримання прав людини, і є нелюдським та принижуючим гідність поведінням. Більш того, Європейський Суд у своїх рішеннях вказує, що органи влади зобов'язані охороняти здоров'я осіб, позбавлених свободи. Відсутність належної медичної допомоги може утворити поведіння, яке розглядається як тортури та жорстоке поведіння.

В Другій Загальній доповіді Європейського комітету з питань запобігання катуванням чи нелюдському поведінню або такому, що принижує гідність, поведінню чи покаранню підкреслюється, що «комітет приділяє особливу увагу трьом правам тих осіб, яких затримала поліція: праву особи повідомляти про факт свого затримання третю сторону за власним вибором, праву доступу до адвоката і праву вимагати медичного обстеження лікарем за власним вибором (додатково до медичного обстеження, яке здійснюється лікарем, що його запросили поліцейські органи)».

На думку Комітету, ці права є трьома основними гарантіями проти жорстокого поведіння із затриманими особами, і вони мають застосовуватися від самого початку затримання, незалежно від того, як таке затримання визначається у відповідній правовій системі. Європейський суд з прав людини неодноразово в своїх рішеннях стосовно України підкреслював відсутність адекватної медичної допомоги й лікування осіб, що утримуються під вартою, що є порушенням вимог статті 3 Європейської конвенції з дотримання прав людини, і є нелюдським та принижуючим гідність поведінням. Більш того, Європейський Суд у своїх рішеннях вказує, що органи влади зобов'язані охороняти здоров'я осіб, позбавлених свободи. Відсутність належної медичної допомоги може утворити поведіння, яке розглядається як тортури та жорстоке поведіння.

8.1.1. Законодавче регулювання надання медичної допомоги затриманим особам

Основний внутрішній документ, який регулює надання медичної допомоги особам, які утримуються в спецзакладах МВС, є Інструкція про роботу ізоляторів тимчасового тримання органів внутрішніх справ України, затвердженої наказом МВС України від 20.01.2005 № 60 (ДСК) (далі Інструкція).

Відповідно до Інструкції доставлені в ІТТ особи, перед поміщенням у камери опитуються фельдшером, а за його відсутності — черговим, про стан здоров'я. Внутрішніми документами МВС посада фельдшера передбачається тільки для ІТТ, розрахованих на 20 і більше заарештованих. В Україні таких ІТТ тільки 20% від загальної кількості.

В щорічному звіті з питань дотримання прав людини в діяльності правоохоронних органів за 2010 рік, який був підготовлений Управлінням моніторингу дотримання прав людини в діяльності правоохоронних органів при апараті міністра внутрішніх справ, часто такі опитування носить чисто формальний підхід, і записи до журналу можуть вноситися ті, які не відповідають дійсності.

Згідно з Інструкцією, у разі скарги особи на поганий стан здоров'я або при очевидних ознаках захворювання чи за наявності тілесних ушкоджень фельдшер (черговий) зобов'язаний негайно запросити лікаря лікувального закладу органів охорони здоров'я для огляду доставленого та одержання висновку про можливість перебування такої особи в ІТТ. «Якщо за висновком медичного працівника доставлена особа і ІТТ перебувати не може, її направляють на лікування. У таких випадках затримані поміщуються до лікувальних закладів органів охорони здоров'я...». Також, як вказано в Інструкції «Екстрена медична допомога особам, затриманим за підозрою у вчиненні злочину і взятим під варту, надається бригадами швидкої допомоги лікувально-профілактичних закладів місцевих органів охорони здоров'я за викликом працівників ІТТ».

Інструкцією не передбачена можливість огляду затриманого лікарем, який може бути запрошений ним самим (його представником або адвокатом), як не передбачено і наслідки такого огляду та виконання лікарських пропозицій. Не передбачає Інструкція і можливості спілкування затриманого з лікарем так, щоб розмову між ними не було чути представникам правоохоронних органів.

Реалії свідчать, що якщо це не передбачено в нормативних документах, то є можливість відмови.

За ініціативи Управління дотримання прав людини в діяльності правоохоронних органів та на виконання вимог рішення колегії МВС від 25.07.2008 № 17 км/2, керівництвом МВС була прийнята вказівка від 06.02.2009 № 10/3-758 ГУМВС, УМВС про забезпечення ведення обліків викликів бригад швидкої медичної допомоги до спеціальних установ міліції за скаргами затриманих і взятих під варту осіб на стан здоров'я та виявлення в них тілесних ушкоджень.

Вказівкою МВС від 06.02.2009 № 10/3-758 вимагається в разі виявлення в затриманих і взятих під варту осіб тілесних ушкоджень під час поміщення до спеціальних установ та тримання в цих закладах проводити службові розслідування щодо їх походження. Водночас, у супереч зазначеним вимогам, у першому півріччі 2010 року службові розслідування походження тілесних

ушкоджень при поміщенні та утриманні затриманих і взятих під варту осіб у більшості ГУМВС, УМВС не проводилися.

Крім того, незважаючи на вимоги Правил внутрішнього розпорядку в ізоляторах тимчасового тримання органів внутрішніх справ України, затверджених наказом МВС від 02.12.2008 № 638, щодо обов'язкового медичного обстеження осіб перед поміщенням до спеціальних установ міліції на наявність захворювань і можливості утримання в цих закладах продовжують мати місце випадки ігнорування цих положень, що, у свою чергу, призводить до смертей затриманих і взятих під варту осіб через наявну в них хворобу впродовж першої доби утримання. В першій половині 2010 року у спецустановах міліції померли 6 осіб — усі через захворювання.

Начальник одеської міліції на прес-конференції висловив думку, що людину можна допитувати навіть після інфаркту, коментуючи примусове доставлення до суду заступника мера з реанімаційного відділення лікарні. «Ми його хотіли опитати, а він узяв та просто захворів. Такого не буває. Все було нормально, і раптом взяв і захворів. Лікарі нам створили ситуацію, що він тяжко хворий». Як з'ясувалося під час прес-конференції, начальник міліції впевнений, що можна опитувати людину навіть у випадку серцевого захворювання.³⁷

Мешканець Полтавської області О. був заарештований у адміністративному порядку в травні 2010 року. У зв'язку зі скаргами неодноразово викликала швидка медична допомога, проте, за висновками лікарів, він госпіталізації не потребував. Разом з тим 15.05.2010 він помер від кардіоміопатії, що, у свою чергу, свідчить про недостатню кваліфікацію медичного персоналу бригад швидкої медичної допомоги, які надавали медичну допомогу О.

К. був затриманий та поміщений до Херсонського спец приймальника для адміністратованих. В день поміщення він звернувся до фельдшера установи зі скаргами на біль в грудях. Він пояснював, що був поранений з пневматичної рушниці. Фельдшер проігнорували скарги і медична допомога К. не надавалася. Єдине — він був звільнений від робіт. Після звільнення він самостійно звернувся до лікарні. Йому була зроблена операція і два місяці він перебував на стаціонарному лікуванні. На підставі висновків службової перевірки, проведеної силами УМВС в Херсонській області, були встановлені порушення прав К. на медичну допомогу, фельдшер спецприймальника для осіб, підданих ад-

³⁷ Начальник одесской милиции считает, что человека можно спокойно допрашивать даже после инфаркта, http://od-news.com/index.php?option=com_content&task=view&id=10640&Itemid=1

міністративному арешту, притягнута до дисциплінарної відповідальності. Від відшкодування шкоди К. керівництво УМВС відмовилося.

Дроботенко А.Б. був затриманий 05.03.2009 за звинуваченням у скоєнні злочину, передбаченого ст. 348 КК України. Під час припинення правопорушення був побитий працівниками міліції. Зі струсом мозку та численними гематомами поміщений до районної лікарні. 07.03.09 всупереч вимогам лікаря, яка вела Дроботенка, був переведений до Скадовського ІТТ, лікування було призупинено. Вперше оглянутий лікарем 12.03.09. Лікар, запрошений працівниками міліції, змінив лікування, замінив крапельниці та уколи на прийомом таблеток. За час утримання неодноразово викликала швидка допомога. 08.04.2009 ліки, які були передані дружиною разом із довідкою лікаря, яка вела Дроботенка з початку, про необхідність їх вживання, були повернуті працівниками ІТТ. Альтернативне обстеження було проведено тільки в СІЗО. Слідчий прокуратури, який вів справу, відмовився надати дозвіл на відвідання невропатологом Дроботенка в ІТТ. На сьогоднішній день справа Дроботенка щодо порушення статті 3 Конвенції направлена до Європейського суду.

Такі справи не поодинокі. Надання медичної допомоги затриманим та заарештованим особам в правоохоронних органах не вважається першочерговим завданням. Навпаки, часто позбавлення можливості отримати своєчасну медичну допомогу використовується з метою вчинення тиску на особу, позбавлену волі.

8.1.2. Право на отримання медичної допомоги за власним вибором

Діючими нормативними документами МВС взагалі не передбачена можливість отримання медичної допомоги від спеціаліста за власним вибором особи, яка знаходиться у спецустановах МВС.

Відмовляючи у можливості спілкуватися з лікарем за вибором затриманого, правоохоронці посилаються на статті Кримінально — процесуального кодексу, які дозволяють спілкуватися з затриманими і арештованими тільки адвокату або за дозволом слідчого.

Ч. — наркоман, ВІЛ-інфікований, був затриманий одним з райвідділів Севастопольського УМВД. Лікар СПІД-центру, на підставі результатів обстеження, виписала рекомендацію Ч. пройти стаціонарне лікування. Начальник РО відмовився покласти Ч. в лікарню, посилаючись на той факт, що рекомендації були виписані не лікарем швидкої допомоги. Службова перевірка, проведена силами УМВС, порушень чинного законодавства не виявила.

Вказівкою УМВС від 13.12.2008 за № 7\15-6660, перед поміщенням затриманих та взятих під варту осіб до спецустанов міліції, передбачено забезпечення обов'язкового проведення медичного огляду на наявність захворювань з отриманням медичних висновків про можливість тримання в умовах ІТТ. Але видання таких довідок не передбачено жодним документом Міністерства охорони здоров'я (МОЗ). Не має медичних документів, які б містили критерії оцінки можливості тримання в ІТТ чи конвоювання. Підстави для надання таких довідок повинні бути прийняті на підставі спільних рекомендацій МВС та МОЗ.

Розглядаючи питання дотримання прав пацієнтів в системі ОВС не можна не звернути увагу на невиправдану позицію працівників медичних установ по цих питаннях. Організація належного рівня дотримання прав пацієнтів в системі ОВС без участі в цьому працівників охорони здоров'я — не можлива. Відсутність спільних документів МВС та МОЗ, які б регламентували надання профільної медичної допомоги особам, що утримуються в ІТТ, суттєво ускладнює дотримання права затриманих та взятих під варту осіб на кваліфіковану та своєчасну медичну допомогу.

Наприклад, під час візиту мобільної групи з дотримання прав людини Громадської ради при УМВС в Херсонській області до Генічеського ІТТ, члени мобільної групи почули від працівників установи, що у разі виклику за рекомендацією фельдшера швидкої допомоги до затриманого профільного лікаря, до ІТТ знову приїжджає то й же фельдшер.

Проблемним залишається і питання надання направлення на проходження СМЕ для осіб, які постраждали від незаконних дій працівників міліції.

Фактично, такі направлення видаються райвідділами (а не прокуратурою, хоча скарги — на працівників міліції), які не зацікавлені у реєстрації фактів незаконного застосування сили працівниками міліції. Це питання можливо було б вирішити, якщо передбачити можливість проходження СМЕ взагалі без направлення.

Також порушуються права затриманих-інвалідів. І знову питання у неврегульованості цього питання спільними нормативними документами МОЗ, МВС та ДВП. Надання медичної допомоги особам, які утримуються в спец-установах міліції не є пріоритетною задачею для працівників міліції.

Затриманий, інвалід 2-ї групи П., знаходився під слідством більше двох років. Періодично перебував в Севастопольському ІТТ та Сімферопольському СІЗО. Для продовження інвалідності йому необхідно було пройти огляд комісією

МСЕК. Доставляння затриманого до комісії МСЕК не передбачено нормативними документами МВС, а комісія не може вийти до затриманого до СІЗО, так як таке не передбачено нормативними документами МОЗ. Питання вирішувалось протягом двох років і було вирішено тільки після втручання прокуратури та УМДПЛ.

8.1.3. Доступ до інформації про медичну допомогу

Наказом МВС від 20.01.2005 № 60 в ІТТ передбачено ведення журналу медичного огляду осіб, поміщених до ІТТ. Записи та рекомендації для лікування виконуються лікарем, який оглядає затриману особу. Але контроль за виконанням рекомендацій з боку лікарів нічим не передбачений. Як і проведення повторного огляду.

Згідно з законодавством, затримані та взяті під варту особи утримуються в ІТТ протягом не більше 10 днів. Направлення до СІЗО фактично перериває лікування, бо рекомендації лікарів залишаються в Журналі і не потрапляють до особистої справи затриманого. Крім того, затриманий не має можливості ознайомитися з записами в журналі стосовно свого здоров'я, тобто порушується його право на отримання інформації.

Цю проблему можна було би усунути, якщо б результати усіх медичних оглядів та рекомендації лікарів зберігалися в особистій справі затриманих та узятих під варту осіб. На сьогодні така інформація зберігається в Журналах медичного огляду осіб, поміщених до ІТТ, записах лікарів, медичних картках, які залишаються в СІЗО та медичних картках, які заводяться в закладах виконання покарань.

8.1.4. Умови утримання в спеціальних закладах міліції

Не можна сказати, що сьогодні надання медичної допомоги особам, які утримуються в спец закладах ОВС не приділяється увага. За останні роки (2006–2009) суттєво покращилися умови утримання в ІТТ. На рівні міністерства МВС були прийняті нормативні документи, які зобов'язують поміщати до ІТТ осіб тільки після проходження медичного огляду (в тому числі і флюорографії), вирішено питання про проведення кварцування приміщень камер. Збільшена норма площі на кожну з осіб, які утримуються в ІТТ з 2,5 м² до 4 м². ІТТ обладнані душовими кімнатами з гарячою водою, а особи, які утримуються в ІТТ, забезпечуються окремим спальним місцем,

постіллю та постільною білизною. Вказівкою МВС від 05.05.2009 № 84\47-СН передбачено введення обліку кількості викликів швидкої допомоги до ІТТ, з урахуванням причини виклику та допомоги, яка була надана. Згідно з вказівкою МВС кожна камера забезпечена універсальною аптечкою. Але при цьому гроші в бюджеті МВС на все це — не передбачені. На покращення умов тримання, надання медичної допомоги правоохоронці «вишукують» кошти самостійно. В українському практиці це називається позабюджетне фінансування — благодійні внески приватних осіб. Наскільки ця благодійна діяльність добровільна чи безкорисна — залежить цілком від правоохоронців.

Відомо, що, на жаль, значна кількість спец установ міліції розміщені в старих, не придатних з врахуванням сьогоденних вимог будівлях. Приведення їх до необхідних стандартів потребує значних фінансових вкладень. Причому, не завжди вони можуть бути в подальшому виправданими.

Безперечно, що протягом 2007–2009 років здійснено значні об'єми робіт по будівництву, реконструкції і ремонту спец установ, з метою приведення їх до міжнародних вимог. Проте, у 2009 році, «Програма по будівництву, реконструкції і ремонту спеціальних установ міліції на 2006 та наступні роки», що затверджена Наказом МВС № 1001 від 15.11.2005 р., з причини припинення бюджетного фінансування, була, практично, повністю звернута.

8.1.5. Боротьба з туберкульозом

На виконання спільного наказу МОЗ та МВС 06.07.2004 № 331\645 «Про проведення спільних протитуберкульозних заходів серед тимчасово затриманих та взятих під варту осіб, які утримуються у спеціально установлених органів внутрішніх справ у терміни, установлені законодавством України, передбачено виділення окремих приміщень для лікування затриманих і взятих під варту осіб, хворих на туберкульоз, які утримуються у спеціальних установах органів внутрішніх справ.

Але цим Наказом не передбачене фінансування переобладнання палат та проведення ремонтних робіт в лікарнях. Наприклад, в Херсонському протитуберкульозному диспансері були виділені дві палати. За рахунок УМВС встановлені ґрати на вікнах. Подальше переобладнання (в тому числі встановлення огорожі) потребує біля 200 000 тис. грн. Аналогічна ситуація і з виділенням коштів на переобладнання та ремонт відділення судової психіатричної експертизи Херсонської обласної психіатричної лікарні, де

проводиться судова експертиза (відділення охороняється спецпідрозділом «Грифон»).

Охорона осіб, які поміщуються до лікарень, згідно з Інструкцією, здійснюється силами підрозділів міліції. Фактично, охорона одного поміщеного до тубдиспансеру потребує 6 працівників міліції на добу. До того, ж потрібно вирішувати проїзд варті з райвідділу до лікарні. Працівники міліції, які охороняють затриманих в тубдиспансері, не отримують ніяких пільг та компенсацій, пов'язаних з їх постійним перебуванням серед хворих на туберкульоз. Мабуть тому, спецпідрозділи, які повинні охороняти таких затриманих, досі не укомплектовані.

Не вирішеність цього питання приводить до того, що того, що райвідділи дуже неохоче поміщують до тубдиспансеру затриманих.

Досить серйозним в цьому аспекті залишаються проблеми захисту прав працівників міліції, що здійснюють охорону та конвоювання цієї категорії осіб. В значній кількості областей працівники міліції несуть службу в одній палаті з хворими на туберкульоз (Закарпатська, Миколаївська, Полтавська, Тернопільська, Черкаська, Чернігівська), або ж перебувають просто в загальних коридорах (Волинська, Донецька, Київська, Львівська, Сумська, Рівненська та Херсонська) в наслідок чого піддаються ризику зараження та захворювання на цю важку хворобу. Індивідуальними засобами захисту працівники міліції повністю не забезпечуються. Головна причина цьому — відсутність достатнього фінансування комунальних медичних закладів та не належна взаємодія керівництва територіальних ОВС з ними. Саме на мед. заклади нормативно покладено вирішення цих питань, однак окреме кошторисне забезпечення під це не здійснюється.

8.1.6. Надання медичної допомоги наркозалежним та впровадження замісної терапії

Суттєві порушення прав пацієнтів відбуваються, коли до міліції потрапляють наркозалежні особи. Згідно з законодавством, стаціонарне лікування наркозалежного можливо в облнаркодиспансері та облпсихіатричній лікарні. Але поміщення затриманого чи узятого під варту можливо тільки в спеціально обладнані приміщення лікарень, а таких спец палат в цих установах немає. Відбувається конфлікт інтересів — міліція, яка охороняє затриманого, не може надавати йому медичної допомоги, а медики не можуть його охороняти.

Надання медичної допомоги наркозалежним силами фельдшерів швидкої допомоги ускладнюється тим, що принципи паліативної допомоги ще не знайшли свого застосування в Україні — фельдшери швидкої допомоги не мають необхідних медикаментів.

В містах, де працює програма замісної терапії, через невизначеність порядку надання допомоги постійно порушуються права таких осіб на отримання лікування. Практично, такі особи можуть отримати лікування, тільки якщо законодавство буде порушено.

У разі затримання згідно зі ст. 263 КОАП, особа може утримуватися до трьох діб в кімнаті адміністративно затримання (КАЗ). Умови в КАЗ не передбачають довготривалого утримування. Положення цієї статті суперечать положенням ст. 5 Європейської Конвенції з дотримання прав людини.

В серпні місяці двоє наркозалежних, які приймали замісну терапію, були затримані Новакаховським РВ Херсонської області. Згідно постанови суду, на період слідства вони повинні були утримуватися в спецзакладах. Коли їх привезли до Херсонського СІЗО, їх відмовилися поміщати, посилаючись на необхідність стаціонарного лікування (при тому, що в СІЗО не має власного нарколога). В облнаркодіспансері лікар оглянув їх і написав, що вони можуть утримуватися в спец закладах, виписавши рекомендації. В СІЗО їх знову намагалися не помістити. Після втручання помічника Міністра з дотримання прав людини та голови БФ «Мангуст», придбання батьками ліків за списком, особи були поміщені до СІЗО. Як з'ясувалося через два тижні, ліки не надавалися і в одного з наркозалежних стався інсульт.

Аналогічні ситуації із клієнтами замісної терапії сталися в Севастополі та Полтаві.

Існує спільний наказ МОЗ та МВС № 158/417 від 16 червня 1998 року «Про затвердження Порядку проведення медичного огляду та медичного обстеження осіб, які зловживають наркотичними засобами або психотропними речовинами», відповідно до якого особи, що незаконно (тобто «без достатніх медичних підстав») вживають наркотичні засоби або психотропні речовини, спрямовуються органами внутрішніх справ на медичний огляд до лікувально-профілактичної установи, що надає диспансерну наркологічну допомогу.

У наказі визначається, що медичним оглядом вважається огляд у наркологічній установі з метою встановлення стану наркотичного сп'яніння, а медичним обстеженням вважається її обстеження у стаціонарних умовах за направленням лікаря-нарколога після проведеного медичного огляду з метою

перевірки діагнозу «наркоманія» або «токсикоманія». Строк такого обстеження не повинен перевищувати 10 діб.

Діагноз «наркоманія» або «токсикоманія» встановлюються ЛКК наркологічної установи, де проводиться медичне обстеження. Якщо внаслідок обстеження встановлений діагноз «наркоманія» або «токсикоманія», і особа потребує лікування, то ЛКК зобов'язана запропонувати їй курс добровільного(!) лікування та соціально-психологічної реабілітації.

8.1.7. Найбільш розповсюджені порушення прав осіб, які знаходяться в місцях позбавлення волі

Найбільш розповсюдженими порушеннями прав осіб, які знаходяться в місцях позбавлення волі є:

- порушення санітарно-гігієнічних норм утримання (відсутність в спеціалізованих необхідних службових приміщень, обладнання, проблеми з функціонуванням мереж водо-, тепло- та енергозабезпечення, каналізаційних та вентиляційних систем, не достатність освітлення в приміщеннях, необхідність в проведенні поточних ремонтів та інше);
- незадовільне медико-соціальне забезпечення через відсутність відповідного обладнання та лікарських медпрепаратів;
- ненадання медичної допомоги;
- несвоєчасне надання медичної допомоги;
- порушення права на отримання інформації щодо стану здоров'я.

Відчуження громадськості від контролю за діяльністю органів внутрішніх справ може суттєво погіршити рівень дотримання прав пацієнтів в системі правоохоронних органів. Наказом міністра МВС в 2010 році ліквідоване Управління моніторингу прав людини в діяльності органів внутрішніх справ, яке було серйозним запобіжником зловживань та порушень прав людини в МВС. Працівники Управління забезпечили системну роботу мобільних груп з моніторингу дотримання прав людини в місцях позбавлення волі, підпорядкованих МВС, яка мала результатом суттєве покращення умов перебування в ІТТ. Кількість виїздів мобільних груп з моніторингу дотримання прав людини за перші 5 місяців 2010 року зменшилася на 89 відсотків порівняно з 2009 роком. Засідань громадських рад в областях проведено на 70% менше, лише 11 (не в кожній області). Починаючи з березня 2010 року, керівництвом обласних управлінь міліції практично заблоковано роботу громадських мобільних груп з моніторингу забезпечення прав людини, які є прообразом та на сьогоднішній день єдиною в Україні діючою моделлю

національного превентивного механізму по попередженню катувань у місцях позбавлення волі. Без сумніву, що саме активна робота мобільних груп у 2005–2009 роках та принципова позиція їх членів щодо неприпустимості перебування громадян у непристосованих місцях несвободи, були однією з причин кардинального покращення побутових умов перебування громадян в ІТТ, забезпечення належного харчування і медичного обслуговування затриманих, постійного підтримання у камерах належного санітарного стану тощо. Тільки той факт, що на вимогу мобільних груп, підтриману згодом Генеральною прокуратурою та офісом Омбудсмена, було зупинено діяльність 17 ІТТ з нелюдськими умовами тримання заарештованих, свідчить про ефективність залучення громадськості до контролю за місцями несвободи.

Рекомендації

1. Визнати забезпечення дотримання прав пацієнтів для осіб, які утримуються в спецустановах ОВС як частину зобов'язань держави в сфері захисту прав пацієнтів.
2. Оцінити ситуацію з наданням якісної та своєчасної медичної допомоги особам, які утримуються в спецустановах ОВС. Проаналізувати нормативно-правове регулювання надання медичної допомоги особам, які утримуються в спецустановах ОВС з метою усунення підстав для порушення прав пацієнтів. Норми, які допускають порушення прав пацієнтів, повинні бути скореговані.
3. Розробити комплексний план по усуненню факторів, які заважають наданню якісної своєчасної медичної допомоги особам, які утримуються в спецустановах міліції, який би забезпечував взаємодію ОВС та закладів МОЗ.
4. Надати реалістичну оцінку потреб для забезпечення фінансування дотримання прав пацієнтів.
5. Розробити методичні рекомендації щодо надання медичної допомоги особам, які утримуються в спецустановах ОВС.
6. Забезпечити належну підготовку працівників спецустанов міліції, а також медичних працівників щодо забезпечення прав пацієнтів. Така підготовка повинна охоплювати в тому числі і вже працюючих медиків та працівників міліції в рамках підвищення кваліфікації.

7. Правозахисні організації повинні приділяти увагу захисту прав пацієнтів в спецустановах ОВС, в тому числі приймати участь в роботі мобільних груп з дотримання прав людини в діяльності ОВС.
8. Відновити роботу мобільних груп дотримання прав людини з залученням представників громадськості.

8.2. Місця позбавлення волі під контролем Департаменту³⁸

У даному розділі розглядається питання дотримання прав на медичну допомогу в слідчих ізоляторах та виправних колоніях, які перебувають у віданні Державного департаменту з питань відбування покарання (Департаменту).³⁹

У кожній установі Департаменту, як в слідчих ізоляторах, так і у виправних установах, функціонує медична частина. У завдання медичної частини входить здійснення медичного контролю за станом здоров'я ув'язнених шляхом проведення систематичних медичних оглядів, обстежень, організації та надання кваліфікованої медичної допомоги.

Кваліфікована та спеціалізована стаціонарна медична допомога ув'язненим надається в міжобласних та спеціалізованих лікарнях для засуджених. У разі неможливості надання необхідної медичної допомоги медичними установами Департаменту медична допомога може надаватися в лікувальних закладах Міністерства охорони здоров'я, якщо є можливість для ізоляції ув'язненого в цій установі, охорони та огляду в цих установах.

До 7 червня 2004 року діяв затверджений спільним наказом Департаменту та Міністерства охорони здоров'я № 3/6 Порядок медико-санітарного забезпечення осіб, які утримуються в слідчих ізоляторах та виправно-трудових установах Департаменту (надалі — Наказ № 3/6), який містив низку інструкцій щодо засуджених з гострими захворюваннями або загостренням хронічних хвороб, які загрожують життю, значно погіршують стан здоров'я або ж лікування яких в умовах стаціонару медичних частин є недостатньо ефективним, а також у випадках, коли для правильної діагностики необхідно поглиблене клінічне обстеження, підлягали направленню на госпіталізацію. Висновком № 3/26 Міністерство юстиції України скасу-

³⁸ Розділ підготовлений Айгуль Мукановою (ГО «ІПДІС»).

³⁹ Згідно з Указом Президента України від 9 грудня 2010 року функції Державного департаменту виконує Державна пенітенціарна служба України.

вало державну реєстрацію цього наказу та його виключили з державного реєстру нормативно-правових актів. В цей час немає чинного нормативно-правового акту, що визначає підстави та процедуру госпіталізації осіб, які перебувають під вартою. Через це установи Департаменту у своїй роботі інколи продовжують користуватися інструкціями, затвердженими Наказом № 3/6.

Процедура надання медичної допомоги в слідчих ізоляторах дещо відрізняється від процедури у виправних колоніях, тому в цьому звіті ситуація в зазначених установах буде розглядатися окремо.

8.2.1. СІЗО

Зазвичай слідчі ізолятори намагаються надавати медичну допомогу в медичній частині ізолятора, не вдаючись до госпіталізації. Медичні працівники слідчих ізоляторів входять до штату Департаменту і знаходяться в повній залежності від керівництва слідчого ізолятора, що впливає на їхнє рішення про необхідність обстеження і госпіталізації. У деяких випадках вивозять хворого на огляд до лікаря фахівця звичайних лікарень, з якими у СІЗО є домовленість.

У слідчих ізоляторах знаходяться особи, стосовно яких ще триває процедура розслідування або судового розгляду справи. Тому в порівнянні з засудженими особами, існують більш серйозні обмеження в доступі до них. Відповідно до кримінально-процесуального законодавства з ув'язненими у СІЗО може зустрічатися тільки адвокат або близький родич з дозволу слідчого або суду. Для порівняння, з ув'язненим, який знаходиться у виправній колонії, може зустрітися як адвокат, так і юрист, який не має ліцензії адвоката, і для цього достатньо заяви ув'язненого і формального дозволу начальника установи.

Для громадського контролю слідчі ізолятори повністю закриті. Всю інформацію про умови, в яких утримуються хворі, їх харчування та умови медичної допомоги надає адміністрація СІЗО. Перевірити достовірність цієї інформації практично неможливо. Єдиний орган, який має повноваження перевіряти установи Департаменту — це прокуратура. Як правило, їх перевірки є формальними і не змінюють ситуацію. Європейський Суд у справах проти України про ненадання медичної допомоги неодноразово вказував на відсутність ефективних механізмів захисту при порушенні права доступу до медичної допомоги в установах Департаменту.

Медична частина СІЗО призначена виключно для диспансерного спостереження і надання первинної лікувально-профілактичної допомоги. Надання спеціалізованої медичної допомоги в умовах СІЗО є неможливим. У випадках різкого погіршення самопочуття хворого адміністрація СІЗО викликає бригаду швидкої медичної допомоги. У разі необхідності термінової медичної допомоги особи, що знаходяться під вартою в СІЗО направляються до найближчої лікувальної установи, де їм може бути надана така медична допомога.

Однак, як правило, для звичайної лікарні такий пацієнт завжди є джерелом додаткових проблем, і вони намагаються не приймати їх на стаціонарне лікування. Крім того, медичні працівники швидкої допомоги часто не хочуть вступати в конфлікт з адміністрацією СІЗО і не наполягають на госпіталізації хворих, уникаючи вказувати у своїх записах на необхідність термінової госпіталізації. У випадках, коли вони ставлять питання про необхідність госпіталізації, а адміністрація СІЗО не хоче цього робити, в госпіталізації просто відмовляють. У результаті багато ув'язнених у СІЗО не мають доступу до медичної допомоги в спеціалізованих лікарнях чи відділеннях, їх скарги про погіршення стану здоров'я не перевіряються.

Наприкінці березня 2007 року Охрименка помістили до СІЗО № 27 м. Харкова із захворюванням на рак. Відразу ж після прибуття Охрименко поскаржився на поганий стан здоров'я, проте він був оглянутий і хворобу діагностовано лише місяць по тому. У квітні 2007 року Охрименку поставили діагноз — цироз печінки і рак лівої нирки з метастазами в легені. Пізніше медичне обстеження підтвердило діагноз заявника. Клопотання про звільнення Охрименка у зв'язку з важким станом здоров'я були відхилені.

Тільки 11 грудня 2007 року, за зверненням Європейського суду в порядку Правил 39 Регламенту Суду Уряд України забезпечив переведення Охрименка до Харківської онкологічної лікарні. По прибуттю туди йому поставили діагноз — рак нирки (гіпернефрома) у стадії рецидиву (T3-4 N1M1). 11 січня 2008 заявник пройшов планову операцію.

Але і можливість звернення до Європейського Суду про застосування правила 39 Регламенту Суду у випадках, коли пацієнти не можуть домогтися обстеження і госпіталізації в національних органах, буває обмежена. Причина цього у тому, що адміністрація слідчих ізоляторів надає медичну довідку, що стан хворого не вимагає термінової госпіталізації та вся необхідна допомога йому надається в медичній частині СІЗО.

Так в СІЗО міста Кривий Ріг з 2 жовтня 2009 року утримується А. Темченко, 68 років. У нього важкий стан здоров'я, діагноз «ішемічна хвороба серця, стенокардія напруги, гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, кіста нирки, гіперплазія передміхурової залози, хронічний пієлонефрит. Під час утримання під вартою стан здоров'я у нього сильно погіршився. Дружина заявника та його адвокат неодноразово клопотали про звільнення Темченка А.Г. з-під варту у зв'язку з важким станом здоров'я і погіршенням, що спостерігається чи його госпіталізацією. У задоволенні клопотань було відмовлено. Щодо госпіталізації до лікувального закладу при Дніпропетровському СІЗО та спеціалізованої лікарні було відмовлено з тієї причини, що їй підлягають тільки засуджені, щодо яких набрав чинності вирок суду.

Тільки 13 травня 2010 року Темченка доставили до міської клінічної лікарні. Однак невдовзі, не дочекавшись закінчення лікування, його за вимогою адміністрації, перевели в СІЗО. Призначення йому інсуліну проводилося без належного контролю, через відсутність необхідних умов для призначеного дієтичного харчування в СІЗО також немає. На цьому фоні спостерігається значне збільшення рівня цукру в крові з моменту його приміщення в СІЗО, а також різкі скачки в зміні рівня цукру після довільної зміни дози інсуліну, що представляє серйозну небезпеку для здоров'я Темченка А.Г.

До теперішнього часу велика частина судових засідань за звинуваченням Темченка А.Г. не проводиться через його поганий стан здоров'я, коли він не може брати участь у процесі. У проведенні судово-медичних експертиз щодо Темченка відмовляють. Його представники направляли заяву до Європейського Суду з прав людини про застосування правила 39 Регламенту Суду. При комунікації з Урядом України, коли Європейський Суд попросив надати інформацію про стан здоров'я Темченка А.Г., СІЗО надало довідку, що він не потребує госпіталізації і необхідне йому лікування може бути надане йому в умовах СІЗО. Беручи до уваги дану інформацію Європейський Суд відмовив у застосуванні правила 39.

Однак навіть у випадках застосування правилом 39 слідчі ізолятори не завжди виконують рекомендації Європейського Суду.

Так, не зважаючи на припис Європейського суду щодо Бекетова, який знаходився в Київському СІЗО, так і не допустили медиків приватної клініки «Борис».

Для того, щоб лікарі зайшли в приміщення Київського СІЗО, необхідно отримати письмовий допуск за підписом начальника СІЗО. Начальник Київського СІЗО відмовився надати їм допуск, посилаючись на статтю 37 Основ законодавства про охорону здоров'я, вимагаючи помістити пацієнта виключно до міської лікарні швидкої допомоги.

У деяких випадках застосування термінових заходів вже не допомагає пацієнтові через занедбаність хвороби і погану якість лікування в лікарнях.

Тамаз Кардава знаходився в СІЗО з 10 жовтня 2008 року. З моменту вступу він неодноразово звертався зі скаргами на стан здоров'я і проханнями надати медичну допомогу. Після проведення консультацій лікарі визначили у нього безліч захворювань.

Протягом всього часу перебування під вартою Кардаві не була надана адекватна медична допомога. Стан його здоров'я постійно погіршувався, він страждав від болю. Під час останніх судових засідань він не міг сидіти або стояти, лежав на підлозі. Він і його адвокат подавали до Шевченківського районного суду клопотання про звільнення його з-під варти або направлення його до медичної установи, де йому зможуть надати необхідну медичну допомогу. Клопотання не були задоволені судом.

31 березня 2010 року адвокат Кардави звернувся до Європейського Суду з проханням про застосування правила 39 і направлення Кардави до будь-якої лікарні м. Києва, де він зможе отримати термінову і необхідну медичну допомогу. Того ж дня Європейський Суд застосував правило 39, вказавши на необхідність перевірити, чи потребує Кардава відповідної медичної допомоги та направити його до медичної установи.

1 квітня 2010 року Кардаву госпіталізували в Київську лікарню швидкої допомоги. 2 квітня 2010 року лікуючий лікар виписав ліки Кардаві на 3–4 дні, проте з 2 по 7 квітня лікар не оглядав його і ліки залишилися невикористаними. Кардава весь цей час перебував у палаті в антисанітарних умовах, разом з іншими хворими. 7 квітня 2010 року він помер.

У деяких випадках СІЗО категорично відмовляють у госпіталізації хворих, навіть якщо на цьому наполягають лікарі швидкої допомоги, яких викликають при погіршенні стану хворого до СІЗО.

18 лютого 2008 року Сивицьку Н. Ф., 39 років, взяли під варту. Того ж дня вона дізналася, що вагітна. Сивицька Н.Ф. має п'ятьох дітей, всі діти народжувалися з патологією, недоношеними. Лікарі ставили їй діагноз «дисциркуляторна енцефалопатія, дистонія судин кровопостачання».

У зв'язку з вагітністю вона намагалася передати лікарю ІТТ медичну довідку про патології вагітності, довідку не прийняли. Протягом вагітності Сивицька втратила вагу, стан її здоров'я погіршився. На прохання провести обстеження відповідали відмовою.

29 лютого 2008 Сивицьку перевели до Чернівецького слідчого ізолятора (СІЗО) 14 квітня 2008 року у зв'язку з різким погіршенням самопочуття Сивицьку вивезли до лікарні, діагноз «відшарування плаценти». Через деякий час, незважаючи на заперечення лікарів, лікар СІЗО під свою відповідальність забрав Сивицьку з лікарні. Перебуваючи в СІЗО, Сивицька страждала від болю, у неї почалася кровотеча. У задоволенні клопотань про проведення медичного обстеження суд відмовив. Регулярне обстеження Сивицької та медичний супровід як вагітної не проводили.

6 серпня 2008 кровотеча посилилась. До СІЗО викликали швидку допомогу, але відмовилися переводити до лікарні. 8 серпня 2008 самопочуття Сивицької знову погіршилась, але лікарів їй не викликали. О 18.00 того ж дня через сильний біль викликали швидку допомогу. При обстеженні встановлено «розрив матки до самого зіву».

12 серпня у Сивицької відійшли води а потім їй повідомили, що дитина помирає. Операція пройшла з ускладненнями, були видалені дітородні органи. Сивицька вважає, що це наслідок уколів, призначених у СІЗО, які не повинні були використовуватися при наявних у неї проблем з судинами і кровопостачанням. Дитина народилася на 32 тижні вагітності, з неонотальною енцефалопатією, внутрішньочерепним тиском.

Варто відзначити ще одну проблему утримання в СІЗО осіб, що мають важкі захворювання. На підставі статті 152 Кримінально-виконавчого кодексу України (далі — КВК) хвороба є підставою для звільнення від відбування покарання. Відповідно до статті 154 КВК адміністрація колонії подає до суду разом з висновком медичної комісії подання про звільнення від відбування покарання внаслідок психічної чи іншої важкої хвороби. Спільним наказом Департаменту та Міністерства охорони здоров'я № 3/6 був визначений перелік захворювань, які є підставою для звільнення від покарання. Зазначені в цьому переліку захворювання використовуються і зараз як підстава для подачі до суду адміністрацією колонії подання про звільнення засуджених. Процедури звільнення з-під варті важко хворих осіб, поки вони знаходяться в слідчому ізоляторі, немає. Формально його стан здоров'я може бути підставою для вибору альтернативної запобіжної заходи, але на практиці суди вкрай рідко змінюють запобіжний захід на підставі важкого захворювання.

У результаті хворі з захворюванням, яке є підставою для звільнення від покарання у вигляді позбавлення волі, утримуються під вартою протягом кількох років, в очікуванні закінчення розслідування кримінальної справи

та її судового розгляду. Тільки після набуття чинності вироком вони можуть пройти процедуру звільнення і вийти з-під варти. Оскільки за час ув'язнення стан їх здоров'я різко погіршується через відсутність необхідної медичної допомоги та умов утримання, ці люди після звільнення незабаром вмирають.

8.2.2. Виправні установи

У виправних колоніях, як і в слідчих ізоляторах, існують медичні частини зі стаціонарним відділенням, рентгенологічним апаратом.

Загальні норми щодо надання медичної допомоги засудженим передбачені ст. 116 Кримінально-виконавчого Кодексу України та пунктами 93–96 Правил внутрішнього розпорядку установ виконання покарань.

Для випадків, коли хворий має проходити лікування в умовах спеціалізованого стаціонарного відділення щодо засуджених, які відбувають покарання у виправних колоніях, як згадувалося вище, до червня 2004 року була чинною інструкція про диспансеризацію хворих, де були зазначені ті хвороби та їх форми, при яких необхідний контроль лікаря, лікувальні установи, де хворі повинні проходити лікування.

Незважаючи на те, що установи Департаменту продовжують керуватися цією інструкцією, система обстеження та надання медичної допомоги у виправних установах практично не працює. З методів діагностики застосовується загальний аналіз крові, ЕКГ та рентген.

Дніпропетровське відділення Міжнародного товариства прав людини за результатами відвідування 10 виправних установ відзначили, що «як правило, у виправних колоніях немає необхідних умов для належного лікування пацієнтів. Відсутність фінансування є причиною неукомплектованістю медичних частин необхідним обладнанням, ліками, технікою та кваліфікованим персоналом. Лікування хворих є недостатнім. Не вистачає специфічних протитуберкульозних препаратів, немає ліків, які б підвищували імунітет хворих, вітамінів. Понад 30% засуджених вказали, що ліки їм приносять родичі. До 10 відсотків зазначили, що приймають ліки нерегулярно, або ж не приймають зовсім, хоча цього потребують»⁴⁰. Зазначена ситуація характерна для всіх виправних установ України.

Як і в слідчих ізоляторах, у виправних установах медичні працівники підпорядковуються безпосередньо керівництву виправних установ, що сильно

⁴⁰ Михайло Романов «Медичне та соціально-побутове забезпечення засуджених» 15.04.2009 <http://www.khpg.org>

обмежує можливість незалежного професійного медичного підходу до хворих ув'язнених.

Крім того, зазвичай адміністрація колонії відноситься до ув'язнених, як до злочинців, які не мають права на співчуття та допомогу. У деяких випадках, як стверджують родичі ув'язнених у зверненнях до правозахисних організацій, медична допомога і належні умови залежать від неофіційної вибороти.

На практиці, в більшості випадків, коли хворі скаржаться на погане самопочуття і біль, їм дають знеболювальні та інші медичні препарати короткої дії і поміщають на кілька днів у стаціонарне відділення медичної частини. Належне обстеження, як правило, не проводиться, лікування надається симптоматично, допомагаючи тільки на короткий термін. Медикаменти видаються на руки в невеликій кількості і нерегулярно, що веде до зворотного ефекту.

Ашаханов, 1973 року народження, відбував покарання у Оріхівській виправній колонії № 88. Зі слів його співкамерників, він перебував у гарній фізичній формі, рідко скаржився на проблеми зі здоров'ям, намагався вести здоровий спосіб життя, не палив, щодня робив фізичні вправи. У вересні 2009 року Ашаханов, зі слів його співкамерників і друзів, з якими він підтримував зв'язок, звернувся до санчастини зі скаргами на нездужання, йому зробили дві ін'єкції невідомого медичного препарату. Після цього у Ашаханова з'явилося постійне нездужання, пропав апетит, після прийому їжі часто була блювота, температура весь час трималася на рівні 37–37,5 °C. Незважаючи на його скарги, медична допомога не надавалася.

3 листопада 2010 стан Ашаханова значно погіршився. Він не міг встати з ліжка через слабкість, мучився через нудоти і блювоти, його постійно морозило, температура піднімалася до 40 градусів і вище. За два місяці він втратив у вазі приблизно 20 кг ваги.

Йому одноразово давали таблетки (анальгін або димедрол), які знижували температуру на дуже короткий час. Кілька разів його поміщали до санчастини, кожного разу на період не більше 5 днів. Постійного лікування і будь-якого обстеження не було.

19 січня 2010 Ашаханова перевезли до міжобласної лікарні Дніпропетровського СІЗО з діагнозом «ВІЛ-інфекція з різко вираженою імуносупресією. 4 клінічна стадія». Рішенням лікувально-трудової комісії він був визнаний інвалідом 2-ї групи.

13 лютого 2010 Ашаханова перевели до Софіївської виправної колонії. У зв'язку з поганим станом здоров'я його відразу ж госпіталізували до лікарні колонії. Сам він при надходженні скаржився на слабкість, сильну втрату ваги, болі в області живота, насилу пересувався. При огляді лікарі відзначили майже повну відсутність підшкірної жирової клітковини, блідість шкіри, збільшені лімфовузли. Йому призначили лікування, позитивних результатів не було. 26 березня 2010 Ашаханов помер. У листах адміністрації колонії вказано, що причина смерті «СНІД, термінальна стадія. Поліорганна недостатність. Інтоксикація. Кахексія».

З лікарні Софіївській колонії Ашаханов писав листа своєму другу, що йому нічого їсти, немає ліків. Просив передати яку-небудь їжу, яку можна приготувати, додавши окріп, або з'їсти всухом'ятку, тому що готувати їм не дозволяють.

У деяких випадках тяжкість хвороби ув'язненого є підставою для проходження процедури його звільнення від покарання. Такі хворі, як правило, вимагають постійного медичного лікування і спеціальних умов. Часто виникають ситуації, коли адміністрація, не маючи можливості надати таке лікування і догляд, під різними приводами відмовляється проводити процедуру звільнення від покарання.

Так, А. Кулініченка після винесення вироку від 15 серпня 2010 перевели до Алчевської виправної колонії № 13. З діагнозом 4 стадія ВІЛ і туберкульоз легенів у нього були підстави для звільнення від покарання. Стан здоров'я у виправній колонії у нього погіршувався, оскільки лікування проводили препаратами, до яких у нього виробилася стійкість, а необхідного обстеження та зміни тактики лікування не було. Незважаючи на зазначені обставини, а також численні звернення матері та Харківської правозахисної групи, адміністрація відмовлялася подавати подання про звільнення від покарання. Рішення про направлення подання було прийнято тільки після висвітлення проблеми засобами масової інформації та дій юриста, що представляє Кулініченка А. з підготовки судового позову до колонії.

8.2.3. Надання замісної терапії ВІЛ-інфікованим

Спільна інструкція Департаменту та Міністерства охорони здоров'я України № 186/607 передбачає обов'язкове обстеження і проведення лікування антиретровірусної терапії хворих на ВІЛ осіб, взятих під варту і засуджених.

Через відсутність ваккутейнерів та медикаментів для замісної терапії таке обстеження і лікування, як правило, не проводиться. У таких випадках

адміністрація СІЗО і лікарі Департаменту пояснюють це відсутністю можливостей або ж протипоказаннями для лікування інфекційних хвороб, якими зазвичай супроводжується ВІЛ-інфекція.

Кулініченко А.В., перебував у Старобільському СІЗО Луганській області з 29 січня 2010 року з діагнозом ВІЛ, 4 стадія, і низкою інших серйозних захворювань. Більше чотирьох місяців він звертався зі скаргами на поганий стан здоров'я. Тільки 11 травня 2010 його помістили в туберкульозну лікарню при Алчевській ВК № 13. У наданні замісної терапії лікарі туберкульозної лікарні відмовили на тій підставі, що у хворого важкий стан здоров'я та розвиток опортуністичних інфекцій. Разом з тим, існує наказ Міністерства охорони здоров'я України, де перераховані протипоказання для надання АРТ-терапії і однією з причин може бути захворювання печінки з негативною динамікою. Посилання на опортуністичні інфекції в цьому наказі, як на протипоказання, немає.

Окрім того, лікар надав інформацію про лабораторні обстеження Кулініченка А.В., які були вивчені незалежними медичними експертами. На їхню думку, результати обстеження свідчать про позитивну динаміку щодо печінки. Крім того, лікарі туберкульозної лікарні відмовили Кулініченку в обстеженні, пояснивши, що вони не мають ваккутейнерів для вивчення імунного статусу ВІЛ-інфікованих. У своїй довідці вони послалися і на те, що лікування ВІЛ в умовах спеціалізованої туберкульозної лікарні неможливо і таке лікування потрібно проводити в умовах спеціалізованих відділень Центру боротьби та профілактики СНІДу.

Численні прохання матері Кулініченка надати належне лікування синові та АРТ-терапію залишилися без відповіді. Рішення про призначення АРТ-терапії було прийнято тільки після винесення вироку суду і переведення Кулініченка до Алчевської виправної колонії.

Про схожу ситуацію заявили і представники Щербини, який з серпня 2010 року перебуває під вартою в Новгород-Сіверському СІЗО № 13 Чернігівської області.

Ув'язнений вже 10 років є носієм ВІЛ-інфекції. За час тримання під вартою у Щербини випали зуби, постійно тримається висока температура, він скаржиться на сильну слабкість та запаморочення.

Незважаючи на численні скарги на погане самопочуття, ув'язнений з моменту надходження жодного разу не був обстежений і йому не надано медичної допомоги. Наразі йому не відома навіть яка в нього стадія ВІЛ. Він також стверд-

жує, що багато разів звертався до адміністрації СІЗО з проханням видати йому копії його медичних документів, але позитивної відповіді він так і не отримав.

8.2.4. Право на вибір лікаря

Стаття 116 Кримінально-виконавчого кодексу України вказує, що лікувально-профілактична і санітарно-протиепідемічна робота в місцях позбавлення волі організовується і проводиться відповідно до законодавства про охорону здоров'я. Єдина норма, що передбачає вибір лікаря — це закріплена в цій же статті можливість звернення засуджених за консультаціями та лікуванням до установ, які надають платні медичні послуги, якщо ці послуги оплачуються засудженим або його родичами. Консультація та лікування при цьому здійснюються в медичній частині установи. Однак нічого не сказано про вибір медичних установ, у разі, коли необхідне лабораторне дослідження в стаціонарних умовах. У відношенні слідчих ізоляторів окремими нормами право на вибір лікаря ув'язненими в законодавстві не закріплено. За відсутності інших норм у Кримінально-виконавчому кодексі і нормативних актах Департаменту про право вибору лікаря та медичної установи залишається посилатися на Основи законодавства України про охорону здоров'я, де передбачено право кожного пацієнта на вільний вибір лікаря та медичної установи.

На практиці право на вибір лікаря ув'язненим реалізувати дуже складно. Тут постає ще й питання про можливість забезпечити в обраній медичній установі ізоляцію та охорону особі, яка перебуває під вартою. Але у випадках, коли така можливість є, адміністрація СІЗО чи виправної колонії відмовляє в госпіталізації до обраного ув'язненим медичного закладу і доправляє його до лікарні Департаменту або лікарні, з якими у них є постійна домовленість. Найчастіше це місцеві лікарні швидкої допомоги.

8.2.5. Порушення норм умов утримання, що пов'язані з лікуванням

Аналізуючи ситуацію з порушенням прав ув'язнених на належну медичну допомогу, слід відзначити і такі чинники, які є причиною зростання захворювань у ув'язнених і погіршення стану їх здоров'я.

Наразі виправні колонії України характеризуються високою концентрацією хворих на ВІЛ, туберкульоз та вірусні гепатити. Показники захворюваності на туберкульоз у СІЗО та виправних установах залишаються такими, що

перевищують загальнонаціональні показники. Велика кількість ув'язнених, які не хворіли на інфекційні захворювання до затримання, виходять хворими з СІЗО та виправних установ. Основною причиною цього є неможливість здійснювати належний медичний контроль за хворими людьми в колоніях, особливо коли це стосується інфекційних захворювань. Часто хворих на відкриту форму туберкульозу поміщають в камери разом зі здоровими людьми. Наприклад, в карцерах, після поміщення туди людей з відкритою формою туберкульозу, не проводять належної санітарної обробки, і туди ж потім поміщають людей, у яких немає туберкульозу.

Євтюшин з 3 липня 2000 року утримувався в СІЗО № 5 м. Донецька. Під час поміщення до СІЗО Євтюшин був здоровий, що підтверджується довідкою СІЗО від 16.06.2000 року. 9 липня 2002 року він був звільнений з-під варти.

22 липня 2002 року Євтюшину проведено рентгенологічне обстеження. Поставлено діагноз «туберкульоз». До теперішнього часу за позовом Євтюшина М.В. до СІЗО про відшкодування матеріальної та моральної шкоди в результаті захворювання на туберкульоз, не прийнято остаточне рішення.

Мельник А.В. при поміщенні в Вінницьку тюрму № 1 був оглянутий лікарями, йому зробили флюорографію, визнали здоровим. 31 жовтня 2000 року його помістили до виправної установи № 316/83 в камеру, де перебувало 32 особи.

13 квітня 2001 року Мельник А.В. звернувся зі скаргами на переривчастий кашель і кашель із слизом.

Після 22 червня 2001 року Мельнику А.В. поставили діагноз «туберкульоз в початковій стадії». Стан здоров'я Мельника А.В. почав покращуватися після жовтня 2001 року. Але подальше лікування туберкульозу, що отримував Мельник А.В. у виправній установі, призвело до погіршення слуху і запаморочень. Після 12 березня 2004 Мельник А.В. знаходився в колонії з діагнозом клінічний туберкульоз. У рішенні від 28 березня 2006 року Європейський Суд дійшов висновку, що Мельник А.В. не отримав необхідної і своєчасної медичної допомоги з урахуванням серйозності захворювання і його наслідків для здоров'я.

До теперішнього часу ситуація не змінилася. Хворі знаходяться у неопалюваних взимку камерах, з бетонними підлогами. Так, у випадку з Кулініченко, про який йшлося вище, він як у СІЗО, так і у виправній колонії з туберкульозом легень і високою температурою перебував в камерах, температура в яких була біля +12 °С.

Відсутність вентиляції, особливо у спеку, є однією з причин розвитку легеневих захворювань, у тому числі туберкульозу, і погіршує стан хворих з іншими захворюваннями.

Темченко, що знаходився в Криворізькому СІЗО, маючи захворювання серця, перепади внутрішнього тиску і цукровий діабет, сильно страждав від високої температури і підвищеної вологості в камері, що було особливо важко, коли температура піднімалася до +40 °C і вище.

Необхідне харчування в установах ув'язненим також не забезпечується. Були випадки, підтверджені офіційним розслідуванням, коли ув'язнених годували зіпсованими продуктами, купленими в результаті корупційних дій працівників Департаменту. Умови для самостійного приготування їжі в СІЗО відсутні. При багатьох захворюваннях як, наприклад, цукровий діабет, панкреатит, виразка шлунку, спеціальний режим і раціон харчування є основним з факторів лікування. Їх відсутність є однією з причин різкого погіршення стану здоров'я хворих. У випадку з Ашахановим відсутність належного харчування стало причиною виснаження хворого і разом з ненаданням медичної допомоги призвело до його смерті.

Конвоювання серйозно хворих ув'язнених у судові засідання часто проводиться в закритих, іноді переповнених фургонах, без обігріву в холодну погоду і вентиляції при високій температурі повітря, без супроводу медичного працівника, що також веде до значного погіршення їх здоров'я.

У випадку з Темченко транспортування проводилося в машині з металевими стінами, в машині тільки одне невелике вікно. З липня до кінця серпня 2010 року постійна температура повітря була +38 °C, +40 °C. Металеві стіни розжарювало, і температура в машині сягала +40 °C. При цьому пар осідав на внутрішніх стінах машини, що було причиною підвищеної вологості. Час перевезення сягав 3 годин. Темченко за таких умов відчував задиху, різко змінювався артеріальний тиск.

Охрименко доводилося чекати прибуття тюремного фургона в приміщенні площею 1 м². Поїздка тривала близько 2 годин, а Охрименко не супроводжував лікар, медична допомога йому не надавалася. Хворий стверджував, що кожен рух завдавав йому страждань і що транспортування до суду заподіявало сильні болі; 2 останні випадки призвели до серйозного погіршення його здоров'я.

У багатьох випадках ув'язнені скаржилися, що їх перевозили в тісно набитих ув'язненими фургонах без вентиляції.

Всі викладені обставини свідчать про те, що ситуація з порушенням прав хворих та відсутністю належної медичної допомоги та супутніх умов в слідчих ізоляторах та виправних установах України вимагає серйозних змін.

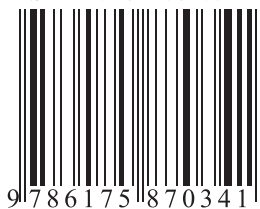
Рекомендації

1. Визнати на законодавчому рівні права пацієнтів за особами, які утримуються в установах Державної пенітенціарної служби України та зобов'язання держави відповідати за життя та здоров'я людини.
2. Забезпечити органами прокуратури та керівництва Державної пенітенціарної служби механізм належної та повної перевірки скарг від затриманих на стан здоров'я та проведення обов'язкового обстеження осіб, які скаржаться на погіршення стану здоров'я.
3. Розробити практику застосування альтернативних запобіжних заходів органами внутрішніх справ, прокуратури та суду, у тому числі поруки та задатку, а також проведення перед вибором запобіжного заходу у вигляді утримання під вартою чи продовженням строку утримання під вартою ретельного дослідження стану здоров'я підозрюваного чи обвинуваченого, наявності ризику подальшого погіршення стану здоров'я у випадку його знаходження під вартою та реальності можливості його ухилення від правосуддя.
4. Розробити на законодавчому рівні процедури регулярного громадського контролю у пенітенціарних закладах з боку неурядових громадських організацій, членів громадської ради при Державній пенітенціарній службі.
5. Забезпечити у рамках підготовки та підвищення кваліфікації навчання працівників Державної пенітенціарної служби, у тому числі медичних працівників, правам затриманих на належну медичну допомогу та належні умови утримання, посилаючись на норми діючого законодавства та міжнародні стандарти.
6. Розробити Державною пенітенціарною службою наказі, якими визначатимуся перелік захворювань, при яких необхідна госпіталізація осіб, які утримуються у СІЗО, процедури такої госпіталізації, а також термінової госпіталізації особи, коли на її необхідність вказують лікарі швидкої допомоги чи інші лікарі.

7. Розробити Державною пенітенціарною службою процедури допуску до осіб, які знаходяться під вартою, незалежних лікарів, про яких вони просять, для огляду та зазначення лікування.
8. Врегулювати механізм забору та доставки крові в спеціалізований центр СНІДу з метою повноцінного обстеження на ВІЛ.
9. Забезпечити наявність медикаментів у медчастинах та лікарнях Державної пенітенціарної служби для надання антиретровірусної терапії хворим на ВІЛ.
10. Забезпечити відповідності умов утримання у пенітенціарних закладах та транспортування осіб, які знаходяться під вартою мінімальним міжнародним стандартам.
11. Проводити Уповноваженим з прав людини при Верховній Раді України регулярний моніторинг та звітування щодо умов утримання та надання медичної допомоги, максимально охоплюючи заклади Державної пенітенціарної служби України.

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

ISBN 617-587-034-1



Відповідальний за випуск *Аркадій Бущенко*
Редактор *Айгуль Муканова*
Комп'ютерна верстка *Олег Мірошніченко*

Підписано до друку 30.03.2011
Формат 60 x 84 1/16. Папір офсетний. Гарнітура Myriad Pro
Друк офсетний. Умов. друк. арк. 9,89 Умов. фарб.-від. 10,70
Умов.- вид. арк. 10,91. 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>