

Фінальний звіт  
**Оцінка правового  
середовища щодо  
туберкульозу в Україні**



ПРОГРАМА РОЗВИТКУ ООН, ПАРТНЕРСТВО «ЗУПИНИТИ ТУБЕРКУЛЬОЗ»

## **ОЦІНКА ПРАВОВОГО СЕРЕДОВИЩА ЩОДО ТУБЕРКУЛЬОЗУ В УКРАЇНІ**

Фінальний звіт

**Наталія Співак, Сергій Кондратюк, Христина Демченко, Тімур Абдулаєв,  
Наталія Лук'янова, Катерина Денисова**

29.05.2018

Цей Звіт створено, зокрема, завдяки підтримці команди Стамбульського регіонального офісу з ВІЛ, охорони здоров'я та розвитку ПРООН (ННД) і Партнерства «Зупинити туберкульоз».

### **Робота над проектом**

Оцінку правового середовища щодо ТБ в Україні здійснено за ініціативи та фінансування ПРООН і Партнерства «Зупинити туберкульоз» упродовж листопада 2017 р. – березня 2018 р. на основі оперативного керівництва «Оцінка правового середовища щодо ТБ», підготовленого ПРООН і Партнерством «Зупинити туберкульоз» в липні 2017 р.

Над Оцінкою правового середовища щодо ТБ працювали: Сергій Кондратюк – національний консультант; Наталія Співак, Христина Демченко – національні консультанти з правових питань; Тімур Абдулаєв – міжнародний консультант; керівник регіонального офісу з ВІЛ, охорони здоров'я та розвитку ПРООН (ННД) д-р Роузмері Кумвенда, регіональний програмний спеціаліст з ВІЛ, охорони здоров'я та розвитку (ННД) Джон Маколі, національний програмний спеціаліст Наталія Лук'янова та Катерина Денисова – від ПРООН.

# Зміст

Робота над проектом	2
Скорочення	4
<b>Розділ I. Загальні положення</b>	<b>6</b>
Вступ	9
Мета дослідження	11
Методологія дослідження	11
Огляд ситуації з ТБ	12
<b>Розділ II. Ключові групи населення</b>	<b>15</b>
<b>Розділ III. Національні особливості: чинники, що мають вплив</b>	<b>21</b>
Загальні відомості	21
Інтеграція до ЄС	22
Військовий конфлікт на Сході	22
Корупція	22
Медична реформа	23
Фінансування медичної допомоги	25
<b>Розділ IV. Огляд основних нормативних актів і програм</b>	<b>27</b>
Міжнародні зобов'язання	27
Конституція України	30
Спеціальні нормативно-правові акти з ТБ	30
Державні програми/стратегії/концепції	32
Національна стратегія у сфері прав людини на період до 2020 р.	32

Стратегія забезпечення сталої відповіді на епідемії ТБ, в тому числі хіміорезистентного, та ВІЛ-інфекції/СНІДу на період до 2020 року та затвердження плану заходів щодо її реалізації	33
Концепція Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2018–2021 роки	33
Дослідження у сфері протидії ТБ в Україні	33
<b>Розділ V. Бар'єри для ефективної протидії ТБ</b>	<b>35</b>
Стигматизація та дискримінація	35
Дотримання конфіденційності	37
У сфері праці	38
У сфері освіти	45
У сфері поваги до сімейного життя	48
Доступ до правосуддя, безоплатна юридична допомога	51
<b>Доступ до медичної допомоги</b>	<b>55</b>
Якість і доступність медичних послуг	55
Виявлення та діагностика	62
<b>Лікування</b>	<b>69</b>
Основні бар'єри для ефективного лікування	69
Інфекційний контроль	73
Поширення МР ТБ і РР ТБ	76
Соціальний і психологічний супровід	76
Тривалість госпіталізації та амбулаторне лікування	78
Електронна медична документація, реєстри хворих	81
<b>Проблеми доступу до діагностики та лікування серед ключових груп ТБ</b>	<b>85</b>
Люди, які живуть з ВІЛ	85
Криміналізація свідомого поставлення у небезпеку та зараження ВІЛ	87
<b>Засуджені та взяті під варту особи</b>	<b>91</b>
Особи, яких тримають у місцях несвободи поліції України	91
Особи, яких тримають в установах попереднього ув'язнення та виконання покарань, СІЗО та приміщеннях з функцією СІЗО	95

<b>Люди, які вживають ін'єкційні наркотики</b>	<b>105</b>
Криміналізація зберігання наркотичних засобів без мети збуту	110
<b>Бездомні особи</b>	<b>115</b>
<b>Особи, які зловживають алкоголем</b>	<b>121</b>
<b>Мігранти та внутрішньо переміщені особи, особи без документів/нелегальні мігранти</b>	<b>125</b>
<b>Роми</b>	<b>133</b>
<b>Бідні жителі</b>	<b>137</b>
Бідні жителі міст	137
Бідні жителі сіл	139
<b>Літні люди (пенсіонери)</b>	<b>141</b>
<b>Працівники сфери охорони здоров'я, які контактують із людьми з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ</b>	<b>143</b>
Професійні захворювання	145
<b>Військовослужбовці, які беруть участь в АТО/ООС</b>	<b>149</b>
<b>Особи, яких утримують у психіатричних і геріатричних закладах</b>	<b>153</b>
<b>Забезпечення населення лікарськими засобами</b>	<b>157</b>
Допуск препаратів на ринок і забезпечення бюджетним коштом	158
Відповідність протоколів лікування ТБ міжнародним стандартам	158
<b>Примусова ізоляція хворих</b>	<b>161</b>
Примусова госпіталізація	162
Примусове лікування	167
<b>Непідконтрольні території</b>	<b>169</b>
<b>Додатки</b>	<b>172</b>

# Скорочення

<b>АТО/ООС</b>	антитерористична операція/операція об'єднаних сил
<b>ВІЛ</b>	вірус імунодефіциту людини
<b>ВООЗ</b>	Всесвітня організація охорони здоров'я
<b>ВПО</b>	внутрішньо переміщені особи
<b>ВСУ</b>	Верховний Суд України
<b>Держлікслужба</b>	Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками
<b>ЄКРН</b>	Європейська комісія проти расизму та нетерпимості
<b>ЄСПЛ</b>	Європейський суд з прав людини
<b>ЗОЗ</b>	заклад охорони здоров'я
<b>ЗПТ</b>	замісна підтримувальна терапія
<b>ІТТ</b>	ізолятор тимчасового тримання
<b>ЛВІН</b>	люди, які вживають ін'єкційні наркотики
<b>ЛЖВ</b>	люди, які живуть з ВІЛ
<b>ЛТБ</b>	люди з туберкульозом
<b>КМУ</b>	Кабінет Міністрів України
<b>КіТ</b>	консультування і тестування
<b>ЛЗ</b>	лікарські засоби
<b>МВС</b>	Міністерство внутрішніх справ України
<b>МОЗ України</b>	Міністерство охорони здоров'я України
<b>МР ТБ</b>	мультирезистентний туберкульоз
<b>нмдг</b>	неоподатковувані мінімуми доходів громадян
<b>НУО</b>	неурядова організація
<b>ОПС</b>	оцінка правового середовища щодо ТБ

<b>ПМД</b>	первинна медична допомога
<b>працівники ОВС</b>	працівники органів внутрішніх справ
<b>ПТЗ</b>	протитуберкульозний заклад
<b>ПТП</b>	протитуберкульозні препарати
<b>РР ТБ</b>	туберкульоз з розширеною резистентністю
<b>СІЗО</b>	слідчий ізолятор
<b>ТБ</b>	туберкульоз
<b>Уповноважений</b>	Уповноважений Верховної Ради України з прав людини
<b>УЦКС</b>	ДУ «Український центр контролю за соцхворобами МОЗ України»
<b>ФГ</b>	фокус-група
<b>ХР ТБ</b>	хіміорезистентний туберкульоз
<b>ЦГЗ</b>	Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України
<b>ЦЗО</b>	Централізована закупівельна організація
<b>ЦПК України</b>	Цивільний процесуальний кодекс України
<b>ЦПМСД</b>	центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги





# Загальні положення

## Вступ

Питання протидії ТБ в Україні – один з пріоритетних напрямів державної політики у сфері охорони здоров'я і соціального розвитку та предмет міжнародних зобов'язань. За оцінкою ВООЗ, епідемія ТБ в Україні почалася з 1995 р.<sup>1</sup>. Зростання захворюваності на ТБ, що спостерігалось в країні з 1998 р., зупинено 2004 р. завдяки централізованим скоординованим заходам уряду, які включали початок фінансування постачання протитуберкульозних препаратів (надалі – ПТП) у 2000 р. і запуск першої національної програми лікування туберкульозу в 2002 р.<sup>2</sup>, у результаті чого з 2007 р. показники захворюваності було знижено. За даними ВООЗ, в Україні поширеність і захворюваність на ТБ з 2007 р. мають тенденцію до зниження щороку в середньому на 4,4% і 3,3% відповідно. 2014 р. Україна вперше ввійшла і досі продовжує бути серед п'яти країн світу з найвищим тягарем мультирезистентного туберкульозу (надалі – МР ТБ). Результат успішного лікування МР ТБ – один з найнижчих в Європейському регіоні та становить 46%<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Згідно з Уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим «Туберкульоз», затвердженим наказом МОЗ від 04.09.2014 № 620, у 1995 році в Україні проголошена епідемія ТБ: захворюваність на туберкульоз стрімко збільшувалась і перевищила епідемічний поріг (50 випадків на 100 тис. населення).

<sup>2</sup> Епідемія туберкульозу в Україні: історичні аспекти та сучасний стан проблеми. Ю.І. Феценко, С.А. Черненко, 2012, [http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis\\_nbuv/cgiirbis\\_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&Z21ID=&IMAGE\\_FILE\\_DOWNLOAD=1&image\\_file\\_name=PDF/njmoz\\_2012\\_1\\_6.pdf](http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&Z21ID=&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&image_file_name=PDF/njmoz_2012_1_6.pdf).

<sup>3</sup> Концепція Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2018–2021 роки, затверджена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1011-р.

Попри те, що впродовж останніх років спостерігається тенденція до зменшення темпів захворювання на ТБ, рівень цієї захворюваності досі перевищує епідемічний поріг. Серед хворих на ТБ більш як три чверті становлять особи працездатного віку, з яких більше половини віком від 25 до 44 років. Зростає захворюваність на ТБ серед дітей віком до 14 років і на поєднану інфекцію (ТБ/ВІЛ-інфекція/СНІД)<sup>4</sup>.

Високий рівень захворюваності та поширення МР ТБ зумовлені такими основними чинниками:

- несвоєчасним виявленням хворих на відкриті форми ТБ через недосконалість системи охорони здоров'я щодо діагностування чутливого ТБ, МР ТБ і ко-інфекції – ТБ з ВІЛ/СНІД;
- низьким рівнем мотивації населення до своєчасного звернення за медичною допомогою;
- неналежною організацією лікування хворих з переважним лікуванням в умовах стаціонару, що сприяє внутрішньолікарняному інфікуванню хворих на ТБ резистентними до протитуберкульозних препаратів штамми мікобактерії ТБ;
- неефективним використанням коштів для фінансування заходів з протидії ТБ, які витрачають на утримання наявної мережі протитуберкульозних закладів із надмірною кількістю ліжок, що перебувають у незадовільному стані;
- недостатнім фінансуванням протидії ТБ;
- недосконалістю лабораторної мережі з мікробіологічної діагностики ТБ;
- недостатнім доступом до новітніх протитуберкульозних препаратів для хворих на МР ТБ і ТБ з розширеною резистентністю;
- обмеженим доступом до методів швидкої діагностики МР ТБ;
- відсутністю системи соціально-психологічної підтримки людей з ТБ під час лікування та управління побічними реакціями на протитуберкульозні препарати;
- неналежними гігієнічними умовами під час перебування на стаціонарному лікуванні;
- поширенням епідемії ВІЛ/СНІД;
- низьким рівнем ефективності лікування серед вперше виявлених хворих на ТБ з позитивним мазком (66,8%), хворих на МР ТБ (4%) у зв'язку з неякісним проведенням контрольованого лікування (особливо на амбулаторному етапі);
- недостатнім рівнем обізнаності різних верств населення з питань, пов'язаних з профілактикою та протидією захворюванню на ТБ;
- високим рівнем стигми до деяких груп підвищеного ризику;
- безвідповідальним ставленням деяких хворих до лікування та наявністю можливостей для самолікування;
- недостатнім кадровим потенціалом у сфері протидії ТБ і недосконалістю системи навчання з питань ТБ;
- неналежним рівнем впровадження в протитуберкульозних закладах та інших закладах охорони здоров'я заходів інфекційного контролю, спрямованого на запобігання поширенню інфекції;
- недостатнім доступом вразливих верств населення до медичних послуг<sup>5</sup>.

<sup>4</sup> Звіт про результати аудиту ефективності використання коштів державного бюджету на здійснення заходів Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки, затверджений рішенням Рахункової палати від 11.04.2017 № 9-1.

<sup>5</sup> Фінансування заходів протидії захворюванню на туберкульоз в Україні, Офіс з фінансового та економічного аналізу у Верховній Раді України, 2017.

Ці та інші проблеми у сфері протидії ТБ розглянуто в цьому дослідженні.

Партнерство «Зупинити туберкульоз» і Програма розвитку Організації Об'єднаних Націй спільно з іншими партнерами прагнуть забезпечити виявлення та лікування додаткових 1,5 мільйона людей, хворих на туберкульоз, які нині недоступні системам охорони здоров'я. Для цього потрібно реалізувати зміну парадигми, яку вимагає Глобальний план боротьби з туберкульозом. Це включає прийняття орієнтованої на людину, заснованої на правах людини та ґендерно-чутливої відповіді туберкульозу, яка визначає та ліквідує перешкоди для ефективної профілактики, діагностики, лікування, догляду та підтримки туберкульозу, особливо для найбільш маргіналізованих і вразливих. За допомогою спільнот, інструментів прав і ґендерних питань (CRG), таких як LEA, з'являються інформація про епідемію туберкульозу, а також ідеї щодо того, як підтримувати національні програми з туберкульозу, ще більше посилювати їхні ініціативи та вивчати їхню роботу.

## Мета дослідження

---

Загальні цілі Звіту з оцінки правового середовища щодо ТБ в Україні (надалі – Звіт) трикомпонентні та передбачали:

- 1) Визначити та розглянути всі суттєві юридичні питання та питання у сфері прав людини, що ускладнюють ситуацію людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ, а також людей з підвищеним ризиком зараження, такими як основні групи населення.
- 2) Визначити ступінь і вплив правової та нормативної бази щодо її національної відповіді на ТБ і ВІЛ-асоційований ТБ, захист прав людини та забезпечення або відмови в універсальному доступі до профілактики, діагностики, лікування та підтримки людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ.
- 3) Визначити рекомендації щодо перегляду, імплементації та виконання посилених законів, підзаконних актів і політик у сфері протидії ТБ і ВІЛ-асоційованому ТБ, а також заходів щодо поліпшення доступу до реалізації відповідних прав людини.

## Методологія дослідження

---

Процес оцінки охоплював теоретичний огляд, у якому основну увагу було зосереджено на відповідному законодавстві щодо протидії ТБ, рівному ставленню та інших питаннях забезпечення прав людини на національному рівні, включаючи Конституцію України, усі відповідні національні закони, підзаконні акти, політики, стратегії, керівні принципи та плани, відповідні законопроекти, рішення міжнародних і національних судів, наукові дослідження, щорічні та інші доповіді (зокрема підготовлені державними органами, а також громадянським суспільством і неурядовими організаціями, що працюють у секторі охорони здоров'я, а саме над питаннями ТБ) тощо, які прямо чи опосередковано пов'язані з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ.

Крім того, розглянуто всі відповідні міжнародні та регіональні документи з прав людини, до яких Україна приєдналася, а також міжнародні зобов'язання щодо охорони здоров'я, протидії ТБ і погоджені керівництва щодо ТБ для оцінки впровадження їх у правову систему держави.

Подальша мета проведення теоретичного огляду – визначення прогалин у відповідності України міжнародним і регіональним інструментам у галузі прав людини для визначення характеру, ступеня, ефективності, сильних і слабких сторін, впливу наявних правових, регуляторних і політичних положень (включаючи визначення захисних і каральних законів, правил, політик і програм, а також доступу до правосуддя та питань виконання рішень суду) для захисту прав людини та забезпечення загального доступу до профілактики, діагностики, лікування, підтримки та зменшення наслідків ТБ.

Крім того, надано інформацію щодо проектів актів законодавства, реформ, а також рекомендації щодо внесення змін до законодавства у сфері протидії ТБ і ВІЛ-асоційованого ТБ та відповідної реформи системи охорони здоров'я.

Для того, щоб зібрати інформацію і думки ключових зацікавлених сторін, національний консультант провів серію інтерв'ю і фокус-групових дискусій, які охоплювали:

- 35 глибоких інтерв'ю (інтерв'ю з ключовими інформаторами) за участю експертів, представників ключових державних органів влади, медичних установ, правоохоронних органів, лідерів громадянського суспільства та громадських організацій, що представляють інтереси людей, які живуть з ВІЛ чи ТБ або постраждалих від захворювань, ключових груп населення, а також постачальників послуг (зокрема з невідконтрольованих уряду територій).
- 23 фокус-групових дискусій з людьми з туберкульозом або з тими, хто перехворів на туберкульоз, з представниками ключових груп населення, включаючи людей, які вживають наркотики, колишніх в'язнів, людей, які живуть з ВІЛ, внутрішньо переміщених осіб/мігрантів у семи областях: Київській, Рівненській, Миколаївській, Донецькій (підконтрольні уряду території), Луганській (підконтрольні уряду території), Дніпровській, Чернігівській.

Протокол і матеріали дослідження розглянув Комітет з питань медичної етики ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського НАМН України» та видав висновок щодо відповідності положенням медичної етики від 11 січня 2018 р.

Попередні результати дослідження представлено та обговорено під час зустрічі зацікавлених сторін 31 травня 2018 р. Відповідні зміни було внесено у Звіт за результатами цієї зустрічі.

## Огляд ситуації з ТБ

Згідно з даними ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» 2017 р. захворюваність на ТБ, що включає нові випадки та рецидиви, серед усього населення становила 63,9 на 100 тис. населення, зареєстровано 27 121 випадок (2016 р. – 67,6 – 28 800 випадків; 2015 р. – 70,5 – 30 151 випадок) – зниження рівня захворюваності на 5,8%. В її структурі захворюваність на нові випадки ТБ становить 51,9 на 100 тис. населення (проти 54,7 за 2016 р.). Розрахунок показників захворюваності Донецької та Луганської областей 2017 р. здійснено лише для населення територій, контрольованих урядом. 2016 р. порівняно з 2015 р. рівень смертності від ТБ знизився на 12,0% і становив 9,5 проти 10,8 на 100 тис. населення<sup>6</sup>.

Найвищі рівні поширеності ТБ зареєстровано в Одеській (157,5 на 100 тис. населення), Миколаївській (130,3), Херсонській (115,0), Дніпропетровській (114,3) областях. Порівняно з 2015 р. найвищий темп зростання рівня

<sup>6</sup> ЦГЗ, Статистична інформація про ТБ, <https://phc.org.ua/pages/diseases/tuberculosis/surveillance/statistical-information>.

поширеності ТБ в Одеській (на 15,2%), Луганській (11,8%) областях. Найвищий темп зниження поширеності у Чернівецькій області (28%)<sup>7</sup>.

Практично в усіх областях захворюваність на ТБ (нові випадки плюс рецидиви) сільських жителів на 20–30% вища, аніж захворюваність міських жителів (Чернігівська область – на 38%). Виняток становлять Дніпропетровська, Закарпатська та Херсонська області, в яких рівень захворюваності на ТБ міських жителів вище сільських<sup>8</sup>.

Попри тенденцію до зниження захворюваність залишається вдсятеро вища порівняно з країнами ЄС. Згідно з даними ВООЗ близько 20% випадків туберкульозу залишаються недовиявленими<sup>9</sup>.

Україна є одним зі світових лідерів щодо тягаря мультирезистентного туберкульозу. Загальна кількість зареєстрованих хворих, у яких діагноз МР ТБ або туберкульозу з розширеною резистентністю (надалі – РР ТБ) підтверджено вперше у житті, в Україні за 2016 р. становила 7778 випадків (що становить 27% кількості нових випадків і рецидивів) проти 8440 за 2015 р. (зниження на 7,8%). Показники на 100 тис. населення відповідно 18,3 проти 19,7. Випадки захворювання на РР ТБ ростуть і становлять до 15% усіх нових випадків захворювання на туберкульоз в Україні.

<sup>7</sup> Туберкульоз в Україні. Аналітично-статистичний довідник. ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», с. 31.

<sup>8</sup> Там само. с. 32.

<sup>9</sup> Боротьба з епідемією туберкульозу в Україні триває, 19 березня 2018 р., <https://www.apteka.ua/article/449884>.





# Ключові групи населення

Відповідно до «Глобального плану боротьби з ТБ 2016–2020 років: зміна парадигми» Партнерства «Зупинити туберкульоз» ключові групи населення – це люди, які є вразливими, недостатньо забезпеченими або піддаються ризику інфікування та захворювання на ТБ. Ключове населення залежить від країни та охоплює людей з підвищеним впливом ТБ через те, де вони живуть або працюють, людям з обмеженим доступом до якісних послуг з ТБ і людям, які мають більший ризик через біологічні або поведінкові чинники. Країнам запропоновано визначити ключові групи на національному та субнаціональному рівнях відповідно до оцінок ризиків, що виникають, чисельності населення, особливих перешкод для доступу до лікування ТБ і проблем, пов’язаних з гендерними аспектами<sup>10</sup>.

Партнерство «Зупинити туберкульоз» та інші національні й міжнародні організації пропонують зосередити увагу на таких ключових групах людей із ТБ<sup>11</sup>:

<sup>10</sup> Партнерство «Зупинити туберкульоз», Глобальний план боротьби з ТБ: зміна парадигми 2016–2020 років, 2015, ст. 51, [http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/GlobalPlanToEndTB\\_TheParadigmShift\\_2016-2020\\_StopTBPartnership.pdf](http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/GlobalPlanToEndTB_TheParadigmShift_2016-2020_StopTBPartnership.pdf).

<sup>11</sup> Оперативний посібник з оцінки правового поля у сфері ТБ, липень 2017, [http://stoptb.org/assets/documents/communities/StopTB\\_TB%20LEA%20DRAFT\\_FINAL\\_Sept%202017.pdf](http://stoptb.org/assets/documents/communities/StopTB_TB%20LEA%20DRAFT_FINAL_Sept%202017.pdf).

<p><b>Особи, які мають підвищений ризик зараження ТБ через умови, в яких вони живуть чи працюють</b></p>	<p>В'язні, працівники секс-індустрії, шахтарі, відвідувачі лікарень, працівники лікувально-профілактичних закладів і соціально-орієнтованих закладів охорони здоров'я</p> <p>ОСОБИ, ЯКІ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• проживають у бідних місцевостях;</li> <li>• проживають у погано провітрюваних і запилених приміщеннях;</li> <li>• контактують з хворими на ТБ, включаючи дітей;</li> <li>• працюють у місцях і приміщеннях з великою кількістю людей;</li> <li>• працюють у лікарнях або є медичними працівниками.</li> </ul>
<p><b>Особи з обмеженим доступом до можливостей профілактики та лікування ТБ</b></p>	<p>Працівники-мігранти, жінки, які проживають у місцях, де є гендерна нерівність; діти, біженці або внутрішньо переміщені особи, нелегально працевлаштовані шахтарі, нелегальні мігранти</p> <p>ОСОБИ, ЯКІ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• належать до аборигенних груп населення або є представниками корінного населення;</li> <li>• безпритульні;</li> <li>• проживають у віддалених місцях, де відсутня інфраструктура та обмежений доступ до транспорту;</li> <li>• проживають у будинках для літніх людей;</li> <li>• мають фізичні або психічні вади;</li> <li>• не мають доступу до медичного обслуговування з юридичних причин;</li> <li>• є представниками сексуальних меншин або трансгендерами</li> </ul>
<p><b>Особи, які мають підвищений ризик зараження ТБ через біологічні чи поведінкові чинники, що загрожують імунній системі</b></p>	<p>ОСОБИ, ЯКІ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ВІЛ-інфіковані;</li> <li>• хворі на діабет або силікоз;</li> <li>• пройшли імуносупресивну терапію;</li> <li>• хронічно недоїдають;</li> <li>• вживають тютюн;</li> <li>• залежні від алкоголю;</li> <li>• застосовують ін'єкційні наркотики.</li> </ul>

В Україні на законодавчому рівні визначено критерії віднесення певної категорії осіб до групи підвищеного ризику захворювання на ТБ<sup>12</sup>. До них належать такі:

- 1) перебування в місцях позбавлення волі;
- 2) форми поведінки:
  - а) зловживання алкоголем;

<sup>12</sup> Наказ МОЗ України від 15.05.2014 р. № 327 «Про виявлення осіб, хворих на туберкульоз та інфікованих мікобактеріями ТБ».



- b) куріння (сигарет, кальяну);
  - c) бродяжництво;
  - d) вживання наркотичних і психотропних засобів;
- 3) фізичний стан:
- a) ВІЛ-інфекція, СНІД;
  - b) хронічні, професійні та інші захворювання легень, шлунково-кишкового тракту, цукровий діабет, онкологічні або інші захворювання, що призводять до зниження імунітету;
  - c) імунодефіцитні стани, прийом препаратів з імунодепресивною дією;
  - d) виснаження організму;
- 4) психофізіологічний стан:
- a) психічні захворювання;
  - b) глибокий стрес;
  - c) залежність від наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів;
- 5) умови праці:
- a) недотримання вимог інфекційного контролю у протитуберкульозних та інших закладах охорони здоров'я, де надають послуги хворим на ТБ;
  - b) контакти з хворими на ТБ людьми та тваринами.

На основі таких критеріїв в Україні виділяють такі категорії осіб, віднесених до груп підвищеного ризику захворювання на ТБ<sup>13</sup>:

- 1) ВІЛ-інфіковані особи;
- 2) особи, які контактують з хворими на ТБ (сімейні чи професійні контакти);
- 3) особи із захворюваннями, що призводять до ослаблення імунітету;
- 4) курці, особи, які зловживають алкоголем чи вживають наркотики;
- 5) іммігранти та біженці з регіонів з високою захворюваністю на ТБ;
- 6) особи, які перебувають за межею бідності, безробітні;
- 7) особи без визначеного місця проживання;
- 8) пацієнти психіатричних закладів;
- 9) затримані та особи, які перебувають під вартою під час відправлення їх до ізоляторів тимчасового тримання, особи, яких утримують або яких звільнено з установ виконання покарань, а також особи, стосовно яких встановлено адміністративний нагляд;
- 10) працівники пенітенціарних установ, психіатричних закладів і закладів охорони здоров'я, які мають часті контакти з хворими на ТБ особами, проводять відповідні дослідження та аналізи.

<sup>13</sup> Там само.

Більшість ключових інформантів зазначили, що перелік ключових груп уже застарів і потребує оновлення. Представник ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» повідомила, що новий перелік ключових груп буде визначено в нових рекомендаціях з профілактики туберкульозу серед населення.

У листопаді-грудні 2017 р. Міжнародний благодійний фонд «Альянс громадського здоров'я» у співпраці з Партнерством «Зупинити туберкульоз» провів дослідження, що ґрунтується на інструментах, розроблених Партнерством «Зупинити туберкульоз»: Інструменті оцінки ґендерних аспектів у сфері ТБ/ВІЛ та Інструменті збору даних для планування заходів, спрямованих на ключові вразливі групи. Ретельний аналіз у рамках дослідження із залученням експертів і проведення публічних консультацій дали змогу зробити вичерпний перелік груп підвищеного ризику, який запропоновано щорічно переглядати на національному та регіональному рівнях<sup>14</sup>:

1. Люди, які живуть з ВІЛ.
2. Люди із силікозом.
3. Мігранти, біженці, внутрішньо переміщені особи.
4. Ув'язнені та затримані.
5. Люди, які вживають наркотики ін'єкційним способом.
6. Люди з алкогольною залежністю.
7. Курці, які викурюють більше 40 цигарок на день.
8. Національні меншини (ромське населення).
9. Безпритульні.
10. Люди з розладами психіки.
11. Малозабезпечені жителі міст.
12. Малозабезпечені жителі сіл.
13. Особи, хворі на діабет.
14. Діти.
15. Літні люди (старші 60 років).
16. Особи, які мають професійні контакти з хворими на ТБ (працівники установ усіх форм власності та підпорядкування, соціальної сфери, які мають часті контакти з хворими на ТБ, проводять відповідні дослідження та аналізи).
17. Медичні працівники (не ТБ-профілю).
18. Особи, які мають родинні контакти з хворими на ТБ.
19. Учасники АТО.

<sup>14</sup> Звіт за результатами проекту «Інструменти оцінювання спільнот, прав та ґендерних аспектів в контексті ТБ в Україні» (дані на жовтень-грудень 2017 р.) МБФ «Альянс громадського здоров'я» 2018, с. 67–68.

За результатами аналізу зазначеної пріоритезації груп підвищеного ризику та потенційної наявності специфічних правових бар'єрів або прогалин у регулюванні виокремлено такі ключові групи населення для цілей Оцінки:

- 1) люди, які живуть з ВІЛ;
- 2) засуджені та затримані особи;
- 3) люди, які вживають ін'єкційні наркотики;
- 4) безпритульні;
- 5) особи, які зловживають алкоголем;
- 6) мігранти та переміщені особи, незареєстровані особи / нелегальні мігранти;
- 7) роми;
- 8) бідні жителі міст;
- 9) бідні жителі сіл;
- 10) люди літнього віку (пенсіонери);
- 11) медико-санітарні працівники, які контактують з хворими на ТБ;
- 12) військові службовці із зони АТО (ООС);
- 13) особи, які перебувають у психіатричних і геріатричних закладах.

#### РЕКОМЕНДАЦІЯ

**1. Актуалізувати затверджений на підзаконному рівні перелік груп підвищеного ризику захворювання на ТБ з урахуванням результатів останніх досліджень і встановлених законодавством критеріїв.**



# Національні особливості: чинники, що мають вплив

## Загальні відомості

Україна є суверенною, демократичною, соціальною, унітарною парламентсько-президентською республікою з багатопартійною політичною системою, розташованою у Східній і частково Центральній Європі, у складі якої 24 областей, Автономна Республіка Крим і два міста зі спеціальним статусом: Київ – столиця України та Севастополь<sup>15</sup>. Церква і релігійні організації в Україні відокремлено від держави, а школа – від церкви<sup>16</sup>. Державною мовою в Україні є українська<sup>17</sup>. Проголошення незалежності України відбулося 24 серпня 1991 р., Конституцію України прийнято 28 червня 1996 р. На 1 січня 2017 р. загальна чисельність населення України становила 42 584 542 осіб<sup>18</sup>. 68,9% населення України проживало в містах та 31,1% – у сільській місцевості, налічувалося 19 644 580 чоловіків і 22 770 315 жінок<sup>19</sup>.

За свідченнями Ніла Вокера, Координатора системи ООН в Україні та Постійного Представника ПРООН в Україні, близько 60% населення України живе за межею бідності<sup>20</sup>.

<sup>15</sup> Конституція України, ст. ст. 1, 2, 133.

<sup>16</sup> Там само, ст. 35.

<sup>17</sup> Там само, ст. 10.

<sup>18</sup> Статистичний збірник України. Населення України. станом на 1 січня 2017 року. Державна служба статистики України.

<sup>19</sup> Там само. Розподіл населення України за статтю та віком на 1 січня 2017 року. Державна служба статистики України.

<sup>20</sup> Електронний ресурс. Доступ за: <https://www.unian.info/society/1850781-nearly-60-of-ukrainians-live-below-poverty-line-un.html>.

## Інтеграція до ЄС

---

Правовою основою відносин між Україною та ЄС є Угода про партнерство та співробітництво<sup>21</sup> від 14 червня 1994 р., що набула чинності 1 березня 1998 р. Ця угода започаткувала співробітництво з широкого кола політичних, торговельно-економічних і гуманітарних питань.

2014 р. було підписано Угоду про Асоціацію між Україною, з одного боку, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії та їхніми державами-членами, з іншого – для подальшої політичної асоціації та економічної інтеграції. Політичну частину Угоди про Асоціацію підписано 21 березня 2014 р, економічну – 27 червня 2014 р.

На сьогодні виконання Угоди про Асоціацію здійснюють на підставі Плану заходів з імплементації Угоди про асоціацію між Україною, з одного боку, та Європейським Союзом, Європейським Співтовариством з атомної енергії та їхніми державами-членами, з іншого – на 2014–2017 роки, затвердженого розпорядженням Кабінету Міністрів України від 17 вересня 2014 р. № 847-р.<sup>22</sup> План заходів на 2018 р. поки що не затверджено.

## Військовий конфлікт на Сході

---

Через збройний конфлікт у Донецькій і Луганській областях, а також односторонню анексію Автономної Республіки Крим Росією багато людей змушені були покинути свої домівки та переїхати в інші населені пункти України. Серед них в основному були жінки та діти<sup>23</sup>. На 2 жовтня 2017 р. в Україні 1 596 644 осіб офіційно зареєстровано ВПО<sup>24</sup>.

Відповідно до останньої доповіді Моніторингової місії ООН з прав людини в Україні періоду з 16 серпня – 15 листопада 2017 року масштаби та частота порушень прав людини збереглися на тому самому рівні, про які повідомлено у попередні звітні періоди, або незначно зросли<sup>25</sup>.

Відповідно до Указу Президента України «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 13.04.2014 р. «Про невідкладні заходи щодо подолання терористичної загрози і збереження територіальної цілісності України»» від 14.04.2014 р. № 405/2014 було оголошено про початок антитерористичної операції без запровадження воєнного стану із залученням Збройних Сил України.

## Корупція

---

Україна опинилася на першому місці за рівнем корупції серед 41 країни Європи, Близького Сходу, Індії та Африки (ЕМЕІА)<sup>26</sup>. У світовому Індексі сприйняття корупції (CPI) за 2016 р. Україна отримала 29 балів зі 100 можливих, що на 2 бали більше, ніж торік<sup>27</sup>.

<sup>21</sup> Електронний ресурс. Доступ за: [http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/998\\_012](http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/998_012).

<sup>22</sup> Електронний ресурс. Доступ за: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/847-2014-%D1%80#n12>.

<sup>23</sup> Електронний ресурс. Доступ за: <http://www.internal-displacement.org/countries/ukraine>.

<sup>24</sup> Електронний ресурс. Доступ за: <http://www.msp.gov.ua/news/14003.html>.

<sup>25</sup> Електронний ресурс. Доступ за: [http://www.ohchr.org/Documents/Countries/UA/UARreport20th\\_UKR.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Countries/UA/UARreport20th_UKR.pdf).

<sup>26</sup> [http://news.liga.net/ua/news/politics/14730211-reyting\\_korupts\\_e\\_y\\_ukra\\_na\\_na\\_pershomu\\_m\\_sts\\_sered\\_41\\_kra\\_ni.htm](http://news.liga.net/ua/news/politics/14730211-reyting_korupts_e_y_ukra_na_na_pershomu_m_sts_sered_41_kra_ni.htm)

<sup>27</sup> <https://ti-ukraine.org/research/indeks-koruptsiyi-cpi-2016/>

На думку 69,1% опитаних у ході загальнонаціонального опитування, проведеного 2017 р. Фондом «Демократичні ініціативи» ім. Ілька Кучеріва та фірмою Ukrainian Sociology Service<sup>28</sup>, прояв корупції у сфері охорони здоров'я – оплата за медичні послуги, які є безоплатними та гарантуються державою.

За останні роки в Україні почато масштабну протидію корупції, зокрема, прояв цього – запровадження електронної системи публічних закупівель товарів, робіт і послуг «ProZorro», яку також використовують у сфері охорони здоров'я. Підписавши Угоду про асоціацію з Європейським Союзом, Україна взяла на себе зобов'язання виконати низку вимог, серед яких і увідповіднення законодавства у сфері публічних закупівель законодавству ЄС. Серед них є вимога здійснення публічних закупівель у електронній формі починаючи з 2018 року.

Ще одним складником процесу боротьби з корупцією в галузі охорони здоров'я має стати медична реформа, яка, зокрема, передбачає перехід на принципи страхової медицини у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, підвищення рівня оплати праці медичних спеціалістів і матеріально-технічного забезпечення ЗОЗ. Докладніше див. наступний пункт Звіту.

## Медична реформа

Реформування медичної галузі, ініційованого МОЗ України, комплексне і стосується багатьох аспектів у сфері охорони здоров'я. Першим кроком у реформі системи охорони здоров'я був прийнятий Верховною Радою України навесні Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я». Ухвалення 19 жовтня 2017 р. парламентом Закону України «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів», проекту Закону України від 21.06.2017 р. № 6604 «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо забезпечення державних фінансових гарантій надання медичних послуг та лікарських засобів» (прийнято в першому читанні) та Закону України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» було непростим процесом з політичного погляду та спричинило неабиякий резонанс у суспільстві.

2015 р. МОЗ України оприлюднило статистику, згідно з якою 75–80% коштів, які держава витрачає на сферу охорони здоров'я, спрямовано на утримання застарілої інфраструктури та зарплату персоналу. Тому важливим етапом медичної реформи стала автономізація ЗОЗ, що повинно надати змогу ефективного розпорядження коштами через надання таким закладам достатнього рівня самостійності. Прогнозують, що принцип «гроші йдуть за пацієнтом» призведе до впорядкування мережі ЗОЗ – малопотужні, погано оснащені і малозавантажені лікарні будуть змушені репрофілюватися під реальні потреби населення: на реабілітаційні, діагностичні центри, хоспіси. Процес реорганізації всіх ЗОЗ в Україні розрахований до кінця 2018 р. На сьогодні цей процес вже було запущено в деяких лікарнях<sup>29</sup>. Автономія медичних закладів дасть їм змогу розпоряджатися своїми активами, самостійно визначаючи пріоритетні потреби, залучати кошти від національних і міжнародних інвесторів, міжнародних донорів, змінити систему оплати праці медичних працівників.

<sup>28</sup> За результатами загальнонаціонального опитування, проведеного у жовтні 2017 р. Фондом «Демократичні ініціативи» ім. Ілька Кучеріва та фірмою Ukrainian Sociology Service. Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/432444>.

<sup>29</sup> Медична реформа: перебудова галузі та свідомості, Д. Алешко та Н. Снівак. Режим доступу: <http://yur-gazeta.com/publications/practice/medichne-pravo-farmaceutika/medichna-reforma-perebudova-galuzi-ta-svidomosti.html>.

Реформа ПМД передбачає, що пацієнти реалізуватимуть своє право на вибір сімейного лікаря через подання надавачу медичних послуг декларації про вибір лікаря, який надає ПМД. Нині МОЗ України розробило та доопрацьовує проекти нормативних актів щодо організації надання ПМД. Порядок надання медичної допомоги визначатиме обов'язки лікаря і те, яку саме ПМД гарантовано надаватимуть пацієнтові за рахунок бюджетних коштів.

*Докладніше про те, чи включено до цього переліку медичні послуги у сфері протидії ТБ, див. пункт щодо діагностики ТБ.* Програма медичних гарантій (послуг, які надаватимуть пацієнтам безоплатно) для вторинної та третинної медичної допомоги МОЗ України розробить упродовж 2018 р..

У контексті медичної реформи на етапі обговорення перебуває Стратегія розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню (надалі – Стратегія розвитку ПТМД), яка передбачає акцент на амбулаторному лікуванні пацієнтів через залучення первинної ланки медичної допомоги до виявлення, діагностики та лікування туберкульозу. У Стратегії розвитку ПТМД заплановано інтеграцію фізизіатричної служби в загальну медичну систему, розробляють механізми фінансування медичної допомоги хворим на туберкульоз, що базується на пацієнт-орієнтованій моделі ведення випадку туберкульозу відповідно до рекомендацій ВООЗ. Цей підхід потребує додаткового навчання персоналу первинної медичної допомоги веденню випадку туберкульозу, залучення місцевих адміністрацій і неурядового сектору, увідповідненню закладів, що надають стаціонарну допомогу хворим на туберкульоз, вимогам безпечного та комплексного лікування.

## РЕКОМЕНДАЦІЇ

### Міністерству охорони здоров'я:

1. Включити лікування ТБ до переліку медичних послуг, які надаватимуть на рівні вторинної та третинної медичної допомоги за рахунок бюджетних коштів.

### Міністерству охорони здоров'я, обласним управлінням охорони здоров'я:

2. На місцевому рівні запровадити програми протидії ТБ у сільській місцевості.
3. Передбачити у місцевих бюджетах кошти для мотивації підвищення рівня виявлення ТБ і рівня успішного лікування ТБ для медичних та/або соціальних працівників.

### Міністерству охорони здоров'я, Кабінету Міністрів:

4. Внести зміни до переліку показників щоквартальної оцінки соціально-економічного розвитку Автономної Республіки Крим, областей, Києва та Севастополя в аспекті зниження рейтингу через виявлення ТБ, вилучивши п. 55 Додатку 2 Порядку проведення моніторингу та оцінки результативності реалізації державної регіональної політики, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 21.10.2015 р. № 856: «Кількість хворих з уперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу на 100 тис. осіб населення, осіб».



5. Розробити державні програми обміну досвідом спеціалізованих ЗОЗ щодо ТБ з первинною ланкою та виділити фінансування на такі заходи.
6. Підтримати Стратегію розвитку протитуберкульозної медичної допомоги («ПТМД») в контексті надання пацієнто-орієнтованих моделей туберкульозної допомоги населенню. Внести в Стратегію розвитку ПТМД чіткі механізми інтегрованої медичної допомоги хворим на туберкульоз на первинному і спеціалізованому/високоспеціалізованому рівні надання медичної допомоги.

## Фінансування медичної допомоги

Законодавством України передбачено, що медичну допомогу, туберкуліодіагностику, хіміопрофілактику ТБ і санаторно-курортне лікування хворих на ТБ у державних і комунальних ЗОЗ здійснюють (надають) безоплатно. Під час лікування хворих на ТБ безперебійно та безоплатно забезпечують протитуберкульозними препаратами відповідно до їх переліку і обсягів, затверджених МОЗ України<sup>30</sup>.

Підприємства, установи, організації незалежно від форм власності можуть витратити власні кошти на поліпшення умов праці, відпочинку, харчування тощо працівників, які хворіють/перехворіли на ТБ<sup>31</sup>.

На сьогодні завершилося державне фінансування за КПКВ 2301400 «Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на ТБ на 2012–2016 роки»<sup>32</sup>. Мета бюджетної програми – збереження та зміцнення здоров'я, профілактика захворювань, зниження захворюваності, інвалідності, смертності населення, підвищення якості та ефективності надання медичної допомоги, забезпечення соціальної справедливості і захисту прав громадян на охорону здоров'я.

На виконання програми передбачено 1 830 762,2 тис. грн, з них із державного бюджету – 1 236 478,4 тис. грн (67,5% загальної суми прогнозних обсягів), за рахунок гранту Глобального фонду – 592 283,8 тис. грн (32,4%) і з інших джерел – 2000,0 тис. грн. Крім того, у програмі передбачено, що обсяг коштів з місцевих бюджетів визначають окремо в межах видатків місцевих бюджетів<sup>33</sup>.

На цей час нової актуальної загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на ТБ не затверджено.

У Державному бюджеті України на 2017 р. ця бюджетна програма мала назву «Забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру»<sup>34</sup>. Згідно з паспортом цієї бюджетної програми на 2017 р. на закупівлю медикаментів для лікування ТБ з Державного бюджету України було виділено 496 218,0 млн грн, а на закупівлю тестів, витратних матеріалів для діагностики ТБ – 56 264,5 млн грн.

<sup>30</sup> Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», ст. 4.

<sup>31</sup> Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб», ст. 25.

<sup>32</sup> Затверджена Законом України від 16 жовтня 2012 р. № 5451-VI.

<sup>33</sup> Звіт про результати аудиту ефективності використання коштів державного бюджету на здійснення заходів Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки, затверджений рішенням Рахункової палати України № 9-1 від 11.04.2017 р.

<sup>34</sup> Наказ МОЗ України та Міністерства фінансів України від 31.05.2017 № 580/544 «Про затвердження паспорта бюджетної програми на 2017 р.».

Одне з основних джерел фінансування закупівлі лікарських засобів – гранти Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, ТБ і малярією. Так, у грудні 2014 р. Глобальний фонд схвалив консолідовану заявку Національної ради з питань протидії ТБ і ВІЛ-інфекції/СНІДу щодо отримання в 2015–2017 рр. міжнародної допомоги за компонентами «ВІЛ/СНІД» і «Туберкульоз».

На 2018–2020 рр. Глобальний фонд схвалив подовження гранту для України на фінансування програм з протидії ВІЛ/СНІДу та ТБ на 2018–2020 рр. у розмірі 119,5 млн дол. США. З цієї суми 70,8 млн дол. США буде виділено на протидію епідемії ВІЛ/СНІДу, 48,6 млн дол. США – на боротьбу з ТБ<sup>35</sup>.

#### РЕКОМЕНДАЦІЯ

**Міністерству охорони здоров'я, Центру громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України, Верховній Раді:**

- 1. Розробити та затвердити нову актуальну загальнодержавну цільову соціальну програму протидії захворюванню на ТБ.**

<sup>35</sup> Глобальний фонд гарантував Україні виділення 119,5 млн дол. США на протидію ВІЛ-інфекції/СНІДу та ТБ. <http://www.uiphp.org.ua/uk/hromadske-zdorovia/podii-ta-anonsy/item/81-hlobalnyi-fond-harantuvav-ukraini-vydilennia-usd119-5-mln-na-protydiu-vilinfektsii-snidu-ta-tuberkulozu>.



# Огляд основних нормативних актів і програм

## Міжнародні зобов'язання

Україна ратифікувала великий перелік міжнародно-правових інструментів, спрямованих на захист прав людини, серед яких особливе місце посідають: Міжнародний пакт про громадянські і політичні права 1966 р. (МППГПП)<sup>36</sup>, Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права 1966 р. (МПЕСКП)<sup>37</sup>, Конвенція проти катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поводження і покарання 1984 р. (КПК)<sup>38</sup>, Рамкова конвенція про захист національних меншин 1995 р. (РКЗНМ)<sup>39</sup>, Конвенція ООН про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок 1979 р. із Факультативним протоколом (КЛВФДЖ)<sup>40</sup>, Конвенція про права дитини 1989 р. (КПД)<sup>41</sup> із Факультативним протоколом щодо торгівлі дітьми, дитячої проституції і дитячої порнографії<sup>42</sup>, а також Факультативним протоколом щодо процедури повідомлень<sup>43</sup>, Конвенція про

<sup>36</sup> Ратифіковано указом Президії Верховної Ради Української РСР № 2148 – VIII від 19.10.1973 р.

<sup>37</sup> Там само.

<sup>38</sup> Ратифіковано указом Президії Верховної Ради Української РСР Президії ВР № 3484-XI від 26.01.1987 р. із застереженням, застереження знято Законом України № 234-XIV від 05.11.1998 р.

<sup>39</sup> Ратифіковано Законом України № 703/97-ВР від 09.12.1997 р.

<sup>40</sup> Ратифіковано Законом України № 946-IV від 05.06.2003 р.

<sup>41</sup> Ратифіковано Постановою ВР України № 789-XII від 27.02.1991 р.

<sup>42</sup> Ратифіковано Законом України № 716-IV від 03.04.2003 р.

<sup>43</sup> Ратифіковано із заявою Законом України № 1026-VIII від 16.03.2016 р.

статус біженців<sup>44</sup>, Конвенція про права осіб з інвалідністю з Факультативним протоколом щодо процедури повідомлень (КПОІ)<sup>45</sup>. Україна також є, окрім іншого, членом ООН, РЄ, СОР, МОП. Загальна декларація з прав людини 1948 р. (ЗДПЛ) також є ключовим для України стандартом міжнародного права.

На регіональному рівні Україна ратифікувала Європейську соціальну хартію (переглянуту) (ЄСХ)<sup>46</sup>, Конвенцію про захист прав людини та основоположних свобод 1950 р. із Протоколами (ЄКПЛ)<sup>47</sup>, Європейську конвенцію про запобігання катуванням чи нелюдському або такому, що принижує гідність, поводженню чи покаранню 1987 р. (ЄКПЗК)<sup>48</sup> тощо.

Огляд усіх міжнародно-правових стандартів у галузі прав людини, до яких приєдналась Україна та її міжнародних зобов'язань, не є предметом цього дослідження, тому ми зупинимось лише на основних правах і свободах, які повинна гарантувати та забезпечити Україна, у контексті захисту людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ, і ключових груп населення, у наведеній у Додатку 1 до цього Звіту таблиці.

Ще одним стимулом для підвищення стандартів, створення ефективних механізмів захисту прав людини, зокрема її права на здоров'я, є Угода про асоціацію між ЄС і Україною. У ній закладено засади розвитку секторального співробітництва у галузі охорони здоров'я України та ЄС, серед іншого – щодо «зміцнення системи охорони здоров'я України та її потенціалу»<sup>49</sup>, «попередження і контролю над інфекційними хворобами», зокрема ТБ і ВІЛ/СНІД, імплементації Міжнародних медико-санітарних правил<sup>50</sup>, а також виявлення основних питань у галузі охорони здоров'я, зокрема «психічного здоров'я, алкогольної, наркотичної та тютюнової залежності, імплементації Рамкової конвенції з контролю над тютюном 2003 р.»<sup>51</sup>. Через ратифікацію цієї Угоди Україна також взяла на себе зобов'язання щодо поступової адаптації законодавства та практики у сфері інфекційних хвороб і тютюну до принципів права ЄС<sup>52</sup>. Зокрема в Угоді про асоціацію між ЄС і Україною було встановлено термін до грудня 2015 р. для імплементації секторального *acquis*, а саме таких рішень у сфері інфекційних хвороб, перше з яких засадниче:

- 1) Рішення Європейського Парламенту та Ради № 2119/98/ЄС від 24.09.1998 р. про створення мережі епідеміологічного нагляду та контролю за поширенням інфекційних захворювань у Співтоваристві, що передбачає створення бази даних епідеміологічного нагляду та контролю за поширенням інфекційних захворювань для систематичного обміну інформації із ЄС щодо результатів такого нагляду та контролю, а також заходів контролю за поширенням інфекційних захворювань, зокрема координації зусиль із ЄС для профілактики та протидії цим захворюванням (надалі –Рішення № 2119/98/ЄС).
- 2) Рішення Комісії № 2000/96/ЄС від 22.12.1999 р. про інфекційні захворювання, які мають поступово охоплюватися мережею Співтовариства відповідно до Рішення 2119/98/ЄС Європейського Парламенту та Ради, яким встановлено перелік інфекційних захворювань (зокрема ТБ і ВІЛ), щодо

<sup>44</sup> Приєднано Законом України № 2942-III від 10.01.2002 р.

<sup>45</sup> Ратифіковано Законом України № 1767-VI від 16.12.2009 р.

<sup>46</sup> Ратифіковано із заявами Законом України № 137-V від 14.09.2006 р. та Законом України № 2034-VIII від 17.05.2017 р.

<sup>47</sup> Ратифіковано Законом України № 475/97-ВР від 17.07.1997 р.

<sup>48</sup> Ратифіковано Законом України № 33/97-ВР від 24.01.1997 р.

<sup>49</sup> Угода про асоціацію між Україною, з одного боку, та Європейським Союзом, Європейським Співтовариством з атомної енергії та їхніми державами-членами, з іншого боку, ратифіковано із заявою Законом № 1678-VII від 16.09.2014 р., ст. 427, ч. 1, п. а.

<sup>50</sup> Там само, ст. 427, ч. 1, п. б.

<sup>51</sup> Там само, ст. 427, ч. 1, п. с.

<sup>52</sup> Там само, ст. 428.

яких повинен проводитись епідеміологічний нагляд відповідно до Рішення 2119/98/ЄС, а також критерії для вибору інфекційних захворювань для такого епідеміологічного нагляду (надалі – Рішення № 2000/96/ЄС).

- 3) Рішення Комісії № 2002/253/ЄС від 19.03.2002 р. про терміни, що використовуються для передачі інформації про інфекційні хвороби до мережі Співтовариства, створеної відповідно до Рішення Європейського Парламенту та Ради 2119/98/ЄС (надалі – Рішення № 2002/253/ЄС).

Варто зауважити, що на сьогодні положення цих рішень не запроваджено у повному обсязі в національне законодавство України. Із зроблених кроків відомо про те, що КМУ прийняв розпорядження від 26.11.2014 р. № 1141-р «Про схвалення розроблених Міністерством охорони здоров'я планів імплементації деяких актів законодавства ЄС», яким закріплено наміри МОЗ України про імплантацію, окрім інших, і вказаних вище актів ЄС<sup>53</sup>. На виконання цього розпорядження та Рішення № 2000/96/ЄС МОЗ України прийняло наказ від 13.04.2016 р. № 362 «Про затвердження Переліку інфекційних захворювань», у якому визначено перелік інфекційних захворювань, охоплених епідеміологічним наглядом. Хоча до нього ввійшли ТБ і ВІЛ/СНІД, не було внесено зміни відповідно до останньої редакції Рішення № 2000/96/ЄС.

На шляху до ефективної реалізації цього наказу також може стати неузгодженість раніше прийнятого підзаконного нормативно-правового акта із цим наказом МОЗ України. Серед іншого, до Переліку інфекційних хвороб, щодо яких заклади та установи охорони здоров'я подають статистичну звітність, затвердженого постановою КМУ від 21.02.2001 р. № 157 «Деякі питання реєстрації, обліку та звітності щодо інфекційних хвороб», не включено всі випадки ТБ, а лише ТБ органів дихання, зокрема деструктивний.

Порядок ведення обліку та подання статистичної звітності щодо інфекційних хвороб, які підлягають реєстрації, також затверджений цією ж постановою КМУ, не узгоджено з Рішенням № 2000/96/ЄС і Рішенням № 2119/98/ЄС, зокрема у частині передання зібраної статичної інформації до уповноваженого органу на національному рівні.

Наказом МОЗ України від 28.12.2015 р. № 905 «Про затвердження критеріїв, за якими визначаються випадки інфекційних та паразитарних захворювань, які підлягають реєстрації» також частково запроваджено Рішення № 2002/253/ЄС, яким визначають критерії для подання звітів щодо виявлених інфекційних і паразитарних захворювань до мережі ЄС. Порядок, умови чи критерії звітування на національному рівні ним не змінено.

## РЕКОМЕНДАЦІЯ

**Запровадити та увідповіднити чинне законодавство України Рішенню № 2119/98/ЄС, Рішенню № 2000/96/ЄС та Рішенню № 2002/253/ЄС.**

<sup>53</sup> Перелік актів законодавства ЄС, імплементацію яких здійснюють згідно зі схваленими планами, затверджено розпорядженням Кабінету Міністрів України від 26.11.2014 р. № 1141-р «Про схвалення розроблених Міністерством охорони здоров'я планів імплементації деяких актів законодавства ЄС», п. 1, 3, 5.

## Конституція України

Конституція України є Основним Законом України<sup>54</sup>, має найвищу юридичну силу, «закони та інші нормативно-правові акти приймаються на основі Конституції України і повинні відповідати їй»<sup>55</sup>, тобто діє принцип верховенства Конституції. Її норми є нормами прямої дії. Зокрема всі без винятку конституційні права і свободи людини та громадянина забезпечено у судовому порядку, а саме безпосередньо на підставі Конституції України можна звернутися за їх захистом до суду<sup>56</sup>. Для цього не потрібно приймати будь-які додаткові нормативно-правові акти.

До того ж виключно законами України визначено «права і свободи людини і громадянина, гарантії цих прав і свобод; основні обов'язки громадянина»<sup>57</sup>. Розділ II Конституції України закріплює цілу низку громадянських, політичних, економічних, соціальних, культурних прав, які узгоджуються з міжнародними зобов'язаннями України, серед яких: право на життя (ст. 27), право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування (ст. 49), право на освіту (ст. 53), право на повагу до гідності (ст. 28), право на свободу та особисту недоторканність (ст. 29), право не зазнавати втручання в особисте і сімейне життя (ст. 32), право на працю (ст. 43), право на соціальний захист (ст. 46), право на житло (ст. 47), право на достатній життєвий рівень (ст. 48), право на захист прав і свобод у судовому порядку (ст. 55), право на правову допомогу (ст. 59) тощо. *Докладніше див. Додаток 2 до цього Звіту.*

## Спеціальні нормативно-правові акти з ТБ

В Україні діє спеціальне законодавство у сфері ТБ, яке визначає правові, організаційні та фінансові засади, заходи з протидії поширенню ТБ, умови та порядок надання медичної допомоги та забезпечення прав людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ і водночас встановлює певні бар'єри, розкриті в інших пунктах цього Звіту.

Законодавство України у сфері протидії поширенню ТБ складається з Основ законодавства України про охорону здоров'я, законів України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ», «Про захист населення від інфекційних хвороб», «Про протидію захворюванню на туберкульоз», інших підзаконних актів, прийнятих відповідно до них<sup>58</sup>.

Основи законодавства України про охорону здоров'я «визначають правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, регулюють суспільні відносини у цій сфері з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності і довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їх здоров'я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості»<sup>59</sup>.

Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» «регулює суспільні відносини, які виникають у сфері забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя,

<sup>54</sup> Конституція України, преамбула.

<sup>55</sup> Там само, ст. 8, ч. 1.

<sup>56</sup> Там само, ст. 8, ч. 2.

<sup>57</sup> Там само, ст. 8, ч. 2.

<sup>58</sup> Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», ст. 2, ч. 1.

<sup>59</sup> Преамбула Основ законодавства України про охорону здоров'я.



визначає відповідні права і обов'язки державних органів, підприємств, установ, організацій та громадян, встановлює порядок організації державної санітарно-епідеміологічної служби і здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду в Україні»<sup>60</sup>, зокрема, встановлює обов'язковість профілактичних щеплень від ТБ<sup>61</sup>.

Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» «визначає порядок правового регулювання діяльності у сфері профілактики, лікування, догляду і підтримки, необхідних для забезпечення ефективної протидії поширенню хвороби, зумовленої ВІЛ, та відповідні заходи щодо правового і соціального захисту людей, які живуть з ВІЛ»<sup>62</sup>.

Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб» встановлює «правові, організаційні та фінансові засади діяльності органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій, спрямованої на запобігання виникненню і поширенню інфекційних хвороб людини, локалізацію та ліквідацію їх спалахів та епідемій, встановлює права, обов'язки та відповідальність юридичних і фізичних осіб у сфері захисту населення від інфекційних хвороб»<sup>63</sup>.

Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз» «визначає правові, організаційні та фінансові засади діяльності, спрямованої на протидію виникненню і поширенню захворювання на ТБ, забезпечення медичної допомоги хворим на ТБ, і встановлює права, обов'язки та відповідальність юридичних і фізичних осіб у сфері протидії захворюванню на ТБ»<sup>64</sup>. 2018 р. ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» планує почати процес перегляду цього закону, щоб увідповіднити здійснюваним реформам положення, які стосуються виявлення, профілактики, ведення пацієнтів в амбулаторній моделі, соціального супроводу і захисту.

Наказом МОЗ України від 04.09.2014 р. № 620 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при туберкульозі» також затверджено Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим «Туберкульоз». Наказом МОЗ України № 167 від 20.02.2017 р. створено робочі групи з перегляду Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Туберкульоз», затвердженого наказом МОЗ України (надалі – Протокол) від 04 вересня 2014 р. № 620. Роботу над Протоколом робоча група не завершила до кінця 2017 р., а 2018 р. припинила. Така ситуація зумовлена тим, що 28 квітня 2017 р. набув чинності наказ МОЗ України від 29 грудня 2016 р. № 1422, який дозволяє українським лікарям використовувати у своїй роботі міжнародні клінічні протоколи. Для їхнього використання достатньо ЗОЗ чи лікарю, який є фізичною особою-підприємцем, забезпечити переклад міжнародної клінічної настанови та затвердити внутрішнім наказом для використання у вигляді нового клінічного протоколу.

Наказом МОЗ України від 15.05.2014 р. № 327 «Про виявлення осіб, хворих на ТБ та інфікованих мікобактеріями ТБ» затверджено Порядок проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів на ТБ, Перелік осіб,

<sup>60</sup> Преамбула Закону України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення».

<sup>61</sup> Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», ст. 27.

<sup>62</sup> Преамбула Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ».

<sup>63</sup> Преамбула Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб».

<sup>64</sup> Преамбула Закону України «Про протидію захворюванню на туберкульоз».

віднесених до груп підвищеного ризику захворювання на ТБ, Критерії віднесення певної категорії осіб до групи підвищеного ризику захворювання на ТБ. Ці акти також жодного разу не актуалізували з дня їхнього прийняття, незважаючи на зміну епідеміологічної ситуації та потребу долучити до груп підвищеного ризику ТБ додаткові групи людей.

Порядок ведення реєстру хворих на ТБ, затверджений наказом МОЗ України від 19.10.2012 р. № 818, регулює процедуру ведення реєстру ТБ на центральному, обласному та районному відділах протитуберкульозними закладами.

В Україні діють також інші підзаконні нормативно-правові акти, які регулюють питання протидії поширенню ТБ і надання медичної допомоги людям з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ.

Варто також зауважити, що у чинному законодавстві України наявна термінологія, яка посилює поширену у нашій державі дискримінацію та стигматизацію, приниження гідності людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ і суперечить рекомендаціям Stop TB<sup>65</sup>. Наприклад, в Уніфікованому клінічному протоколі лікування ТБ у дорослих<sup>66</sup> наявні такі терміни: «пацієнти з підозрою на ТБ», «хворі на ТБ/ВІЛ ко-інфекцію», «хворі з бактеріовиділенням з чутливим та ХР ТБ», «хворі на МР ТБ», «ВІЛ-інфіковані хворі», «новий випадок» у контексті «пацієнти, які ніколи не отримували протитуберкульозне лікування або лікувалися менше ніж 1 місяць». У назві та у тексті Порядку ведення реєстру хворих на ТБ<sup>67</sup> вживають термін «хворі на ТБ». У Законі України «Про протидію захворюванню на туберкульоз» також міститься аналогічна дискримінаційна термінологія, а саме: «хворий/і на ТБ», «випадок захворювання на ТБ», «хворі на заразні форми ТБ».

## Державні програми/стратегії/концепції

### Національна стратегія у сфері прав людини на період до 2020 року

Національну стратегію у сфері прав людини затверджено указом Президента України від 25.08.2015 р. № 501/2015 (надалі – Стратегія). Цей нормативно-правовий акт визначає основні напрями «забезпечення пріоритетності прав і свобод людини як визначального чинника під час визначення державної політики, прийняття рішень органами державної влади та органами місцевого самоврядування»<sup>68</sup>, тобто ґрунтується на принципі визнання людини, її життя та здоров'я найвищими соціальними цінностями, закріпленому у ст. 3 Конституції України.

На виконання Стратегії додатком до розпорядження КМУ від 23.11.2015 р. № 1393-р затверджено План заходів з реалізації Національної стратегії у сфері прав людини на період до 2020 р. (надалі – План).

Варто зауважити: щодо частини заходів вже не дотримано термінів, а саме у сфері протидії стигмі та дискримінації не розроблено зміни до Закону України «Про засади запобігання та протидії дискримінації в Україні» у частині виконання зобов'язань перед ЄС щодо заборони дискримінації на ґрунті сексуальної орієнтації та гендерної ідентичності, не розширено перелік форм дискримінації, не заборонено множинну

<sup>65</sup> Об'єднані, щоб покласти край ТБ. Кожне слово має значення. Рекомендована мова та практики для комунікацій щодо ТБ. Жовтень 2015. Нова брошура Stop TB. Жовтень 2014.

<sup>66</sup> Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим туберкульоз, затверджений наказом МОЗ України від 04.09.2014 р. № 620.

<sup>67</sup> Порядок ведення реєстру хворих на туберкульоз, затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19.10.2012 р. № 818.

<sup>68</sup> Національна стратегія у сфері прав людини, затверджена указом Президента України від 25.08.2015 р. № 501/2015, розділ 2.



дискримінацію та дискримінацію за асоціацією (пункт 105 Плану). Досі не декриміналізовано також зараження ВІЛ та іншими інфекційними хворобами (ст. 130 і 133 Кримінального кодексу України)<sup>69</sup>.

Актуальними також лишаються внесення змін до чинного законодавства України для повноцінного використання Україною усіх гнучких положень Угоди ТРІПС, для забезпечення рівного доступу до лікарських засобів людям з ВІЛ і людям, які живуть із ТБ, що мало відбутися ще наприкінці 2016 р.<sup>70</sup>.

### **Стратегія забезпечення сталої відповіді на епідемії ТБ, в тому числі хіміорезистентного, та ВІЛ-інфекції/СНІДу на період до 2020 року та затвердження плану заходів щодо її реалізації**

Один із основних документів, який за переконанням уряду України забезпечить досягнення цілей Комплексного плану дій щодо боротьби з ТБ в Європейському регіоні Всесвітньої організації охорони здоров'я на 2016–2021 роки, зокрема знизити смертність від ТБ на 35%, рівня захворюваності на ТБ на 25% і поліпшити успішність лікування на МР ТБ щонайменше до 75%, – «Стратегія забезпечення сталої відповіді на епідемії ТБ, в тому числі хіміорезистентного, та ВІЛ-інфекції/СНІДу на період до 2020 р.» (надалі – Стратегія). Цю Стратегію було схвалено розпорядженням КМУ від 22.03.2017 р. № 248-р. *Докладний аналіз Стратегії див. у Додатку 3 до цього Звіту.*

### **Концепція Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2018–2021 роки**

Концепцію Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2018–2021 роки (надалі – Концепція) схвалено розпорядженням КМУ від 27 грудня 2017 р. № 1011-р. У ній проаналізовано основні чинники, що призводять до поширення ТБ, зокрема МР ТБ в Україні, а також способи досягнення поставленої Концепцією мети. *Докладніше див. Додаток 4 до цього Звіту.*

Проект Загальнодержавної програми на квітень 2018 р. погоджено майже всіма ЦОБВ і заплановано до затвердження упродовж 2018 р.

### **Дослідження у сфері протидії ТБ в Україні**

#### *Проект USAID «Посилення контролю за ТБ в Україні»*

Упродовж квітня 2012 – квітня 2017 років Кімонікс Інтернешнл, Інк. реалізував Проект USAID «Посилення контролю за ТБ в Україні». Проект спрямовано на забезпечення належного інфекційного контролю у ЗОЗ, поліпшення якості діагностики та профілактики ТБ, контролю за лікуванням людей з ТБ, зокрема МР ТБ, РР ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ, спираючись на рекомендовану ВООЗ DOT-стратегію. Він охопив більш як 50% населення України, 99,7% лабораторій першого рівня пройшли зовнішній контроль якості, 50

<sup>69</sup> План заходів з реалізації Національної стратегії у сфері прав людини на період до 2020 р., затверджений додатком до розпорядження Кабінету Міністрів України від 23.11.2015 р. № 1393-р, п. 104.

<sup>70</sup> Там само, п. 64.

протитуберкульозних закладів і центрів СНІДу запровадили заходи інфекційного контролю (розроблено плани, затверджено комісії, систему звітування, медичних працівників забезпечено індивідуальним респіраторним захистом, а пацієнтів – масками). У межах Проекту 5693 медичних працівників пройшли спеціальне навчання, удосконалено навчальні програми до- та післядипломної освіти з інфекційного контролю та створено тренінговий центр з інфекційного контролю, проводились інформаційні заходи серед населення. Завдяки цілеспрямованому опитуванню щодо наявності кашлю втричі зросло виявлення ТБ серед ЛЖВ. До всього виявлено бар'єри для ефективної реалізації права людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ на медичну допомогу та права медичних працівників на соціальний захист, а саме: будівельні норми і правила, а також функціональні обов'язки медичних працівників, відповідальних за інфекційний контроль, не відповідають сучасним реаліям; у медичних працівників недостатній рівень знань; потоки хворих не розділено належним чином; відсутнє достатнє фінансування і забезпечення ЗОЗ необхідним обладнанням, зокрема екрановані УФО-лампи у зонах високого ризику; навіть за наявності системи вентиляції не використовують<sup>71</sup>.

#### Дослідження «Збір успішних практик щодо виявлення та лікування ТБ»

У першому та другому півріччях 2017 р. у рамках реалізації та за фінансування гранту Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, ТБ і малярією МБФ «Альянс громадського здоров'я» із залученням низки НУО<sup>72</sup> впроваджував дослідження «Збір успішних практик щодо виявлення та лікування ТБ». У рамках проекту соціальні працівники НУО<sup>73</sup> провели на аутрич-маршрутах і стаціонарних ПОШ скринінг-опитування в Києві серед ЛВІН, забезпечили соціальний супровід і прихильність ЛВІН, у яких за результатами анкетування виявили ознаки ТБ, до діагностики (за допомогою пересувних флюорографів, фтизіатрів, терапевтів чи сімейних лікарів у ЗОЗ, а ЛВІН із симптомом «кашель» додатково молекулярно-генетичним дослідженням у ЗОЗ) і, за потреби, лікування. У Харківській, Луганській, Львівській та Івано-Франківській областях проведено скринінг-анкетування, а також діагностування у ЗОЗ за направленням соціальних працівників серед ЛВІН, людей, звільнених із місць позбавлення волі, мешканців віддалених сіл, інших осіб з ускладненим доступом до діагностики та лікування. Соціальні працівники проходили попередні навчання та були забезпечені індивідуальними засобами захисту. Людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ забезпечували амбулаторним лікуванням у ЗОЗ ПМД, госпіталізацію проводили лише за клінічними критеріями.

<sup>71</sup> <https://phc.org.ua/uploads/documents/abc18f/1f555c2421ad25073cce0e5a240eaa6.pdf>

<sup>72</sup> БО МБФ «Вертикаль», БФ «Час Молоді».

<sup>73</sup> БО МБФ «Вертикаль».



# Бар'єри для ефективної протидії ТБ

## Стигматизація та дискримінація\_

Більшість опитаних експертів та учасників фокус-груп зазначили, що стигма є важливою проблемою для протидії туберкульозу та досить висока і до людей з ТБ, і до людей, які перехворіли на ТБ у минулому, що пов'язано з низькою обізнаністю способів передачі та лікування туберкульозу серед загального населення. *Докладніше про рівень обізнаності про ТБ див. Додаток 5 до цього Звіту.*

Більше проявів стигми зазначають не в самих ПТЗ, а в непротитуберкульозних медичних закладах, зокрема один з респондентів повідомив, що «в больницах обычных лежал после того, как вылезился [от туберкулеза], но меня ложили в отдельную палату и заходили только в масках из-за того, что переболел ТБ».

В органах Пенсійного фонду, центрах зайнятості, центрах соціального обслуговування або органах соціального захисту через незнання особливостей протікання, лікування туберкульозу також зазначають стигматизуюче ставлення до людей з ТБ: «как будто на нас таблички висят ТБ». Зокрема йдеться про випадки, коли з людьми з ТБ на підтримувальній, амбулаторній фазі лікування співробітники цих органів та установ спілкуються виключно в масках.

Крім того, оточення більше схильне до стигматизуючого ставлення в малих містах і сільській місцевості, зокрема зазначають

небажання мати будь-які контакти з людьми, які перехворіли на ТБ. Наприклад, один з респондентів зазначив, що «в маленьких селах, люди, которые болеют, становятся прокаженными, с ними не здороваются, даже рядом бояться находиться».

Непоодинокі випадки відмови у наданні медичної допомоги через страх зараження на туберкульоз. Низька обізнаність лікарів первинної медичної допомоги та вторинної/третинної медичної допомоги, які не спеціалізуються на туберкульозі, може призводити до нелікування або неналежного лікування супутніх станів чи станів, викликаних дією протитуберкульозних препаратів. Респонденти повідомляли про випадки надмірного страху від лікарів, наприклад, лікар-офтальмолог «боялась близько підійти... тому світила мені в очі і роздивлялася з відстані двох метрів».

Самостигматизація людей, які хворіють, призводить до випадків самолікування, небажання пацієнтів повідомляти про захворювання під час звернення до лікарів з приводу лікування інших захворювань.

Близькі родичі та друзі найчастіше підтримують, коли дізнаються про захворювання, за свідченнями людей, які перехворіли на ТБ. Для більш далекого оточення (сусідів, колег) люди з ТБ намагаються тримати в таємниці свій статус.

Учасники фокус-груп з людьми, які перехворіли на туберкульоз, зазначали, що зневажливе чи стигматизуюче ставлення зберігається навіть після успішного вилікування туберкульозу.

*«Якщо дізнаються, що лежав в тубдиспансері, то тобі хрест. Роботи не знайдеш. Як якийсь прокажений... бо після хвороби стаєш другим сортом, безправним». ФГ ЛТБ, Рівне*

На думку експертки у сфері фізіатрії, дуже важливо правильно працювати зі ЗМІ й частіше виходити з інтерв'ю, програмами про способи передачі туберкульозу, створити програму на телебаченні або радіо цикл бесід, цикл лекцій, щоб більш широким інформаційним фронтом інформувати населення та лікарів про туберкульоз, таким чином зменшуючи рівень стигми в суспільстві.

Варто зазначити неврахування у ЗОЗ специфічних потреб жінок, чоловіків і трансгендерних осіб, а саме: відсутність «психологічно комфортних умов для діагностики» (наприклад, ширм у кабінетах), розподілу «гендерних потоків» під час здачі мокротиння, окремих палат для людей з трансгендерною ідентичністю, розділення туалетів і душових за гендерними ознаками. Докладніший опис щодо гендерних аспектів у контексті ТБ див. у Додатку 6 до цього Звіту.

## РЕКОМЕНДАЦІЇ

### Міністерству охорони здоров'я у співпраці з НУО ТБ-спільноти:

- 1. Забезпечити проведення широких інформаційних кампаній, зокрема на радіо і телебаченні, щоб адресувати міфи щодо туберкульозу, які існують в суспільстві, а саме щодо способів передачі, періоду, упродовж якого людина, в якій є ТБ, може інфікувати оточуючих, доступність лікування, можливості амбулаторного лікування тощо.**

2. Проводити навчання лікарів і молодшого медичного персоналу загальнолікувальних закладів щодо способів та особливостей передачі туберкульозу, правил інфекційного контролю, медичної етики та прав ЛТБ для зменшення випадків проявів стигми, відмов надання медичної допомоги людям з ТБ.

**Міністерству юстиції:**

3. Проводити навчання правоохоронних органів, медичного та немедичного персоналу ІТТ, СІЗО та виправних колоній щодо формування толерантного ставлення до людей з ТБ.

**Міністерству соціальної політики:**

4. Забезпечити розміщення інформації про ТБ на підприємствах.
5. Планувати та проводити операційні дослідження щодо вивчення причин стигми та самостигматизації серед різних цільових груп (наприклад, людей з ТБ, членів їхніх родин, оточення, лікарів, представників правоохоронних органів та органів і установ виконання покарань тощо) для визначення та проведення заходів щодо її подолання залежно від специфічних причин і проявів стигми в кожній з цільових груп.

## Дотримання конфіденційності

*Щодо питання про недотримання прав людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ на приватність і конфіденційність у аспекті ведення електронних реєстрів див. пункт щодо електронної медичної документації цього Звіту. У пункті стосовно ЛВІН цього Звіту наголошено також на фактах порушення зазначеного права ЛВІН органами державної влади України.*

Питання конфіденційності ТБ статусу людей з ТБ або людей, які перехворіли на туберкульоз, недостатньо детально врегульовано в Україні, що призводить до того, що інформацію про діагноз можуть розголошувати без потреби в цьому з погляду громадського здоров'я. Зазначено непоодинокі випадки розголошення під час повідомлення контактних осіб без належних заходів для збереження конфіденційності, зокрема під час повідомлення дитячих садків, шкіл. Протиепідеміологічні заходи в осередку туберкульозної інфекції також призводять до розголошень.

Згідно з інформацією представників фокус-груп трапляються випадки, коли необхідність повідомлення інформації щодо ТБ освітнім закладам сумнівна. Це може призводити до розголошення інформації про контактний статус дитини, і таких дітей можуть уникати інші діти.

Учасники фокус-груп зазначали про непоодинокі випадки розголошення діагнозу лікарями, в більшості випадків на рівні ПМД.

*«Тільки була підозра на ТБ. А уже усе моє село, мікрорайон знали, що у мене ТБ. Чи тільки почав ходити здавати аналізи, а уже в під'їзді питаються: що у тебе проблеми з легенями? Напевно, від*

*дільничного лікаря інформація пішла до сусідів. Орендодавцю квартири лікарі сказали, що у мене ТБ, кажуть, давай будь обережний, він нажахався і почав мене виселяти». ФГ ЛТБ, Рівне*

Молодший медичний персонал більше, аніж лікарі схильний до розголошення інформації про діагноз ТБ.

Ризик розголошення залежить від того, в якій формі здійснюють роботу з контактними особами, чи зберігають конфіденційність працівники медичних закладів, санепідемстанції під час оповіщення контактів, дезінфекції. Бувають приклади інтервенцій, які враховують збереження конфіденційності:

*«Врач санэпидстанции пришел и оставил в дверях записку «Олег Владимирович, к вам приходил врач по причине, которую вы знаете. Позвоните по телефону такому-то.» ФГ ЛТБ, Миколаїв*

І навпаки, респонденти повідомляли про необережні дії, які призводили до розголошення статусу молодшим медичним персоналом.

Високий рівень стигми до ТБ у суспільстві призводить до того, що особи, статус яких було розголошено на роботі чи в іншому контексті, бояться скаржитися в офіційному порядку на такі дії, оскільки побоюються подальшого розголошення їхнього статусу. З іншого боку, деякі респонденти у фокус-групах зазначали, що право на конфіденційність, на їхню думку, не захищають ефективно юридичними засобами, оскільки вони не знають будь-яких гучних випадків про притягнення лікарів чи інших осіб до відповідальності за розголошення статусу, зазначають, що такий стан речей також може бути пов'язаний зі складністю юридичного доведення факту розголошення ТБ статусу конкретною особою.

#### РЕКОМЕНДАЦІЯ

**Верховній Раді, Міністерству охорони здоров'я, Міністерству соціальної політики, Міністерству юстиції:**

- Внести зміни до законодавства для детального врегулювання питань збереження таємниці діагнозу «туберкульоз» під час надання медичної допомоги, повідомлення контактних осіб, проведення епідеміологічних розслідувань, соціального супроводу тощо.**

## Усфері праці

НУО засвідчують, що багато людей не схильні звертатися до ЗОЗ за наявності схожих на ТБ симптомів, а також відмовляються від проходження діагностики для підтвердження діагнозу ТБ через побоювання втратити роботу. Внаслідок цього збільшується кількість людей із невиявленим ТБ, які вчасно не отримали необхідного лікування. Це своєю чергою призводить до виникнення ускладнень і поширення в Україні МР ТБ.

Аналіз чинного законодавства України підтверджує відсутність належних гарантій щодо збереження місця роботи за людьми з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ на час лікування. Через суперечливість законів, які регулюють це питання, ці люди не можуть із достатньою впевненістю спрогнозувати наслідки застосування



наведених нижче положень чинних законів. Це свідчить про невідповідність таких норм принципу правової визначеності.

Так, Кодексом Законів України про працю встановлено, що «нез'явлення на роботу протягом 4 місяців підряд внаслідок тимчасової непрацездатності, не рахуючи відпустки по вагітності і пологах, якщо законодавством не встановлений триваліший строк збереження місця роботи (посади) при певному захворюванні» є підставою для розірвання трудового договору з ініціативи власника або уповноваженого ним органу (роботодавця)<sup>74</sup>. Вказане відповідає ч. 1 ст. 6 ратифікованої Україною Конвенції Міжнародної організації праці № 158 про припинення трудових відносин з ініціативи роботодавця 1982 р.<sup>75</sup>.

Відповідно до Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» місце роботи зберігається «за особами працездатного віку, в яких уперше виявлено захворювання на ТБ або стався його рецидив» на строк до 10 місяців. На такий строк для проходження безперервного курсу лікування їм видається листок непрацездатності<sup>76</sup>. Пізніше прийнятий Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», своєю чергою, встановлює, що «уперше виявленим хворим на заразні форми ТБ та хворим з рецидивом ТБ, які є застрахованими особами за загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням» «листок непрацездатності видається на весь визначений лікарем період проведення основного курсу лікування. За висновком медико-соціальної експертної комісії листок непрацездатності зазначеним особам може бути продовжено, але не більш як на 10 місяців з дня початку основного курсу лікування. На весь період лікування хворого на ТБ за ним зберігається місце роботи»<sup>77</sup>. Варто також зауважити, що названі закони України не встановлюють гарантію збереження місця роботи людям з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ на час лікування ними супутніх захворювань, які є наслідком ТБ. НУО також засвідчують, що збереження місця роботи не забезпечують у разі амбулаторного лікування.

У цьому аспекті варто зауважити виявлений НУО позитивний досвід організації ДОТ лікування працівника з ТБ у медичній частині морського торговельного порту «Южний». Усі правові питання було врегульовано на рівні колективного договору.

Таким чином, Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб» передбачає збереження місця роботи на строк 10 місяців людям, у яких вперше виявлено ТБ (незалежно від його форми) чи рецидив ТБ. Положення Закону України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», навпаки, гарантує збереження місця роботи лише людям, у яких виявлено заразні форми ТБ чи рецидив ТБ. На підставі останнього Апеляційний суд Чернігівської області відмовив у відновленні на роботі людині з уперше виявленим ТБ лівої легені, яка впродовж близько п'яти місяців безперервно лікувалась і стаціонарно, і амбулаторно та перебувала на лікарняному<sup>78</sup>.

Формулювання «на весь період лікування хворого на ТБ за ним зберігається місце роботи» у Законі України «Про протидію захворюванню на туберкульоз»<sup>79</sup> суди також тлумачать по-різному. Зокрема деякі суди, спираючись одночасно на обидва закони, положення яких очевидно не збігаються, розуміють «весь період лікування» як період, на який видано листок непрацездатності, тобто строк, який не може перевищувати

<sup>74</sup> Кодекс Законів України про працю, ст. 40, ч. 1, п. 5.

<sup>75</sup> «Тимчасова відсутність на роботі у зв'язку з хворобою або травмою не є законною підставою для звільнення».

<sup>76</sup> Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб», ст. 25, ч. 2.

<sup>77</sup> Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», ст. 21, ч. 1.

<sup>78</sup> Рішення Апеляційного суду Чернігівської області від 24.06.2014 р. у Справі № 731/919/13-ц.

<sup>79</sup> Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», ст. 21, ч. 1.

10 місяців з дня початку основного курсу лікування<sup>80</sup>. Інколи вони спираються лише на положення Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб», який обмежує збереження місця роботи людям з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ на строк 10 місяців<sup>81</sup>.

Довшого «листок непрацездатності видають у разі захворювання на весь період тимчасової непрацездатності до відновлення працездатності або до встановлення групи інвалідності медико-соціальною експертною комісією»<sup>82</sup>. Направлення людини з ТБ чи ВІЛ-асоційованим ТБ до цієї комісії для огляду відбувається впродовж 10 місяців з дня настання непрацездатності<sup>83</sup>, а в разі визнання її інвалідом листок непрацездатності закривають<sup>84</sup>. Отже, навіть після закриття листка непрацездатності на весь період лікування за нею можуть зберігати місце роботи.

На практиці навіть мінімальні гарантії щодо збереження місця роботи роботодавці можуть не виконувати, що призводить до необґрунтованих звільнень людей з ТБ або людей, які живуть з ВІЛ, та залишення їх без джерела доходів. Зокрема роботодавці використовують прогалини в законодавстві для звільнення за іншими підставами, так, респонденти повідомляли про звільнення через скорочення штату через два місяці після початку лікування, або навіть повідомлено випадок звільнення з фальсифікацією дат звільнення більш ранньою датою, коли роботодавець дізнався про хворобу працівника. Крім цього, відновлення на роботі після вилікування ТБ також викликає опір роботодавців, особливо у сфері медицини.

*Кейс. «Лікаря, який працював в ... районній лікарні та перехворів туберкульозом, не хотіли відновлювати на роботі. Він відновився на роботі через суд, але зараз йому не хочуть платити заборгованість за цей рік по зарплаті, тобто йде дискримінація головним лікарем.» експерт НУО*

Таким чином, люди з ТБ роботу зазвичай втрачають на період лікування. Оскільки лікування тривале і важке, деякі працюють неофіційно і напівофіційно або ж фінансовий тягар лягає на інших членів сім'ї: «без допомоги родини важко вибратися»<sup>85</sup>.

Усе це негативно впливає на здатність людини забезпечувати свої матеріальні потреби під час протитуберкульозного лікування та свідчить про відсутність ефективних гарантій у сфері праці та контролю за їх виконанням державою.

Інший законодавчий бар'єр – обмеження права на працю людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ, що проявляється у: а) встановленні підстав для неприйняття їх на роботу; б) відстороненні їх від роботи; в) звільненні з роботи.

#### *а) Встановлення підстав для неприйняття людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ на роботу*

Хоча ст. 22 Кодексу Законів України про працю закріплює заборону необґрунтованої відмови у прийнятті на роботу, а також антидискримінаційне положення щодо неприпустимості обмеження прав під час укладення

<sup>80</sup> Рішення Апеляційного суду Чернігівської області від 24.06.2014 р. у Справі № 731/919/13-ц.

<sup>81</sup> Рішення Ковельського міськрайонного суду Волинської області від 26.09.2016 р. у Справі № 159/3427/16-ц.

<sup>82</sup> Інструкція про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян, затверджена Наказом Міністерства охорони здоров'я від 13.11.2001 р. № 455, п. 2.1.

<sup>83</sup> Там само, п. 4.1.

<sup>84</sup> Там само, п. 4.3.

<sup>85</sup> ФГ ЛТБ, м. Миколаїв.



трудового договору<sup>86</sup>, однак воно не поширюється на стан здоров'я працівника, вимоги щодо яких може встановлювати законодавство України<sup>87</sup>. Зокрема «забороняється укладення трудового договору з громадянином, якому за медичним висновком запропонована робота протипоказана за станом здоров'я»<sup>88</sup>. Водночас Кодекс Законів України про працю прямо забороняє «будь-яку дискримінацію у сфері праці, зокрема порушення принципу рівності прав і можливостей, пряме або непряме обмеження прав працівників залежно від стану здоров'я, інвалідності, підозри чи наявності захворювання на ВІЛ/СНІД»<sup>89</sup>.

#### *б) Відсторонення людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ від роботи*

«На підставах і в порядку, передбачених законами України, громадяни можуть бути визнані тимчасово або постійно не придатними за станом здоров'я до професійної або іншої діяльності, пов'язаної з підвищеною небезпекою для оточуючих, а також з виконанням певних державних функцій.»<sup>90</sup> «Особи, які є носіями збудників інфекційних захворювань, небезпечних для населення, усуваються від роботи та іншої діяльності, яка може сприяти поширенню інфекційних хвороб, і підлягають медичному нагляду і лікуванню за рахунок держави з виплатою в разі потреби допомоги по соціальному страхуванню».<sup>91</sup> До небезпечних інфекційних захворювань належить відповідно до чинного законодавства і ТБ, а до «носіїства збудників особливо небезпечних хвороб» належить і ВІЛ-інфекція. Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб» передбачає можливість відсторонення від роботи людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ, які є бактеріоносіями: «У разі якщо бактеріоносіями є особи, робота яких пов'язана з обслуговуванням населення і може призвести до поширення інфекційних хвороб, такі особи за їх згодою тимчасово переводяться на роботу, не пов'язану з ризиком поширення інфекційних хвороб. Якщо зазначених осіб перевести на іншу роботу неможливо, вони відсторонюються від роботи в порядку, встановленому законом. На період відсторонення від роботи цим особам виплачується допомога у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності»<sup>92</sup>.

Варто зауважити, що підставою для відсторонення від роботи будь-якої людини також є «відмова або ухилення від обов'язкових медичних оглядів»<sup>93</sup> («обов'язкових профілактичних медичних оглядів»<sup>94</sup>). Так, «працівники окремих професій, виробництв та організацій, професійна діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення та/або виконанням робіт, під час здійснення яких є високий ризик зараження збудником захворювання на ТБ інших осіб, а також студенти вищих навчальних закладів I-IV рівнів акредитації, які мають виконувати зазначені роботи під час проходження виробничої практики, не допускаються до виконання робіт без проходження обов'язкового профілактичного медичного огляду на туберкульоз»<sup>95</sup>. У разі виявлення у них заразної форми ТБ «вони відсторонюються від виконання робіт до припинення виділення з організму збудника ТБ та отримання медичного висновку щодо можливості виконання таких робіт»<sup>96</sup>. З

<sup>86</sup> «Відповідно до Конституції України будь-яке пряме або непряме обмеження прав чи встановлення прямих або непрямих переваг при укладенні, зміні та припиненні трудового договору залежно від походження, соціального і майнового стану, расової та національної приналежності, статі, мови, політичних поглядів, релігійних переконань, членства у професійній спілці чи іншому об'єднанні громадян, роду і характеру занять, місця проживання не допускається». Кодекс Законів України про працю, ст. 22, ч. 2.

<sup>87</sup> Кодекс Законів України про працю, ст. 22, ч. 3.

<sup>88</sup> Там само, ст. 24, ч. 2.

<sup>89</sup> Там само, ст. 2-1.

<sup>90</sup> Основи законодавства України про охорону здоров'я, ст. 9.

<sup>91</sup> Так само, ст. 30, ч. 2.

<sup>92</sup> Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб», ст. 23, ч. 1.

<sup>93</sup> Кодекс Законів України про працю, ст. 46.

<sup>94</sup> Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб», ст. 21.

<sup>95</sup> Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», ст. 14, ч. 1.

<sup>96</sup> Там само, ст. 14, ч. 2.

іншого боку, відповідно до Закону України «Про протидію захворюванню на туберкульоз» «особи, які відмовилися пройти обов'язковий профілактичний медичний огляд на ТБ або ухиляються від його проходження у визначений законом строк, відсторонюються від роботи, ... а студенти також від проходження виробничої практики на період до проходження такого огляду»<sup>97</sup>. *Докладніше про осіб, які повинні проходити обов'язкові профілактичні медичні огляди на ТБ, див. пункт щодо діагностування.*

#### *в) Звільнення людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ з роботи*

Ст. 40 Кодексу Законів України про працю надає власнику та уповноваженому ним органу (роботодавцю) право розірвати трудовий договір у разі «виявленої невідповідності працівника займаній посаді або виконуваній роботі внаслідок ... стану здоров'я, які перешкоджають продовженню даної роботи»<sup>98</sup>. Так, відповідно до Закону України «Про протидію захворюванню на туберкульоз» працівники можуть звільнитися у зв'язку з ТБ, коли ТБ є «протипоказанням для роботи за професією, визначеною в переліку професій, виробництв та організацій, працівники яких підлягають обов'язковим профілактичним медичним оглядам, а переведення за його згодою на іншу роботу є неможливим». Перелік таких протипоказань встановлює МОЗ України<sup>99</sup> та містить серед іншого наявність таких захворювань та/або бактеріоносійства, як: заразних і деструктивних форм ТБ легенів; позалегенового ТБ з наявністю норичь і туберкульозного вовчаку обличчя та рук<sup>100</sup>. *Докладніше про осіб, які зобов'язані проходити профілактичні медичні огляди, див. пункт щодо діагностування.*

Крім того, «особи, які хворіють особливо небезпечними та небезпечними інфекційними хворобами або є носіями збудників цих хвороб» «визнаються тимчасово чи постійно непридатними за станом здоров'я до професійної або іншої діяльності, внаслідок якої може створюватися підвищена небезпека для оточуючих у зв'язку з особливостями виробництва або виконуваної роботи»<sup>101</sup>. До небезпечних інфекційних захворювань належить відповідно до чинного законодавства і ТБ, а до «носійства збудників особливо небезпечних хвороб» належить, серед інших, ВІЛ-інфекція<sup>102</sup>.

Схоже положення містить Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб». Так, цей документ встановлює, що «особи, які є бактеріоносіями і робота яких пов'язана з обслуговуванням населення і може призвести до поширення інфекційних хвороб»<sup>103</sup>, «можуть бути визнані тимчасово або постійно непридатними за станом здоров'я для виконання певних видів робіт»<sup>104</sup>.

Рішення про таку непридатність приймають «медико-соціальні експертні комісії на підставі результатів лікування, даних медичних оглядів тощо. Таке рішення медико-соціальної експертної комісії може бути в установленому порядку оскаржено до суду»<sup>105</sup>. «Перелік видів робіт, для виконання яких особи, які є бак-

<sup>97</sup> Там само, ст. 9, ч. сім.

<sup>98</sup> Кодекс Законів України про працю, ст. 40, ч. 1, п. 2.

<sup>99</sup> Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», ст. 21, ч. 2.

<sup>100</sup> Перелік протипоказань для роботи за професіями, визначеними в Переліку професій, виробництв та організацій, працівники яких підлягають обов'язковим профілактичним медичним оглядам, затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 23.07.2002 р. № 280.

<sup>101</sup> Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», ст. 28, ч. 1.

<sup>102</sup> Перелік особливо небезпечних, небезпечних інфекційних та паразитарних хвороб людини і носійства збудників цих хвороб, затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19.07.1995 р. № 133.

<sup>103</sup> Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб», ст. 23, ч. 1.

<sup>104</sup> Там само, ст. 23, ч. 2.

<sup>105</sup> Там само, ст. 23, ч. 3.

теріоносіями, можуть бути визнані тимчасово або постійно не придатними, визначається» МОЗ України<sup>106</sup>. Такий перелік на сьогодні не затверджено.

Експерти-правозахисники зазначали, що отримують багато звернень від людей, які перехворіли на туберкульоз і не можуть відновитися на роботі через зазначену нормативну заборону.

«Хвороба як зв'язує, немає ніяких гарантій, що якщо вилікуєшся, то зможу повернутися працювати вихователькою до дітей, що мене допустять. Мене не клали на стаціонар через те, що не виділяла палочку. Так як в лікарні не лежала, права на групу не маю, але і працювати не маю права. І моя дитина в садочок не має права ходити. У чоловіка зараз теж роботи немає постійної. Лікар каже зберігайте спокій, не переживайте. А як не переживати? Нервуватися, якщо дитині немає за що купити кусок хліба.» *ФГ ЛТБ, Рівне*

Окремі питання забезпечення права на працю людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ також згадано у Національній стратегії тристороннього співробітництва з протидії ВІЛ/СНІДУ у сфері праці на 2012–2017 роки, продовження терміну дії якої підтримала Державна служба України з питань праці (надалі – Держпраці України). Зокрема Стратегія акцентує на потребі забезпечити заходи безпеки та гігієни праці для мінімізації ризику зараження ВІЛ і ТБ, а також проводити попередні та періодичні профілактичні медичні огляди, зокрема щодо ТБ, для працівників, які живуть із ВІЛ. Крім того, у ній визначено заходи з дослідження ситуації з ВІЛ/СНІД у сфері праці; забезпечення гендерної рівності; запровадження просвітницьких програм щодо ВІЛ/СНІДУ; протидії дискримінації та стигматизації працівників, які живуть із ВІЛ; їх доступу до послуг із профілактики, лікування, догляду та підтримки; захисту приватної інформації.

Один із дієвих механізмів впровадження цих заходів – розробка та укладення комплексних програм профілактики ВІЛ на робочих місцях, генеральної угоди, регіональних і галузевих угод, колективних договорів, у яких закріплено положення щодо питань ВІЛ, зокрема гарантії працівників, які живуть із ВІЛ, та обов'язки роботодавців на втілення відповідних гарантій у життя<sup>107</sup>.

За результатом моніторингових візитів Держпраці України виявило, що у більшості роботодавців такі заходи поки що не впроваджено, однак завдяки Національній Стратегії вони проводять відповідні семінари, консультації з питань профілактики та недопущення дискримінації на робочих місцях людей, які живуть із ВІЛ, поступово затверджують програми та колективні договори<sup>108</sup>.

Варто зауважити, що аналогічної Національної стратегії з питань ТБ у сфері праці не затверджено.

<sup>106</sup> Там само, ст. 23, ч. 4.

<sup>107</sup> Національна Стратегія тристороннього співробітництва з протидії ВІЛ/СНІДУ у сфері праці на 2012–2017 роки, затверджена на засіданні Національної тристоронньої соціально-економічної ради 20.02.2012 р.

<sup>108</sup> Електронний ресурс. Доступ за: <http://dsp.gov.ua/derzhpratsi-pidtrymuie-pozytsiiu-podalshoho-prodovzhennia-dii-natsionalnoi-stratehii-trystoronnogo-spivrobitnytstva-z-protydii-vil-snidu-u-sferi-pratsi/>.

## РЕКОМЕНДАЦІЇ

### Верховній Раді України та Міністерству соціальної політики:

1. Усунути розбіжності через внесення змін до законів України «Про захист населення від інфекційних хвороб» і «Про протидію захворюванню на туберкульоз» для забезпечення гарантії збереження роботи людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ незалежно від його форми на час проходження повного курсу лікування ТБ і в стаціонарних, і в амбулаторних умовах, а також супутніх захворювань, які є наслідком ТБ, у стаціонарних умовах.
2. Встановити пряму заборону необґрунтованої відмови у прийнятті на роботу людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ за станом їхнього здоров'я у Кодексі Законів України про працю.
3. Внести зміни до чинного законодавства України, виключивши можливість звільняти людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ за станом їхнього здоров'я, а також визнавати їх постійно не придатними за станом здоров'я до професійної або іншої діяльності, пов'язаної з підвищеною небезпекою для оточуючих, а також з виконанням певних державних функцій.

### Міністерству соціальної політики:

4. Розробити та затвердити Національну стратегію тристороннього співробітництва з протидії ТБ у сфері праці.
5. Адвокувати врегулювання питань профілактики та захисту прав людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ на рівні колективних договорів.
6. Організувати проведення інформаційної кампанії серед роботодавців із залученням професійних спілок та асоціацій роботодавців щодо гарантій збереження роботи людям з ТБ.

### Верховному Суду України:

7. Увідповіднити судову практику щодо відновлення на роботі у зв'язку з незаконним звільненням людини з туберкульозом через підготовку інформаційних листів, оглядів судової практики.

## У сфері освіти

Чинне законодавство у сфері освіти містить гарантії забезпечення рівного доступу до освіти людям з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ<sup>109</sup>, встановлюючи відкритий перелік ознак і прямо зазначаючи деякі з них. Всупереч рекомендаціям міжнародних організацій серед ознак та обставин, за якими не може відбуватися дискримінація, воно прямо не закріплює сексуальну орієнтацію та ґендерну ідентичність. Воно також не містить гарантії захисту від множинної дискримінації. Закони України «Про дошкільну освіту» та «Про загальну середню освіту» прямо не згадують серед відповідних ознак та обставин стан здоров'я та особливі потреби людини<sup>110</sup>. До того ж для забезпечення права на свободу від дискримінації батьки дітей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ можуть спиратися на норми базового Закону України «Про освіту».

Законодавство України у сфері протидії дискримінації та забезпеченні рівності<sup>111</sup> також прямо не визначає серед ознак, за якими не можна здійснювати дискримінацію, національність і стан здоров'я, сексуальну орієнтацію та ґендерну ідентичність, що порушує міжнародні зобов'язання України<sup>112</sup>.

Всупереч зобов'язанням, взятим відповідно до Угоди про асоціацію України з ЄС, Україна не запровадила належним чином презумпцію дискримінації та не переклала тягар доведення на сторону, яка ймовірно таку дискримінацію здійснювала. Зокрема відповідно до ст. 8 Директиви № 2000/43/ЄС «держави-учасниці повинні вживати необхідних заходів, у межах своїх національних судових систем, щоб якщо особи, які вважають, що їм завдано шкоди в силу незастосування до них принципу рівності, наводять перед судом або іншої компетентної владою факти, *на підставі яких можна припустити*, що мала місце пряма або непряма дискримінація, то відповідач повинен довести, що порушення принципу рівності не було».

На противагу наведеному ЦПК України закріплює, що «у справах про дискримінацію позивач зобов'язаний навести фактичні дані, *які підтверджують*, що дискримінація мала місце. У разі наведення таких даних доказування їх відсутності покладається на відповідача»<sup>113</sup>. Таким чином, замість того, щоб наводити фактичні дані, які можна тлумачити серед іншого як прояв дискримінації, люди з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ, які вважають, що зазнали дискримінації, змушені на підставі цієї норми доводити, що дискримінація є єдиним поясненням таких фактів. Своєю чергою, якщо тлумачити норму ЦПК України буквально, ймовірний порушник повинен доводити не те, що дискримінації не було, а те, що фактичні дані, які її підтверджують, відсутні.

Закони України «Про захист населення від інфекційних хвороб» і «Про протидію захворюванню на туберкульоз» також встановлюють певні бар'єри у реалізації права на освіту людей з активними формами ТБ, а також людей, які відмовилися від проходження обов'язкових профілактичних медичних оглядів, не отримали вчасно профілактичні щеплення або перебували у контакті з людьми, які живуть із ТБ. Так, до завершення лікування та досягнення встановлених МОЗ України критеріїв одужання людям із «заразною» формою ТБ заборонено відвідувати будь-які навчальні заклади та дитячі заклади оздоровлення та відпочинку<sup>114</sup>.

<sup>109</sup> Закон України «Про вищу освіту», ст. 4, ч. 1; Закон України «Про освіту», ст. 3, ч. 2.

<sup>110</sup> Закон України «Про дошкільну освіту», ст. 9, ч. 1; Закон України «Про загальну середню освіту», ст. 6, ч. 1.

<sup>111</sup> Закон України «Про засади запобігання та протидії дискримінації» та Закон України «Про забезпечення рівних прав і можливостей жінок і чоловіків».

<sup>112</sup> E/C.12/UKR/CO/R.6. Заключні спостереження до шостого періодичного звіту України Комітету ООН з економічних, соціальних та культурних прав. 2014 рік. Ст. 3; Паралельний звіт The Equal Rights Trust, поданий на 52-ій сесії Комітету ООН з економічних, соціальних та культурних прав стосовно шостого періодичного звіту, поданого Україною у березні 2014, п. 27, 30.

<sup>113</sup> Цивільний процесуальний кодекс України, ст. 81.

<sup>114</sup> Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», ст. 13, ч. 1.

Міністерство освіти України за погодженням із МОЗ України повинно було затвердити порядок організації їх навчання<sup>115</sup>, однак цього не зроблено.

Попри це будь-якій дитині за станом її здоров'я на законодавчому рівні гарантовано можливість здобувати середню освіту за індивідуальною формою навчання, у тому числі з використанням технологій дистанційного навчання<sup>116</sup>. Відповідне право гарантовано також дітям, яким «необхідно пройти медичне лікування у ЗОЗ більше одного місяця». Їхнє навчання «організовується при найближчому за розташуванням до місця медичного лікування навчальному закладі»<sup>117</sup>. До того ж професійно-технічну освіту та вищу освіту можна здобувати дистанційно<sup>118</sup>.

Крім того, учнів і студентів, які відмовилися пройти обов'язковий профілактичний медичний огляд на ТБ, не отримали вчасно профілактичні щеплення або перебували у контакті з людьми, які живуть із ТБ, відсторонюють від відвідування навчальних і дитячих закладів<sup>119</sup>. Зокрема «дітям, які не отримали профілактичних щеплень згідно з календарем щеплень, відвідування дитячих закладів не дозволяється», а в разі порушення таких строків щеплення «у зв'язку з медичними протипоказаннями, при благополучній епідемічній ситуації за рішенням консилиуму відповідних лікарів», діти можуть відвідувати дитячі заклади<sup>120</sup>. Прийом дітей також зумовлений наявністю щеплень, проходженням медичного огляду та відсутністю медичних протипоказань для навчання. Доказом того, що дитина відповідає цим вимогам, є довідки ЗОЗ<sup>121</sup>.

У зв'язку з побоюваннями про якість вакцин, імовірні побічні реакції через повідомлення у ЗМІ про захворювання та навіть смерті дітей вірогідно від щеплень, ненадання лікарями повної доступної інформації про необхідність проходження вказаних вище заходів профілактики проти ТБ та інших інфекційних захворювань і наслідки відмови від щеплень батьки досить часто купують підроблені довідки ЗОЗ про проведення щеплення і напряду у корумпованих медичних працівників, і через посередників. Проте не завжди такі ЗОЗ насправді існують<sup>122</sup>. «Близько 50% відмовляються від щеплень за порадою батьків, друзів та сусідів. Примітно, що 16% відмов відбуваються за порадою самих медичних працівників. До того ж 52% медичних працівників стикалися з фальшуванням довідок про щеплення.»<sup>123</sup> «Станом на 1 липня 2016 р. дітей першого р. життя, які отримали щеплення проти ТБ, – тільки 11,5%».<sup>124</sup>

Натомість дітям, «інфікованим мікобактеріями ТБ», тобто навіть із неактивними формами ТБ, гарантовано доступ до навчання у спеціальних навчальних закладах, так званих санаторних школах (школа-інтернатах), та отримання харчування за нормами, встановленими Кабінетом Міністрів України<sup>125</sup>. Варто зауважити, що ці школи є інтернатами цілодобового перебування, тобто за своєю сутністю є «місцями несвободи» для дітей. Враховуючи тенденцію до амбулаторного лікування, закладену у концептуальних документах МОЗ

<sup>115</sup> Там само, ст. 13, ч. 2.

<sup>116</sup> Положення про індивідуальну форму навчання в загальноосвітніх навчальних закладах, затверджене наказом Міністерства освіти і науки від 12.01.2016 р. № 8, розділ I, п. 6; розділ II, п. 2 і 3.

<sup>117</sup> Там само, розділ III, п. 4.

<sup>118</sup> Положення про дистанційне навчання, затверджене наказом Міністерства освіти і науки від 25.04.2013 р. № 466, особливо п. 1.5. і 2.4.

<sup>119</sup> Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», ст. 9, ч. сьома; Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб», ст. 15, ч. 1 та 2; ст. 21, ч. сьома.

<sup>120</sup> Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб», ст. 15, ч. 2.

<sup>121</sup> Там само, ст. 15, ч. 1.

<sup>122</sup> <http://podrobnosti.ua/2100392-shahra-prodajut-lipov-dovdki-v-nternet.html>;

<sup>123</sup> <https://www.kmu.gov.ua/ua/news/250251539>

<sup>124</sup> <https://ukr.segodnya.ua/ukraine/vakcinaciya-v-ukraine-pochemu-detyam-ne-delayut-privivki-ot-opasnyh-infekciy-739202.html>

<sup>125</sup> Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», ст. 21, ч. 3.

України, розглянутих в іншому розділі цього Звіту, тривале розлучення дітей із батьками через розміщення їх у такі навчальні заклади не враховуватиме найкращі інтереси дитини, порушуватиме право дитини на виховання у сімейному середовищі. Відповідно існування санаторних шкіл у формі інтернатів у разі запровадження пріоритету амбулаторного лікування людей з активним ТБ становитиме порушення їхнього права на повагу до сімейного життя.

Учасники фокус-груп та один з ключових інформаторів повідомили, що в таких інтернатах поширений досить непрозорий відбір дітей для навчання, що призводить до неефективного використання державних коштів для навчання дітей, які насправді можуть навчатися в загальних закладах освіти. Так, повідомлено, що в Краматорську в такій спеціальній школі «учатся діти лікарів і прокурорів, а діти, переболевшие ТБ/родителей с ТБ, туда попасть не могут»<sup>126</sup>.

Одна з юристів-правозахисників повідомила: «я была на мониторинговых визитах в такой школе. Это модный интернат с пятиразовым питанием, там классы по 10 человек, из них 5%, в лучшем случае, это реально дети, которые нуждаются в таком обучении. Это фальсификация, растрата бюджета. У нас даже есть санатории для таких детей, в которых таких детей, как вы понимаете, нет».

Діяльність таких шкіл майже не врегульовано нормативно.

Відповідно до Закону України «Про протидію захворюванню на туберкульоз» у разі «неблагополучної епідемічної ситуації» в аспекті ТБ кількість таких шкіл повинна збільшуватися<sup>127</sup>. Зазначена норма Закону не ґрунтується на рекомендаціях ВООЗ, а також не узгоджується з положеннями Національної стратегії реформування системи інституційного догляду та виховання дітей на 2017–2026 роки. В останній закладено щорічне скорочення кількості спеціальних шкіл-інтернатів на 5% і забезпечення замість цього дітей послугами соціального супроводу. До 2026 р. передбачено припинити діяльність усіх «закладів інституційного догляду та виховання дітей, у яких проживає більше ніж 15 вихованців»<sup>128</sup>.

Навіть більше, 12.03.2018 р. на громадське обговорення винесено проект наказу «Про затвердження Порядку зарахування учнів до санаторних шкіл, їх відрахування, переведення до іншого закладу освіти», у якому досі пропонують направляти до санаторних шкіл дітей із малими і неактивними (фаза згасання) формами ТБ. Однак, на противагу колишньому наказу, який усупереч законодавству України затвердило лише Міністерство освіти України<sup>129</sup>, цей проект є спільним із МОЗ України, а також деталізує показання для направлення до таких шкіл дітей і порядок зарахування до них. Вказане, ймовірно, дасть змогу усунути корупційний складник. За доступними нам відомостями, на сьогодні в Україні функціонує 20 санаторних шкіл-інтернатів для дітей з малими і неактивними формами ТБ у Києві та Автономній Республіці Крим, а також у Дніпропетровській, Донецькій, Запорізькій, Івано-Франківській, Харківській, Львівській, Миколаївській, Полтавській, Сумській, Тернопільській, Херсонській, Хмельницькій та Одеській областях. 19 із них було утворено згідно з наказом Міністерства освіти України 1996 р.<sup>130</sup>, Плужнянська загальноосвітня санаторна школа-інтернат I-II ступенів у Хмельницькій області діє ще з 1959 р. Більшість із таких закладів розташовано у містах.

<sup>126</sup> ФГ ЛТБ, Краматорськ.

<sup>127</sup> Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», ст. 21, ч. 3.

<sup>128</sup> Національна стратегія реформування системи інституційного догляду та виховання дітей на 2017–2026 рр., схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 9 серпня 2017 р. № 526-р.

<sup>129</sup> Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», ст. 13, ч. 2.

<sup>130</sup> Додаток № 2 до Інструкції про порядок комплектування загальноосвітніх санаторних шкіл-інтернатів дітьми, затвердженої Наказом Міністерства освіти України від 19.06.1996 р. № 217.



## РЕКОМЕНДАЦІЇ

### Міністерству освіти і науки, Міністерству юстиції та Верховній Раді:

1. Внести зміни до законодавства України у сфері освіти та у сфері протидії дискримінації у частині включення до ознак та обставин, за якими не може відбуватися дискримінація, національність, стан здоров'я, особливі потреби людини, сексуальну орієнтацію, гендерну ідентичність, поняття та гарантії захисту від множинної дискримінації.

### Міністерству юстиції та Верховній Раді:

2. Внести зміни до Цивільного процесуального кодексу України для встановлення справжньої презумпції дискримінації та перекладення тягаря доведення на сторону, яка ймовірно таку дискримінацію здійснювала.

### Міністерству освіти і науки:

3. Провести перевірку дотримання прав дітей у санаторних школах (школах-інтернатах).

### Міністерству освіти і науки, Міністерству охорони здоров'я, Верховній Раді, обласним державним адміністраціям:

4. Проаналізувати доцільність використання санаторних шкіл-інтернатів для дітей з малими і неактивними (фаза згасання) формами туберкульозу та розглянути інші моделі забезпечення навчання таких дітей.
5. Внести зміни до ч. 3 ст. 15 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» у частині забезпечення права дітей із неактивними формами ТБ навчатися в загальноосвітніх навчальних закладах, дітей з активними формами ТБ – за індивідуальною формою навчання, враховуючи положення Національної стратегії реформування системи інституційного догляду та виховання дітей на 2017–2026 роки щодо скорочення інституційних закладів догляду та виховання дітей.
6. Затвердити порядок організації повернення до навчання людей з активними формами ТБ і ВІЛ-асоційованого ТБ. Розробити чіткі критерії, які пацієнти та за яких умов можуть повертатися до навчання та які форми навчання їм доцільно організувати (наприклад, переважно дистанційні форми навчання на початкових етапах хвороби або в разі поганої переносимості антимікобактеріальної терапії).

## У сфері поваги до сімейного життя

Відповідно до ч. 1 ст. 3 Конвенції про права дитини та ч. 7 ст. 7 СК України під час прийняття рішення будь-які державні установи та суд повинні виходити з пріоритету якнайкращого забезпечення інтересів дитини. Чинне законодавство України встановлює механізми, які спрямовані на захист права дітей на здоров'я через відібрання дітей у батьків, що мають активні форми ТБ, однак не забезпечують захист цього права



достатньо. Водночас такі механізми здійснюють втручання у сімейне життя людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ і часом сприяють посиленню їх стигматизації та соціальної ізоляції.

Зокрема серед підстав для позбавлення батьківських прав Сімейний кодекс України, використовуючи дискримінаційну термінологію, визначає те, що батьки «є хронічними алкоголіками або наркоманами»<sup>131</sup>, оцінну категорію, що батьки «ухиляються від виконання своїх обов'язків по вихованню дитини»<sup>132</sup>, а також, що вони «не забрали дитину з пологового будинку або з іншого закладу охорони здоров'я без поважної причини і протягом шести місяців не виявляли щодо неї батьківського піклування»<sup>133</sup>. Своєю чергою Верховний Суд України визначає достатнім для позбавлення батьківських прав лише свідоме ухилення батьків від виконання своїх обов'язків, за наявності їхньої вини у цьому<sup>134</sup>.

Судова практика до 2011 р. свідчить, що суди не завжди сприймали позбавлення батьківських прав як винятковий захід і сприяли відмові людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ через самостигматизацію та матеріальну незабезпеченість, не усунену державою, від власної сім'ї. Наприклад, 2007 р. матір було позбавлено батьківських прав через те, що вона не забрала дитину з пологового будинку впродовж шести місяців та ухилялася від виконання батьківських обов'язків. Хоча відповідач погодилася з позовом, однак суд не взяв до уваги, що під час пологів у неї було виявлено ТБ легенів та одразу ж госпіталізовано й через ТБ не було змоги матеріально забезпечити дитину<sup>135</sup>. 2010 р. матір також за її згодою було позбавлено батьківських прав, оскільки через відкриту форму ТБ вона не могла працювати та матеріально забезпечити себе й дитину<sup>136</sup>.

Ситуація поліпшилася з 2015 р. Так, почала діяти норма СК України, за якою «під час ухвалення такого рішення про позбавлення батьківських прав суд бере до уваги інформацію про здійснення соціального супроводу сім'ї (особи) у разі здійснення такого супроводу»<sup>137</sup>.

Суди також почали враховувати, чи ухиляється людина з ТБ від лікування, чи є додаткові підстави для позбавлення батьківських прав.

Однак тривала госпіталізація людей з активними формами ТБ призводить до розлучення сімей, втрати їхнього зв'язку і підтримки, порушуючи їхнє право на гідність<sup>138</sup>. Крім того, НУО повідомляють, що лікарі не завжди надають батькам достатню інформацію про те, що можна лікуватись амбулаторно, вміщуючи дітей до установ для контактних дітей (санаторних шкіл-інтернатів).

Також «суд може постановити рішення про відібрання дитини від батьків або одного з них, не позбавляючи їх батьківських прав», у вказаних вище випадках, окрім залишення дитини у пологовому будинку чи іншому ЗОЗ, «а також в інших випадках, якщо залишення дитини у них є небезпечним для її життя, здоров'я і

<sup>131</sup> Сімейний кодекс України, ст. 164, ч. 1, п. 4.

<sup>132</sup> Там само, ст. 164, ч. 1, п. 2.

<sup>133</sup> Там само, ст. 164, ч. 1, п. 1.

<sup>134</sup> Постанова Пленуму Верховного Суду України від 30.03.2007 р. № 3 «Про практику застосування судами законодавства при розгляді справ про усиновлення і про позбавлення та поновлення батьківських прав», п. 16.

<sup>135</sup> Рішення Глухівського міськрайонного суду Сумської області від 14.03.2007 р. у Справі № 2-283/2007.

<sup>136</sup> Рішення Сторожинецького районного суду Чернівецької області від 25.01.2010 р. у Справі № 2-160/10.

<sup>137</sup> Сімейний кодекс України, ст. 164, ч. 4.

<sup>138</sup> Хартія пацієнтів задля лікування ТБ (Всесвітня Медична Рада, 2006 рік): «Право на якісну охорону здоров'я в гідному середовищі, з психологічною підтримкою з боку сім'ї, друзів і суспільства».

морального виховання»<sup>139</sup>. До них науковці відносять і хронічний ТБ<sup>140</sup>. Знову ж таки з 2015 р. до уваги беруть інформацію щодо соціального супроводу<sup>141</sup>.

Однак «якщо потенційним отримувачем соціальних послуг є: дитина, що виховується в сім'ї, у якій існує ризик позбавлення батьків батьківських прав або відібрання дитини без позбавлення батьківських прав», то соціальна служба зобов'язана негайно про це повідомити службу у справах дітей. Зокрема чинне законодавство України визначає обов'язок соціальних служб повідомляти про «сім'ї з дітьми, в яких батьки у зв'язку з тривалою хворобою не можуть виконувати належним чином свої батьківські обов'язки»<sup>142</sup>. Крім того, «у разі виявлення загрози життю чи здоров'ю дитини в сім'ї фахівець разом з представниками підрозділів міліції громадської безпеки та служби у справах дітей відвідує сім'ю без її звернення з метою з'ясування обставин та прийняття центром рішення щодо надання соціальних послуг або здійснення соціального супроводу такої сім'ї»<sup>143</sup>.

У разі безпосередньої загрози життю або здоров'ю дитини орган опіки та піклування або прокурор мають право постановити рішення про негайне відібрання дитини від батьків та «у семиденний строк після постановлення рішення звернутися до суду»<sup>144</sup>. Про таку небезпеку повинна повідомляти соціальна служба<sup>145</sup>.

Порядок здійснення хіміопрофілактики ТБ дітям, які перебували у контакті з людьми із заразною формою ТБ, на законодавчому рівні чітко не визначено. Зокрема Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз» встановлює, що «хіміопрофілактиці підлягають діти, інфіковані мікобактеріями ТБ, віком до шести років з числа контактних осіб»<sup>146</sup>. Її повинні здійснювати безоплатно у порядку, затвердженому МОЗ України<sup>147</sup>. Однак такий порядок визначено лише щодо дорослих<sup>148</sup>.

## РЕКОМЕНДАЦІЇ

### Головним лікарям протитуберкульозних закладів:

- 1. Змістити акцент на амбулаторне лікування ТБ, окрім випадків, що потребують лікування в умовах стаціонару.**

<sup>139</sup> Сімейний кодекс України, ст. 170, ч. 1, абзац 1.

<sup>140</sup> В.П. Мироненко, Наявність небезпеки для виховання та розвитку дитини – визначальна умова її відібрання у батьків. Юридична психологія та педагогіка. 2013, № 1, ст. 258.

<sup>141</sup> Сімейний кодекс України, ст. 170, ч. 1, абзац 3.

<sup>142</sup> Порядок провадження органами опіки та піклування діяльності, пов'язаної із захистом прав дитини, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 24 вересня 2008 р. № 866, п. 3-1.

<sup>143</sup> Порядок виявлення сімей (осіб), які перебувають у складних життєвих обставинах, надання їм соціальних послуг та здійснення соціального супроводу таких сімей (осіб), затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 21 листопада 2013 р. № 896, п. 11.

<sup>144</sup> Сімейний кодекс України, ст. 170, ч. 2.

<sup>145</sup> Порядок взаємодії суб'єктів соціального супроводу сімей (осіб), які перебувають у складних життєвих обставинах, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 21 листопада 2013 р. № 895, п. 7.

<sup>146</sup> Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», ст. 15, ч. 1, п. 1. Поняття контактна особа визначається у п. 4 ч. 1 ст. 1 цього закону як «особа, яка перебуває та/або перебувала у контакті з людиною чи твариною, хворою на заразну форму ТБ, і внаслідок цього має ризик зараження ТБ».

<sup>147</sup> Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», ст. 15, ч. 3.

<sup>148</sup> Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим, хворим на туберкульоз, затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 04.09.2014 р. № 620.

**Міністерству соціальної політики, місцевим органам виконавчої влади та органам місцевого самоврядування:**

2. **Забезпечити соціальний супровід і підтримку людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ, а також їхніх сімей на критеріях оцінки індивідуальних потреб.**

## **Доступ до правосуддя, безоплатна юридична допомога**

З одного боку, чинне законодавство України встановлює гарантію матеріального доступу до суду для окремих категорій людей і щодо окремих категорій справ. Зокрема судовий збір («збір, що справляється на всій території України за подання заяв, скарг до суду, за видачу судами документів, а також у разі ухвалення окремих судових рішень, передбачених цим Законом. Судовий збір включається до складу судових витрат»<sup>149</sup>) не справляють «за подання заяви про перегляд ВСУ судового рішення у разі встановлення міжнародною судовою установою, юрисдикція якої визнана Україною, порушення Україною міжнародних зобов'язань при вирішенні справи судом»<sup>150</sup>, зокрема ЄСПЛ; «заяви про обов'язкову госпіталізацію до протитуберкульозного закладу»<sup>151</sup>, а отже і її оскарження; «позовної заяви про відшкодування шкоди, заподіяної особі незаконними рішеннями, діями чи бездіяльністю органу державної влади, органу влади Автономної Республіки Крим або органу місцевого самоврядування, їх посадовою або службовою особою, а так само незаконними рішеннями, діями чи бездіяльністю органів, що здійснюють оперативно-розшукову діяльність, органів досудового розслідування, прокуратури або суду»<sup>152</sup>, тобто заподіяної особі державою. Від сплати судового збору також звільняються «позивачі – у справах про стягнення заробітної плати та повнення на роботі»<sup>153</sup>; «позивачі – у справах про відшкодування шкоди, заподіяної каліцтвом або іншим ушкодженням здоров'я, а також смертю фізичної особи»<sup>154</sup>; «особи, які страждають на психічні розлади, та їх представники – у справах щодо спорів, пов'язаних з розглядом питань стосовно захисту прав і законних інтересів особи під час надання психіатричної допомоги»<sup>155</sup>; «інваліди I та II груп, законні представники дітей-інвалідів і недієздатних інвалідів»<sup>156</sup>; «учасники бойових дій, Герої України – у справах, пов'язаних з порушенням їхніх прав»<sup>157</sup>.

Однак від сплати судового збору не звільняються малозабезпечені особи, які входять до групи ризику. Люди з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ повинні сплачувати судовий збір під час встановлення фактів, що мають юридичне значення, зокрема, встановлення факту народження, на підставі якого роми, особи без постійного місця проживання та інші незахищені верстви населення можуть отримати свідоцтво про народження. Людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ також не звільняють від судового збору у справах щодо захисту їхніх прав і законних інтересів під час лікування у протитуберкульозних закладах, особливо якщо воно примусове.

<sup>149</sup> Закон України «Про судовий збір», ст. 1, ч. 1.

<sup>150</sup> Там само, ст. 3, ч. 2, п. 1.

<sup>151</sup> Там само, ст. 3, ч. 2, п. 12.

<sup>152</sup> Там само, ст. 3, ч. 2, п. 13.

<sup>153</sup> Там само, ст. 5, ч. 1, п. 1.

<sup>154</sup> Там само, ст. 5, ч. 1, п. 2.

<sup>155</sup> Там само, ст. 5, ч. 1, п. 5.

<sup>156</sup> Там само, ст. 5, ч. 1, п. 9.

<sup>157</sup> Там само, ст. 5, ч. 1, п. 13.

Останнім часом на законодавчому, а згодом і на фактичному, рівні відбуваються укрупнення судів, які можуть створити додатковий бар'єр до безперешкодного фізичного доступу до суду людям з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ. Наприклад, на підставі Перехідних положень Конституції України<sup>158</sup> указами Президента України передбачено ліквідувати 117 районних судів і утворити замість них 50 окружних судів<sup>159</sup>, ліквідувати 4 районні суди і утворити замість них 1 окружний суд<sup>160</sup>, ліквідувати 27 апеляційних судів і замість них утворити 26 апеляційних судів в апеляційних округах<sup>161</sup>.

Деяким категоріям людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ гарантовано право на отримання безоплатної вторинної правової допомоги, межі якої встановлюють окремо для кожної категорії осіб, але зазвичай включає безоплатне представництво їхніх інтересів у судах України. Так, до безоплатної вторинної правової допомоги включають «захист; здійснення представництва інтересів осіб, що мають право на безоплатну вторинну правову допомогу, в судах, інших державних органах, органах місцевого самоврядування, перед іншими особами; складення документів процесуального характеру»<sup>162</sup>.

Зокрема до осіб, які мають право на отримання всього обсягу безоплатної вторинної правової допомоги, належать: «особи, які перебувають під юрисдикцією України», якщо їхній середньомісячний дохід не перевищує двох розмірів прожиткового мінімуму<sup>163</sup> (3524 грн для працездатних осіб<sup>164</sup>)<sup>165</sup>, «діти-сироти, діти, позбавлені батьківського піклування, діти, які перебувають у складних життєвих обставинах, діти, які постраждали внаслідок воєнних дій та збройних конфліктів»<sup>166</sup>, внутрішньо переміщені особи<sup>167</sup>, біженці або особи, які потребують додаткового захисту в Україні (з моменту подання ними заяви для отримання цього статусу) та «іноземці та особи без громадянства, затримані з метою ідентифікації та забезпечення примусового видворення, з моменту затримання»<sup>168</sup>, військовослужбовці із зони АТО, які отримали статус учасника бойових дій (ветерана війни)<sup>169</sup>, а також засуджені<sup>170</sup>.

Громадяни України, які звернулися за отриманням довідки про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи, отримують допомогу у межах цього питання<sup>171</sup>. «Особи, які перебувають під юрисдикцією України» та звернулися за отриманням статусу учасника бойових дій (ветерана війни)<sup>172</sup>, та «особи, щодо яких суд розглядає справу про надання психіатричної допомоги в примусовому порядку»<sup>173</sup>, мають права на безоплатне представництво їхніх «інтересів в судах, інших державних органах, органах місцевого самоврядування, пе-

<sup>158</sup> Конституція України, розділ XV «Перехідні положення», п. 161, підп. 6.

<sup>159</sup> Указ Президента України «Про ліквідацію та утворення місцевих загальних судів» від 29.12.2017 р. № 449/2017.

<sup>160</sup> Указ Президента України «Про ліквідацію та утворення місцевих загальних судів» від 12.12.2017 р. № 412/2017.

<sup>161</sup> Указ Президента України «Про ліквідацію апеляційних судів та утворення апеляційних судів в апеляційних округах» від 29.12.2017 р. № 452/2017.

<sup>162</sup> Закон України «Про безоплатну правову допомогу» від 02.06.2011 р. № 3460-VI, ст. 13, ч. 2.

<sup>163</sup> Розраховується на підставі Закону України «Про прожитковий мінімум» від 15.07.1999 р. № 966-XIV окремо щодо дітей віком до 6 років; дітей віком від 6 до 18 років; працездатних осіб; осіб, які втратили працездатність (ч. 1 ст. 1 цього Закону) та встановлюється Законом України Про Державний бюджет України на поточний рік.

<sup>164</sup> Закон України «Про Державний бюджет України на 2018 рік», ст. 7.

<sup>165</sup> Закон України «Про безоплатну правову допомогу» від 02.06.2011 р. № 3460-VI, ст. 14, ч. 1, п. 1.

<sup>166</sup> Там само, ст. 14, ч. 1, п. 2.

<sup>167</sup> Там само, ст. 14, ч. 1, п. 2-1.

<sup>168</sup> Там само, ст. 14, ч. 1, п. 8.

<sup>169</sup> Там само, ст. 14, ч. 1, п. 9.

<sup>170</sup> Там само, ст. 14, ч. 1, п. 7.

<sup>171</sup> Там само, ст. 14, ч. 1, п. 2-2.

<sup>172</sup> Там само, ст. 14, ч. 1, п. 9-1.

<sup>173</sup> Там само, п. 11.

ред іншими особами та складення документів процесуального характеру»<sup>174</sup>. Право на захист і складення документів процесуального характеру мають затримані<sup>175</sup> та особи, яких тримають під вартою<sup>176</sup>.

Надають зазначену правову допомогу центри з надання безоплатної вторинної правової допомоги та адвокати, включені до Реєстру адвокатів, які надають безоплатну вторинну правову допомогу<sup>177</sup>.

До того ж безоплатної допомоги безпосередньо для захисту прав під час лікування у протитуберкульозних ЗОЗ, зокрема примусової ізоляції (примусового лікування чи примусової госпіталізації), чинним законодавством не забезпечено. Таким чином, такі групи ризику, як ЛВІН; люди, які живуть з ВІЛ; особи, які зловживають алкоголем; працівники сфери охорони здоров'я, які контактують із хворими на туберкульоз; літні люди; особи, яких утримують у психіатричних і геріатричних закладах, і роми можуть отримати безоплатну допомогу лише, якщо рівень їхнього доходу менший за прожитковий мінімум.

Згідно з результатами фокус-груп люди, які перехворіли на туберкульоз, загалом погано обізнані про свої права та зазвичай констатують, що навіть якщо якісь права є, то їх не виконують на практиці.

Варто зауважити, що представники груп ризику та особи, які перехворіли на туберкульоз, мало обізнані про доступність безоплатної правової допомоги, оскільки вважають, що хоча право на правову допомогу існує, однак на практиці не виконується і для отримання кваліфікованої юридичної допомоги потрібні великі кошти.

*«Право на юридическую поддержку и судебную защиту... тоже не работает, потому что требует таких средств на адвокатов и юристов, что последнюю рубашку продашь.» ФГ ЛЖВ, Миколаїв*

Експерти-правозахисники зазначають небажання людей скаржитися, що пов'язано з недовірою державній правовій системі, патерналістичним сприйняттям держави, страхом розголошення діагнозу тощо.

*«У нас до суда редко доходит, из тех клиентов, которых мы консультировали, про суд даже никто не говорит. Даже обыкновенную жалобу ты им рассказываешь, что у них есть права, боритесь, потому что кроме вас никто ваши права за вас не защитит. Люди просто не верят, что они могут чего-то добиться в суде.» эксперт-правозахисник, Київ*

Поширена практика виправлення порушень через адміністративне оскарження, медіацію із залученням соціальних працівників, звернення до депутатів місцевих рад:

*«Жаловаться можно в районное управление охраны здоровья по месту жительства, депутатам. В каждом районе есть приемная депутата, есть горячая линия, в прокуратуру можно жаловаться. Вот мне помог депутат районной рады.» ФГ ЛЖВ, Дніпро*

Експерт-правозахисник стверджує, що лікарі ПТЗ, ДКВС, державні органи схильні відповідати «відписками», надавати неправдиві відповіді навіть на добре задокументовані випадки серйозних порушень прав людини в контексті ТБ, до яких апелюють правозахисники або офіс Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини. Кримінальне провадження з медичних питань дуже складно провадити, бо поки пацієнти живі, на

<sup>174</sup> Там само, ст. 13, ч. 2, п. 2 та 3.

<sup>175</sup> Там само, ст. 14, ч. 1, п. 5.

<sup>176</sup> Там само, п. 6.

<sup>177</sup> Там само, ст. 15, ч. 1.

них здійснюють тиск: на пацієнтів тиснуть і на волі, і в тюрмах. Поширена також фальсифікація медичних записів, яку складно довести в разі підозри. З іншого боку, якщо буде впроваджена електронна медична карта завдяки створенню системи електронної системи EHealth, зникне маса незаконних маніпуляцій з паперами та медичними записами.

Звертає на себе увагу практика використання Правила 39 ЄСПЛ для захисту права на здоров'я. Правозахисники в разі ненадання лікування в місцях позбавлення волі чи СІЗО часто звертаються до Європейського суду з прав людини (ЄСПЛ) згідно з правилом 39, яке передбачає, що ЄСПЛ може зобов'язати державу негайно забезпечити лікування людині як запобіжний захід. Водночас відсутній ефективний національний механізм швидкого реагування на випадки ненадання лікування в місцях несвободи.

У законодавстві нічим не регламентовано, що хворого на туберкульоз можуть не доставляти в суд за станом здоров'я. На практиці існують випадки, коли осіб, яких утримують під вартою навіть з активним бактеріовиділенням, можуть доставляти на судові засідання чи вивозити з медичного закладу для проведення слідчих дій, що може призводити до переривання лікування та ставити у ризик зараження оточуючих. Однак зараз є можливість відеоконференцзв'язку, щоб не викликати в суд, що дуже зручно для людей з ТБ і потребує ширшого впровадження в практику.

## РЕКОМЕНДАЦІЇ

### Міністерству юстиції та Верховній Раді:

- 1. Звільнити людей з ТБ і малозабезпечених осіб, які входять до груп ризику, від судового збору у сфері встановлення факту народження; у справах щодо захисту прав і законних інтересів під час примусового лікування та примусової госпіталізації у протитуберкульозних закладах.**
- 2. Встановити гарантію та забезпечити надання безоплатної правової допомоги людям з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ під час примусового лікування та примусової госпіталізації у протитуберкульозних закладах.**

### Міністерству внутрішніх справ, Національній поліції, прокуратурам, Уповноваженому:

- 3. Забезпечити ефективне розслідування випадків ненадання медичної допомоги, особливо в місцях несвободи.**





# Доступ до медичної допомоги

## Якість і доступність медичних послуг

### Заклади охорони здоров'я

Медичну допомогу хворим на ТБ надають амбулаторно або в умовах стаціонару протитуберкульозного закладу відповідно до галузевих стандартів надання медичної допомоги та стандарту інфекційного контролю за захворюванням на туберкульоз<sup>178</sup>. Так, лікування хворих на інфекційні хвороби можна проводити в акредитованих державних і комунальних спеціалізованих ЗОЗ (відділеннях) і клініках наукових установ, а також в акредитованих ЗОЗ приватної форми власності. Якщо перебіг інфекційної хвороби легкий, а епідемічна ситуація в осередку інфекційної хвороби благополучна, лікування такого хворого під систематичним медичним наглядом можна здійснювати амбулаторно, крім осіб, хворих на інфекційні хвороби, контактних осіб і бактеріоносіїв; хворих на інфекційні хвороби, що передаються статевим шляхом; у разі встановлення карантину<sup>179</sup>. Протитуберкульозні заклади – лікувально-профілактичні заклади охорони здоров'я (протитуберкульозні диспансери, лікарні, санаторно-курортні, інші заклади) чи їх структурні підрозділи, в яких надають медичну допомогу хворим на туберкульоз<sup>180</sup>.

<sup>178</sup> Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», ст. 10.

<sup>179</sup> Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб», ст. 7.

<sup>180</sup> Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», ст. 1.



До таких в Україні належать<sup>181</sup>:

- 1) лікувально-профілактичні заклади:
  - а) лікарняні: медичний центр (фтизіатричний, фтизіопульмонологічний); територіальне медичне об'єднання (протитуберкульозне, фтизіатричне); протитуберкульозний диспансер; туберкульозна лікарня (у т.ч. дитяча); лікарня «Хоспіс» для хворих на туберкульоз;
  - б) санаторно-курортні заклади: санаторій (протитуберкульозний, туберкульозний, спеціалізований, спеціальний, у т.ч. дитячий);
- 2) структурні підрозділи лікарняних, амбулаторно-поліклінічних і санаторно-курортних лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я:
  - туберкульозне (протитуберкульозне, фтизіатричне) відділення;
  - туберкульозний (протитуберкульозний, фтизіатричний, у т.ч. дитячий) кабінет;
  - кабінет контрольованого лікування хворих на ТБ – ДОТ (Directly Observed Treatment – лікування під безпосереднім наглядом) кабінет;
- 3) науково-дослідні установи фтизіопульмонологічного профілю;
- 4) кафедри фтизіопульмонологічного профілю вищих медичних навчальних закладів III-IV рівнів акредитації та закладів післядипломної освіти;
- 5) клініки (поліклініки, відділи, відділення) фтизіопульмонологічного профілю науково-дослідних установ;
- 6) фтизіатричні (фтизіопульмонологічні) медико-соціальні експертні комісії обласних центрів (бюро) медико-соціальної експертизи.

Крім того, варто зазначити, що надання ПМД забезпечують ЦПМСД, які є закладами охорони здоров'я, а також лікарі загальної практики – сімейні лікарі, які провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці та можуть перебувати з цими закладами охорони здоров'я у цивільно-правових відносинах. До складу ЦПМСД можуть входити як структурні чи відокремлені підрозділи фельдшерсько-акушерські пункти, амбулаторії, медичні пункти, медичні кабінети<sup>182</sup>.

## РЕКОМЕНДАЦІЯ

### Міністерству охорони здоров'я України:

- 1. Увідповіднити наказ МОЗ України від 16.07.2009 р. № 514 «Про затвердження Переліку протитуберкульозних закладів» реаліям сьогодення та медичної реформи.**

<sup>181</sup> Наказ МОЗ України від 16.07.2009 р. № 514 «Про затвердження Переліку протитуберкульозних закладів».

<sup>182</sup> Закон України «Основи законодавства про охорону здоров'я», ст. 351.

### **Рівень забезпечення ЗОЗ**

Відповідно до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики мінімальний перелік обладнання, устаткування та засобів, необхідних для оснащення конкретного типу закладу охорони здоров'я, його відокремленого структурного підрозділу, а також для забезпечення діяльності фізичних осіб-підприємців визначають табелем матеріально-технічного оснащення<sup>183</sup>.

Так, наказом МОЗ України від 29 вересня 2009 р. № 694 затверджено рекомендовані таблиці оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів ЗОЗ, які надають лікувально-профілактичну допомогу хворим на ТБ, залежно від рівня надання медичної допомоги:

- протитуберкульозний кабінет;
- дитячий протитуберкульозний кабінет;
- кабінет лікаря-рентгенолога протитуберкульозного диспансеру (туберкульозної лікарні);
- терапевтичне (педіатричне) відділення;
- відділення променевої діагностики;
- відділення реанімації та інтенсивної терапії;
- операційний блок;
- хірургічне відділення.

Недостатнє забезпечення ЗОЗ необхідним діагностичним обладнанням, медичними виробами, зокрема тест-системами, як зазначають експерти та люди з ТБ, здебільшого нерозривно пов'язано з недостатнім рівнем фінансування.

2018 р. на загальнодержавному рівні частково цій проблемі приділено окрему увагу. Так, у Державному бюджеті України на 2018 рік виділено 350 млн грн на закупівлю автомобілів, оснащених пересувними рентген-апаратами. Такі фінанси буде виділено за рахунок нерозподіленого залишку коштів, джерелом формування яких 2017 р. були надходження конфіскованих коштів і коштів, отриманих від реалізації майна, конфіскованого за рішенням суду за вчинення корупційного та пов'язаного з корупцією правопорушення<sup>184</sup>.

В аспекті питання матеріально-технічного забезпечення ЗОЗ особливої уваги заслуговує проблема забезпечення закладів у сільській місцевості діагностичним обладнанням і забезпечення всіх закладів засобами інфекційного контролю. *Докладніше про це див. пункти стосовно жителів сіл і медичних працівників.*

Крім того, розширення матеріальної бази, зокрема наявність ізольованих палат для хворих на ТБ, чи не найгостріше питання, оскільки, якщо не враховувати позалегеневі форми ТБ, основним способом поширення резистентних форм захворювання є внутрішньолікарняна інфекція.

Серед інших проблем матеріального забезпечення ключовими інформаторами та ЛТБ виокремлюють застарілість обладнання для флюорографії та рентгену, недостатність рентгенівських плівок для рентген-діагностики, про що зауважують і практикуючі лікарі. У багатьох ЗОЗ рентгенівські апарати закуповували ще за часів СРСР, дозволений термін експлуатації яких вже давно минув.

<sup>183</sup> Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine No. 285 dated 2 March 2016 "On Approval of Licensing Conditions for Conducting Economic Activity on Medical Practice".

<sup>184</sup> Закон України «Основи законодавства про охорону здоров'я», ст. 34.

Ще одне питання, що стоїть перед Україною, – оснащення ЗОЗ комп'ютерами та доступом до інтернету, що особливо актуально у світлі реформи медицини.

## РЕКОМЕНДАЦІЇ

- 1. Провести аудит необхідного медичного обладнання, їх комплектуючих, рівня забезпечення медичними виробами ЗОЗ, ефективності використання коштів під час закупівлі товарів. За результатами аудиту на локальному рівні – збільшувати фінансування забезпечення ЗОЗ такими засобами.**
- 2. Забезпечити ЗОЗ комп'ютерами та доступом до інтернету.**

## Щеплення

Профілактику ТБ провадять в Україні, зокрема, через здійснення профілактичних щеплень, що є обов'язковими<sup>185</sup>.

Календар профілактичних щеплень в Україні затверджено наказом МОЗ України від 11.08.2014 № 551 «Про удосконалення проведення профілактичних щеплень в Україні». Він включає обов'язкові профілактичні щеплення для запобігання захворюванням на дифтерію, кашлюк, кір, поліомієліт, правець, туберкульоз. Щепленню для профілактики ТБ підлягають усі новонароджені діти, які не мають до цього протипоказань. Вакцинацію проводять на третю-п'яту добу життя дитини (не раніше 48-ої години після народження) вакциною для профілактики ТБ (надалі – БЦЖ). Недоношених дітей щеплять після досягнення дитиною маси тіла  $\geq 2500$  г. Щеплення для профілактики ТБ не проводять в один день з іншими щепленнями. Діти, не щеплені в пологовому стаціонарі, підлягають обов'язковій вакцинації в закладах охорони здоров'я.

Наведене узгоджується з рекомендаціями ВООЗ, оскільки Україна входить до переліку країн із високим рівнем поширеності ТБ. Зокрема у рекомендаціях ВООЗ передбачено, що доки не стануть доступними нові та більш ефективні вакцини, необхідно проводити «вакцинацію БЦЖ якнайшвидше після народження дитини, але у будь-якому випадку протягом першого року її життя»<sup>186</sup>, окрім дітей, які живуть із ВІЛ на території з високими показниками поширеності ТБ<sup>187</sup>. В Україні також передбачено, що дітям, яким не виповнилося двох місяців, щеплення проти ТБ проводять без попередньої проби Манту. Після двомісячного віку перед виконанням щеплення дитині потрібно провести пробу Манту. Щеплення проводять у разі негативного результату проби. Зауважимо, що наразі ВООЗ закликає зупинити подібну практику щодо застосування проб Манту<sup>188</sup>.

Донедавна законодавством передбачалося, що ревакцинації проти ТБ підлягають діти віком 7 років, не інфіковані мікобактеріями ТБ і з негативним результатом проби Манту. Ревакцинацію проводили вакциною БЦЖ<sup>189</sup>.

<sup>185</sup> Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб», ст. 12, ч. 1.

<sup>186</sup> Заява ВООЗ про ревакцинацію БЦЖ для протидії ТБ, Бюлетень ВООЗ, 1995, 73 (6): 805-810, ст. 806.

<sup>187</sup> Глобальні стратегія та цілі щодо попередження, лікування та контролю ТБ після 2015 р., ВООЗ EB134.R4, 21.02.2014 р., ст. 14.

<sup>188</sup> Заява ВООЗ про ревакцинацію БЦЖ для протидії ТБ, Бюлетень ВООЗ, 1995, 73 (6): 805-810, ст. 806.

<sup>189</sup> Календар профілактичних щеплень, затверджений наказом МОЗ України від 16.09.2011 № 595.

Рекомендації ВООЗ чітко зазначають, що не потрібно проводити ревакцинацію, якщо перше щеплення проводили БЦЖ<sup>190</sup>. Вказану рекомендацію враховано у наказі МОЗ України від 18 травня 2018 р. № 947 «Про внесення змін до Календаря профілактичних щеплень в Україні». Цим наказом **скасовано ревакцинацію БЦЖ**.

Водночас залишається чинною Інструкція про застосування вакцини туберкульозної БЦЖ і БЦЖ-М<sup>191</sup>, якою передбачено другу ревакцинацію дітей віком 14 років. Цей нормативно-правовий акт застарілий і потребує внесення змін або скасування.

Проведення профілактичних щеплень забезпечують МОЗ України, місцеві органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування та органи державної санітарно-епідеміологічної служби<sup>192</sup>.

Профілактичні щеплення здійснюють у кабінетах щеплень, які створюють як окремий структурний підрозділ лікувально-профілактичного та/або амбулаторно-поліклінічного та/або амбулаторно-поліклінічного ЗОЗ і які діють при медичних кабінетах дошкільних навчальних закладів, середніх навчальних закладів I-III ступенів, загальноосвітніх шкіл-інтернатів, професійно-технічних закладів, вищих навчальних закладів I-IV рівнів акредитації, у медичних пунктах підприємств.

Організацію діяльності щодо проведення щеплень покладено на керівника ЗОЗ. Постійно діючий або тимчасовий кабінет щеплень можна створювати у ЗОЗ не залежно від форми власності, що має ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики<sup>193</sup>.

Для забезпечення своєчасного проведення профілактичних щеплень лікар, фельдшер, молодший спеціаліст з медичною освітою:

- в усній або письмовій формі запрошує до ЗОЗ осіб, які підлягають щепленню (у разі щеплення неповнолітніх запрошують також батьків або інших законних представників, що їх замінюють), у день, визначений для проведення щеплень;
- у дошкільних, загальноосвітніх навчальних закладах заздалегідь інформують батьків або осіб, які їх замінюють, про проведення імунізації дітей, які підлягають профілактичному щепленню.

Перед щепленням обов'язковий медичний огляд.



<sup>190</sup> Заява ВООЗ про ревакцинацію БЦЖ для протидії ТБ, Бюлетень ВООЗ, 1995, 73 (6): 805-810, ст. 806.

<sup>191</sup> Наказ МОЗ від 29.07.96 № 233 «Про затвердження інструкцій щодо надання медико-санітарної допомоги хворим на туберкульоз».

<sup>192</sup> Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб», ст. 11, ч. 3.

<sup>193</sup> Положення про організацію і проведення профілактичних щеплень, затверджене наказом МОЗ України від 16.09.2011 № 595, п. 3.

Щеплення для профілактики ТБ повинні проводитися в окремих приміщеннях, а за їх відсутності – у різні дні з проведенням інших щеплень. Заборонено застосування з іншою метою інструментарію, призначеного для проведення щеплень для профілактики ТБ.

Профілактичні щеплення проводять тільки разовими або самоблокувальними шприцями.

*Щодо питання вакцин, якими здійснюють вакцинацію, див. розділ про забезпечення лікарських засобів.*

Наразі в Україні існує **проблема недовіри населення до користі щеплень** загалом та якості вакцин зокрема. Так, «у 2016 р. лише 46% дітей в Україні були щеплені від хвороб, які можна попередити завдяки вакцинації<sup>194</sup>». Згідно з рекомендаціями ВООЗ до 2015 року Україна повинна була досягти рівня охоплення щепленням АКДС (адсорбована кашлюково-дифтерійно-правцева вакцина) не менш, як 90%<sup>195</sup>.

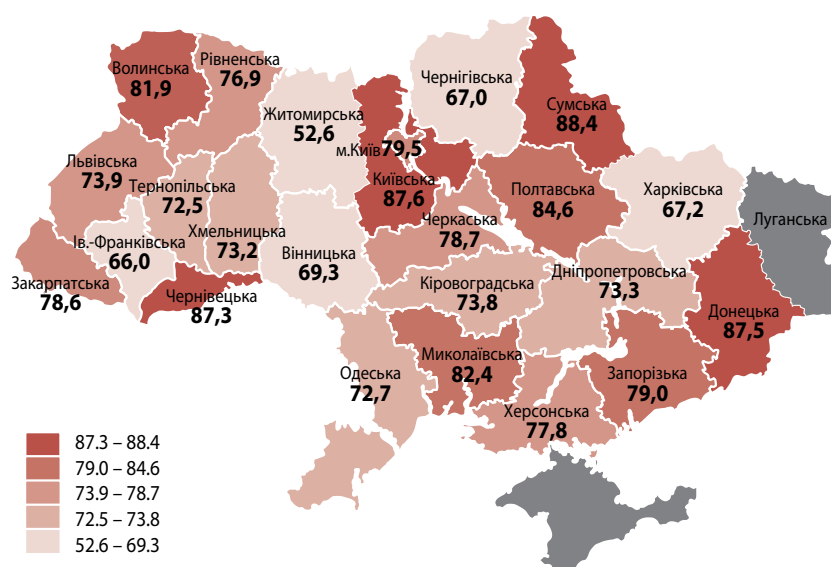
У 2012–2015 рр. рівень охоплення щепленням проти ТБ стабільно зменшувався. Якщо 2012 р. він становив 95,4%, то 2013 р. – 87,1%, 2014 р. – 56,5%, 2015 р. – 39,8%. 2016 р. відбулося деяке його підвищення – до 72%<sup>196</sup>. За даними Центру громадського здоров'я МОЗ України на 01.12.2017 виконання плану щеплень проти ТБ серед дітей першого року життя вакциною БЦЖ становило 75,5%.

Водночас за рекомендаціями ВООЗ цей рівень має становити не менш, як 95%. Відповідно існує необхідність у підвищенні рівня вакцинації дітей проти ТБ, що повинно забезпечуватися на загальнодержавному та місцевому рівнях.

Згідно із законодавством України існує можливість відмовитися від проведення профілактичних щеплень. Факт відмови від щеплень з позначкою про те, що медичним працівником надано роз'яснення про наслідки такої відмови, оформляють за встановленою законодавством формою № 063-2/о, яку підписує і громадянин (у разі щеплення неповнолітніх – батьки або інші законні представники, які їх замінюють), і медичний працівник<sup>197</sup>.

## ОХОПЛЕННЯ ЩЕПЛЕННЯМИ (%)

станом на 01.12.2017



<sup>194</sup> [https://humanrights.org.ua/material/ukrajina\\_dosi\\_pase\\_zadnih\\_u\\_vakcinaciji\\_ditej\\_\\_moz](https://humanrights.org.ua/material/ukrajina_dosi_pase_zadnih_u_vakcinaciji_ditej__moz)

<sup>195</sup> Прогрес та виклики з досягненням загального охоплення імунізацією: 2016 р. Оцінки охоплення імунізацією. ВООЗ/ЮНІСЕФ. Оцінки національного охоплення імунізацією. (Дані на липень 2017 р.)

<sup>196</sup> Звіт про результати аудиту ефективності використання коштів державного бюджету на здійснення заходів Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки, затверджений рішенням Рахункової палати України № 9-1 від 11.04.2017 р.

<sup>197</sup> Положення про організацію і проведення профілактичних щеплень, затверджене наказом МОЗ України від 11.08.2014 № 551, п. 19.

У МОЗ України наголошують, що підвищення рівня охоплення імунізацією в Україні – питання національної безпеки. На хвилі спалаху захворюваності на кір в Україні, що почався наприкінці грудня 2017 р., в.о. міністра охорони здоров'я України Уляна Супрун заявила про наміри профільного міністерства ініціювати внесення змін до законодавства, щоб передбачити додаткову відповідальність за невакцинацію<sup>198</sup>.

## РЕКОМЕНДАЦІЇ

### Міністерству охорони здоров'я:

1. Підвищити рівень вакцинації дітей проти ТБ, зокрема завдяки проведенню інформаційних, роз'яснювальних кампаній на національному та місцевих рівнях.
2. Скасувати Інструкцію про застосування вакцини туберкульозної БЦЖ і БЦЖ-М або увідповіднити наказу МОЗ від 18 травня 2018 р. № 947 щодо скасування ревакцинації віком до 14 років.
3. Увідповіднити законодавство України постанові Кабінету Міністрів України від 29 березня 2017 р. № 348 «Деякі питання Державної санітарно-епідеміологічної служби», якою було ліквідовано Державну санітарно-епідеміологічну службу, вилучивши всі згадки про неї.

### Хіміопротифілактика ТБ

У розрізі питання профілактики також потрібно зазначити, що діти, інфіковані мікобактеріями ТБ, віком до шести років з-поміж контактних осіб; особи, інфіковані водночас мікобактеріями ТБ та вірусом набутого імунодефіциту людини; інші особи, інфіковані мікобактеріями ТБ, з-поміж контактних осіб за наявності медичних показань підлягають хіміопротифілактиці ТБ. Хіміопротифілактику ТБ здійснюють безоплатно в порядку, встановленому МОЗ України<sup>199</sup>. Відповідний Порядок проведення хіміопротифілактики ТБ для дорослих затверджено наказом МОЗ України від 04.09.2014 № 620 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при туберкульозі». Водночас порядку проведення хіміопротифілактики для дітей, інфікованих мікобактеріями ТБ, не затверджено. Як зазначено вище, на цю проблематику також звертає увагу Рахункова палата України у своєму звіті про результати аудиту ефективності використання коштів державного бюджету на здійснення заходів Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки.

Респонденти серед ЛЖВ зазначали доступність хіміопротифілактики у разі низького CD4, однак повідомляли про випадки вимагання коштів за хіміопротифілактику («...объявляют ценник, который не в состоянии оплатить.»<sup>200</sup>) та недостатнього забезпечення лікарськими засобами («...прописали профилактический курс изониазида, но не выдали на весь срок, больше месяца пришлось покупать за свои деньги»<sup>201</sup>).

<sup>198</sup> <http://life.pravda.com.ua/health/2018/01/19/228552/>

<sup>199</sup> Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», ст. 15.

<sup>200</sup> ФГ ВПО, Рубіжне.

<sup>201</sup> ФГ ЛЖВ, Миколаїв.

## РЕКОМЕНДАЦІЯ

**Міністерству охорони здоров'я, Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України:**

- 1. Врегулювати порядок проведення хіміопрофілактики ТБ для дітей, інфікованих мікобактеріями ТБ.**

## Виявлення та діагностика

### Активне виявлення

Чинне законодавство України передбачає активне виявлення ТБ через проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів на ТБ у державних і комунальних ЗОЗ стосовно таких категорій осіб:

- 1) малолітні та неповнолітні особи – щороку;
- 2) працівники окремих професій, виробництв та організацій, професійна діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення та/або виконанням робіт, під час здійснення яких є високий ризик зараження збудником захворювання на ТБ інших осіб, – до прийняття на роботу та надалі у терміни, визначені центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я;
- 3) студенти вищих навчальних закладів I-IV рівнів акредитації – перед початком проходження виробничої практики, що передбачає виконання робіт, зазначених у пункті 2;
- 4) особи, стосовно яких суд обрав запобіжний захід у вигляді взяття під варту, – упродовж першої доби з моменту взяття під варту;
- 5) особи, яких тримають в установах виконання покарань, – під час прибуття до цих установ, а надалі – не рідше одного разу на рік і за місяць до звільнення, про що робиться відповідний запис у довідці про відбуття покарання;
- 6) особи, звільнені з установ виконання покарань, – упродовж місяця після прибуття до місця проживання чи перебування;
- 7) особи, віднесені до груп підвищеного ризику захворювання на ТБ, зокрема соціально дезадаптовані, із супутніми захворюваннями на хронічний алкоголізм, наркоманію чи токсикоманію, – щороку<sup>202</sup>.

Допускають також проведення позачергових обов'язкових профілактичних медичних оглядів на ТБ серед таких осіб чи інших груп населення, серед яких рівень поширення ТБ суттєво перевищує середній показник на відповідній території<sup>203</sup>.

Для більшості з названих вище людей такі медичні огляди на ТБ безоплатні. За попередні (до прийняття на роботу) та періодичні профілактичні медичні огляди працівників, професійна діяльність яких пов'язана

<sup>202</sup> Закон України «Про запобігання захворюванню на туберкульоз», стаття 9, частини друга-третья.

<sup>203</sup> Там само, стаття 9, частина п'ята.



з обслуговуванням населення та/або виконанням робіт, під час здійснення яких є ризик поширення ТБ, сплачують роботодавці. Люди, які займаються індивідуальною діяльністю, сплачують за медичні огляди на ТБ самостійно.

Варто зазначити, що обов'язкові обстеження, на думку експертів, – неефективна інтервенція, і МОЗ скасував обов'язкові флюорографії 2014 р., яку мають проводити лише за результатами фізикального обстеження та опитування. Однак на регіональному рівні продовжують витратити кошти на практику повальних профілактичних обстежень, тимчасом як ці кошти можна було б спрямувати на закупівлю лікування проти побічних реакцій ПТП.

Перелік професій, виробництв та організацій, працівники яких підлягають обов'язковим профілактичним медичним оглядам, затверджено постановою КМУ від 23 травня 2001 р. № 559<sup>204</sup>. До нього включено, зокрема, медичних працівників.

Перелік необхідних обстежень, лікарів-спеціалістів, видів клінічних, лабораторних та інших досліджень, необхідних для проведення обов'язкових медичних оглядів, затверджує МОЗ України<sup>205</sup>. Зокрема під час проведення попереднього медогляду та надалі щорічно «специфічні внутрішньошкірні тести, рентгенівське обстеження та бактеріологічне дослідження мокротиння» проводять лише за наявності симптомів<sup>206</sup>.

Дані про результати обов'язкових медичних оглядів працівників підлягають обліку у відповідних установах державної санітарно-епідеміологічної служби, які під час здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду перевіряють своєчасність проходження обов'язкового медичного огляду та наявність особистих медичних книжок у працівників, які підлягають обов'язковим профілактичним медичним оглядам.

Усі результати обстеження лікарями-спеціалістами (зокрема лабораторних, клінічних та інших досліджень) обов'язково заносять до особистої медичної книжки<sup>207</sup>. На підставі цього працівника допускають або не допускають до роботи.

Люди, які відмовилися пройти чи ухиляються пройти обов'язковий профілактичний медичний огляд на ТБ у встановлені терміни, «відсторонюються від роботи, учні і студенти (слухачі) – від відвідування навчальних та дитячих закладів, а студенти також від проходження виробничої практики на період до проходження такого огляду»<sup>208</sup>. Докладніше про цей бар'єр див. у пунктах щодо права на доступ до освіти та права на працю.

У зв'язку із вказаною перешкодою в Україні існує один із проявів корупції у медичній сфері, про який відкрито заявляють, а саме: фіктивне проходження медичних оглядів, придбання медичних книжок.

<sup>204</sup> Постанова КМУ від 23 травня 2001 р. № 559 «Про затвердження переліку професій, виробництв та організацій, працівники яких підлягають обов'язковим профілактичним медичним оглядам, порядку проведення цих оглядів та видачі особистих медичних книжок».

<sup>205</sup> Порядок проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів та видачі особистих медичних книжок, затверджений Постановою Кабінету Міністрів України від 23.05.2001 року № 559, п. 4.

<sup>206</sup> Перелік необхідних обстежень лікарів-спеціалістів, видів клінічних, лабораторних та інших досліджень, що необхідні для проведення обов'язкових медичних оглядів, затверджено Наказом Міністерства охорони здоров'я України 23.07.2002 року № 280.

<sup>207</sup> Порядок проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів та видачі особистих медичних книжок, затверджений Постановою Кабінету Міністрів України від 23.05.2001 року № 559, пункти 1-3.

<sup>208</sup> Закон України «Про запобігання захворюванню на туберкульоз», стаття 9, частини сьома.

### Пасивне виявлення

Згідно із законодавством України виявлення хворих на ТБ і осіб, інфікованих мікобактеріями ТБ, медичні працівники забезпечують відповідно до стандарту медичної допомоги в разі звернення особи за отриманням медичної допомоги до медичного закладу чи до медичного працівника, який здійснює медичну практику. У разі виявлення особи з будь-якими ознаками ТБ чи в разі звернення контактної особи медичний працівник зобов'язаний направити її для подальшого обстеження до лікаря-спеціаліста (фтизіатра) чи до відповідного протитуберкульозного закладу<sup>209</sup>.

Так, відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу лікування ТБ у дорослих<sup>210</sup> виявлення хворих з підозрою на ТБ проводить у лікувальних закладах ПМД і в будь-яких інших медичних закладах – персонал цих установ.

На думку експертки у сфері фтизіатрії, бар'єр для ефективного виявлення в лікувальних закладах ПМД – невисока підготовка загальнолікувальної мережі, незнання алгоритму виявлення. Крім того, існує супротив сімейних лікарів до отримання нових функцій, включаючи функції виявлення та формування прихильності до лікування туберкульозу на амбулаторному етапі.

Експерти звертають увагу, що алгоритм відстеження контактних осіб на сьогодні врегульовано досить фрагментарно в законодавстві, і варто більш детально врегулювати процедуру перевірки контактних осіб, визначити ролі та функції кожної зі служб.

Представники фокус-груп та експерти громадського здоров'я зазначали затримки із встановленням діагнозу (від 1 до 3 місяців) і помилки під час діагностування туберкульозу (особливо позалегенових форм чи у ВІЛ-інфікованих пацієнтів) у закладах ПМД і непротитуберкульозних медичних закладах у зв'язку з порушенням алгоритму виявлення туберкульозу («...потому что ему нормально никто не назначал ни флюорограмму, ни обследование никакое, а лечат от астмы или бронхита антибиотиками и в итоге очень большая смертность»<sup>211</sup>), складністю інтерпретації флюорографій, рентгенів, особливо лікарями ПМД, тощо.

*«Было воспаление легких, два месяца лечили, давали все более сильные лекарства, антибиотики, а они не помогают. На рентгене ничего не было видно, потому что ключица закрывает и дырки не видно. Делали 3 раза рентген... направили в городскую ТБ клинику. Там опять сделали рентген и говорят: у тебя воспаление легких, иди лечись. Опять лечили 2 недели воспаление легких. Тогда они...сделали томографию и показало, что у меня открытая форма ТБ, а у меня двое детей маленьких дома.» ФГ ЛТБ, Миколаїв*

Поширене помилкове лікування бронхіту, запалення легенів, грипу, інших захворювань без проведення діагностики туберкульозу.

*«Я...полгода ходил. Бронхит, трахеит и прочее. Терапевт ставила такой диагноз, потом на консультации к пульмонологу попросился и только он отправил в ТБ диспансер.» ФГ ЛТБ, Дніпро*

<sup>209</sup> Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», ст. 9, ч. 1.

<sup>210</sup> Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим туберкульоз, затверджений наказом МОЗ України від 04.09.2014 р. № 620, п. 3.1.

<sup>211</sup> На думку експерта міжнародної організації, Київ.

Така тактика лікування може затримувати діагноз і початок лікування туберкульозу на кілька місяців і більше у складних випадках, наприклад, у разі позалегеневого туберкульозу.

*«Год лечили варикоз. Когда боль в бедре стала невыносимой, отправили на рентген [определили туберкулёз костей].» ФГ ЛТБ, Рубіжне*

Затратні методи діагностики (наприклад, КТ чи МРТ) або інвазійні методи (гістологічне дослідження матеріалу) дають змогу швидше поставити правильний діагноз у таких випадках, однак такі діагностичні методи зрідка доступні на безоплатній основі або їх не виконують через важкодоступність і складність проведення.

Учасники фокус-груп та експерти громадського здоров'я також зазначали застарілість обладнання для проведення флюорографій і рентгенів, недостатню доступність діагностичних засобів (рентгенів) на первинному рівні надання медичної допомоги.

На думку експерта у сфері фтизіатрії, на стадії виявлення туберкульозу в закладах ПМД, під час мікроскопії мокротиння на виявлення кислотостійких бактерій у лабораторії первинного рівня, відбуваються необґрунтовані затримки від трьох днів до тижня, хоча аналізи повинні робити в той же день.

Ба більше, НУО, учасники фокус-груп засвідчують, що навіть гарантований чинним законодавством України обсяг діагностики не забезпечують. Через недофінансування, неефективне використання наявних коштів і прояви корупції люди з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ змушені сплачувати за рентген-плівку та комп'ютерну томографію, МРТ.

*«Даже за анализы на первичном уровне (рентген) нужно заплатить за пленки или благотворительный взнос.» ФГ ЛЖВ, Київ*

*«Сейчас пленка для флюорографии платно. 60 грн нужно платить.» ФГ ЛЖВ, Дніпро*

Недостатньо налагоджено процес взаємодії між фтизіатричною службою та загальнолікувальною мережею в питанні лабораторної діагностики туберкульозу. Дослідження мокротиння на мікобактерії ТБ взагалі недоступне у багатьох не протитуберкульозних ЗОЗ. Це перешкоджає вчасно діагностувати та починати лікування людей із групи ризику, особливо бідне населення міст і сіл.

Як уже зазначалося, в Україні наразі здійснюють реформу медичної галузі. Для реалізації реформи ПМД наказом МОЗ України від 19.03.2018 р. № 504 затверджено Порядок надання ПМД. Згідно із цим документом до переліку медичних послуг, що надаватимуть безоплатно згідно з гарантованим пакетом медичних послуг, включено проведення профілактичних щеплень, підготовку екстрених повідомлень про інфекційне захворювання, проведення епідеміологічних обстежень поодиноких випадків інфекційних хвороб<sup>212</sup>. Людям із груп ризику гарантують лише опитування на наявність симптомів більше двох тижнів. Водночас підстави для віднесення до груп ризику суттєво звужено. Зокрема до чинників ризику належать лише контакти з людьми з активним ТБ, наявність ВІЛ, а також перебування у закладах Державної кримінально-виконавчої служби України<sup>213</sup>.

<sup>212</sup> Порядок надання первинної медичної допомоги, затверджений наказом МОЗ України від 19.03.2018 р. № 504, розділ II, п. 1; додаток 1, п. 8.

<sup>213</sup> Там само, розділ II, п. 1, додаток 2.

Згідно з уніфікованим протоколом до обов'язків лікаря ПМД у сфері ТБ наразі належать: активне виявлення ТБ у групах ризику через призначення скринінгового флюорографічного обстеження, пасивне виявлення ТБ під час звернення особи до медичного закладу із симптомами, що можуть свідчити про ТБ, скерування за потреби до лікаря-фтизіатра, проведення контрольованого лікування ТБ, інформування населення з питань ТБ та участь у здійсненні оздоровчих заходів в осередку ТБ інфекції. У стратегії реформування первинної ланки медичної допомоги до обов'язкового пакета послуг сімейного лікаря не включено нічого для діагностики ТБ, окрім скринінгового анкетування пацієнтів і перенаправлення на рентгенологічне обстеження за потреби.

Відповідно документи, підготовлені в рамках реформи ПМД, в аспекті діагностики ТБ ідуть у розріз з чинним Уніфікованим клінічним протоколом лікування ТБ у дорослих<sup>214</sup>.

Встановлення попереднього діагнозу ТБ потрібне для відбору осіб з підозрою на ТБ. *Діагноз ТБ підтверджують (скасовують) у спеціалізованих протитуберкульозних закладах* (спеціалізованих структурних підрозділах закладів охорони здоров'я) вторинної/третинної медичної допомоги на підставі лабораторних даних (позитивний результат мікроскопії мазка мокротиння на КСБ, культурального дослідження, молекулярно-генетичних методів), клінічних симптомів та/або рентгенологічних, та/або морфологічних даних (біопсія ураженого органа). Діагностику МР ТБ здійснюють у спеціалізованих протитуберкульозних закладах третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Підтвердження діагнозу в протитуберкульозних закладах, за свідченнями учасників фокус-груп, може тривати від кількох днів до двох тижнів. Учасники фокус-груп також зазначали поодинокі випадки затримки з діагнозом у ПТЗ через неправильний початковий діагноз у туберкульозному закладі, наприклад, спочатку діагностували запалення легенів, які через два тижні передіагностували в туберкульоз<sup>215</sup>.

У протитуберкульозних закладах зазвичай діагностичні заходи здійснюють безоплатно згідно зі свідченнями людей, які перехворіли на ТБ. Іноді пацієнтам доводилось оплачувати МРТ або проведення електрокардіограми в протитуберкульозних закладах. Згідно з інформацією ключових інформантів тестування на ВІЛ доступне в ПТЗ безоплатно.

На думку експерта міжнародної організації, тестування на профіль стійкості до основних препаратів першого та другого ряду недостатньо доступне. Через застарілість або віддаленість обладнання, погано організовану логістику зразків тривалість встановлення профілю резистентності може займати від 2-3 тижнів до 1,5-2 місяців (5-6 місяців у складних випадках, за словами деяких учасників ФГ), і в середньому визначення резистентності на рифампіцин за допомогою молекулярно-генетичних тестів GeneXpert займає від 2 до 14 днів<sup>216</sup>. Учасники фокус-груп та експерти громадського здоров'я зазначали недостатню доступність молекулярно-генетичних тестів GeneXpert MTB/RIF. Згідно з даними Центру громадського здоров'я МОЗ України на березень 2018 р. було встановлено близько 33 GeneXpert MTB/RIF. До 2020 р. заплановано встановити додатково 90 GeneXpert MTB/RIF, зокрема на рівні госпітальних округів і на первинному рівні надання медичної допомоги.

За свідченнями експертів, результати культуральних досліджень з використанням ВАСТЕС доступні в середньому через 2-3 тижні, тимчасом як тести з використанням системи для проведення лінійного зонд-

<sup>214</sup> Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим туберкульоз, затверджений наказом МОЗ України від 04.09.2014 р. № 620, п. 3.1.

<sup>215</sup> ФГ ЛТБ, Миколаїв.

<sup>216</sup> Згідно з твердженнями учасників фокус-груп людей з ТБ або які перехворіли на ТБ з Києва (2 дні), Миколаєва (4, 5 днів), Чернігова (14 днів), Дніпра (3 дні), Краматорська (3 дні).

аналізу (Genotype® MTBDRsl assay, Hain Lifescience) проводять за 3-4 дні в теорії, однак бувають затримки, пов'язані з потребою добирати фіксовану кількість зразків мокротиння від хворих, що спричиняє затримку до 2-3 тижнів.

*«Через п'ять місяців лікування восприимчивого ТБ повідомили, що МР ТБ и перевели в другую палату, на другой этаж. Во время первых 5 месяцев лечения все равно пациенты с разными формами контактируют между собой («варятся в одной кастрюле»)» ФГ ЛТБ, Рубіжне*

Згідно з даними Центру громадського здоров'я МОЗ України на березень 2018 р. в Україні було встановлено чотири системи для проведення лінійного зонд-аналізу (Genotype® MTBDRsl assay, Hain Lifescience) і заплановано встановити ще дві системи в Одеській і Дніпропетровській областях до кінця 2018 р. Тривале визначення медикаментозної чутливості підвищує ризики поширення внутрішньолікарняної інфекції через тримання таких пацієнтів разом з іншими профілями резистентності. На думку експерта міжурядової організації, доцільний розвиток ефективної системи транспортування пацієнта або мокротиння для проведення тестів на резистентність.

Уніфікований клінічний протокол не передбачає обов'язку ЗОЗ проводити діагностику ТБ із застосуванням сучасних методів діагностичного обстеження, зокрема генетично-молекулярних методів діагностики (наприклад, GeneXpert MTB/RIF). Проте в планах країни – використання цієї методики саме на первинному рівні медичної допомоги, що пришвидшить виявлення і ТБ, і стійкості до протитуберкульозних препаратів. Зокрема коштом Глобального фонду буде здійснено закупівлю обладнання та витратних матеріалів GeneXpert MTB/RIF на рівні Госпітальних округів. Водночас залишається невирішеною проблема доступності визначення стійкості до протитуберкульозних препаратів методом лінійного зонд-аналізу (Genotype® MTBDRsl assay, Hain Lifescience). У результаті здатність вчасного виявлення та уникнення поширення МР ТБ серед людей з ТБ та особливо ВІЛ-асоційованого ТБ на національному рівні не забезпечено в необхідному обсязі.

## РЕКОМЕНДАЦІЇ

### Міністерству охорони здоров'я:

- 1. Розробити механізми впровадження та забезпечення суворого дотримання нових алгоритмів діагностики через безперервне своєчасне оновлення нормативної бази та впровадження інноваційних моделей державного фінансування активного виявлення випадків ТБ лікарями ПМД.**
- 2. Внести зміни до підзаконних нормативних актів, які регулюють питання діагностики, щодо проведення діагностики ТБ із застосуванням сучасних методів діагностичного обстеження, зокрема генетично-молекулярних методів діагностики (наприклад, GeneXpert MTB/RIF) та тестування за допомогою лінійного зонд-аналізу (LPA) (наприклад, Genotype® MTBDRsl assay, Hain Lifescience).**
- 3. Детально врегулювати процедуру перевірки контактних осіб, визначити ролі та функції кожної зі служб.**

4. Увідповіднити Постанову КМУ від 23 травня 2001 р. № 559 «Про затвердження переліку професій, виробництв та організацій, працівники яких підлягають обов'язковим профілактичним медичним оглядам, порядку проведення цих оглядів та видачі особистих медичних книжок» з огляду на ліквідацію СЕС.

Міністерству охорони здоров'я, місцевим органам виконавчої влади, органам місцевого самоврядування:

5. Забезпечити розширення використання технологій для швидкої діагностики ТБ і встановлення медикаментозної чутливості (зокрема, GeneXpert MTB/RIF та Genotype® MTBDRsl assay, Hain Lifescience) за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів.
6. Забезпечити встановлення систем для лінійного зонд-аналізу там, де є можливість їх використання з найбільшою ефективністю.
7. Поліпшити механізми транспортування мокрот або пацієнтів для швидкого проведення тестування медикаментозної чутливості.

Міністерству охорони здоров'я, Міністерству фінансів, Верховній Раді:

8. Включити діагностику ТБ (зокрема затратні методи, напр., комп'ютерну томографію) серед груп ризику до переліку медичних послуг, що надаватимуть пацієнтам на безоплатній основі в рамках програми медичних гарантій.

Державній аудиторській службі України, НУО:

9. Посилити державний і громадський моніторинг за використанням коштів для закупівлі витратних матеріалів для діагностичних засобів (рентген-плівок) і вимаганням неформальних платежів у медичних закладах.

НУО:

10. Налагодити співпрацю НУО з місцевими діагностичними центрами для перенаправлення пацієнтів та отримання знижок для осіб з підозрою на туберкульоз із малозабезпечених верств населення.





# Лікування

## Основні бар'єри для ефективного лікування

Учасники фокус-груп, які перехворіли на ТБ, та ключові інформатори повідомляли про такі основні проблеми, негативні чинники під час лікування туберкульозу:

1. Необґрунтована госпіталізація та **довготривала госпіталізація** без належних для цього підстав з погляду доказової медицини.
2. Неналежні **умови для перебування у протитуберкульозних медичних закладах** через нераціональне використання коштів (зламані санвузли, недостатня їх кількість, відсутність гарячої води, невідремontовані приміщення, відсутність дезінфекції від тарганів, комах тощо).

*«Умови перебування в лікарні на стаціонарі дуже спартанські (горяча вода рідко, треба чекати або самостійно зрієш собі, душових нормальних немає.»  
ФГ ЛТБ, Рівне*

3. **Неповноцінне харчування** та неналежні умови для зберігання харчів (недостатня кількість або відсутність холодильників, краді власної їжі пацієнтів і продуктів, закуплених коштом ПТЗ, відсутність умов для самостійного приготування їжі).



*«Отвратительное питание...и нет возможности приготовить еду себе самостоятельно, так как электроплитки запрещены... привезли фуру с окорочками и фруктами, большим почти ничего не досталось.» група ЛТБ, Рубіжне*

На думку опитаних експертів, за оцінками виконання попередньої п'ятирічної загальнодержавної програми, жодного року в регіонах не було забезпечено харчування на встановленому законодавством рівні.

**4. Недостатнє забезпечення медичними виробами та допоміжними лікарськими засобами (знеболювальні тощо).**

*«Сами покупали маски, новокаин, иногда шприцы и другие расходные материалы (вату).» ФГ ЛТБ, Рубіжне*

**5. За свідченнями переважної більшості учасників фокус-груп, лікарів-фтизіатрів, експертів міжнародних організацій, проблемою є **незабезпечення державою лікарськими засобами для лікування побічних реакцій** від протитуберкульозної терапії. На думку експерта міжурядової організації, це може призводити до припинення лікування деякими пацієнтами.**

*«Побочка лечится вся за свой счет. Они их выписывают, но нужно за свои деньги покупать.» ФГ ЛЖВ, Чернігів*

*«Треба купувати системи за свої гроші. Фізрозчин, димедрол тощо. Як не купиш, то нічого не буде, не поставлять крапельницю. Причому кажуть, в якій аптеці треба купувати.» ФГ ЛТБ, Рівне*

Експерт у сфері фтизіатрії зазначила, що чинний клінічний протокол для лікування туберкульозу у дорослих та інші чинні накази МОЗ не передбачають повноцінного патогенетичного лікування туберкульозу. Навіть більше, експерт громадського здоров'я зазначила, що в медичній практиці в Україні відсутня належна практика виявлення ранніх побічних реакцій чи небажаних явищ (особливо для МР ТБ і РР ТБ пацієнтів) через проведення обстежень для завчасної фіксації змін у показниках пацієнта й призначення лікування побічних реакцій і небажаних явищ, що виникають у процесі лікування туберкульозу. Є проблема також із забезпечення доступності витратних матеріалів для проведення біохімічного аналізу крові або забезпечення доступу до проведення електрокардіографії, що важливо під час лікування бедаквіліном, який призводить до порушення серцевої діяльності.

У чинному клінічному протоколі лікування ТБ чітко прописано алгоритм моніторингу лікування, зокрема побічних реакцій. Проте у більшості протитуберкульозних закладів відсутня можливість забезпечити його в повному обсязі. Це стосується визначення іонів крові, тиреотропного гормону, ліпази, молочної кислоти, доступності в проведенні аудіограми, консультацій окуліста.

Експерт у сфері громадського здоров'я зазначила, що коштом Глобального фонду передбачено закупівлю великих кількостей препаратів для лікування побічних реакцій, також у пакетах соціальних послуг закладено можливість забезпечувати такими препаратами пацієнтів. Адміністратор ПТЗ у Дніпропетровській області зазначила, що, починаючи з 2018 р., вони майже на 75% забезпечені препаратами для лікування побічних реакцій завдяки поставці Глобального фонду та закупівлі коштом місцевого бюджету.

6. Неналежна організація **інфекційного контролю**, зокрема тримання хворих з бактеріовиділенням і тих, які завершують лікування, по кілька місяців в одній палаті.
7. Учасники фокус-груп і ключові інформатори звертали увагу на **некомпетентність деяких лікарів у ПТЗ через низьку ротацію кадрів**, небажання інформувати пацієнтів про особливості процесу лікування, прояви стигми.

Для вирішення проблеми низької мотивації лікарів первинного та вторинного рівнів для лікування пацієнтів з туберкульозом, на думку одного з ключових інформаторів, досить перспективним є пілотний проект, реалізований 2017 р. ГО «Інфекційний контроль» щодо виплати доплат і бонусів лікарям за кожний вилікований випадок. Результативність проекту – 98% успішності лікування чутливого туберкульозу.

8. **Неформальні платежі** лікарям, персоналу ПТЗ за різного роду поблажки: можливість поїхати додому, лежати в кращій палаті, можливість отримувати ліки раз на тиждень під час амбулаторного лікування, добавку до їжі тощо; поширена неформальна оплата миючих засобів тощо.

*«Если я хочу лежать с комфортом, я плачу деньги... Берут деньги за отдельную двухместную палату, где туалет и ванная своя, за свет платил. В областном в палате, где телевизор и холодильник, то мы платили за свет. ...Мелкая коррупция есть.»* ФГ ЛТБ, Дніпро

*«Коли лягаєш на стаціонар, треба сплатити внесок 400 грн для закупівлі паперових рушників, миючих засобів тощо.»* ФГ ЛТБ, Рівне

9. **Відсутність належної матеріальної, грошової підтримки пацієнтів** державою.
10. **Відсутність соціально-психологічного супроводу**, спрямованого на підтримку прихильності до лікування для пацієнтів, не залучених до таких програм, коштом міжнародних організацій.
11. **Затримки з постачанням окремих лікарських засобів у Національному інституті фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України** через недосконалість законодавства про публічні закупівлі та несвоєчасну організацію тендерів Інститутом.

*«...лечилась в Киеве в Яновского [в 2015–2017 гг.], Институт был в крахе. Все пациенты большинство препаратов 2-го ряда покупали за свои деньги (уходило до 5 тыс. грн в месяц). Через 8 мес перевелась в Краматорск и тут уже было все бесплатно. Краматорск в сравнении с Киевом – это небо и земля.»* ФГ ЛТБ, Краматорськ

12. **Недостатня доступність препаратів нового покоління** – бедаквіліну і деламаніду – для лікування пацієнтів з РР ТБ.
13. **Віддаленість місця видачі ЛЗ і пов'язані транспортні витрати** грошей та часу, пов'язані з процесом лікування під час амбулаторної фази (ФГ ЛЖВ, Київ).

*«Когда пьешь 2-ой ряд [ліки проти МР ТБ], ...у человека элементарно нет сил ездить каждый день за лекарствами. Просыпаешься утром, весь мокрый, тебя рвет, ты три дня есть не можешь и надо ехать через весь город за лекарствами, сил нет.»* ФГ, Київ

14. **Низька доступність та якість паліативної допомоги**. На думку експерта НУО, ТБ-спільноти, потрібно поліпшити доступність паліативної допомоги людям з ТБ. «Кілька років тому на термінальних стадіях

7–8 тисяч чоловік потребували такої хоспісної допомоги. На сьогоднішній день є всього лише кілька палат в декількох диспансерах, які до кінця не обладнано для такої допомоги.» Паліативні відділення перебувають у запущеному стані та потребують ремонту. На думку юриста-правозахисника, пацієнти з ТБ на паліативній допомозі не отримують належного роз'яснення, соціально-психологічного супроводу.

Експерти зазначають досить низький показник лікування чутливого туберкульозу в Україні – 70%, що пов'язано, на їхню думку, з високим рівнем відривів від лікування. Серед чинників, які призводять до переривання лікування, учасники фокус-груп та експерти зазначили:

- нерозуміння важливості повного завершення лікування;
- небажання кардинально змінювати звичне життя у зв'язку з госпіталізацією на півроку і довше та необхідність заробляти на життя;
- важкі побічні реакції від ПТП, особливо у пацієнтів з резистентною формою ТБ, тощо.

У контексті прихильності експерти зазначали важливість соціального супроводу для заохочення прихильності, роздачу харчових наборів, виплату бонусів за кожен день або тиждень успішного лікування тощо.

## РЕКОМЕНДАЦІЇ

### **Міністерству охорони здоров'я, Міністерству фінансів, Кабінету Міністрів і Верховній Раді:**

- 1. Включити препарати для лікування побічних реакцій у державні програми відшкодування вартості лікарських засобів.**
- 2. Розробити нормативні пропозиції щодо об'єднання закупівель ПТП коштом МОЗ, ДКВС і НАМН в одному тендері через гармонізацію номенклатур та об'єднання обсягів для отримання максимально вигідних умов від постачальників.**

### **Міністерству охорони здоров'я, Міністерству соціальної політики, Міністерству фінансів, Кабінету Міністрів і Верховній Раді:**

- 3. Передбачити грошову підтримку людям з ТБ з малозабезпечених верств населення для підвищення прихильності до лікування.**
- 4. Розширити державне фінансування видачі продуктових пайків, коштів на харчування, на проїзд до лікарні людям з ТБ з малозабезпечених верств населення, базуючись на попередньому опитуванні потреб малозабезпеченої особи.**

### **Міністерству охорони здоров'я:**

- 5. Здійснити оцінку імплементації протитуберкульозними закладами наказу МОЗ 29.12.2016 № 1422 щодо медичної допомоги дітям, хворим на туберкульоз з використанням міжнародних або іноземних клінічних настанов.**

**Міністерству охорони здоров'я, органам місцевого самоврядування, протитуберкульозним закладам:**

- 6. Поліпшити санітарно-гігієнічні умови перебування в ПТЗ, харчування тощо за рахунок реформування мережі ПТЗ, раціонального та прозорого використання коштів.**
- 7. Впроваджувати механізми виплати лікарям ПМД і ПТЗ бонусів за ведення або успішне вилікування кожного випадку туберкульозу під час стаціонарного та амбулаторного лікування за рахунок коштів державного бюджету.**
- 8. Забезпечити розповсюдження в ПТЗ брошур для ЛТБ для підвищення розуміння процесу діагностики й лікування та підвищення прихильності до лікування.**

## Інфекційний контроль

Ключові інформатори зазначають, що проблема інфекційного контролю тісно пов'язана з неправильним розумінням способів передачі туберкульозу. Нормативна база та деякі заходи, які вживають, для інфекційного контролю (дезінфекція поверхонь, посуду, білизни тощо), ґрунтуються на застарілому розумінні епідеміології туберкульозу, а на сьогодні вважають, що епідеміологічну небезпеку становить лише повітряний спосіб передачі збудника туберкульозу.

Через застарілі будівлі, неінвестування ресурсів у поліпшення приміщень для посилення інфекційного контролю нині поширене змішування пацієнтів з різними формами резистентності в одній палаті (експерти повідомили про випадки розміщення до 21 пацієнта в одній палаті), відсутність одномісних палат.

*«Украина единственная страна в мире, в которой ежегодно регистрируется от 300 до 500 случаев профзаболеваемости среди медработников. Но у нас за все время не доказан ни один случай внутрибольничного инфицирования. У нас выявлено уже 1200 случаев XDR... Сейчас у нас уничтожена полностью в Украине система инфекционных больниц, нет у нас инфекционных боксированных отделений или полубоксов.»* експерт НУО, Київ

*«Первое время неделю-две пребывания в стационаре все пациенты с внелегочной формой и легочной, как открытой и закрытой формой, могут находиться в одной общей палате, до момента уточнения диагноза.»* ФГ ЛТБ, Миколаїв

Невдача інфекційного контролю не тільки шкодить здоров'ю пацієнтів, а й не дає змоги зупинити епідемію туберкульозу і призводить до підвищення вартості лікування, оскільки вартість лікування МР ТБ уп'ятеро і більше разів вища за вартість лікування чутливого туберкульозу.

Експерт з НУО також зазначив невідповідність і застарілість державних будівельних стандартів для медичних закладів, стандартів інфекційного контролю та санітарних норм міжнародним стандартам і необхідність увідповіднення їх найкращим міжнародним практикам.

Неефективною практикою є вкладання коштів у дезінфекцію приміщень, невідповідних моделей (напр., неекрановані ультрафіолетові лампи) або в недостатній кількості ультрафіолетових ламп, респіраторів, без застосування фіт-тесту.

Усупереч чинним положенням Стандарту інфекційного контролю за ТБ<sup>217</sup> не забезпечено належного адміністративного контролю. Так, хоча у протитуберкульозних закладах затверджують плани інфекційного контролю за ТБ, однак вони не передбачають детальних заходів, не підкріплені належним фінансуванням. Приблизно у половині протитуберкульозних закладів виділення зон різного ступеня ризику має умовний характер. Протитуберкульозні заклади оснащені небезпечними для людей УФО-лампами відкритого типу, а екрановані УФО-лампи наявні лише у 56% протитуберкульозних закладів<sup>218</sup>. 2016 р. рівень забезпеченості ними був менше 20,2% законодавчо встановленого<sup>219</sup>.

Тимчасом Стандарт інфекційного контролю за ТБ встановлює вимогу забезпечити не менше 90% протитуберкульозних ЗОЗ такими бактерицидними лампами<sup>220</sup>. «У більшості протитуберкульозних стаціонарів відсутні боксовані палати, не здійснено суворого розмежування хворих згідно з профілем тесту медикаментозної чутливості, не розподілено потоків хворих за їх епідемічною небезпекою, що наражає працівників протитуберкульозних закладів на ризик захворювання на ТБ та сприяє повторному інфікуванню хворих»<sup>221</sup>.

Зокрема не дотримуються встановлені Стандартом інфекційного контролю за ТБ вимоги індивідуального захисту органів дихання<sup>222</sup>. Так, 2016 р. у 92,8% із 95% протитуберкульозних закладів, передбачених Стандартом інфекційного контролю за ТБ, використовували «респіратори в зонах високого ризику/під час проведення процедур високого ризику»<sup>223</sup>. «Показник охоплення медпрацівників, які пройшли тестування на щільність прилягання респіратора протягом р., в середньому в Україні у 2013–2016 роках був на 18,8%, 13,4%, 22,9%, 22% відповідно менший, ніж визначено Стандартом»<sup>224</sup>. До того ж Законом України «Про протидію захворюванню на туберкульоз» передбачено, що «власники або уповноважені ними керівники закладів охорони здоров'я, в яких надається медична допомога хворим на туберкульоз, зобов'язані забезпечити працівників зазначених закладів необхідними засобами захисту»<sup>225</sup>.

У протитуберкульозних закладах не забезпечують належного контролю за станом повітря закритих приміщень, визначеного Стандартом інфекційного контролю за ТБ<sup>226</sup>: «індикатор (90%) щодо забезпе-

<sup>217</sup> Стандарт інфекційного контролю за ТБ в лікувально-профілактичних закладах, місцях довгострокового перебування людей та проживання хворих на туберкульоз, затверджений наказом МОЗ України від 18.08.2010 р. № 684, розділ II.

<sup>218</sup> <https://health.unian.ua/worldnews/2072741-v-ukrajini-schoroku-na-tuberkuloz-zarajayutsya-blizko-500-medikiv.html>

<sup>219</sup> Звіт про результати аудиту ефективності використання коштів державного бюджету на здійснення заходів Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки, затверджений рішенням Рахункової палати від 11.04.2017 № 9-1, ст. 21.

<sup>220</sup> Стандарт інфекційного контролю за ТБ в лікувально-профілактичних закладах, місцях довгострокового перебування людей та проживання хворих на туберкульоз, затверджений наказом МОЗ України від 18.08.2010 р. № 684, розділ VIII, п. 8.2.

<sup>221</sup> Звіт про результати аудиту ефективності використання коштів державного бюджету на здійснення заходів Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки, затверджений рішенням Рахункової палати від 11.04.2017 № 9-1, ст. 22.

<sup>222</sup> Стандарт інфекційного контролю за ТБ в лікувально-профілактичних закладах, місцях довгострокового перебування людей та проживання хворих на туберкульоз, затверджений наказом МОЗ України від 18.08.2010 р. № 684, розділ III, п. 3.5. та розділ VIII, п. 8.2.

<sup>223</sup> Звіт про результати аудиту ефективності використання коштів державного бюджету на здійснення заходів Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки, затверджений рішенням Рахункової палати від 11.04.2017 № 9-1, ст. 21.

<sup>224</sup> Там само.

<sup>225</sup> Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», ст. 23, ч. 4.

<sup>226</sup> Стандарт інфекційного контролю за ТБ в лікувально-профілактичних закладах, місцях довгострокового перебування людей та проживання хворих на туберкульоз, затверджений наказом МОЗ України від 18.08.2010 р. № 684, розділ VIII, п. 8.2.

ності зон високого ризику вентиляційними системами не досягнуто жодним регіоном України»<sup>227</sup>. У 2013–2016 роках оснащеність цих закладів засобами інженерного контролю становила «відповідно 36,7%, 56%, 57,1% і 66,8%, або на 23,3%, 14%, 22,9% і 23,2% менше, ніж передбачено Програмою»<sup>228</sup>. Це порушує права працівників на безпечні і здорові умови праці.

Крім того, «показник щодо кількості закладів ПМД, що відповідають вимогам інфекційного контролю, обл(міськ)держадміністраціями у 2013–2016 роках не досягнуто: його виконання становить відповідно 59,2%, 64%, 73,7%, 72,6%, або на 0,8%, 6%, 6,3% і 17,4% менше, аніж передбачено Програмою»<sup>229</sup>.

## РЕКОМЕНДАЦІЇ

### Міністерству охорони здоров'я:

1. **Забезпечити увідповіднення міжнародним стандартам державні будівельні норми для медичних закладів, стандарти інфекційного контролю та санітарні норми.**
2. **Затвердити державну стратегію антибактеріорезистентності та її виконання.**
3. **Підвищити обізнаність щодо кращих практик інфекційного контролю головних лікарів протитуберкульозних закладів і стимулювати їх поліпшувати інфекційний контроль у ПТЗ.**
4. **Стимулювати медичні заклади до створення боксованих палат або одномісних палат з належною системою вентиляції, які відповідатимуть стандартам інфекційного контролю, через конкурентні умови договорів на фінансування послуг, які укладатимуть з протитуберкульозними закладами та інфекційними лікарнями.**
5. **Передбачити в нормативних актах можливості поставлення діагнозу: «внутрішньолікарняна інфекція».**
6. **Здійснювати моніторинг дотримання прив'язки ліцензування медичної діяльності ПТЗ до дотримання стандартів інфекційного контролю.**

### Міністерству охорони здоров'я, органам місцевого самоврядування, протитуберкульозним закладам:

7. **Забезпечити належний розподіл потоків людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ для уникнення перехресного та внутрішньолікарняного інфікування.**
8. **Забезпечити оптимізацію ліжкового фонду протитуберкульозних закладів до одномісного перебування пацієнта в палаті.**

<sup>227</sup> Звіт про результати аудиту ефективності використання коштів державного бюджету на здійснення заходів Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки, затверджений рішенням Рахункової палати від 11.04.2017 № 9-1, ст. 22.

<sup>228</sup> Там само.

<sup>229</sup> Там само.

## Поширення МР ТБ і РР ТБ

Згідно з опитуванням експертів НУО, експерта ВОЗ проблема поширення мультирезистентного туберкульозу та туберкульозу з розширеною резистентністю дуже складна в Україні, бо система протитуберкульозної допомоги не здатна запобігти внутрішньолікарняній інфекції. Тому хоча захворюваність на чутливий туберкульоз поступово знижується, МР-ТБ частка дуже висока і результати протидії МР-ТБ недостатньо ефективні.

На думку експерта НУО, на сьогодні юридично неможливо поставити діагноз «внутрішньолікарняна інфекція» через неправильний переклад в українській версії міжнародної кваліфікації хвороб. Це призводить до неможливості звертатися до суду для відшкодування шкоди, завданої в медичному закладі через внутрішньолікарняне зараження резистентною формою туберкульозу.

Однією з потенційних причин поширення МР ТБ і РР ТБ може бути призначення консилиумами лікарів схем лікування не за протоколом. На думку експерта громадського здоров'я, до консилиумів можуть входити лікарі, які вже не практикують лікування, та колективне прийняття рішення консилиумом знімає відповідальність з лікуючого фтизіатра під час перевірок.

Варто зазначити, що закупівлі препаратів для лікування МР ТБ і РР ТБ частково здійснюються за рахунок коштів Глобального фонду та інших донорів. Враховуючи, що 2020 р. проект Глобального фонду закінчиться в Україні, питання переходу на державне фінансування таких закупівель дуже актуальне.

### РЕКОМЕНДАЦІЇ

#### Міністерству охорони здоров'я:

1. **Посилити контроль за дотриманням протоколів у ЗОЗ щодо призначення лікування та скасувати практику централізованого затвердження діагнозу й призначення лікування центральною лікарською консультативною комісією, окрім випадків РР ТБ і ризику РР ТБ.**
2. **Впроваджувати ширше застосування бедаквіліну й деламаніду з чітким дотриманням протоколів лікування та стандартів інфекційного контролю.**

## Соціальний і психологічний супровід

Для підвищення прихильності до лікування лікарі ПМД повинні сприяти соціально-психологічній підтримці пацієнтів, здійснюючи консультування, переадресовувати до психолога за потребою. Однак, за інформацією опитаних експертів, через перевантаженість сімейних лікарів, страх інфікуватися, невідповідність такі функції виконують неналежним чином, а фтизіатри не хочуть передавати ці функції.



На думку більшості опитаних експертів НУО, лікарів-фтизіатрів, на сьогодні соціально-психологічний супровід щодо забезпечення державою прихильності пацієнтів до лікування відсутній. Більшість послуг із соціального супроводу надають НУО коштом Глобального фонду та інших донорів, що створює ризики для стійкості таких послуг 2021 р., коли фінансування Глобальним фондом закінчиться.

Цікавий досвід щодо грошового стимулювання прихильності до лікування. Зокрема Фонд Рината Ахметова впроваджував проект у Краматорську, який порівнював надання продовольчого пайка і надання грошової допомоги (300 грн на пацієнта в місяць за успішне лікування). Ефективність лікування пацієнтів у цьому проекті була вища, аніж в інших проектах, з яким його порівнювали. Рівень ефективного лікування сягав вище 70%. Варто зважати, що це була група ризику з кількома проблемами, фактично до цього проекту було залучено всіх, хто був не особливо надійний. Відповідно гроші мотивують людину куди краще від продуктового набору, навіть якщо це 300 грн.

Нормативні документи, які регламентують роботу соціальних служб, нині не дають їм змоги надавати парамедичні послуги. У функціонал соціальних працівників, наприклад, не входить первинний скринінг.

На думку експерта НУО ТБ-спільноти, функції соціального та психологічного супроводу в розвинених країнах передають НУО, тому важливо розробити і налагодити прозорі механізми бюджетування та фінансування державними та місцевими коштами проектів НУО із соціальної та психологічної підтримки людей з ТБ і стимулювати їх використання НУО. У цьому контексті один з експертів запропонувала розробити та впровадити координаційний механізм спільного планування заходів, бюджетування та імплементації за участі місцевих органів самоврядування, протитуберкульозних закладів, НУО та спільноти людей, які перехворіли на ТБ. На думку опитаних експертів, також доцільно запровадити посади психолога у протитуберкульозних закладах. У світлі скасування 2017 р. Наказу МОЗ для запровадження ставок психолога та соціального працівника у медичних закладах відсутні. Однак, як зауважила експертка у сфері фтизіатрії, важко знайти спеціалістів, оскільки існує страх серед психологів, необізнаність про способи передачі ТБ і що не від будь-якого пацієнта можна заразитися.

## РЕКОМЕНДАЦІЇ

**Міністерству охорони здоров'я, Міністерству соціальної політики, Міністерству фінансів, Кабінету Міністрів і Верховній Раді:**

1. **Усунути правові бар'єри для надання соціальним працівникам державних соціальних служб і НУО парамедичних послуг, таких як передача препаратів, скринінг на туберкульоз тощо.**

**Міністерству охорони здоров'я:**

2. **Включити в програмні та нормативні документи щодо протидії туберкульозу компонент соціальної і психологічної підтримки та формування прихильності до лікування.**

**Міністерству охорони здоров'я, органам місцевого самоврядування, протитуберкульозним закладам:**

3. **Залучати НУО до доставки лікарських засобів на амбулаторній моделі лікування для ЛЖВ та інших груп, яким складно отримувати щоденно лікування чи існує ризик неприхильності до лікування.**
4. **Розширити програми підтримки пацієнтів за принципом «рівний-рівному». Люди, які перехворіли ТБ і ВІЛ, можуть ділитися своїм досвідом лікування, таким чином знімаючи страхи і незнання пацієнтів; підтримувати групи взаємодопомоги для людей, які хворіють на ТБ.**
5. **Налагодити прозорі механізми бюджетування та фінансування державними та місцевими коштами проектів НУО із соціального супроводу та підтримки людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ, а також їхніх сімей на критеріях оцінки індивідуальних потреб і стимулювати їх використання НУО.**

**Місцевим органам виконавчої влади, органам місцевого самоврядування, протитуберкульозним закладам:**

6. **Використовувати наявні координаційні ради з протидії ТБ на обласному рівні або впровадити координаційні механізми (у разі відсутності місцевої координаційної ради) для спільного планування заходів, бюджетування та імплементації за участі місцевих органів самоврядування, протитуберкульозних закладів, НУО та спільноти людей, які перехворіли на ТБ.**

## Тривалість госпіталізації та амбулаторне лікування

Як вказує завідувача відділу профілактики та нагляду за туберкульозом ЦГЗ МОЗ України Я. Тарлеєва, «в Україні середня тривалість госпіталізації хворих 1,5 міс (43 дні) для чутливого ТБ і 5 міс (146 днів) для ТБ зі стійкістю до препаратів»<sup>230</sup>. Водночас НУО повідомляють, що така тривала госпіталізація спричиняє поширення ТБ, зокрема більш стійких форм, а саме МР ТБ, серед людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ через їх перехресне внутрішньолікарняне інфікування. Це пов'язано з тим, що більшість протитуберкульозних ЗОЗ не відповідають вимогам санітарно-епідеміологічного нагляду та інфекційного контролю, зокрема не мають належної системи вентиляції, навіть встановлених УФО-ламп здебільшого не включають, більшість лікарів у таких ЗОЗ не забезпечено необхідними засобами захисту. Тимчасом «стійкість до лікарських засобів визнають «серйозною загрозою глобальному прогресу у сфері профілактики і лікування ТБ»<sup>231</sup>.

За даними фокус-групових обговорень, лікарі в протитуберкульозних закладах часто не інформують пацієнтів про можливість отримувати лікування амбулаторно або не схильні вчасно переводити на амбулаторне лікування.

<sup>230</sup> <http://moz.gov.ua/article/news/efektivne-likuvannja-tuberkulozu-ambulatorne-chi-stacionarne>

<sup>231</sup> Стратегія ВООЗ «Покласти край ТБ». Глобальна стратегія та цілі щодо профілактики ТБ, догляду та контролю після 2015 р., ст. 11.

*«Врачи не стремятся перевести на амбулаторное лечение даже после длительного пребывания в стационаре (после 6 месяцев). Были отдельные случаи, когда больные сами выпрашивали себе возможность перевестись на псевдоамбулаторное лечение (за месяц-два до окончания лечения переезжали домой и ездили каждый понедельник на обход) или амбулаторное лечение. Но сами врачи про это не говорят и не предлагают.»* ФГ ЛТБ, Рубіжне

*«Уволился с работы, узнав, какое длительное лечение.»* ФГ ЛТБ, Рубіжне

Деякі учасники фокус-груп зазначали, що їм відомо, що лише в окремих випадках можуть застосовувати амбулаторну форму лікування (позалегенева форма ТБ, закрита форма туберкульозу тощо).

Відповідно до законодавства України госпіталізація – вміщення особи, хворої на туберкульоз, або особи, стосовно якої існує підозра захворювання на туберкульоз, до стаціонарного відділення протитуберкульозного закладу для діагностики, лікування чи ізоляції<sup>232</sup>.

Відповідно до Закону України «Про протидію захворюванню на туберкульоз» «медична допомога хворим на ТБ надається амбулаторно або в умовах стаціонару протитуберкульозного закладу відповідно до» затверджених клінічних протоколів лікування<sup>233</sup> за умови надання ними або їхніми законними представниками/підлежальниками інформованої згоди та письмового попередження про «необхідність і умови дотримання протиепідемічного режиму»<sup>234</sup>.

«Хворим на заразні форми ТБ забезпечується госпіталізація до протитуберкульозних закладів»<sup>235</sup>, у разі відмови від якої «їх лікування може проводитися амбулаторно за можливості їх ізоляції в домашніх умовах»<sup>236</sup>.

Клінічний протокол лікування ТБ у дорослих передбачає лікування з дотриманням вимог інфекційного контролю пацієнтів 1, 2, 3 категорій в амбулаторних умовах «за умов відсутності бактеріовиділення та клінічних показань до госпіталізації на 6 міс»<sup>237</sup>. «Лікування хворих на МР ТБ в ІФ проводять у закладах третинної медичної допомоги, які мають відділення МР ТБ»<sup>238</sup>. «Госпіталізація не є обов'язковою для пацієнтів, що лікуються за категорією 4, якщо у таких пацієнтів є можливість забезпечити якісний прийом ПТП в амбулаторних умовах за принципами ДОТ. Однак більшість пацієнтів категорії 4 отримують лікування в стаціонарних умовах»<sup>239</sup>.

Так, Додаток 12 до клінічного протоколу лікування ТБ у дорослих закріплює вичерпний перелік показань для госпіталізації<sup>240</sup>, серед яких «легеневий ТБ з позитивним результатом дослідження мазка мокротиння методом бактеріоскопії» з приміткою, що люди з таким ТБ можуть лікуватися вдома за дотримання вимог ін-

<sup>232</sup> Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», ст. 1.

<sup>233</sup> Там само, ст. 10, ч. 1.

<sup>234</sup> Там само, ст. 10, ч. 2.

<sup>235</sup> Там само, ст. 10, ч. 4.

<sup>236</sup> Там само, ст. 10, ч. п'ята.

<sup>237</sup> Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим туберкульоз, затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 04.09.2014 р. № 620, розділ 3.3., п. 4; розділ 3.4., п. 5; розділ 3.5., п. 1.

<sup>238</sup> Там само, розділ 3.5., п. 1.

<sup>239</sup> Там само, розділ 3.4., п. 5; розділ 3.5., п. 1.

<sup>240</sup> Додаток 12 до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Туберкульоз», затвердженого наказом МОЗ України від 04.09.2014 р. № 620.

фекційного контролю<sup>241</sup>; «важкий клінічний стан хворого»<sup>242</sup>, «ускладнення ТБ строго до припинення даних станів»<sup>243</sup>, «адаптація режиму хіміотерапії для хворих, що мають супутні захворювання»<sup>244</sup>, «діагностика та лікування виражених побічних реакцій»<sup>245</sup>, «хірургічне лікування при неефективності АБП»<sup>246</sup>. «Термін госпіталізації не може перевищувати тривалість інтенсивної фази для хворих 1-3 категорії. Хворі 4 категорії мають бути виписані для амбулаторного лікування після припинення бактеріовиділення за мазком та/або досягнення задовільної переносимості ХТ.»<sup>247</sup>. Вказане узгоджується з положенням Стратегії ВООЗ «Покласти край ТБ» про те, що госпіталізація повинна «обмежуватись складними випадками»<sup>248</sup>.

Міжнародні стандарти ВООЗ встановлюють пріоритет амбулаторного або домашнього контрольованого лікування перед госпіталізацією людей з активним ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ, навіть людей із МР ТБ<sup>249</sup>. Це разом із переходом на пацієнто-орієнтований підхід лікування ТБ<sup>250</sup> сприяє, зокрема у країнах Європи<sup>251</sup>, зменшенню витрат на лікування і, відповідно, забезпеченню більшої кількості людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ необхідною медичною допомогою<sup>252</sup> та усуває «бар'єр до належного доступу до лікування МР ТБ»<sup>253</sup>. Водночас такий контроль допускають здійснювати не лише за фізичної присутності лікаря, а й під відеонаглядом, якщо технології це дозволяють<sup>254</sup>.

Для людей, які живуть з ВІЛ, тривала госпіталізація без належних причин підвищує ризик внутрішньолікарняного інфікування та неуспішності лікування, тому належне впровадження амбулаторної форми лікування для такої категорії пацієнтів особливо важливе. Новий проект протоколу передбачає амбулаторну форму лікування для людей, які живуть з ВІЛ<sup>255</sup>.

Переважна більшість опитаних експертів НУО, міжнародних організацій наголосили на необхідності ширшого впровадження амбулаторного лікування. Однак існує супротив з боку фтизіатрів для впровадження амбулаторної моделі. Нормативні акти, які встановлюють відповідні правила щодо виписування пацієнтів, які припинили бактеріовиділення, зі стаціонару чи щодо негоспіталізації пацієнтів без відкритої форми туберкульозу, лікарі ПТЗ не виконують на практиці. У деяких регіонах відсутня амбулаторна форма лікування через заклади ПМД, наприклад, у Дніпрі.

Експерт громадського здоров'я зазначила, що велике значення для імплементації нових моделей, включаючи амбулаторну, відіграє виконання їх на місцях органами місцевого самоврядування, регіональними

<sup>241</sup> Там само, п. 1.

<sup>242</sup> Там само, п. 2.

<sup>243</sup> Там само, п. 3.

<sup>244</sup> Там само, п. 4.

<sup>245</sup> Там само, п. 5.

<sup>246</sup> Там само, п. 6.

<sup>247</sup> Там само, п. 6.

<sup>248</sup> Стратегія ВООЗ «Покласти край ТБ». Глобальна стратегія та цілі щодо профілактики ТБ, догляду та контролю після 2015 р., ст. 11.

<sup>249</sup> ВООЗ. Рекомендації з лікування медикаментозно-чутливого ТБ і догляду за пацієнтами з ТБ, 2017, оновлена версія, ст. 29; ВООЗ. Керівництво з програмного ведення медикаментозно-стійкого ТБ, 2011.

<sup>250</sup> Там само.

<sup>251</sup> ВООЗ. Глобальний звіт щодо ТБ, 2016, с. 11.

<sup>252</sup> Там само, с. 119.

<sup>253</sup> Там само, с. 85.

<sup>254</sup> ВООЗ. Рекомендації з лікування медикаментозно-чутливого ТБ і догляду за пацієнтами з ТБ, 2017, оновлена версія, ст. 21.

<sup>255</sup> Згідно з інформацією, отриманою під час інтерв'ю від одного з учасників робочої групи, яка працює над новим протоколом з лікування туберкульозу.

управліннями охорони здоров'я. Зокрема деякі регіони виключно на прикладі свого політичного рішення на рівні області або ПТЗ уже зараз без впроваджених нових механізмів фінансування, без реформування системи охорони здоров'я та ТБ служби для себе приймають політичне рішення і непрофільних хворих не госпіталізують, як це зробили в Сумській області.

Для стимулювання дедалі більшого впровадження амбулаторної моделі на місцях важливо впроваджувати відповідні фінансові правила для ПТЗ, які б стимулювали лікування в амбулаторних умовах. Однак в умовах щоденного DOT віддаленість місць надання амбулаторного лікування може бути суттєвим бар'єром, через погане самопочуття та транспортні витрати, тому надання послуг з амбулаторного лікування на рівні ПМД особливо важливе, оскільки дасть змогу наблизити послугу до людей з ТБ.

## РЕКОМЕНДАЦІЇ

**Міністерству охорони здоров'я, органам місцевого самоврядування, протитуберкульозним закладам:**

- 1. Забезпечити пріоритет амбулаторного та домашнього контрольованого лікування людей з ТБ, обмежуючи стаціонарне лікування складними випадками. Розширити амбулаторне лікування на рівні ПМД.**
- 2. Впровадити компонент щодо амбулаторного лікування туберкульозу в додипломне та післядипломне навчання лікарів ПМД.**
- 3. Розширювати дистанційні моделі ДОТ-терапії, такі як відео-ДОТ, що дасть змогу поліпшити якість життя пацієнтів, зменшити стигму та поліпшити їхню прихильність до лікування, і до того ж забезпечить більш адекватний контроль за прийомом ліків хворим.**

## Електронна медична документація, реєстри хворих

2015 р. Уповноважений з прав людини повідомив про випадки втрати конфіденційної інформації у паперовій формі, доступу до неї несанкціонованих осіб, зокрема за неправомірними запитами, неналежний «облік операцій із персональними даними медичного характеру» ЗОЗ, несистемний підхід до обробки персональних даних ЗОЗ, а також паралельне заповнення даних про пацієнтів у паперові та електронні носії<sup>256</sup>. НУО підтвердили існування таких проблем і на сьогодні.

На виконання міжнародних вимог<sup>257</sup> і задля уникнення таких порушень в Україні поступово впроваджують централізовані електронні медичні реєстри.

<sup>256</sup> Щорічна доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини про стан дотримання та захисту прав і свобод людини і громадянина в Україні, 2015, ст. 239-242.

<sup>257</sup> Цифрове здоров'я для Стратегії «Покласти край ТБ»: Програма дій. ВООЗ. 2015, ст. 14.

Відповідно до Закону України «Про протидію захворюванню на туберкульоз» інформацію стосовно хворих на ТБ можуть вносити до відповідного реєстру з дотриманням законодавства України у сфері захисту персональних даних і затвердженому МОЗ України порядку (ч. 2 ст. 16). Цей порядок затверджено наказом МОЗ України та визначає процедуру ведення такого реєстру ТБ на центральному, обласному та районному рівнях ЗОЗ, які діагностують і лікують ТБ<sup>258</sup>. До нього вносять таку інформацію: відомості з електронної картки хворого на туберкульоз; протитуберкульозний заклад, у якому хворому на ТБ надано медичну допомогу; вид наданої хворому на ТБ медичної допомоги; лікарські засоби та вироби медичного призначення, закуплені для лікування хворого коштом державного та місцевих бюджетів<sup>259</sup>.

Загалом цей порядок відповідає вимогам законодавства України у сфері захисту персональних даних. Наприклад, встановлює обов'язкове призначення користувачів із працівників протитуберкульозного закладу, уповноважених на ведення реєстру та зобов'язаних відповідно до наказу не розголошувати конфіденційні дані з нього; визначає заходи від несанкціонованого доступу сторонніх осіб тощо. Однак у ньому не встановлено терміни зберігання інформації про людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ. Він визначає передумовою для внесення відомостей про людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ до реєстру отримання згоди пацієнта на обробку персональних даних за формою, затвердженою наказом МОЗ України від 14 лютого 2012 р. № 110. У кодованому вигляді персональні дані можна внести лише у разі відмови людини від підписання інформованої згоди. Варто зауважити, що відповідну стандартизовану форму було скасовано 2014 р.<sup>260</sup> за вимогою Уповноваженого<sup>261</sup> через порушення принципу добровільності згоди та наявності законної підстави для обробки таких персональних даних без згоди людини<sup>262</sup>. Таким чином, на сьогодні всі персональні дані про людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ потрібно знеособлювати до внесення їх до реєстру, що також є одним із видів обробки персональних даних. На практиці згоду на обробку персональних даних продовжують відбирати, але вже у не стандартизованому вигляді.

На 01.06.2017 р. до «реєстру хворих ТБ» на базі e-TB Manager фахівцями фтизіатричної служби України внесено «270 969 випадків, із них закладами, що перебувають у підпорядкуванні МОЗ України, – 26 609, Міністерству юстиції України – 7010, Міністерству оборони України – 168, Інституту фтизіатрії та пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України – 83». Проблемним питанням залишається недостатня відповідність електронної інформації її аналогам на фізичних носіях. Так, ЦГЗ повідомляє про недостатню якість веденої інформації «у закладах Черкаської (79,7%), Львівської (78,6%) Луганської (77,4%) областей і ДКВС України (62,9%), Міністерства оборони України (0%)»<sup>263</sup>.

<sup>258</sup> Порядок ведення реєстру хворих на туберкульоз, затверджений наказом МОЗ України від 19.10.2012 р. № 818, розділ VI, п. 1.1 та 1.2.

<sup>259</sup> Там само, розділ VI, п. 6.1.-6.4.

<sup>260</sup> На підставі наказу МОЗ від 08.08.2014 р. № 549.

<sup>261</sup> Подання Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини від 02.06.2014 р. № 1-1014/14-105.

<sup>262</sup> Щорічна доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини про стан дотримання та захисту прав і свобод людини і громадянина в Україні за 2016 рік, 2017, ст. 85: «обробка персональних даних пацієнтів для проведення діагностики та лікування, необхідна в цілях охорони здоров'я, встановлення медичного діагнозу, для забезпечення піклування чи лікування або надання медичних послуг за умови, що такі дані обробляються медичним працівником або іншою особою закладу охорони здоров'я, на якого покладено обов'язки щодо забезпечення захисту персональних даних та на якого поширюється законодавство про лікарську таємницю, здійснюється на підставі п. 6 ч. 2 ст. 7 Закону України "Про захист персональних даних"».

<sup>263</sup> [https://phc.org.ua/pages/diseases/tuberculosis/register\\_of\\_patients](https://phc.org.ua/pages/diseases/tuberculosis/register_of_patients)

У тестовому режимі на первинній ланці надання медичної допомоги впродовж 2018 року буде функціонувати електронна система охорони здоров'я eHealth<sup>264</sup>. Її запровадження на офіційному рівні передбачено статтею 11 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», який набуде чинності у цій частині 30.01.2018 р. Зокрема порядок її функціонування повинен затвердити «КМУ з урахуванням вимог законодавства про захист персональних даних»<sup>265</sup>. Водночас у системі наразі немає чутливих персональних даних, зокрема даних про стан здоров'я. Для них заплановано розробити модуль і нормативне регулювання щодо порядку його функціонування. Інші особи зможуть отримати доступ до такої системи лише за умови згоди пацієнта, «наявності ознак прямої загрози життю пацієнта; за умови неможливості отримання згоди такого пацієнта чи його законних представників (до часу, коли отримання згоди стане можливим); за рішенням суду»<sup>266</sup>.

Наразі обробку персональних даних у системі eHealth на місцевому рівні здійснюють приватні юридичні особи. Наприклад, у Києві до реєстру підключено електронну медичну систему HELSI, дані в якій обробляє заснована двома приватними особами ТОВ «ХЕЛСІ ЮА»<sup>267</sup>. Серед зобов'язань, передбачених щодо обробки таких чутливих даних, як персональні дані про стан здоров'я, відомо, що ця приватна компанія повідомляє про їх обробку Уповноваженому.

Незважаючи на це, обробка персональних даних у електронних системах охорони здоров'я приватними суб'єктами навіть у тестовому режимі суперечить і чинному законодавству України, і не узгоджується з міжнародними зобов'язаннями України. На підставі ч. 3 ст. 3 Закону України «Про захист персональних даних» обробку персональних даних від імені МОЗ України як володільця цих персональних даних може здійснювати лише підприємство державної або комунальної форми власності, що належить до сфери його управління. Про неприпустимість передачі персональних даних електронного реєстру пацієнтів «як в ході його повноцінного функціонування, так і в ході тестового запуску» приватним ІТ-компаніям прямо зазначав 2015 р. Уповноважений<sup>268</sup>. Міжнародні стандарти також передбачають, що ведення подібних реєстрів повинен здійснювати саме уряд, без залучення приватних адміністраторів та операторів для запобігання необґрунтованому втручанню в особисте життя пацієнтів через доступ до чутливих персональних даних.

## РЕКОМЕНДАЦІЯ

### Міністерству охорони здоров'я:

- 1. Увідповіднити Порядок ведення реєстру хворих на туберкульоз, затверджений наказом МОЗ України від 19.10.2012 р. № 818, чинному законодавству України у сфері персональних даних.**

<sup>264</sup> Наказ МОЗ України від 07.09.2017 р. № 1060 «Про тестування компонентів електронної системи обміну медичною інформацією, необхідних для запуску нової моделі фінансування на первинному рівні надання медичної допомоги»; Наказ виконавчого директора Transparency International Україна від 30.11.2017 р. № 33 «Про затвердження Регламенту функціонування електронної системи охорони здоров'я в рамках реалізації тестування компонентів електронної системи обміну медичною інформацією, необхідних для запуску нової моделі фінансування на первинному рівні надання медичної допомоги».

<sup>265</sup> Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», ст. 11, ч. 1.

<sup>266</sup> Там само, ст. 11, ч. 2.

<sup>267</sup> <https://helsi.me/>

<sup>268</sup> Щорічна доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини про стан дотримання та захисту прав і свобод людини і громадянина в Україні, 2015, ст. 242.







## Проблеми доступу до діагностики та лікування серед ключових груп ТБ

### Люди, які живуть з ВІЛ \_\_\_\_\_

Згідно з інтерв'ю з ключовими інформаторами основні проблеми для ЛЖВ під час діагностики та лікування туберкульозу пов'язані з клінічними особливостями перебігу туберкульозу у ЛЖВ (розповсюдження позалегенових форм) і специфікою пацієнтів, які можуть споживати ін'єкційні наркотики, що впливає на прихильність і може викликати стигматизуюче ставлення медичного персоналу.

Суттєвою проблемою залишається стигма серед загального населення та медичного персоналу, яка проявляється у формі упередженого ставлення до людей, які живуть з ВІЛ. Серед медичних працівників ставлення до ЛЖВ буває найчастіше негативне (яке ґрунтується на стереотипах, що ВІЛ – захворювання ЛВІН і неблагополучних людей), аніж нейтральне, особливо у сфері гінекології, в пологових будинках, районних лікарнях, серед медичного персоналу швидкої допомоги, в поліклініках. Стигма до ЛЖВ і ТБ хворих рідше проявляється медичним персоналом протитуберкульозних закладів.



*«В ЦРБ [центрально районна лікарня] называють «наркерыги», «алкаш», «спидозный». Но эти случаи единичные. Одна медсестра может так сказать.» ФГ ЛЖВ, Дніпро*

*«Я столкнулась с тем, что заведующая терапии в больнице забегает в палату, где лежит 12 человек, и на всю палату начинает меня обвинять в том, что я не сообщила, что я ВИЧ-позитивная. Ровно через час меня перевезли в другое отделение, потому что женщины с палаты сказали, что будут писать в Минздрав жалобу, если меня оставят с ними в палате. Это было в 2014 году.» ФГ ЛВІН, Дніпро*

Також є і приклади позитивного ставлення лікарів до людей, які живуть з ВІЛ.

*«Например, участковый терапевт. Пришла к ней, она увидела, что в карточке, и спрашивает: «Какая у тебя вирусная нагрузка? Как чувствуешь себя?..» Очень хорошо относятся инфекционисты. Говорит, что это не такое страшное заболевание, мы никому никогда не сообщим... Манипуляционные сестры, которые берут кровь из вены, тоже хорошо относятся, с пониманием.» ФГ ЛЖВ, Київ*

Не рідкісні випадки **відмов** у наданні медичної допомоги у зв'язку з ВІЛ-статусом.

*«Доктора боялись мне оперировать аппендицит, затянули и довели до перитонита. Один отказал, другой отказал, пока не стал угрожать им, что я то сдохну, но и они сядут. Тогда начальник отделения сделал операцию.» ФГ ЛВІН, ЛЖВ-респондент, Рівне*

Бувають випадки розголошення ВІЛ-статусу медичним персоналом, переважно непротитуберкульозних закладів.

*«Бывало, что врачи озвучивают статус и диагноз. Было несколько таких моментов озвучивания [в ЦРБ], когда присутствуют посторонние люди.» ФГ ЛЖВ, Дніпро*

*Респондентка втратила свідомість на роботі (було низьке СД – 6 клітин), швидка її забрала до лікарні. Там вкололи глюкозу, привели до тями і відправили додому. Роботодавець подзвонила і сказала, що вона звільнена і дивувалась, як взагалі респондентка могла працювати з такою хворобою. Про статус роботодавець могла дізнатися тільки від лікаря швидкої, яка... надавала допомогу. ФГ ЛЖВ, Миколаїв*

Досі також існують практики на місцях, коли можуть вимагати розкриття інформації про ВІЛ-статус у освітніх закладах, хоча це суперечить закону.

*«У нас в школе, в детской медкарточке, есть графа «Болеют(ли) ли члены семьи ребенка или сам ребенок ВИЧ инфекцией.» ФГ ЛЖВ, Рівне*

Більшість учасників фокус-груп ЛЖВ вважають тягарем різноманітні витрати, пов'язані з процесом лікування ТБ і ВІЛ: витрати на діагностику (рентген-плівки, комп'ютерну томографію, тестування на CD4 та вірусне навантаження), лікування побічних реакцій, транспортні витрати, пов'язані з необхідністю отримувати лікування щодня. Учасники фокус-груп з людьми, які живуть з ВІЛ, також зазначали недостатню забезпеченість медичних закладів медичними виробами, необхідними для здачі аналізів під час супроводу лікування ВІЛ і поширеності неформальних платежів чи переадресації в аптеки для купівлі таких медичних виробів.

*«В СПИД-центре CD4 и вирусная нагрузка делается бесплатно, а все остальное – платно. Прямо в центре, где сдаешь кровь, анализы платные.» ФГ ЛЖВ, Дніпро*

Учасники ФГ ЛЖВ (Київ) повідомляли про небажання отримувати лікування на амбулаторній фазі в поліклініці поблизу житла через страх розголошення про ВІЛ-статус або про захворювання на ТБ.

Суттєва для ЛЖВ проблема недотримання стандартів інфекційного контролю в протитуберкульозних закладах, що може призводити до внутрішньолікарняної інфекції резистентними формами туберкульозу.

*«Для ЛЖВ самый сложный барьер, что больных ТБ ложат в ужасные условия (психологически там тяжело), плюс с больными, которые могут его перезаразить, или бомжами, которые не лечатся, в одну палату... Не хочется норм человеку находиться в таких условиях, и люди начинают самолечение.» ФГ ЛЖВ, Чернігів*

Суттєвим правовим бар'єром для людей, які живуть з ВІЛ, залишається заборона усиновлення. Згідно з Переліком захворювань, за наявності яких особа не може бути усиновлювачем, затвердженого Наказом МОЗ від 20 серпня 2008 р. № 479, особи, які мають хворобу, зумовлену вірусом імунодефіциту людини (В20-В24 за МКХ-10), не можуть бути усиновлювачами. Така норма не враховує наявні на сьогодні знання про способи передачі ВІЛ і без належних підстав робить виняток із принципу недискримінації.

Крім того, таку заборону поширюють на осіб з туберкульозом в активній фазі будь-якої локалізації, що, враховуючи характер захворювання, видається досить обґрунтованою заборонаю. Однак дослідникам не відомі дослідження, які б підтверджували ефективність існування такої нормативної заборони для захисту дітей від зараження туберкульозом.

## **Криміналізація свідомого поставлення у небезпеку та зараження ВІЛ** \_\_\_\_\_

Доволі репресивне правове середовище в Україні знижує ефективність превентивних заходів держави щодо протидії поширенню ТБ і ВІЛ-асоційованого ТБ, сприяючи самостигматизації, дискримінації, створюючи додатковий бар'єр до доступу кожної людини з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ до необхідної медичної допомоги, включаючи діагностику та лікування.

Ст. 130 Кримінального кодексу України передбачає кримінальну відповідальність і за умисне зараження, і за «свідоме поставлення іншої особи в небезпеку зараження ВІЛ чи іншої невиліковної інфекційної хвороби, що є небезпечною для життя людини», «зараження іншої особи ВІЛ чи іншої невиліковної інфекційної хвороби особою, яка знала про те, що вона є носієм цього вірусу». Максимальною санкцією за свідоме поставлення у небезпеку зараження є «позбавлення волі на строк до 3 років»<sup>269</sup>; за зараження людиною, якій було відомо про її статус, – «позбавлення волі на строк до 5 років»<sup>270</sup>, а якщо вчинено щодо двох чи більше осіб чи неповнолітнього – «позбавлення волі на строк до 8 років»<sup>271</sup>; умисне зараження – «позбавлення волі на строк до 10 років»<sup>272</sup>.

<sup>269</sup> Кримінальний кодекс України, ст. 130, ч. 1.

<sup>270</sup> Там само, ст. 130, ч. 2.

<sup>271</sup> Там само, ст. 130, ч. 3.

<sup>272</sup> Там само, ст. 130, ч. 4.

З одного боку, людину притягають до кримінальної відповідальності незалежно від того, чи її партнер знає про її ВІЛ статус та/або добровільно прийняв цей ризик. Навіть більше, одразу після отримання результатів тестування щодо позитивного ВІЛ-статусу її відповідно до норм Закону України «Про протидію поширенню хвороб, обумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) і правового і соціального захисту людей, які живуть з ВІЛ» повідомляють про «профілактичні заходи, необхідні для підтримання здоров'я ВІЛ-інфікованої особи, запобігання подальшому поширенню ВІЛ»<sup>273</sup>, «а також про кримінальну відповідальність за свідоме поставлення іншої особи в небезпеку зараження та/або зараження ВІЛ»<sup>274</sup>, про отримання якої вона зобов'язана залишити «письмове підтвердження у довільній формі за власним підписом» уповноваженому працівнику закладу, що проводив тестування<sup>275</sup>.

Це призводить до збільшення стигматизації у суспільстві, знецінює значення гідності кожної людини, унеможлиблює виявлення ВІЛ у багатьох випадках через страх людини бути притягнутою до кримінальної відповідальності, що, своєю чергою, порушує право людей, які живуть із ВІЛ, на здоров'я. Так, лише кожна друга людина, яка живе з ВІЛ, знає про свій статус і перебуває під медичним спостереженням<sup>276</sup>, що радник Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІД Елеонора Гвоздьова пов'язує також із «побоюваннями людей»<sup>277</sup>.

З іншого боку, чинне законодавство України чітко не визначає перелік невиліковних інфекційних хвороб, небезпечних для життя людини, або чітких критеріїв для визначення того, що розуміється під такою хворобою, залишаючи все на розсуд суду та судових експертів. Спираючись на таку правову невизначеність, окремі науковці у своїх статтях<sup>278</sup>, а також у коментарях до Кримінального кодексу України<sup>279</sup>, які хоча і мають рекомендаційний характер, але іноді судді використовують під час прийняття рішень, включають ТБ до переліку невиліковних інфекційних хвороб, свідоме поставлення іншої особи в небезпеку зараження та/або зараження якими кримінально каране. Навіть більше, виявлено два судові рішення, у яких людей із ТБ було притягнуто до кримінальної відповідальності за статтею 130 Кримінального кодексу України у вигляді обмеження волі на строк 1 рік<sup>280</sup> і позбавлення волі строком на 2 роки<sup>281</sup>, одне судове рішення щодо направлення матеріалів кримінальної справи на додаткову перевірку<sup>282</sup>, а також одне судове рішення про тимчасовий доступ і вилучення медичних документів людини з активною формою ТБ через ймовірне зараження ТБ нею своєї дитини<sup>283</sup>. Таким чином, через недосконалість чинного законодавства України людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ можуть притягати до кримінальної відповідальності, тимчасово позбавляючи права на свободу пересування, а також інших прав через умови перебування у пенітенціарних закладах (*більше про це йдеться у підрозділі 5.2.2.2.*). Останнє свідчить про низьку якість закону та, як наслідок, порушення принципу правової визначеності, що є одним із складників конституційного принципу верховенства права.

<sup>273</sup> Закон України «Про протидію поширенню хвороб, обумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) і правового і соціального захисту людей, які живуть з ВІЛ», ст. 7, ч. 2.

<sup>274</sup> Там само.

<sup>275</sup> Там само, ст. 7, ч. 4.

<sup>276</sup> Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу. Звітний період 2015 рік. ст. 78.

<sup>277</sup> <https://www.radiosvoboda.org/a/28888943.html>

<sup>278</sup> Проблемні питання застосування ст. 130 Кримінального кодексу України (зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби), Грейдіна К. І. Серія «Юридичні науки». Том 24 (63). № 1. 2011 р., ст. 256-261, ст. 257.

<sup>279</sup> <http://yurist-online.com/ukr/uslugi/yuristam/kodeks/024/128.php>

<sup>280</sup> Вирок Дубровицького районного суду Рівненської області від 09.09.2008 р. у Справі № 1-93/2008.

<sup>281</sup> Вирок Ленінського районного суду м. Кіровограда від 15.02.2007 р. у Справі № 1-82/07.

<sup>282</sup> Постанова Ковпаківського районного суду м. Суми від 10.10.2012 р. у Справі № 1806/7358/12.

<sup>283</sup> Ухвала Орджонікідзевського районного суду м. Харкова від 21.05.2015 р. у Справі № 644/5173/15-к.

На часткове усунення названих бар'єрів було розроблено законопроект «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України у сфері протидії поширенню хвороб, зумовлених ВІЛ», який пройшов громадське обговорення. Законопроект, серед іншого, передбачає залишити кримінальну відповідальність лише за «умисне зараження іншої особи невиліковною інфекційною хворобою, що є небезпечною для життя людини» із кваліфікуючою ознакою «вчинені щодо двох чи більше осіб або неповнолітнього». Однак він не усуває питання можливого неправильного тлумачення поняття «невиліковна інфекційна хвороба, що є небезпечною для життя людини» у частині включення ТБ до переліку таких хвороб.

*Докладний аналіз Оцінки політико-правового середовища у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, проведеної Проектом USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії», див. у Додатку 7 до цього Звіту.*

## РЕКОМЕНДАЦІЇ

### Міністерству внутрішніх справ і Верховній Раді:

1. Декриміналізувати (i) поставлення у небезпеку зараження та (ii) ненавмисне зараження ВІЛ і ТБ, залишивши кримінальну відповідальність лише за випадки умисного зараження ВІЛ і ТБ.

### Міністерству охорони здоров'я:

2. Передбачити скасування заборони усиновлення людям, які живуть з ВІЛ.
3. Підвищувати обізнаність лікарів, зокрема лікарів ПТЗ щодо ВІЛ, медичної етики та прав.
4. Підвищувати обізнаність серед загального населення для формування толерантного ставлення до людей, які живуть з ВІЛ.

### Міністерству охорони здоров'я, органам місцевого самоврядування, протитуберкульозним закладам:

5. Посилити кадровий і матеріально-технічний потенціал системи протитуберкульозної служби щодо діагностики та лікування позалегенових форм ТБ у людей, які живуть з ВІЛ.





# Засуджені та взяті під варту особи

## Особи, яких тримають у місцях несвободи поліції України

У складі поліції України перебуває найбільша кількість місць несвободи серед інших відомств України, що Уповноважений пов'язує з наявністю офіційних (напр., ІТТ, спеціальні транспортні засоби для конвоювання) та неофіційних (напр., кабінети оперативних працівників, кімнати для проведення допитів) місць несвободи. Навіть більше, на постах поліції у метрополітені в Києві, Харкові та Дніпрі всупереч нормам міжнародного та національного законодавства встановлено металеві клітки, призначені для тримання людей<sup>284</sup>.

У зв'язку з неналежними матеріально-побутовими та санітарно-гігієнічними умовами у ІТТ та, як наслідок, незабезпечення належних прав і свобод осіб, яких у них утримують, зокрема на охорону здоров'я та свободу від катувань і жорстокого, нелюдського чи такого, що принижує гідність, поводження, кількість таких закладів і кількість людей, яких у них утримують, поступово зменшується (з 323 2015 р. до 149 2016 р.; з 107 тис. осіб 2015 р. до 90,3 тис. осіб 2016 р., відповідно)<sup>285</sup>. Зважаючи на непристосовані умови, Європейський комітет проти тортур закликав

<sup>284</sup> Щорічна доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини про стан додержання та захисту прав і свобод людини в Україні за 2016 рік, 2017, ст. 234, 240-241.

<sup>285</sup> Там само, ст. 234-236.

не тримати у ІТТ людей більше кількох днів<sup>286</sup>. Відомо також, що восени 2017 р. прокуратура припинила діяльність із подальшим ремонтом щонайменше двох ІТТ (у Сокалі та Дрогобичі Львівської області) через відсутність належних умов. Зокрема у Сокалі кімнату медичного огляду та медичний ізолятор було не обладнано, а духова кімната містила лише одну душову кабінку<sup>287</sup>.

На законодавчому рівні не гарантовано належні умови для тримання у ІТТ, не кажучи про невідповідність підзаконного акта Закону України «Про національну поліцію», не забезпечено право людей із ТБ на охорону здоров'я. Так, особи, яких вміщують до ІТТ, не завжди проходять належний огляд для виявлення ТБ, зокрема до них можуть не застосовувати спеціальні скринінг-опитування щодо ТБ, флюорографію, туберкулінову пробу тощо.

Передбачено, що затримані та особи, взяті під варту, повинні проходити первинний медичний огляд у ЗОЗ МОЗ України до їхнього вміщення у ІТТ, зокрема, для виявлення осіб, «які становлять епідемічну загрозу для оточення або потребують невідкладної медичної допомоги»<sup>288</sup>. Порядок взаємодії ІТТ із ЗОЗ не врегульовано.

Іншим особам, яких вміщують до ІТТ, гарантовано обстеження із записом у журнали за наявності – фельдшером ІТТ, а за його відсутності через опитування немедичним працівником ІТТ, який за наявності скарг особи чи ознак захворювання повинен викликати швидку медичну допомогу<sup>289</sup>. Уповноважений у своїй щорічній доповіді наголошував на недотриманні у місцях несвободи поліції України вимог статті 3 Основ законодавства України про охорону здоров'я «щодо організації домедичної допомоги». Всупереч міжнародним стандартам<sup>290</sup> у штатних розписах не визначено осіб, відповідальних за рятування та збереження життя людини, яка перебуває у критичному стані, а також не встановлено посади медичного працівника (фельдшера). Відсутність медичних працівників в ІТТ також підтвердив опитаний експерт НУО. Багато ІТТ не забезпечено необхідним медичним обладнанням, не виконують рекомендації лікарів ЗОЗ, ЛВІН не отримують безперервне ЗПТ через відсутність знань нормативної бази працівниками ІТТ<sup>291</sup>. Крім того, не визначено, що саме має входити в опитування під час вміщення до ІТТ: чи входить до нього скринінг-опитування на ТБ, а також встановлення в особи того, чи проходила вона лікування на ТБ чи/та ВІЛ для забезпечення його безперервності.

Зокрема людей з інфекційними захворюваннями заборонено тримати в ІТТ тільки за наявності медичних документів<sup>292</sup>, аспект конфіденційності та передачі яких від ЗОЗ не врегульовано підзаконним актом. Інший спосіб отримати медичну допомогу для людей з ТБ і ВІЛ, як наведено вище, – наявність скарг чи ознак захворювання. Однак Уповноважений вказував, що журнали зі скаргами осіб, а також журнали реєстрації надання медичної допомоги особам ведуть не завжди чи неналежним чином<sup>293</sup>. Це сприяє пізньому вияв-

<sup>286</sup> Звіт щодо реалізації рекомендацій і зауважень Європейського комітету з питань запобігання катуванням чи нелюдському або такому, що принижує людську гідність, поводженню чи покаранню, викладених у доповіді Уряду України за результатами візиту до України у період з 21 до 30 листопада 2016 р., 2017 р., ст. 13-14.

<sup>287</sup> <https://tsn.ua/ukrayina/na-lvivschini-pislya-perevirki-zakrili-izolyator-timchasovogo-trimannya-1034745.html>

<sup>288</sup> Правила внутрішнього розпорядку в ізоляторах тимчасового тримання органів внутрішніх справ України, затверджені наказом Міністерства внутрішніх справ України від 02.12.2008 р. № 638, п. 9.3.

<sup>289</sup> Там само.

<sup>290</sup> Європейські пенітенціарні правила, п. 41.1.

<sup>291</sup> Щорічна доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини про стан додержання та захисту прав і свобод людини в Україні за 2016 рік, 2017, ст. 243, 246.

<sup>292</sup> Правила внутрішнього розпорядку в ізоляторах тимчасового тримання органів внутрішніх справ України, затверджені наказом Міністерства внутрішніх справ України від 02.12.2008 року № 638, п. 9.5.

<sup>293</sup> Щорічна доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини про стан додержання та захисту прав і свобод людини в Україні за 2016 рік, 2017, ст. 246.

ленню та поширенню ТБ<sup>294</sup> серед осіб, яких утримують у ІТТ. Водночас взаємодія ІТТ із ЗОЗ для раннього виявлення та недопущення переривання лікування ТБ і ВІЛ залишається поза увагою законодавства України, що регулює діяльність ІТТ.

У цьому аспекті варто наголосити на тому, що ЄКПТ у своєму звіті за 2017 р. висвітлив порушення щодо тривалого тримання у непризначених для цього ІТТ осіб, взятих під варту та засуджених, недотримання строків тримання інших осіб у ІТТ, неодноразове повторне переведення людей із СІЗО до ІТТ і назад особливо поза межами столиці України<sup>295</sup>. Подібні практики засуджено у міжнародних стандартах як такі, що спричиняють переривання лікування<sup>296</sup>, та, як наслідок, призводять до МР ТБ і порушення прав людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ.

Лише особи, які мають кашель упродовж тривалого часу, повинні бути обстежені на ймовірність захворювання на ТБ через проведення мікроскопії мазка мокротиння<sup>297</sup>. Водночас тривалий кашель, інші симптоми, що можуть свідчити про туберкульоз (як-от «висока температура, нічна пітливість, втрата ваги та апетиту, кровохаркання, біль у грудній клітці та/або низька маса тіла»<sup>298</sup>, зокрема для виявлення позалегенового ТБ), проведення флюорографії, умови медичного втручання, вимоги щодо направлення такого мокротиння на обстеження до лабораторії, вимоги до кваліфікації осіб, які проводять виявлення ТБ (як видно з наведеного вище, ними можуть бути особи без медичної освіти), їх навчання, не встановлено. Жодним чином не врегульовано питання конфіденційного тестування на ВІЛ.

Всупереч міжнародним стандартам<sup>299</sup> законодавство не передбачає жодних заходів для профілактики, раннього виявлення та діагностики ТБ у контактних осіб. І це попри те, що Уповноважений не раз наголошував на тому, що приміщення багатьох ІТТ переповнені, міжнародні норми площі у них не дотримують<sup>300</sup>. У ІТТ у Нікополі Дніпропетровської області виявлено, що «у значної частини утримуваних осіб внаслідок перевищення ліміту наповнення ІТТ немає спальних місць»<sup>301</sup>. Харчування у більшості ІТТ залишається «недостатнім, несвоєчасним або неякісним», так само як і освітлення, майже в усіх ІТТ «немає постійного вільного доступу до питної води, а також відсутня гаряча вода», облаштування санвузлів не відповідає жодним нормам і принижує гідність через відсутність перегородок, дверей і наявності камер відеоспостереження. У місцях несвободи поліції України відсутня або неналежно функціонує система вентиляції, «вікна не обладнані кватирками для вентиляції»<sup>302</sup>, що збільшує ризик поширення ТБ.

<sup>294</sup> В'язниці та здоров'я. Регіональний офіс ВООЗ в Європі. 2014, ст. 58. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf).

<sup>295</sup> Звіт щодо реалізації рекомендацій і зауважень Європейського комітету з питань запобігання катуванням чи нелюдському або такому, що принижує людську гідність, поводженню чи покаранню, викладених у доповіді Уряду України за результатами візиту до України у період з 21 до 30 листопада 2016 р., 2017 р., ст. 13-14.

<sup>296</sup> В'язниці та здоров'я. Регіональний офіс ВООЗ в Європі. 2014, ст. 57. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf).

<sup>297</sup> Правила внутрішнього розпорядку в ізоляторах тимчасового тримання органів внутрішніх справ України, затверджені наказом Міністерства внутрішніх справ України від 02.12.2008 р. № 638, п. 9.4.

<sup>298</sup> В'язниці та здоров'я. Регіональний офіс ВООЗ в Європі. 2014, ст. 60. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf).

<sup>299</sup> Керівництво з протидії ТБ у в'язницях, ВООЗ, 1998, ст. 35; В'язниці та здоров'я. Регіональний офіс ВООЗ в Європі. 2014, ст. 59. Доступ за: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf).

<sup>300</sup> Електронний ресурс. Доступ за: [http://www1.ombudsman.gov.ua/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3766](http://www1.ombudsman.gov.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=3766).

<sup>301</sup> Щорічна доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини про стан додержання та захисту прав і свобод людини в Україні за 2016 рік, 2017, ст. 239.

<sup>302</sup> Там само, ст.ст. 239-241.

## РЕКОМЕНДАЦІЇ

### Міністерству внутрішніх справ, Міністерству юстиції та Верховній Раді:

1. Визначити максимальні строки тримання у ІТТ відповідно до міжнародних рекомендацій.
2. Заборонити та забезпечити припинення практики неодноразового повторного переведення людей із СІЗО до ІТТ і назад.

### Міністерству внутрішніх справ, Національній поліції, Міністерству охорони здоров'я:

3. Врегулювати порядок взаємодії ІТТ із ЗОЗ для забезпечення раннього виявлення, вчасної діагностики, хіміопрофілактики та безперервності лікування людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ, контактних осіб.
4. Забезпечити належні санітарно-епідеміологічні умови та інфекційний контроль у ІТТ.
5. Визначити у штатних розписах усіх ІТТ осіб, відповідальних за рятування та збереження життя людини, яка перебуває у критичному стані, посади медичного працівника (фельдшера).
6. Забезпечити фінансування медичного кадрового потенціалу ІТТ, їх навчання щодо ТБ і ВІЛ-асоційованого ТБ, ЗПТ, виключивши практику проведення обстеження осіб, яких вміщують до ІТТ, у формі опитування немедичним персоналом.
7. До забезпечення всіх ІТТ медичним персоналом встановити примірний перелік питань для скринінг-опитування на ТБ.
8. Заборонити доступ до медичної документації немедичному персоналу ІТТ, забезпечити її конфіденційність.
9. Врегулювати питання конфіденційного тестування на ВІЛ за згодою в ІТТ.

### Міністерству внутрішніх справ, Уповноваженому:

10. Провести перевірку станцій метрополітенів щодо наявності незаконних місць несвободи.

## Особи, яких тримають в установах попереднього ув'язнення та виконання покарань, СІЗО та приміщеннях з функцією СІЗО

На 1 січня 2017 р. у 12 СІЗО та 17 установах виконання покарань з функцією СІЗО, розташованих на підконтрольній Україні території, утримувалося 17 495 осіб, узятих під варту та засуджених. У 113 кримінально-виконавчих установах загалом трималося 42 600 засуджених. На початок 2017 р. чисельність усіх осіб, які тримали у цих пенітенціарних установах, зменшилося на 9598 осіб, або 13,7%, порівняно із 2016 р. «у зв'язку із внесенням змін до ст. 72 Кримінального кодексу України в частині зарахування судом одного дня попереднього ув'язнення за два дні позбавлення волі»<sup>303</sup>. На 1 березня 2018 р. в установах ДКВС перебувало 1314 осіб з туберкульозом, згідно з даними представників ДКВС.

На думку експерта НУО, якщо особа, яку тримають у СІЗО, є бактеріовиділювачем, то його/її лікують або 1) в установах охорони здоров'я, тобто в протитуберкульозному диспансері, де є спеціально обладнані пости, і тільки коли в пацієнта виділення бактерій буде припинено, його/її можуть повернути в слідчий ізолятор; або 2) в регіонах, де є поблизу туберкульозні лікарні ДКВС, створюють ділянки слідчого ізолятора, куди вміщують виділювачів бактерій. Однак на практиці бувають випадки, коли лікування не надається під час перебування в СІЗО, наприклад:

*«[Был случай, когда] доктор выписал заключение о том, что [лицо, заключенное под стражу] больной мультирезистентной формы туберкулеза, бактериовыделитель и разрешил поместить в изолятор временного содержания. То есть он [доктор] сознательно нарушил 49 статью ЗУ «Про санэпидблагополучие населения», и 2 месяца человек в изоляторе временного содержания не мог получать [противотуберкулёзные] препараты... больной умер.» юрист-правозащитник, Київ*

До ув'язнених і засуджених із ТБ на період тримання у СІЗО можуть також застосовувати примусову ізоляцію у спеціальному одязі в непристосованих для цього немедичних приміщеннях, зокрема карцерах з одиночним триманням, як форму покарання за відмову від проходження лікування: «ув'язнені та засуджені, які злісно порушують вимоги режиму, за вмотивованою постановою начальника СІЗО можуть бути поміщені до карцера на строк до десяти днів, а неповнолітні особи – на строк до п'яти днів»<sup>304</sup>. Серед інших до злісних порушників режиму тримання належать ув'язнені або засуджені, які «вживають спиртні напої, наркотичні засоби, психотропні речовини або їх аналоги чи інші одурманливі засоби» та/або «систематично ухиляються від лікування захворювання, що становить небезпеку для здоров'я інших осіб»<sup>305</sup>.

Тимчасом попередити вміщення ув'язнених і засуджених із ТБ до карцера може лише висновок медичного працівника: «поміщення до карцера здійснюється після огляду ув'язненого або засудженого медичним працівником, який дає письмовий висновок щодо можливості тримання особи в карцері за станом здоров'я. Висновок медичного працівника щодо неможливості тримання в карцері ув'язненого або засудженого, який захворів, підлягає негайному виконанню персоналом СІЗО»<sup>306</sup>.

<sup>303</sup> Щорічна доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини про стан додержання та захисту прав і свобод людини в Україні за 2016 рік, 2017, ст. 253.

<sup>304</sup> Закон України «Про попереднє ув'язнення», стаття 15; Правила внутрішнього розпорядку слідчих ізоляторів Державної кримінально-виконавчої служби України, затверджені Наказом Міністерства Юстиції України від 18.03.2013 р. № 460/5, розділ VIII, п. 7, підп. 7.1.

<sup>305</sup> Правила внутрішнього розпорядку слідчих ізоляторів Державної кримінально-виконавчої служби України, затверджені Наказом Міністерства Юстиції України від 18.03.2013 р. № 460/5, розділ VIII, п. 7, підп. 7.2.

<sup>306</sup> Там само, розділ VIII, п. 7, підп. 7.5.

Незважаючи на гарантію забезпечення їжею згідно з нормами, вказаних осіб також обмежують у придбанні та пронесенні із собою додаткових продуктів харчування і предметів першочергової потреби (зокрема лікарських засобів), а також у гігієнічних процедурах – їхнє гігієнічне миття дозволяють 1 раз на 7 днів<sup>307</sup>.

Варто зауважити, що цей вид покарання не застосовують до вагітних жінок і жінок, які мають при собі дітей. Однак усупереч міжнародним стандартам<sup>308</sup> у карцер можуть вміщувати неповнолітніх<sup>309</sup> і за окремим рішенням начальника СІЗО тримати у ньому наодинці<sup>310</sup>. За аналогічні дії («вживання спиртних напоїв, наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів чи інших одурманюючих засобів; систематичне ухилення від лікування захворювань, що становлять небезпеку для здоров'я інших осіб», тощо) на засуджених із ТБ можуть накладати дисциплінарне стягнення у вигляді двох мінімальних розмірів заробітної плати (7446 грн на 2018 р.)<sup>311</sup>.

Медичну допомогу засудженим надають у ЗОЗ пенітенціарної установи відповідно до системи медичних стандартів і клінічних протоколів, а щодо ТБ відповідно до вимог чинного законодавства України. Зокрема допущено залучення лікарів ЗОЗ до консультування, обстеження та лікування засуджених, вільний вибір ними лікаря, а також проведення додаткових обстежень у ЗОЗ, які через відсутність обладнання, лабораторій неможливі у ЗОЗ пенітенціарної установи<sup>312</sup>.

Чинне законодавство України передбачає активне виявлення ТБ завдяки первинному медичному огляду лікарями медичної частини пенітенціарної установи «з метою виявлення осіб, які становлять епідемічну загрозу для оточення» впродовж доби після прибуття до ВПТ; повному медичному обстеженню впродовж 14 діб перебування у дільниці карантину, діагностики та розподілу із застосуванням флюорографії (крім осіб, яким флюорографічне обстеження було проведено менш як 11 місяців тому); збору інформації про зріст та вагу тіла та стан здоров'я засудженого з використанням даних анамнезу та медичної документації, клінічного скринінгу («продуктивний кашель з виділенням мокротиння, що триває понад два тижні, втрата маси тіла, підвищення температури тіла, нічна пітливість, кровохаркання, біль у грудній клітці») для виявлення людей з ТБ і подальшого «2-разового дослідження мокротиння методом мікроскопії мазка мокротиння»; щорічним (двічі на рік для неповнолітніх і тим, хто перебуває у камерах) профілактичним медичним оглядам зі збором антропометричних даних і флюорографією (рентгенографією) органів грудної клітки; обов'язковим попереднім і профілактичним медичним оглядам, засудженим, які працюють у контакті з багатьма людьми (наприклад, на об'єктах харчування, навчальних закладах, аптеках тощо); під час звільнення<sup>313</sup>. Передбачено також проведення пасивного виявлення ТБ серед засуджених, яких тримають у пенітенціарних установах, через звернення засуджених зі скаргами на стан свого здоров'я до медичної частини<sup>314</sup>. Якщо лікар медичної частини з будь-якої причини не може встановити діагноз самостійно, до обстеження гарантовано залучення фахівців ЗОЗ<sup>315</sup>.

<sup>307</sup> Там само, розділ VIII, п. 7, підп. 7.7.-7.10.

<sup>308</sup> Правила ООН щодо захисту неповнолітніх, позбавлених свободи, прийняті резолюцією 45/113 Генеральної Асамблеї від 14.12.1990 р., правило 67.

<sup>309</sup> Правила внутрішнього розпорядку слідчих ізоляторів Державної кримінально-виконавчої служби України, затверджені наказом Міністерства Юстиції України від 18.03.2013 р. № 460/5, розділ VIII, п. 7, підп. 7.1.

<sup>310</sup> Там само, розділ VIII, п. 7, підп. 7.8.

<sup>311</sup> Кримінально-виконавчий кодекс України, стаття 133; Правила внутрішнього розпорядку установ виконання покарань, затверджені наказом Міністерства Юстиції України від 29.12.2014 р. № 2186/5, розділ XXV, п. 7-8.

<sup>312</sup> Порядок організації надання медичної допомоги засудженим до позбавлення волі, затверджений наказом Міністерства юстиції України та Міністерства охорони здоров'я України від 15.08.2014 р. № 1348/5/572, розділ I, п. 4, 6, 9, 12, 17.

<sup>313</sup> Там само, розділ II, п. 1, підп. 1-2; п. 2, підп. 1-6; п. 3, підп. 3, 7.

<sup>314</sup> Там само, п. 2, підп. 6.

<sup>315</sup> Там само, підп. 4.

Результати медичних обстежень (оглядів) фіксують у медичній картці (щодо первинного медичного огляду) та у спеціальному журналі обліку (щодо профілактичних обстежень) і їх повинні зберігати з дотриманням умов конфіденційності<sup>316</sup>. Та лише з 20.12.2017 р. засудженим справді гарантують забезпечення права на приватність і конфіденційність: «медичні обстеження (огляди) засуджених, проводяться поза межами чутності і (якщо медичний працівник не бажає іншого в кожному конкретному випадку) поза межами видимості немедичного персоналу»<sup>317</sup>.

Однак всупереч міжнародним рекомендаціям<sup>318</sup> відповідно до чинного законодавства України профілактичний медичний огляд не проводять усім засудженим двічі на рік; не визначають типу флюорографічного обладнання, яке має бути цифровим для чіткості зображення; не гарантують діагностування засобами Xpert MTB/RIF засуджених із рецидивом ТБ, легеневою формою ТБ, засуджених, які живуть із ВІЛ, для вчасного виявлення МР ТБ. Не врегульовано також питання виявлення контактних осіб серед засуджених.

Під час медичних оглядів і тимчасового перебування в ізоляторі до направлення до ЗОЗ не відбувається розподілу потоків засуджених із ТБ і людей з ВІЛ-асоційованим ТБ для уникнення ускладнень у вигляді медикаментозно резистентних форм ТБ і належного забезпечення права на охорону здоров'я та життя вказаних засуджених. Встановлено лише, що засуджені з ТБ «тримаються окремо та розподіляються з урахуванням результатів мікробіологічних досліджень». Водночас усіх осіб, у яких активний ТБ (категорії 1, 2, 3, 4) підтверджено рентгенологічними та лабораторними даними і висновком лікаря-фтизіатра, направляють на лікування до спеціалізованих туберкульозних лікарень<sup>319</sup>.

Варто зауважити, що Уповноважений не раз звертав увагу на недотримання умов тримання засуджених, зокрема розміщення їх у переповнених загальних камерах, у яких, «як правило, брудно, задуха, стіни вологі та вкриті пліснявою, недостатньо вільного місця, наявний неприємний запах, недостатньо освітлення та відсутня примусова вентиляція» або у камерах без забезпечення мінімально допустимої площі. Неналежне харчування, практична відсутність медичних працівників із належною кваліфікацією та знаннями щодо виявлення ТБ, несвоєчасне надання медичної допомоги засудженим з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ, зокрема через ієрархію всередині пенітенціарних установ, незабезпеченість медичних частин медичним обладнанням, пенітенціарних установ – стаціонарами, інфекційними ізоляторами також викликало занепокоєння Уповноваженого у частині порушення прав засуджених на медичну допомогу. Неотримання засудженими необхідних лікарських засобів, зокрема для лікування ТБ, неналежний рівень обстеження та лікування засуджених, які живуть із ВІЛ, переривання АРТ, невідповідність порядку ведення медичної документації вимогам чинного законодавства, непроведення медичних оглядів засуджених під час звільнення з карцерів, а також відсутність заходів інфекційного контролю в низці пенітенціарних установ Уповноважений виявив у ході моніторингових візитів<sup>320</sup>.

Нездатність української влади забезпечити належну медичну допомогу засудженим із ТБ, запобігти та вчасно діагностувати ТБ, неналежні умови тримання, включаючи санітарно-гігієнічні умови, харчування та

<sup>316</sup> Там само, п. 1, підп. 24; п. 2, підп. 2; п. 3, підп. 6.

<sup>317</sup> Там само, розділ I, п. 10 із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства юстиції від 20.12.2017 р. № 4113/5/1680.

<sup>318</sup> Керівництво з протидії туберкульозу у в'язницях, ВООЗ, 1998, ст. 35; В'язниці та здоров'я. Регіональний офіс ВООЗ в Європі. 2014, ст.ст. 60-63. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf).

<sup>319</sup> Порядок організації надання медичної допомоги засудженим до позбавлення волі, затверджений наказом Міністерства юстиції України та Міністерства охорони здоров'я України від 15.08.2014 р. № 1348/5/572, розділ II, п. 5, підп. 9; розділ III, п. 1, підп. 1-2, 7-8; Додаток 7, п. 14.

<sup>320</sup> Щорічна доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини про стан додержання та захисту прав і свобод людини в Україні за 2016 рік, 2017, ст. 259-264, 268-271.



переповнені приміщення також не раз розглядав міжнародний суд. Зокрема згадане вище нелюдське та таке, що принижує гідність, поводження засуджених із ТБ визнано порушенням статті 3 Європейської Конвенції у низці рішень ЄСПЛ (рішення у Справі Мельник проти України від 28.03.2006 р., заява № 72286/01<sup>321</sup>; рішення у Справі Логвиненко проти України від 14.10.2010 р., заява № 13448/07<sup>322</sup>; рішення у Справі Маленко проти України від 19.02.2009 р., заява № 18660/03<sup>323</sup>, рішення у Справі Карпиленко проти України від 11.02.2016 р., заява № 15509/12<sup>324</sup>, рішення у Справі Сокіл проти України від 22.10.2015р., заява № 9414/13<sup>325</sup>, рішення у Справі Савінов проти України від 22.10.2015 р., заява № 5212/13<sup>326</sup>, рішення у Справі Сергій Антонов проти України від 22.10.2015 р., заява № 40512/13<sup>327</sup>, рішення у Справі Кушнір проти України від 11.12.2014 р., заява № 42184/09<sup>328</sup>, рішення у Справі Кондратьєв проти України від 15.12.2011 р., заява № 5203/09<sup>329</sup>, рішення у Справі Петухов проти України від 21.10.2010 р., заява № 43374/02<sup>330</sup>, рішення у Справі Похлебін проти України від 20.05.2010 р., заява № 35581/06<sup>331</sup>, рішення у Справі Віслогузов проти України від 20.05.2010 р., заява № 32362/02<sup>332</sup>, рішення у Справі Маленко проти України від 19.02.2009 р., заява № 18660/03<sup>333</sup>, рішення у Справі Яковенко проти України від 25.10.2007 р., заява № 15825/06<sup>334</sup>). Таблицю з деталізацією виявлених ЄСПЛ порушень наведено в Додатку 8 до цього Звіту.

На практиці залишаються непоодинокі випадки, коли затриманих і засуджених з активним ТБ тримають разом, що призводить до інфікування ТБ, водночас вкрай зрідка є можливість отримання адекватної компенсації в судовому порядку у таких випадках<sup>335</sup>.

Згідно з результатами фокус-груп багато учасників підтвердили наявність ситуації вміщення в одну камеру осіб, які хворіють на ТБ, і засуджених без ТБ, що не відповідає стандартам інфекційного контролю.

*«Сидел в одном «купе» [камері] с парнем, у которого обнаружили ТБ.» ФГ колишніх засуджених, Рівне*

Неналежні практики щодо інфекційного контролю також зазначали учасники фокус-груп колишніх засуджених, зокрема нерозділення засуджених з ТБ і здорових у загальних (непротитуберкульозних) колоніях і колоніях, які спеціалізуються на лікуванні ТБ.

*«Сидела на зоне, в лагере в Тернопольской области, который специализируется на лечении ТБ. Там не было деления на людей с ТБ и без ТБ, все были вместе. Ели в одной столовой, из одной посуды. Гуляли вместе.» ФГ ЛВІН, Рівне*

<sup>321</sup> Електронний ресурс. Доступ за: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-72886>.

<sup>322</sup> Електронний ресурс. Доступ за: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-100972>.

<sup>323</sup> Електронний ресурс. Доступ за: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-91399>.

<sup>324</sup> Електронний ресурс. Доступ за: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-160431>.

<sup>325</sup> Електронний ресурс. Доступ за: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-157969>.

<sup>326</sup> Електронний ресурс. Доступ за: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-157968>.

<sup>327</sup> Електронний ресурс. Доступ за: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-157970>.

<sup>328</sup> Електронний ресурс. Доступ за: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-148627>.

<sup>329</sup> Електронний ресурс. Доступ за: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-108023>.

<sup>330</sup> Електронний ресурс. Доступ за: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-101173>.

<sup>331</sup> Електронний ресурс. Доступ за: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-98798>.

<sup>332</sup> Електронний ресурс. Доступ за: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-98552>.

<sup>333</sup> Електронний ресурс. Доступ за: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-91399>.

<sup>334</sup> Електронний ресурс. Доступ за: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-82987>.

<sup>335</sup> Людина з інвалідністю виграла у київського ЦІЗО 5 тисяч гривень, <https://helsinki.org.ua/articles/lyudyna-z-invalidnistyu-vyhrala-u-kyjivskoho-sizo-5-tysyach-hryven/>.

Учасники фокус-груп повідомляли про поліпшення **харчування** в колоніях за останні роки та кращий рівень харчування в туберкульозних колоніях, аніж у нетуберкульозних. Однак, незважаючи на це, рівень харчування потребує поліпшення. Один з учасників наголосив існування правил, які забороняють отримання деяких продуктів зі свободи, наприклад, продуктів, які потребують кип'ятіння чи довгої термічної обробки (гречка, рис).

Ішлося також про чинники тримання в місцях позбавлення волі, які призводять до пригніченого становища засуджених і можуть сприяти захворюваності на ТБ. Наприклад, переповненість, висока вологість, неналежний температурний режим у зимовий період у бараках і в місцях праці засуджених, неадекватне навантаження на роботах, іноді без адекватного врахування стану здоров'я засуджених, корупція, крадіжки та зневажливе, недостатньо уважне ставлення персоналу виправних колоній.

Крім цього, учасники фокус-груп колишніх засуджених зазначали низьку кваліфікацію та іноді байдуже, халатне ставлення медичного персоналу у виправних колоніях, що може бути пов'язано з різними чинниками, включаючи низькі зарплати. Експерт НУО наголосив, що проблема для СІЗО та виправних колоній – нестача медичного персоналу у зв'язку з реформуванням і недофінансуванням установ виконання покарань. На медичний складник у системі ДКВС, за оцінками експерта НУО, виділяють близько 40% потреби. У зв'язку з цим первинне обстеження в деяких слідчих ізоляторах під час вступу може проводити санітар з-поміж засуджених. Укомплектованість фтизіатрами в СІЗО становить близько 70%. Представники ДКВС зазначили, що кадрове забезпечення на цей момент – складне питання у зв'язку з реформуванням медичної допомоги в системі ДКВС – виділення окремої фінансово-юридичної структури – Центру охорони здоров'я ДКВС України.

Прояви стигми та дискримінації до туберкульозних хворих у виправних колоніях не згадано, навіть констатували, що ставлення досить нейтральне та співчутливе, існують механізми взаємопідтримки таких засуджених.

## Діагностика в системі ДКВС

Профілактичні огляди засуджених проводять раз на рік, однак експерт НУО висловив сумніви щодо їх якості та охоплення всіх засуджених.

Згідно з інформацією представників ДКВС на підставі даних профілактичних оглядів медичні працівники виявляють контингент, який може бути схильним до туберкульозу, та перевіряють мокротиння.

На квітень 2018 р. в системі ДКВС було вісім спеціалізованих протитуберкульозних лікарень, у кожній з яких є GeneXpert MTB/RIF, та в п'яти лікарнях – системи VACATES. Однак, згідно з опитуванням представників ДКВС, у СІЗО є потреба в обладнанні для флюорографії, GeneXperts, яких на цей момент є тільки 16, хоча потреба становить більше 30 таких систем. З 2011 р. жодного разу не виділяли грошей з державного бюджету на закупівлю обладнання для ДКВС.

На думку експерта НУО, діагностичне обладнання не вистачає і воно застаріле. Медичні частини виправних колоній обладнано мікроскопами, в СІЗО використовують флюорографи для діагностики туберкульозу, які було встановлено дуже давно, за радянських часів. Існують проблеми на етапі встановлення діагнозу, оскільки в деяких колоніях немає фтизіатра, який повинен ставити діагноз. У таких випадках засудженого направляють на дообстеження та початок лікування в протитуберкульозну лікарню. Відправлення з колонії зазвичай відбувається тричі на місяць. Саме етапування до протитуберкульозної тюремної лікарні може

бути досить тривалим. Весь цей етап від однієї колонії до іншої тільки для поставлення діагнозу туберкульоз може тривати до трьох місяців. Якщо у людини туберкульоз на тлі ВІЛ-інфекції, то він за цей час може не доїхати і дорогою вмерти.

Етапування проблематичне і з погляду інфекційного контролю, оскільки всіх здорових і хворих возять в одному автомобілі до 20 осіб. Потім пересаджують на залізничні потяги, де також тримають по 10–15 осіб в одному приміщенні. У результаті може відбуватися перезараження і тих, хто прямує на встановлення діагнозу, і тих, хто повертається вилікуваним з ТБ закладів пенітенціарної системи.

*«Был случай, когда девушку с Херсонской тюрьмы отправили в Збаражскую лечиться. Она пролечилась, возвращалась обратно и где-то в Запорожском следственном изоляторе она перезаразилась и у неё диагностировали мультирезистентный туберкулез. И она обратно поехала в Збаражскую колонию лечить уже мультирезистентный туберкулез.»* експерт НУО

## Лікування в системі ДКВС

Препарати першого ряду для лікування туберкульозу в колоніях закупають державним коштом. Згідно з повідомленнями представників ДКВС 2017 року закупівля протитуберкульозних препаратів відбулася на 17 млн грн коштом державного бюджету, 2018 р. їх закупівлю заплановано на суму 22,4 млн грн. Однак деякі з ключових інформаторів зазначили, що їм відомі факти, коли у виправних колоніях не було можливості скласти повні схеми лікування через відсутність препаратів.

ДКВС закупили 2017 р. препаратів для загальносоматичних хвороб (не тільки для лікування побічних реакцій на ТБ) на 8 млн грн. Загалом, за оцінкою експертів, виправні колонії забезпечені медикаментами на 55% потреби, включаючи препарати від побічних реакцій.

У протитуберкульозних лікарнях виправних колоній учасники фокус-груп колишніх засуджених повідомляли про відсутність лікарських засобів для лікування побічних реакцій, а також недостатню забезпеченість загальними лікарськими засобами, медичними виробами та медичним обладнанням у медичних частинах виправних колоній.

*«С медикаментами в лагерях плохо. Медики в лагерях так и говорят, если есть возможность со свободы заказать лекарства, то заказывайте, тогда они тебе проколят и всё прокапают, а если нет, то – ваши проблемы.»* ФГ колишніх ув'язнених, Рівне

Колишні засуджені та правозахисники вказували, що бувають випадки несвоєчасного надання або відмови у наданні медичної допомоги:

*«адвокат обратилась, что больному [в СИЗО] стало плохо, его вывезли в туббольницу. 2 марта ему диагностировали пневмоторакс, а он переболевший туберкулезом был. Только 3 марта его госпитализируют в медицинскую часть, но пневмоторакс – это неотложное состояние. 5 марта его госпитализируют в не профильную больницу при СИЗО, только 9-го у него обнаруживают бактериовыделение и мы понимаем, что все эти дни он находился на общих основаниях в камерах, не в хирургическом отделении, и только 15 марта его госпитализируют в специализированную туберкулезную больницу. Более того, за день до этого ему уже колят морфий, то есть они его отправили в больницу умирать.»* юрист-правозахисник, Київ

Психологічний супровід процесу лікування туберкульозу відсутній у колоніях, і в цьому відношенні представники ДКВС повідомили, що підтримка НУО потрібна в частині створення у засуджених з туберкульозом прихильності до лікування та роботи з випадками відмови від лікування туберкульозу.

Зі слів колишніх засуджених, їхні права недостатньо добре виконують адміністрації виправних колоній:

*«когда находишься в лагерях, то права там не работают. Они написаны на бумаге, но в реальности не работают и не соблюдаются.»* ФГ колишніх засуджених, Рівне

Для дотримання прав засуджених існують досить слабкі механізми перевірок, які не виявляють всіх порушень. Мобільний зв'язок покращив можливості для привернення уваги до порушень.

*«Проблема в том, что любые комиссии, включая и медицинские, которые приезжают, не ходят по всем баракам, всего не видят. И они не независимые. Поэтому не дают объективной картины.»* ФГ колишніх засуджених, Рівне

На думку експерта НУО, досить ефективними є скарги на дії адміністрації колоній до відділу з нагляду прокуратури, до Секретаріату Уповноваженого Верховної Ради з прав людини.

## Звільнення засуджених

Згідно з опитуванням експертів та учасників ФГ колишніх ув'язнених після звільнення з колоній колишні ув'язнені стикаються з низкою проблем на свободі, зокрема:

- відсутністю коштів на оплату діагностичних заходів (рентген-плівок тощо);
- недостатністю інформації для колишніх ув'язнених щодо можливостей для діагностики та лікування туберкульозу;
- складністю у знаходженні роботи, що може призводити до поганого харчування та підвищення ризику рецидиву ТБ.

Порядок інформування лікарями виправних колоній і СІЗО територіальних протитуберкульозних закладів про звільнення осіб з виділенням туберкульозу, транспортування таких осіб, переадресації тощо визначає спільний наказ від 28.03.2012 № 478/5/180/375/212/258 «Про затвердження Порядку взаємодії установ виконання покарань та суб'єктів соціального патронажу під час підготовки до звільнення осіб, які відбувають покарання у виді обмеження волі або позбавлення волі на певний строк».

Експерти НУО з ТБ спільнот і Секретаріату Уповноваженого ВРУ з прав людини зазначили, що багато засуджених після звільнення з колоній не доходять до туберкульозних медичних закладів.

## Дострокове звільнення через хворобу

Засуджених можуть достроково звільнити з місць позбавлення волі через хворобу. Медичному обстеженню для підготовки та подання до суду матеріалів для вирішення питання про звільнення засуджених від подальшого відбування покарання підлягають засуджені, які захворіли в установах виконання покарань, а також особи, які захворіли до засудження, але їхні хвороби внаслідок прогресування набули характеру,

зазначеного в переліку захворювань, які є підставою для подання до суду матеріалів про звільнення засуджених від подальшого відбування покарання.

Варто зазначити неналежне застосування цього інституту, який призводить до того, що засуджені незрідка виходять на свободу суто для отримання паліативного лікування. Перелік хвороб також передбачає термінальні або передтермінальні стадії хвороби і не враховує ситуації сукупності хвороб у засудженого, наприклад, коли у засудженого є ВІЛ, ТБ і гепатит С.

*«Если заключенный в плохом состоянии, администрация по льготам, по быстрому старается освободить, потому что им не выгодно, чтобы кто-то умер.» ФГ колишніх засуджених, Рівне*

## РЕКОМЕНДАЦІЇ

### **Міністерству юстиції, Державній кримінально-виконавчій службі:**

- 1. Переглянути систему етапування між виправними колоніями людей з туберкульозом через забезпечення прямого етапування санітарним транспортом, встановлення чітких термінів перевезення, вимог інфекційного контролю.**
- 2. Заборонити вміщення ув'язнених і засуджених з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ до карцера; змінити норми щодо гігієнічних процедур у карцері.**
- 3. Забезпечити належні умови тримання засуджених, зокрема належне функціонування системи вентиляції, скасувати практику розміщення засуджених у переповнених загальних камерах без забезпечення мінімально допустимих відповідно до міжнародних стандартів площ.**
- 4. Розробити довгострокову стратегію щодо забезпечення інфекційного контролю в місцях несвободи; увідповіднити інфекційні ізолятори СІЗО вимогам інфекційного контролю.**
- 5. Забезпечувати скринінг на ТБ для новоприбулих ув'язнених і засуджених.**
- 6. Проводити профілактичний медичний огляд усім засудженим двічі на рік, зокрема з використанням мобільних пересувних флюорографічних кабінетів.**
- 7. Визначити заходи для профілактики, раннього виявлення та діагностики ТБ у контактних осіб серед засуджених.**
- 8. Забезпечити діагностику засуджених сучасними методами, зокрема генетично-молекулярними (GeneXpert), системами лінійного зонд-аналізу для швидкої діагностики стійкості до протитуберкульозних препаратів.**

9. Переглянути медичні показання для звільнення за хворобою для усунення випадків, коли важкохворі засуджені не можуть скористатися цим механізмом за сукупністю хвороб і запобігання випадкам умисного самостійного доведення засудженими до термінальних стадій захворювань.

**Міністерству юстиції, НУО:**

10. Розширити підтримку візитів юристів-правозахисників у колонії, під час яких вони надавали б юридичні консультації засудженим.

**Міністерству юстиції, Міністерству охорони здоров'я:**

11. Врегулювати співпрацю між виправними колоніями, де відсутній лікар-фтизіатр, і ПТЗ загальної медичної системи для постановки діагнозу, призначення початкової схеми лікування та надання необхідного лікування ПТП на період етапування до відповідної колонії з протитуберкульозним відділенням.
12. Провести навчання для лікарів-фтизіатрів ДКВС для підвищення їхньої обізнаності щодо психологічного супроводу пацієнтів з ТБ.

**Міністерству юстиції (Управління пенітенціарних інспекцій), Міністерству охорони здоров'я, Національному превентивному механізму Уповноваженого:**

13. Підвищити ефективність моніторингу випадків ненадання лікування або неналежного лікування в установах ДКВС.

**Міністерству юстиції, Кабінету Міністрів, Верховній Раді:**

14. Впровадити національний механізм швидкого реагування на випадки ненадання медичної допомоги, подібний до Правила 39 Регламенту Європейського суду з прав людини, через перебачення запобіжних заходів щодо оперативного переміщення важко хворого до медичного закладу на свободі, у разі відсутності доступу до лікування в місцях несвободи.
15. Збільшити фінансування закупівель лікарських засобів для системи ДКВС.

**Міністерству соціальної політики, Міністерству охорони здоров'я:**

16. Забезпечити медико-соціальний супровід недавно звільнених засуджених, які продовжують лікування туберкульозу або закінчили таке лікування.
17. Розробити та впровадити алгоритм проведення профогляду засуджених виправних центрів у ЗОЗ МОЗ України та закріпити цю процедуру відповідними наказами.





# Люди, які вживають ін'єкційні наркотики

З одного боку, на виконання міжнародних зобов'язань, а саме вимог ратифікованих Єдиної конвенції ООН про наркотичні засоби 1961 р., Конвенції ООН про психотропні речовини 1971 р. та Конвенції ООН про боротьбу проти незаконного обігу наркотичних засобів і психотропних речовин 1988 р., Україна запровадила численні заходи щодо протидії незаконному обігу та вживанню наркотиків<sup>336</sup>, а також адміністративну та кримінальну відповідальність за правопорушення, пов'язані з їх незаконним обігом. *Докладніше про каральний підхід до споживання наркотиків, а саме негативну практику криміналізації та її наслідки, зокрема переривання ЗПТ, див. пункт щодо криміналізації.*

З іншого боку, ЛВІН в Україні можуть проходити лікування (безоплатно у державних і платно у приватних ЗОЗ)<sup>337</sup> та частково забезпечені послугами зі зменшення шкоди. Функціонує також «Національна Гаряча Лінія з питань наркозалежності та ЗПТ», що надає інформаційно-консультаційні й адвокаційні послуги. За 2016 р. було отримано 2564 звернення від громадян

<sup>336</sup> Основу викладено у Законі України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори» та Законі України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними» (зокрема розділи 2 та 3).

<sup>337</sup> Закон України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними», ст. 14.

України<sup>338</sup>. На законодавчому рівні для ЛВІН запроваджено програми ЗПТ<sup>339</sup>. Критерії включення до ЗПТ – досягнення 18-річного віку ЛВІН, їхнє письмове звернення щодо початку ЗПТ, надання інформованої згоди на участь у ЗПТ. Дітей забезпечують ЗПТ, якщо їхні батьки чи інші законні представники нададуть відповідні письмове звернення та інформовану згоду, але лише за умови наявності щонайменше одного з наведених нижче станів<sup>340</sup>. Зокрема це ВІЛ-інфекція, ТБ, особливо у випадках примусового лікування, вагітність, гепатити В, С, септичні стани та онкологічні захворювання. Хоча б один із таких станів разом із вказаними вище критеріями включення до ЗПТ є також підставами для позачергового призначення ЗПТ дорослим<sup>341</sup>. «Рішення про початок ЗПТ, препарат для її здійснення та його дозу приймає лікар-нарколог на підставі діагнозу залежності від опіоїдів згідно з МКХ-10, відповідності критеріям для призначення ЗПТ та наявності документа, що посвідчує особу», або «довідки про звільнення з місць позбавлення волі»<sup>342</sup>. ЛВІН «видається інформаційний лист про ЗПТ із застосуванням препаратів бупренорфіну або метадону за затвердженою формою»<sup>343</sup>.

З 2004 до 2016 рр. забезпечення ЛВІН ЗПТ відбувалося коштом Глобального Фонду боротьби з ВІЛ/СНІДом, ТБ і малярією<sup>344</sup>. На виконання міжнародних зобов'язань наприкінці 2016 р. Україна перейшла на бюджетне фінансування програми ЗПТ, МОЗ України затвердив методику розрахунку потреби у препаратах ЗПТ<sup>345</sup>, а також номенклатуру лікарських засобів і медичних виробів<sup>346</sup>. На закупівлю 2016 р. лікарських засобів ЗПТ було виділено 13 млн грн з державного бюджету України<sup>347</sup>. 2017 р. вперше шість областей України отримали відповідні лікарські засоби, закуплені винятково за рахунок державного бюджету України<sup>348</sup>. Всього на диспансерному обліку на початку 2017 р. перебувало 42 247 ЛВІН<sup>349</sup>. Тимчасом на 01.12.2017 лише 10 053 ЛВІН отримували лікарські засоби ЗПТ, серед яких було 1672 людей із ТБ<sup>350</sup>. Наявні дані свідчать, що доступ до ЗПТ у різних областях України нерівномірний і здебільшого не задовольняє потреби всіх ЛВІН в Україні. Зокрема відсоток ЛВІН, які звернулися за послугами зі зменшення шкоди та були забезпечені ЗПТ, 2016 р. в середньому в Україні (без урахування тимчасово окупованих територій) становив 21,8%. Найбільше ЛВІН забезпечені ЗПТ були у Сумській (45,2%), Вінницькій (44,1%), Житомирській (40%), Полтавській (36,3%), а найменше – у Запорізькій (11,5%), Черкаській (12,7%), Волинській (13,1%) та Одеській (8,3%) областях<sup>351</sup>.

<sup>338</sup> Національний звіт за 2017 рік щодо наркотичної ситуації в Україні (за даними 2016 р.). Поглиблений огляд наркоситуації в Україні для Європейського моніторингового центру з наркотиків та наркотичної залежності. Державна Установа «Український моніторинговий та медичний центр з наркотиків та алкоголю МОЗ України», ст. 80.

<sup>339</sup> Порядок проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю затверджено наказом МОЗ України від 27.03.2012 р. № 200.

<sup>340</sup> Там само, п. 5.

<sup>341</sup> Там само, п. 6.

<sup>342</sup> Там само, п. 7.

<sup>343</sup> Там само.

<sup>344</sup> <https://life.pravda.com.ua/health/2017/06/26/224950/>

<sup>345</sup> Методика розрахунку потреби у препаратах замісної підтримувальної терапії для лікування осіб, хворих на психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів, затверджена наказом МОЗ України від 29.09.2016 р. № 1011.

<sup>346</sup> Номенклатура лікарських засобів і медичних виробів, що закуповуватимуться на виконання державних цільових програм та комплексних заходів програмного характеру за рахунок коштів ДБ у 2016 році, затверджена Наказом МОЗ України від 29 вересня 2016 р. № 1010.

<sup>347</sup> Наказ МОЗ України та Міністерства фінансів України від 21.10.2016 р. № 1128/888 «Про внесення зміни до паспорта бюджетної програми на 2016 рік».

<sup>348</sup> <http://network.org.ua/ru/2017/11/08/ukrayna-pereshla-na-gosfynansirovanye-zpt/>

<sup>349</sup> Національний звіт за 2017 рік щодо наркотичної ситуації в Україні (за даними 2016 р.). Поглиблений огляд наркоситуації в Україні для Європейського моніторингового центру з наркотиків та наркотичної залежності. Державна Установа «Український моніторинговий та медичний центр з наркотиків та алкоголю МОЗ України», ст. 75.

<sup>350</sup> Інформація щодо кількісних та якісних неперсоніфікованих характеристик пацієнтів ЗПТ на 01.12.2017. [http://phc.org.ua/pages/diseases/opioid\\_addiction/stat-docs](http://phc.org.ua/pages/diseases/opioid_addiction/stat-docs).

<sup>351</sup> Національний звіт за 2017 рік щодо наркотичної ситуації в Україні (за даними 2016 р.). Поглиблений огляд наркоситуації в Україні для Європейського моніторингового центру з наркотиків та наркотичної залежності. Державна Установа «Український моніторинговий та медичний центр з наркотиків та алкоголю МОЗ України», ст. 75.

Більшість протитуберкульозних закладів не мають кабінетів ЗПТ, у межах яких відбувається контрольована ЗПТ і доступ до інтегрованих послуг з медичного та соціально-психологічного супроводу. Як вказують НУО, за відсутності ЗПТ у протитуберкульозних закладах ЛВІН з активним ТБ змушені залишати лікарню для «пошуку дози». Лікарі визнають це порушенням правил перебування у протитуберкульозному закладі, і це призводить до виписки і припинення лікування. З іншого боку, ЛВІН з активним ТБ отримують відмови і на програми ЗПТ в іншому закладі, вже не протитуберкульозного профілю, через ризик для здоров'я інших ЛВІН, які отримують ЗПТ.

Вказане серед іншого зумовлене недосконалим правовим регулюванням, оскільки єдиний інший варіант отримання ЗПТ для ЛВІН – прийняття лікуючим лікарем іншого закладу рішення про видачу препаратів ЗПТ за рецептом для їх самостійного прийому в амбулаторних умовах. При цьому кумулятивними критеріями виписування лікарем такого рецепту є: отримання ЗПТ не менше 6 місяців, дотримання правил участі у ЗПТ, невживання опіоїдних наркотичних засобів упродовж останніх 6 місяців, крім тих, які призначив лікар<sup>352</sup>. Таким чином, багатьох ЛВІН із ТБ, які планують вперше отримувати ЗПТ, позбавляють можливості одночасно проходити лікування у протитуберкульозних закладах та отримувати ЗПТ.

Учасники фокус-груп ЛВІН скаржилися на чергу в постановці на лікування ЗПТ, періодичні перебої з ЗПТ лікарями:

*«...недавно было, что дозу уменьшили. Вместо 10 таблеток, дали 9. Видимо потому, что был дефицит таблеток. Постоянные перебои в таблетках. В других городах не хватает пациентов на ЗПТ, а у нас люди по 4 года в очереди на ЗПТ стоят. Столько людей умерло, так и не дождавшись.»*  
ФГ ЛВІН, Рівне

Крім цього, учасники фокус-груп ЛВІН зазначали недостатні знання лікарів протитуберкульозної служби та лікарів загального профілю про специфіку антиретровірусної терапії та замісної терапії.

Хоча програми обміну шприців, надання «аутріч»-послуг на законодавчому рівні не встановлено, завдяки НУО, зокрема благодійним організаціям, у деяких містах і селах функціонують пункти обміну використаних голочок і шприців на стерильні, зокрема мобільні, надають чисті шприци, голки, спиртові серветки, проводять вуличну соціальну роботу («аутріч»). Виявлено також приклад бюджетного фінансування програми обміну шприців 2017 р. у Кіровоградській області за рахунок спеціального фонду ЗОЗ<sup>353</sup>.

Водночас у разі звернення за лікуванням ЛВІН стикаються в Україні з обмеженнями в реалізації та порушеннями своїх прав на недоторканність приватного життя, свободу від дискримінації, а також особисту недоторканність.

По-перше, через криміналізацію споживання наркотиків у чинному законодавстві України зберігаються дискримінаційні норми щодо обов'язкового медичного огляду будь-якої особи, стосовно якої до ЗОЗ, Держлікслужби України та поліції України «надійшла інформація від установ, підприємств, організацій, засобів масової інформації або окремих громадян про те, що вона незаконно вживає наркотичні засоби або психотропні речовини чи перебуває у стані наркотичного сп'яніння»<sup>354</sup>, а також обов'язкового медич-

<sup>352</sup> Порядок проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю, затверджений Наказом МОЗ України від 27.03.2012 р. № 200, п. 9.

<sup>353</sup> <https://reporter.kr.ua/novyny/ekonomika/item/444-na-kirovogradshchyni-vpershe-zdiisneno-biudzhethne-finansuvannia-prohramy-obminu-shprytsiv>

<sup>354</sup> Закон України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними», ст. 12, ч. 1.

ного обстеження ЛВІН за направленням лікаря-нарколога<sup>355</sup>. «Особа, яка ухиляється від медичного огляду чи медичного обстеження, підлягає приводу до наркологічного закладу органом Національної поліції»<sup>356</sup>. Закон передбачає притягнення ЛВІН із дискримінаційним формулюванням стосовно неї як «особи, хворої на наркоманію», «за ухилення від медичного огляду на наявність наркотичного сп'яніння» зі штрафом у розмірі до 25 НМДГ (425 грн)<sup>357</sup>. Не менше сприяє поширенню стигматизації та порушенню прав ЛВІН адміністративна відповідальність, встановлена за «ухилення особи, яка зловживає наркотичними засобами або психотропними речовинами, від медичного обстеження» з максимальним розміром штрафу у розмірі 50 НМДГ (850 грн)<sup>358</sup>.

По-друге, до ЛВІН за рішенням суду можуть застосовувати примусове лікування: «особа, яка визнана хворою на наркоманію, але ухиляється від добровільного лікування або продовжує після лікування вживати наркотичні засоби без призначення лікаря і відносно якої у зв'язку з її небезпечною поведінкою до органів Національної поліції або прокуратури звернулися близькі родичі чи інші особи, за рішенням суду може бути направлена на лікування від наркоманії до спеціалізованого лікувального закладу органів охорони здоров'я, а неповнолітні, які досягли шістнадцятирічного віку, – до спеціалізованих лікувально-виховних закладів терміном до одного року»<sup>359</sup>. Виняток становлять ЛВІН, які «страждають на тяжкі психічні розлади або іншу тяжку хворобу, що перешкоджає перебуванню в таких закладах, інваліди I та II груп, вагітні жінки і матері, що мають немовлят, а також чоловіки віком понад 60 років і жінки віком понад 55 років». До таких осіб застосовують лікування в порядку, визначеному МОЗ України<sup>360</sup>. Рішення суду про направлення ЛВІН на примусове лікування є підставою звільнення її з роботи або припинення навчання<sup>361</sup>, чим обмежується їхнє право на працю та право на освіту.

Незважаючи на те, що ЛВІН гарантують «право на конфіденційність інформації про стан здоров'я, факт звернення по медичну допомогу, діагноз та лікування»<sup>362</sup>, це право можуть обмежувати у встановлених законами випадками<sup>363</sup>. Зокрема такі відомості можуть надавати правоохоронним органам на підставі та за умови дотримання положення Закону України «Про захист персональних даних», серед іншого для організації «надання особі, яка страждає на тяжкий психічний розлад, психіатричної допомоги; проведення досудового розслідування, складання досудової доповіді щодо обвинувачених або судового розгляду за письмовим запитом слідчого, прокурора, суду та представника уповноваженого органу з питань пробації»<sup>364</sup>.

Також «осіб, які незаконно вживають наркотичні засоби або психотропні речовини», можуть ставити на облік, що, окрім права на приватність і конфіденційність, порушує право ЛВІН на свободу від дискримінації

<sup>355</sup> Там само, ст. 13, ч. 1.

<sup>356</sup> Там само, ст. 13, ч. 1.

<sup>357</sup> Кодекс України про адміністративні правопорушення, ст. 44-1, ч. 1.

<sup>358</sup> Там само, ч. 2.

<sup>359</sup> Закон України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними», ст. 16, ч. 1.

<sup>360</sup> Там само, ч. 2.

<sup>361</sup> Там само, ст. 21; Кодекс законів про працю України, ст. 36, п. 9.

<sup>362</sup> Порядок проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю затверджено наказом МОЗ України від 27.03.2012 р. № 200, п. 8.

<sup>363</sup> Відповідно до п.у 8 Порядку проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю затвердженого наказом МОЗ України від 27.03.2012 р. № 200, відомості про лікування хворого можуть надавати лише правоохоронним органам у випадках, передбачених статтею 14 Закону України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними», Законом України «Про поліцію», статтею 6 Закону України «Про психіатричну допомогу».

<sup>364</sup> Закон України «Про психіатричну допомогу», ст. 6, ч. 4.

за ознакою стану здоров'я. Варто зауважити, що порядок виявлення та постановки їх на облік повинен визначатися спільним нормативно-правовим актом МОЗ України, Держлікслужби України, МВС України та Генеральної прокуратури України<sup>365</sup>. Однак відповідну інструкцію, яку у своїй діяльності досі застосовує поліція України, затверджено спільним наказом МОЗ України, МВС України, Генеральної прокуратури України і Міністерства юстиції України<sup>366</sup>. Тобто наказу, прийнятого ще 1997 р. та якого, незважаючи на зміни у законодавстві, що регулює обіг наркотиків, жодного разу не переглядали, не може бути підставою для постановки поліцією України на облік «осіб, які незаконно вживають наркотичні засоби або психотропні речовини». Серед іншого у названій інструкції передбачено зберігання списків «осіб, які незаконно вживають наркотичні засоби або психотропні речовини» у «паспортному столі за місцем їх проживання»<sup>367</sup>, що суперечить положенням Закону України «Про захист персональних даних» та є незаконним втручанням у особисте життя ЛВІН.

Навіть більше, Законом України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними» встановлено, що відомості про ЛВІН, яка «добровільно звернулася до наркологічного закладу для проходження курсу лікування», «можуть бути надані лише правоохоронним органам у разі притягнення цієї особи до кримінальної або адміністративної відповідальності»<sup>368</sup>. Тобто законодавство не передбачає постановки їх на облік. Однак НУО постійно фіксують порушення права на недоторканність приватного життя ЛВІН, які добровільно отримують ЗПТ.

Так, у травні 2016 р. НУО оприлюднили запит Департаменту протидії наркозлочинності Національної поліції України до Закарпатського обласного наркологічного диспансера про повідомлення інформації про всіх осіб, які перебувають на обліку в цьому наркодиспансері «у зв'язку із службовою необхідністю». Завдяки зусиллям правозахисників та офісу Уповноваженого цей запит було визнано незаконним, причетних осіб притягнуто до дисциплінарної відповідальності, розглянуто питання про притягнення їх до кримінальної відповідальності<sup>369</sup>. 2016 р. без належних правових підстав за направленням лікаря-нарколога ЛВІН також довелося стати на облік у поліції

На особливу увагу заслуговує розкриття конфіденційної інформації та поширення її в інтернеті поліцією про двох ЛВІН, які вчинили адміністративне правопорушення. За повідомленням НУО, двох осіб зупинила поліція України через перетин дороги у невстановленому місці. Після виявлення посвідчення учасника ЗПТ, у яких наведено їхні персональні дані, поліціанти сфотографували та незаконно виклали ці документи в інтернет<sup>370</sup>.

Усе це свідчить про стигматизацію, дискримінаційне ставлення поліції України до ЛВІН, пониження їхньої гідності. Тимчасом ЛВІН зрідка самостійно звертаються за захистом своїх прав, щоб не привертати уваги до себе правоохоронних органів.

<sup>365</sup> Закон України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними», ст. 12, ч. 4.

<sup>366</sup> Інструкція про порядок виявлення та постановки на облік осіб, які незаконно вживають наркотичні засоби або психотропні речовини, затверджена спільним наказом МОЗ України, Міністерства внутрішніх справ України, Генеральної прокуратури України, Міністерства юстиції України від 10.10.1997 р. № 306/680/21/66/5.

<sup>367</sup> Там само, п. 3.1.

<sup>368</sup> Закон України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними», ст. 14, ч. п'ята.

<sup>369</sup> <https://www.facebook.com/AlliancePublicHealth/posts/842530509184345:0>

<sup>370</sup> <http://umdpl.info/news/politsiya-prodovzhuye-nezakonno-zbyrati-informatsiyu-pro-lyudej-iz-narkozalezhnisty-shhodo-zapytu-departamentu-pro-tydyi-narkozlochynnosti/>

*«Если права нарушают, то никто не будет обращаться за помощью. Зачем привлекать внимание? Не стоит афишировать факты нарушения прав. Нужно очень много усилий, средств потратить и рекламы, международная пресса. А в итоге что? Все узнают, что ты наркоман.» ФГ ЛВІН, Краматорськ*

Ця ситуація не зміниться без зміни ставлення, підходу до ЛВІН із кабальності до встановлення їхньої прихильності до лікування, декриміналізації споживання наркотиків, зміни чинного законодавства у сфері протидії незаконному обігу наркотиків і нагального скасування наведеного вище наказу щодо обліку «осіб, які незаконно вживають наркотичні засоби або психотропні речовини».

Учасники фокус-груп ЛВІН згадували прояви стигми до людей, які вживають наркотики, медичним персоналом, особливо молодшим. Деякі ЛВІН не говорять про те, що вживають наркотичні засоби, через страх зміни ставлення до себе від медичного персоналу, відмови у лікуванні.

*«Отношение менялось, когда узнавали, что мы употребляли наркотики. Поэтому стараемся не говорить о таком.» ФГ ЛВІН, Дніпро*

*«Мене як привезли в лікарню, то з трудом на ногах стояв, мене колихало, а медсестра каже, то він наркоман і давай по венах роздивляється, поки не пришла інша і каже: «він зараз знепритомніє, скоріше ложіть його.»» ФГ ЛТБ, Рівне*

Деякі учасники фокус-груп ЛВІН повідомляли про відмови у лікуванні.

*«У меня был абсцесс на ноге (нога в два раза больше), приехала к хирургу, он сделал рентген и говорит «абсцесс не на кости, так что едь домой, зачем ко мне приехала, ты сама себе это сделала, сама и лечи.»» ФГ ЛВІН, Краматорськ*

Учасники фокус-груп ЛВІН звертали увагу, що через брак коштів у ЛВІН, пов'язаний з витратами на наркотичні засоби, для них особливим тягарем є необхідність:

- оплати витратних матеріалів і додаткових обстежень на ТБ (напр., рентген-плівок, проведення комп'ютерної томографії);
- купівлі лікарських засобів проти побічних реакцій, медичних виробів (шприців, вати);
- сплати неформальних платежів лікарям тощо.

## **Криміналізація зберігання наркотичних засобів без мети збуту**

«Незаконне виробництво, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення чи пересилання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів без мети збуту» (надалі – наркотиків) є злочином відповідно до ст. 309 Кримінального кодексу України, найбільшим покаранням за яке може бути позбавлення волі на строк до 8 років<sup>371</sup>. Лише за відсутності обтяжливих обставин (повторність, за попередньою змовою групою осіб, рецидив, великі чи особливо великі розміри та/або із залученням неповнолітнього) «особа, яка добровільно звернулася до лікувального закладу і розпочала лікування від наркоманії, звільняється від

<sup>371</sup> Кримінальний кодекс України, ст. 309, ч. 3.



кримінальної відповідальності»<sup>372</sup>. Через побоювання бути притягненими до кримінальної відповідальності особи, які, наприклад, вже колись вчиняли ці діяння або не знають про можливість звільнення від відповідальності, можуть відмовлятися від звернення за лікуванням до лікувальних закладів, що призводить до поширення ТБ серед ЛВІН. Відповідно державний пріоритет на сьогодні – не допомога людині, надання їй належної медичної допомоги, забезпечення її соціального та психологічного захисту у скрутному становищі, а застосування до неї каральних методів. Так, статичні дані засвідчили, що 75% (10,7 тис. осіб<sup>373</sup>) усіх осіб, притягнених до кримінальної відповідальності за злочини, пов'язані з наркотиками 2016 р., вчинили злочин саме за статтею 309 Кримінального кодексу України<sup>374</sup>, а отже, кримінальну відповідальність було переважно застосовано до споживачів наркотиків.

Учасники фокус-груп ЛВІН зазначали після створення національної поліції зменшення репресивного ставлення правоохоронних органів, хоча останнім часом ситуація почала змінюватися в негативний бік.

*«Только когда появились [Национальная полиция] было норм, а сейчас и деньги берут, и камера им не мешаает, и бьют, и провоцируют. Все как раньше. Ничего не поменялось.» ФГ ЛВІН, Дніпро*

Свою чергою Стратегія державної політики щодо наркотиків на період до 2020 р. наголошує на відході від «переваги силових стереотипів розв'язання проблеми» та «тенденції підміни протидії наркозлочинності боротьбою із споживачами наркотиків», проте прямо не вказує на потребу декриміналізації цього злочину, а лише на «необхідність визначитися з доцільністю депеналізації деяких діянь, пов'язаних з наркотиками, та декриміналізації окремих статей Кримінального кодексу України і внесення відповідних змін до законодавства із збереженням за цими діяннями статусу правопорушення»<sup>375</sup>. Уповноважений також засвідчує невиконання Стратегії в аспекті захисту прав ЛВІН і наводить низку порушень, а саме «провокації злочинів та порушення процесуальних прав при здійсненні кримінальних проваджень; притягнення до кримінальної відповідальності на підставі доказів, отриманих у результаті незаконного проведення слідчих (розшукових) дій; використання абстинентного синдрому та наркотичного сп'яніння для отримання свідчень; протиправні вимоги та отримання конфіденційної інформації стосовно наркозалежних осіб; незаконні затримання та тримання у місцях несвободи»<sup>376</sup>.

Водночас за незаконне виробництво, придбання, зберігання, перевезення, пересилання наркотичних засобів або психотропних речовин без мети збуту у невеликих розмірах особу можуть притягти до адміністративної відповідальності відповідно до ст. 44 Кодексу України про адміністративні правопорушення<sup>377</sup>. Звільнення від відповідальності відбувається за умови добровільної здачі нею цих засобів/речовин<sup>378</sup>. Поріг між невеликими та кримінально-караними розмірами наркотиків, визначений у наказі МОЗ України № 634 від 01.08.2000 р., досить незначний, що сприяє збільшенню кількості притягнень саме до кримінальної відповідальності, а отже, і затримань, тримань під вартою та засуджень ЛВІН.

<sup>372</sup> Там само, ч. 4.

<sup>373</sup> Там само, ст. 133.

<sup>374</sup> Національний звіт за 2017 рік щодо наркотичної ситуації в Україні (за даними 2016 р.). Поглиблений огляд наркоситуації в Україні для Європейського моніторингового центру з наркотиків та наркотичної залежності. Державна Установа «Український моніторинговий та медичний центр з наркотиків та алкоголю Міністерства охорони здоров'я України», ст. 138.

<sup>375</sup> Стратегія державної політики щодо наркотиків на період до 2020 р., схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 28.08.2013 № 735-р.

<sup>376</sup> Щорічна доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини про стан додержання прав і свобод людини і громадянина в Україні за 2015 рік, Київ-2016, ст. 249.

<sup>377</sup> Кодекс України про адміністративні правопорушення, ст. 44, ч. 1.

<sup>378</sup> Там само, ч. 2.



Своєю чергою чинне законодавство України хоча й встановлює порядок взаємодії працівників ОВС із ЗОЗ і визначає комплекс їхніх обов'язків для забезпечення безперервності ЗПТ затриманим, взятим під варту, адмінарештованим і засудженим<sup>379</sup>, які вже отримували ЗПТ<sup>380</sup>, однак містить певні вади. Так, «продовження ЗПТ організується у випадку, якщо ЗОЗ ЗПТ розміщений у межах територіальної одиниці (місто, район)», де перебувають вказані особи<sup>381</sup>. Визначений чинним законодавством перелік таких ЗОЗ<sup>382</sup> невеликий, не охоплює більшості міст і районів України, переважно вони також не спеціалізуються на лікуванні ТБ. Нагадаємо, що «медична допомога хворим на ТБ надається амбулаторно або в умовах стаціонару протитуберкульозного закладу»<sup>383</sup>. За відсутності поряд ЗОЗ ЗПТ «лікар-нарколог призначає проведення детоксикації», що проводиться у найближчому за місцезнаходженням ЗОЗ<sup>384</sup>. Таким чином, здебільшого затриманих, взятих під варту, адмінарештованих і засуджених ЛВІН, які отримували ЗПТ, позбавляють ЗПТ і піддають детоксикації як єдиному, безальтернативному заходу щодо зняття абстинентного синдрому.

Навіть більше, на практиці права таких тимчасово позбавлених свободи ЛВІН на (охорону) здоров'я та повагу до гідності, зокрема свободу від катування або нелюдського чи такого, що принижує гідність, поводження, не раз порушували працівники ОВС<sup>385</sup>. З одного боку, чинним законодавством України передбачено обов'язок поліції України вносити запис про затримання та відомості про потребу у ЗПТ<sup>386</sup>, інформувати ЗОЗ упродовж трьох годин «при отриманні від адмінзатриманих (з особової справи) інформації про стан здоров'я та необхідність прийому ЗПТ»<sup>387</sup> і «під час первинного медичного огляду від затриманих, узятих під варту, адмінарештованих або з матеріалів особової справи інформації про стан здоров'я та необхідність прийому ЗПТ»<sup>388</sup>, а також направляти їх до ЗОЗ для отримання ЗПТ чи детоксикації<sup>389</sup> та реєструвати «кожен факт надання медичної допомоги (медичного огляду)»<sup>390</sup>. З іншого боку, така реєстрація відбувається не завжди, потрібна для ЛВІН ЗПТ переривається.

Так, у щорічній доповіді Уповноваженого наведено інформацію про людину з ТБ, яка отримувала замісну підтримувальну терапію до взяття її під варту у Хмельницькому слідчому ізоляторі 2016 р., однак була позбавлена будь-якого необхідного лікування. Навіть більше, лікарі цієї установи внесли неправдиву інформацію до її медичної документації, щоб приховати факт потреби у медичній допомозі та забезпеченні

<sup>379</sup> Порядок взаємодії закладів охорони здоров'я, органів внутрішніх справ, слідчих ізоляторів і виправних центрів щодо забезпечення безперервності лікування препаратами замісної підтримувальної терапії, затверджений спільним наказом Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства внутрішніх справ України, Міністерства юстиції України, Державної служби України з контролю за наркотиками від 22.10.2012 № 821/937/1549/5/156.

<sup>380</sup> Там само, п. 2.1. та 2.2.1.

<sup>381</sup> Там само, п. 2.2.4.

<sup>382</sup> Перелік закладів охорони здоров'я, де впроваджена замісна підтримувальна терапія Додаток 1 до Переліку закладів охорони здоров'я, де впроваджена замісна підтримувальна терапія, затвердженого спільним наказом Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства внутрішніх справ України, Міністерства юстиції України, Державної служби України з контролю за наркотиками від 22.10.2012 № 821/937/1549/5/156.

<sup>383</sup> Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», ст. 10, ч. 1.

<sup>384</sup> Порядок взаємодії закладів охорони здоров'я, органів внутрішніх справ, слідчих ізоляторів і виправних центрів щодо забезпечення безперервності лікування препаратами замісної підтримувальної терапії, затверджений спільним наказом Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства внутрішніх справ України, Міністерства юстиції України, Державної служби України з контролю за наркотиками від 22.10.2012 № 821/937/1549/5/156, п. 2.2.5.

<sup>385</sup> Щорічна доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини про стан дотримання прав і свобод людини і громадянина в Україні за 2016 рік, Київ-2017, ст. 199.

<sup>386</sup> Там само, п. 3.1.1., 3.2.1.

<sup>387</sup> Там само, п. 3.1.2.

<sup>388</sup> Там само, п. 3.2.2.

<sup>389</sup> Там само, п. 3.1.3., 3.2.3.

<sup>390</sup> Там само, п. 3.1.4., 3.2.4.

ЗПТ і лікування ТБ<sup>391</sup>. Трагічні наслідки порушення прав на охорону здоров'я, гідність і життя ЛВІН, яка отримувала ЗПТ, зафіксовано 2015 р. Через те, що працівники ОВС не забезпечили безперервності ЗПТ, зокрема не повідомили лікарів про потребу у консультації лікаря-нарколога, не забезпечили продовження ЗПТ чи детоксикації, ЛВІН зазнала нелюдського поводження і, «не витримавши фізичних та душевних страждань, перебуваючи в камері ІТТ, 25.10.2015 р. А. покінчив життя самогубством»<sup>392</sup>. *Про становище ув'язнених і засуджених із ТБ та асоційованим ТБ в Україні див. окремий пункт Звіту.*

Кримінальну відповідальність встановлено також за незаконне публічне вживання наркотичних засобів, тобто «публічне або вчинене групою осіб незаконне вживання наркотичних засобів у місцях, що призначені для проведення навчальних, спортивних і культурних заходів, та в інших місцях масового перебування громадян»<sup>393</sup>, за що в разі повторного чи рецидиву злочинів максимально передбачено покарання у вигляді позбавлення волі на строк до п'яти років. Однак випадки реального настання кримінальної відповідальності досить нечисленні, а саме 2016 р. було притягнуто 10 осіб<sup>394</sup>. Крім того, криміналізація такої діяльності кореспондує з обов'язком України, взятим на виконання ст. 3 Конвенції ООН про протидію незаконному обігу наркотичних засобів і психотропних речовин 1988 р. (у частині криміналізації прилюдного підбурювання до вчинення незаконної діяльності з обігу наркотиків).

## РЕКОМЕНДАЦІЇ

### Міністерству внутрішніх справ, Верховній Раді:

- 1. Декриміналізувати зберігання наркотичних засобів без мети збуту.**

**Міністерству охорони здоров'я, Міністерству внутрішніх справ України, Генеральній прокуратурі, Міністерству юстиції:**

- 2. Скасувати Інструкцію про порядок виявлення та постановки на облік осіб, які незаконно вживають наркотичні засоби або психотропні речовини, затверджену спільним наказом МОЗ України, Міністерства внутрішніх справ України, Генеральної прокуратури України, Міністерства юстиції України від 10.10.1997 р. № 306/680/21/66/5, що не відповідає чинному законодавству України, заборонивши, зокрема, зберігати списки ЛВІН у паспортному столі за місцем їх проживання.**

**Міністерству охорони здоров'я, Міністерству внутрішніх справ України, Держлікслужбі, Міністерству юстиції:**

- 3. Усунути вимогу спільного наказу № 821/937/1549/5/156 про те, що продовження ЗПТ організують у разі, якщо ЗОЗ ЗПТ розміщено у межах територіальної одиниці (місто, район), де перебувають затримані, взяті під варту, адмінарештовані та засуджені.**

<sup>391</sup> Щорічна доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини про стан додержання прав і свобод людини і громадянина в Україні за 2016 рік, Київ-2017, ст. 199-200.

<sup>392</sup> Там само, ст. 255.

<sup>393</sup> Кримінальний кодекс України, ст. 316, ч. 1.

<sup>394</sup> Національний звіт за 2017 рік щодо наркотичної ситуації в Україні (за даними 2016 р.). Поглиблений огляд наркоситуації в Україні для Європейського моніторингового центру з наркотиків та наркотичної залежності. Державна Установа «Український моніторинговий та медичний центр з наркотиків та алкоголю Міністерства охорони здоров'я України», ст. 138.

**Міністерству охорони здоров'я, Міністерству внутрішніх справ, Міністерству юстиції, НУО:**

4. Проводити тренінги з лікарями, представниками правоохоронних органів, ДКВС для формування толерантного ставлення до ЛВІН.

**Міністерству охорони здоров'я, Міністерству внутрішніх справ, Верховній Раді:**

5. Скасувати адміністративну відповідальність за «ухилення особи, яка зловживає наркотичними засобами або психотропними речовинами, від медичного обстеження».
6. Внести зміни в законодавство України у частині заборони приведення до наркологічного закладу органом Національної поліції осіб, які ухиляються від медичного огляду чи медичного обстеження.
7. Скасувати підставу для звільнення з роботи або припинення навчання ЛВІН рішення суду про направлення ЛВІН на примусове лікування.
8. Увідповіднити термінологічний апарат чинного законодавства України міжнародним стандартам у частині протидії стигматизації та дискримінації ЛВІН.

Управлінню забезпечення прав людини Національної поліції, Управлінню пенітенціарних інспекцій Міністерства юстиції, Національному превентивному механізму Уповноваженого:

9. Здійснювати спільний моніторинг надання ЗПТ у СІЗО та ІТТ.

**Міністерству юстиції, Міністерству охорони здоров'я, Кабінету Міністрів, Верховній Раді:**

10. Нормативно передбачити та забезпечити на практиці надання ЗПТ засудженим у виправних колоніях.

**Міністерству охорони здоров'я, місцевим органам виконавчої влади, органам місцевого самоврядування, протитуберкульозним закладам:**

11. Розглянути та пропілотувати моделі надання інтегрованої протитуберкульозної медичної допомоги і замісної підтримувальної терапії та забезпечити розширення найбільш ефективних моделей інтегрованої допомоги в областях з великим тягарем туберкульозу та вживання ін'єкційних наркотиків<sup>395</sup>.

<sup>395</sup> Для імплементації рекомендації доцільно розглянути існуючі моделі інтеграції послуг з інших країн, наприклад, Португалії [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/165119/E96531-v6-Eng.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/165119/E96531-v6-Eng.pdf).



## Бездомні особи

Бездомні особи – одні з найбільш соціально незахищених, стигматизованих груп населення, яким відмовляють у доступі до медичної допомоги не лише на підставі відсутності ідентифікаційних документів, а і як прояв дискримінації та корупції. За повідомленнями НУО, відмова у доступі до лікування стала вірогідно причиною смерті людини. Її залишили вмирати через відсутність грошей на лікування (інформація НУО) або не помітили (свідчення лікарів) прямо навпроти приміщення лікарні швидкої медичної допомоги<sup>396</sup>. Учасники фокус-груп зазначали, що існує упереджене ставлення лікарів і небажання надавати допомогу бездомним особам.

Водночас Закон України «Про основи соціального захисту бездомних осіб і безпритульних дітей» передбачає, що «бездомні особи і безпритульні діти мають усі права та свободи, закріплені Конституцією України та законами України»<sup>397</sup>. Навіть більше, на ЗОЗ покладено окремий прями́й обов'язок виявляти бездомних осіб, які до них потрапляють, надавати їм необхідну медичну допомогу з обов'язковим повідомленням закладів для бездомних осіб<sup>398</sup>.

<sup>396</sup> Пошук інформації про володільців персональних даних. <http://www.ombudsman.gov.ua/ua/page/zpd/check-info/>.

<sup>397</sup> Закон України «Про основи соціального захисту бездомних осіб і безпритульних дітей», ст. 5, ч. 1.

<sup>398</sup> Порядок взаємодії суб'єктів, що надають соціальні послуги бездомним особам, затверджений наказом Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, МОЗ України, Міністерства внутрішніх справ України, Державного комітету України у справах національностей та релігій, Державного департаменту України з питань виконання покарань від 19.02.2009 р. № 70/411/101/65/19/32, розділ II, підрозділ 2.3, п. 2.3.3.

У жовтні 2016 р. з трудового рабства у фермерському господарстві Вінницької області Служба безпеки України звільнила 103 бездомні особи<sup>399</sup>. Ставлення поліції до бездомних осіб також викликає занепокоєння. У липні 2015 р. завдяки відеозаписам свідків стало відомо про незаконні затримання з побоями бездомної особи у Києві. Причетних працівників поліції звільнено<sup>400</sup>. НУО повідомляють, що такі затримання непоодинокі і їх здійснюють задля статистики з розкриття злочинів.

Точна кількість бездомних осіб невідома. Статистику ведуть лише стосовно осіб, взятих на облік у автоматизованій системі з гарантією дотримання їхнього права на приватність і конфіденційність<sup>401</sup> у спеціально створених центрах обліку<sup>402</sup>, і місце перебування яких відомо впродовж останніх шести місяців. Так, на 2015 р. на обліку в Україні перебувало 25 800 осіб, а за підрахунками експертів їх кількість становила близько 200 000<sup>403</sup>. Вказане ускладнює виконання позитивного обов'язку держави щодо забезпечення їхніх прав і свобод.

На законодавчому рівні бездомним особам гарантують відновлення або отримання документів, що посвідчують особу<sup>404</sup>, у чому їм повинні допомагати уповноважені особи центрів обліку<sup>405</sup>. Однак від них вимагають сплати державного мита<sup>406</sup> у розмірі 34 грн<sup>407</sup>, а за повторної втрати впродовж року паспорта повинні сплачувати штраф у розмірі до 51 грн<sup>408</sup>. У разі втрати свідоцтва про народження (один з обов'язкових документів для отримання паспорта<sup>409</sup>) передумовою для отримання паспорта найчастіше є звернення до суду. *Докладніше про бар'єри у реалізації права на судовий захист див. пункт щодо доступу до правосуддя.*

Бездомні особи можуть стати на облік для отримання соціального житла<sup>410</sup>, яке держава повинна безоплатно надавати у найм на певний строк<sup>411</sup>. Однак реалізації права бездомних осіб на житло, по-перше, перешкоджає відсутність обов'язку забудовників передавати частину житлової площі у фонд соціального житла<sup>412</sup>, а також низький рівень фінансування потреб на закупівлю соціального житла органами місцевого самоврядування. Зокрема на 2020 р. у Києві планують забезпечити лише 2% осіб, які перебувають на соціальному квартирному обліку, житлом і створити один новий заклад з надання послуг для осіб без постійно-

<sup>399</sup> <http://tyzhden.ua/News/176044>.

<sup>400</sup> <https://ua.112.ua/suspilstvo/rezonansni-zatrymannia-patrujnoi-politsiiei-u-kyievi-zakinchylisia-zvilnenniamy-zhuladze-262865.html>

<sup>401</sup> Порядок взаємодії суб'єктів, що надають соціальні послуги бездомним особам, затверджений Наказом Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, МОЗ України, Міністерства внутрішніх справ України, Державного комітету України у справах національностей та релігій, Державного департаменту України з питань виконання покарань від 19.02.2009 р. № 70/411/101/65/19/32, розділ II, підрозділ 2.2, п. 2.2.4.

<sup>402</sup> Закон України «Про основи соціального захисту бездомних осіб і безпритульних дітей», ст. 6 та 7.

<sup>403</sup> <https://www.radiosvoboda.org/a/27711919.html>

<sup>404</sup> Закон України «Про основи соціального захисту бездомних осіб і безпритульних дітей», ст. 8.

<sup>405</sup> Порядок взаємодії суб'єктів, що надають соціальні послуги бездомним особам, затверджений наказом Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, МОЗ України, Міністерства внутрішніх справ України, Державного комітету України у справах національностей та релігій, Державного департаменту України з питань виконання покарань від 19.02.2009 р. № 70/411/101/65/19/32, розділ II, підрозділ 2.2, п. 2.2.3.

<sup>406</sup> Декрет Кабінету Міністрів України «Про державне мито» від 21.01.1993 р. № 7-93, ст. 5.

<sup>407</sup> Там само, ст. 3, п. 6, підп. «а».

<sup>408</sup> Кодекс України про адміністративні правопорушення, ст. 197, ч. 2.

<sup>409</sup> Порядок оформлення і видачі паспорта громадянина України, затверджений наказом Міністерства внутрішніх справ України від 13 квітня 2012 р. № 320, п. 1.3.

<sup>410</sup> Житловий кодекс Української РСР, ст. 1.

<sup>411</sup> Там само, ст. 10.

<sup>412</sup> Такий обов'язок не передбачено Законом України «Про регулювання містобудівної діяльності».



го місця проживання<sup>413</sup>. За повідомленнями НУО, «багато бездомних осіб залишаються на вулиці, бо просто не знають, де знайти роботу чи як мотивувати себе»<sup>414</sup>.

По-друге, взяття на такий облік зумовлено наявністю у бездомних осіб реєстрації місця проживання/ перебування та «довідки про прийняття на обслуговування в заклад для бездомних осіб», а також низки інших документів (довідок про присвоєння ідентифікаційного номера, документів, що посвідчують особу, довідки про доходи тощо). Обов'язковим кроком також є прийняття рішення органу місцевого самоврядування про взяття громадян України на відповідний облік<sup>415</sup>.

Якщо раніше місця проживання/перебування бездомні особи могли отримати незалежно від того, чи справді їм надають тимчасове житло і завдяки зусиллям НУО, тепер реєстрація можлива лише в разі отримання ними місця тимчасового проживання у закладі соціального обслуговування та соціального захисту, створеному органами місцевого самоврядування. НУО вказують, що раніше бездомні особи могли звернутися до них та отримати потрібну для пошуку роботи та соціальної допомоги від держави реєстрацію. Тепер це неможливо, оскільки НУО не можуть забезпечити їх житлом<sup>416</sup>.

Подання заяви про реєстрацію покладено на заклади, де проживають бездомні особи<sup>417</sup>, серед яких передбачено створення будинків нічного перебування, центрів реінтеграції бездомних осіб, соціальних готелів та інших закладів для повнолітніх, а також притулків для дітей служби у справах дітей, центрів соціально-психологічної реабілітації дітей і соціально-реабілітаційних центрів для безпритульних дітей<sup>418</sup>. Однак «фінансування закладів та соціальний супровід бездомних осіб здійснюються лише за рахунок місцевих бюджетів»<sup>419</sup>. «Станом на 1 липня 2013 р. в Україні діяло 85 центрів обліку бездомних осіб, 21 будинок нічного перебування, 13 центрів реінтеграції та два соціальні готелі»<sup>420</sup>.

Чинне законодавство України передбачає певні заходи, спрямовані на профілактику ТБ і ВІЛ-асоційованого ТБ серед бездомних осіб і забезпечення їхнього права на охорону здоров'я. Зокрема їм гарантують проходження за направленням закладів соціального захисту (за винятком центру обліку) медичних обстежень у ЗОЗ, зокрема щорічних рентгенівських обстежень органів грудної порожнини, отримання необхідних консультацій і лікування у ЗОЗ, отримання першої медичної допомоги, а також послуг добровільного консультування і тестування на ВІЛ з дотриманням принципів конфіденційності у закладах соціального захисту (за винятком центру обліку).

ЗОЗ також повинні сприяти в організації просвітницької роботи з питань здорового способу життя, профілактики ТБ і ВІЛ, зловживання алкоголем і наркотиками<sup>421</sup>. Водночас в Україні на законодавчому рівні

<sup>413</sup> Програма економічного і соціального розвитку м. Києва на 2018–2020 роки, затверджена рішенням Київської міської ради від 21.12.2017 р. № 1042/4049.

<sup>414</sup> <https://www.radiosvoboda.org/a/27711919.html>

<sup>415</sup> Порядок взяття громадян на соціальний квартирний облік, їх перебування на такому обліку та зняття з нього, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 23 липня 2008 р. № 682, п. 1-2.

<sup>416</sup> <https://www.radiosvoboda.org/a/27711919.html>

<sup>417</sup> Закон України «Про свободу пересування та вільний вибір місця проживання в Україні», ст. 6-1.

<sup>418</sup> Закон України «Про основи соціального захисту бездомних осіб і безпритульних дітей», ст. 19.

<sup>419</sup> <https://www.radiosvoboda.org/a/24256507.html>

<sup>420</sup> [https://dt.ua/socium/bezdomnist-ne-stupin-moralnogo-padinnya\\_.html](https://dt.ua/socium/bezdomnist-ne-stupin-moralnogo-padinnya_.html)

<sup>421</sup> Порядок взаємодії суб'єктів, що надають соціальні послуги бездомним особам, затверджений наказом Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, МОЗ України, Міністерства внутрішніх справ України, Державного комітету України у справах національностей та релігій, Державного департаменту України з питань виконання покарань від 19.02.2009 р. № 70/411/101/65/19/32, розділ II, підрозділ 2.3, п. 2.3.1-2.3.3.

не передбачено здійснення соціального супроводу до ЗОЗ для проходження діагностики на ТБ (лише направлення за згодою на обстеження), створення прихильності до неї та, за потреби, подальшого лікування. Не передбачено створення умов, зокрема забезпечення належного інфекційного контролю, та не передбачено відповідних повноважень закладів соціального захисту для отримання бездомними особами з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ амбулаторного лікування.

Навпаки, бездомних осіб не приймають до нічліжного будинку «у стані гострого алкогольного та/або наркотичного сп'яніння та ознак гострого захворювання»<sup>422</sup>, що може включати ТБ; до центру реінтеграції бездомних осіб – за наявності медичних протипоказань, відсутності виписки з медичної картки та «у стані алкогольного та/або наркотичного сп'яніння»<sup>423</sup>; до соціального готелю – за наявності медичних протипоказань<sup>424</sup>. «У разі виявлення у бездомної особи захворювань заклад для бездомних осіб сприяє (за необхідності в супроводі соціального працівника цього закладу) направленню його на лікування, у тому числі примусове; проведенню (продовженню) лікування клієнта у закладі охорони здоров'я». Зокрема Типове положення про центр реінтеграції бездомних осіб прямо встановлює, що центр направляє бездомних осіб з активним ТБ і/або які зловживають алкоголем і/або наркотиками до ЗОЗ<sup>425</sup>.

Чинним законодавством також передбачено інформування вже ліквідованої санітарно-епідеміологічної служби про випадки інфекційних хвороб<sup>426</sup>. На порушення права на приватність і конфіденційність довідка про стан здоров'я з чутливою інформацією про стан здоров'я бездомної особи, зокрема, результатами рентгенівського обстеження органів грудної порожнини, даними лабораторних досліджень, консультаційних записів лікарів, за згодою результатом тесту на ВІЛ, а у разі проведення лікування також виписка з медичної картки і процедурні листи зберігаються в особовій справі у закладі для бездомних осіб. Іншими словами, доступ до цих чутливих персональних даних отримують немедичні працівники закладів для бездомних осіб. Навіть більше, особливих вимог щодо порядку обробки та засобів захисту таких персональних даних, повідомлення Уповноваженого, створення структурного підрозділу примірні положення щодо таких закладів не містять<sup>427</sup>.

<sup>422</sup> Типове Положення про будинок нічного перебування, затверджене наказом Міністерства праці та соціальної політики України від 14.02.2006 р. № 31, п. 3.2.

<sup>423</sup> Типове Положення про центр реінтеграції бездомних осіб, затверджене наказом Міністерства праці та соціальної політики України від 14.02.2006 р. № 31, п. 1.4. та 3.2.

<sup>424</sup> Типове положення про соціальний готель, затверджене наказом Міністерства праці та соціальної політики України від 03.04.2006 № 98, п. 1.4.

<sup>425</sup> Типове Положення про центр реінтеграції бездомних осіб, затверджене наказом Міністерства праці та соціальної політики України від 14.02.2006 р. № 31, п. 3.3.

<sup>426</sup> Порядок взаємодії суб'єктів, що надають соціальні послуги бездомним особам, затверджений наказом Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, МОЗ України, Міністерства внутрішніх справ України, Державного комітету України у справах національностей та релігій, Державного департаменту України з питань виконання покарань від 19.02.2009 р. № 70/411/101/65/19/32, розділ II, підрозділ 2.3, п. 2.3.2; Постанова Кабінету Міністрів України від 29.03.2017 р. № 348 «Деякі питання Державної санітарно-епідеміологічної служби», п. 2.

<sup>427</sup> Порядок взаємодії суб'єктів, що надають соціальні послуги бездомним особам, затверджений наказом Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, МОЗ України, Міністерства внутрішніх справ України, Державного комітету України у справах національностей та релігій, Державного департаменту України з питань виконання покарань від 19.02.2009 р. № 70/411/101/65/19/32, розділ II, підрозділ 2.3, п. 2.3.4.



## РЕКОМЕНДАЦІЇ

### Міністерству юстиції, Верховній Раді:

1. Скасувати ст. 197 Кодексу України про адміністративні правопорушення як перешкоду для отримання бездомними особами документів, що посвідчують особу.

### Міністерству соціальної політики, Міністерству охорони здоров'я:

2. Передбачити здійснення соціального супроводу бездомних осіб до ЗОЗ для проходження діагностики на ТБ, створення прихильності до лікування.
3. Пропілотувати надання парамедичних послуг державними соціальними працівниками бездомним особам під час амбулаторного лікування ТБ і забезпечити створення умов належного інфекційного контролю в закладах соціального захисту та надати повноваження закладам соціального захисту для забезпечення отримання бездомними особами з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ амбулаторного лікування.

### Міністерству охорони здоров'я:

4. Заборонити доступ до медичних документів бездомних осіб немедичному персоналу закладів соціального захисту та забезпечити зберігання цих документів відповідно до чинного законодавства у сфері захисту персональних даних.

### Кабінету Міністрів:

5. Спростити постановку на квартирний і соціальний обліки для бездомних осіб.







## Особи, які зловживають алкоголем

Зловживання алкоголем не лише підвищує ризик розвитку туберкульозу, а й може призводити до низької прихильності до лікування, припинення лікування.

*«Знакомий несколько раз начинал лечить потом уходил в запой и бросал все.» ФГ ЛЖВ, Рівне*

*«Лежал с ТБ и в моей палате 8 человек умерло, потому что продолжали пить и от этого поумирали и не принимали таблетки... вылечились те, кто перестал употреблять.» ФГ ЛЖВ, Чернігів*

Учасники фокус-груп (Рівне) також зазначали відсутність психологічної допомоги людям, які хворіють на ТБ, зокрема щодо подолання алкогольної залежності.

Українське законодавство передбачає комплекс заходів превентивного характеру, спрямованих на обмеження шкідливого впливу споживання алкогольних напоїв, який частково враховує Глобальну стратегію зі зменшення шкідливого впливу споживання алкоголю ВООЗ 2010 р. Серед них варто зазначити: обмеження доступності алкогольних напоїв, зокрема вікові обмеження (заборона продажу особам до 18 років з обов'язковою перевіркою паспорта), обмеження місць продажу (наприклад, з автоматів, на території навчальних закладів), зокрема, на розлив для споживання та місць споживання (наприклад, у ЗОЗ, на спортивних майданчиках), встановлення правил продажу алкогольних

напоїв (наприклад, продаж більшості алкогольних напоїв у закладах із реєстраторами розрахункових операцій)<sup>428</sup>; ліцензування виробництва, імпорту, експорту, оптової та/чи роздрібною торгівлі алкогольних напоїв<sup>429</sup>; маркування алкогольних напоїв<sup>430</sup>; встановлення та підвищення ставок акцизного податку на алкогольні напої<sup>431</sup>; фінансові санкції за порушення вказаних вимог<sup>432</sup>; протидія незаконному ввезенню та обігу алкогольних напоїв у вигляді адміністративної та кримінальної відповідальності, зокрема фальсифікату<sup>433</sup>; адміністративна та кримінальна відповідальність за допуск до керування та керування у стані алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння<sup>434</sup>. До алкогольних напоїв належить і пиво.

Адміністративну відповідальність встановлено також за «розпивання алкогольних, слабоалкогольних напоїв або вживання наркотичних засобів, психотропних речовин чи їх аналогів військовослужбовцями, військовозобов'язаними та резервістами»<sup>435</sup>, «розпивання пива, алкогольних, слабоалкогольних напоїв у заборонених законом місцях або поява у громадських місцях у п'яному вигляді», а також на робочому місці<sup>436</sup>, доведення неповнолітнього до стану сп'яніння<sup>437</sup>.

На час проведення масових заходів сільські, селищні та міські ради можуть обмежити чи навіть заборонити і продаж, і споживання алкогольних напоїв<sup>438</sup>. Варто зауважити, що ВСУ у своєму рішенні вже скасовував рішення Хмельницької міської ради про встановлення часового обмеження на продаж алкоголю як таке, що виходить за межі наданих цьому органу законом повноважень<sup>439</sup>. З аналогічних підстав Окружний адміністративний суд Києва скасував подібне рішення Київської міської ради<sup>440</sup>. Саме тому відповідне обмеження шкідливого впливу споживання алкоголю варто запровадити на рівні закону. Досі також дозволено продаж алкогольних напоїв у малих архітектурних формах (тимчасових спорудах) та у загальних приміщеннях магазинів, не відокремлених окремими входами.

Окрім того, Законом України «Про рекламу» встановлено обмеження на рекламування алкоголю, зокрема заборонено розміщення будь-якої рекламної інформації про спонсора-виробника алкогольних напоїв та/або торгової марки, що йому належить, у телепередачах<sup>441</sup>; часові та інші обмеження, а також заборонено рекламу алкогольних напоїв та об'єктів права інтелектуальної власності, під якими їх випускають, окрім у деяких ЗМІ; обов'язкове наведення текстів попереджень під час рекламування алкогольних напоїв<sup>442</sup>.

<sup>428</sup> Закон України «Про державне регулювання виробництва і обігу спирту етилового, коньячного і плодового, алкогольних напоїв та тютюнових виробів», ст. 15-1, 15-2, 15-3.

<sup>429</sup> Там само, ст. 3, 14.

<sup>430</sup> Там само, ст. 11.

<sup>431</sup> Наприклад, Законом України від 20.12.2016 № 1791-VIII «Про внесення змін до Податкового кодексу України та деяких законодавчих актів України щодо забезпечення збалансованості бюджетних надходжень у 2017 році» 2017 р. ставка акцизного податку на лікєро-горілчані вироби зросла на 20%, також передбачено єдину ставку акцизного податку на міцний алкоголь та слабоалкогольні напої.

<sup>432</sup> Закон України «Про державне регулювання виробництва і обігу спирту етилового, коньячного і плодового, алкогольних напоїв та тютюнових виробів», ст. 17.

<sup>433</sup> Кодекс України про адміністративні правопорушення, ст. 156, 156-2, 164-5, 177-2; Кримінальний кодекс України, ст. 204.

<sup>434</sup> Кодекс України про адміністративні правопорушення, ст. 129, 130; Кримінальний кодекс України, ст. 276-1, ст. 287.

<sup>435</sup> Кодекс України про адміністративні правопорушення, ст. 172-20.

<sup>436</sup> Там само, ст. 178 і 179.

<sup>437</sup> Там само, ст. 180.

<sup>438</sup> Закон України «Про державне регулювання виробництва і обігу спирту етилового, коньячного і плодового, алкогольних напоїв та тютюнових виробів», ст. 15-2, 15-3.

<sup>439</sup> Постанова Верховного Суду України від 24.05.2016 р. у Справі № 2а-54/10.

<sup>440</sup> Рішення Окружного адміністративного суду міста Києва від 09.01.2018 р. у Справі № 826/16296/16.

<sup>441</sup> Закон України «Про рекламу», ст. 5, ч. 1.

<sup>442</sup> Там само, ст. 22.

Рекламодавці алкогольних напоїв «зобов'язані спрямовувати на виробництво та розповсюдження соціальної реклами щодо шкоди тютюнопаління та зловживання алкоголем не менше 5% коштів, витрачених ними на розповсюдження реклами»<sup>443</sup>. Однак таке інформування населення може не відбуватися в разі недобросовісності таких виробників алкогольних напоїв, оскільки відповідальності за невідрахування цих коштів чинним законодавством України не встановлено<sup>444</sup>.

Наявні також певні заходи охорони здоров'я, які однак через свій обов'язковий характер втручаються у право на свободу та особисту недоторканність людини. Так, люди окремих професій (наприклад, анестезіологів)<sup>445</sup> зобов'язані проходити первинний і профілактичний наркологічні огляди для виявлення «хворих на алкоголізм» та «враховувати дані про лікування громадянина в наркологічних закладах»<sup>446</sup>. «У разі виявлення ознак наркологічного захворювання або у разі незгоди з результатами профілактичного наркологічного огляду громадянин має пройти додатковий наркологічний огляд, психологічне тестування та медичне лабораторне обстеження в умовах стаціонару»<sup>447</sup>.

Крім того, до обов'язків сімейних лікарів належить попередня діагностика «психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання» алкоголю та направлення до спеціаліста для лікування<sup>448</sup>.

Варто зауважити, що з 1 січня 2000 р. було скасовано існування так званих медичних витверезників, у яких «міліція громадської безпеки» без судового контролю проводила заходи з «медичного витверезування»<sup>449</sup>. Таким чином, правової підстави для існування таких закладів не існує.

Водночас лише з 1 грудня 2017 р. після численних скарг про приниження гідності людей, які зловживають алкоголем, крадіжки їхніх особистих речей припинив діяльність міський центр детоксикаційної допомоги КУ «Центральна міська лікарня» № 2. Житомира. Так, у порушення права на свободу та особисту недоторканність людей у стані алкогольного сп'яніння без рішення суду поліція або приватні охоронці затримували та доставляли до цього закладу для примусової детоксикації. Наявні відомості також свідчать про побиття та жорстоке поводження з людьми, які потрапляли до цього ЗОЗ<sup>450</sup>. Крім того, інформованої згоди на медичну допомогу ні вони, ні їхні представники не надавали<sup>451</sup>. За наслідками порушень прав людей відкрили три кримінальні справи<sup>452</sup>.

<sup>443</sup> Там само, ст. 22, ч. восьма.

<sup>444</sup> Зокрема не передбачає відповідальність ні статтею 27 Закону України «Про рекламу», ні Порядком накладення штрафів за порушення законодавства про рекламу, затвердженим постановою Кабміну від 26.05.2004 р. № 693.

<sup>445</sup> Перелік професій та видів діяльності, для яких є обов'язковим первинний і періодичний профілактичний наркологічний огляд, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 6.11.1997 р. № 1238.

<sup>446</sup> Порядок проведення обов'язкового профілактичного наркологічного огляду громадян, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 6.11.1997 р. № 1238, п. 1-4.

<sup>447</sup> Там само, п. 5.

<sup>448</sup> Додаток до Порядку медичного обслуговування громадян центрами первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, затвердженого наказом МОЗ України від 05.10.2011 р. № 646.

<sup>449</sup> Постанова Кабінету Міністрів України від 09.08.1999 р. № 1451 «Про питання функціонування медичних витверезників».

<sup>450</sup> <https://www.vgolos.zt.ua/u-miskiy-radi-poyasnyly-chomu-z-1-hrudnya-zakryyut-zhytomyrskyy-vytvereznyk/>; [http://sbu.in.ua/zhur\\_ras/kativnya.html](http://sbu.in.ua/zhur_ras/kativnya.html); <http://insider.zt.ua/top/2744-u-zhitomir-ostatochno-lkvduyut-vitvereznik.html>

<sup>451</sup> [http://zhitomir.today/news/society/u\\_zhitomiri\\_z\\_1\\_grudnya\\_pripinit\\_robotu\\_vitvereznik-id23158.html](http://zhitomir.today/news/society/u_zhitomiri_z_1_grudnya_pripinit_robotu_vitvereznik-id23158.html)

<sup>452</sup> <https://www.vgolos.zt.ua/u-miskiy-radi-poyasnyly-chomu-z-1-hrudnya-zakryyut-zhytomyrskyy-vytvereznyk/>

## РЕКОМЕНДАЦІЇ

### Кабінету Міністрів, Верховній Раді:

1. Надати повноваження органам місцевого самоврядування для встановлення додаткових обмежень, заборони продажу алкогольних напоїв, зокрема у малих архітектурних формах (тимчасових спорудах) та у загальних приміщеннях магазинів, не відокремлених окремими входами, часових обмежень.
2. Встановити відповідальність рекламодавців алкогольних напоїв за непрямування не менше 5% коштів, витрачених ними на розповсюдження реклами, на виробництво та розповсюдження соціальної реклами щодо шкоди тютюнопаління та зловживання алкоголем, у статті 27 Закону України «Про рекламу» та Порядку накладення штрафів за порушення законодавства про рекламу, затвердженим постановою Кабміну від 26.05.2004 р. № 693.
3. Доцільно підвищити акцизні збори на алкогольні напої та цільове направлення отриманих коштів на фінансування заходів у сфері громадського здоров'я, включаючи протидію епідемії туберкульозу.

### Міністерству соціальної політики, місцевим органам виконавчої влади, протитуберкульозним закладам:

4. Передбачити доступність послуг з психологічного консультування людей з ТБ щодо подолання алкогольної залежності.





## Мігранти і внутрішньо переміщені особи, особи без документів/ нелегальні мігранти

Етичне керівництво ВООЗ з імплементації стратегії ВООЗ «Покласти край ТБ» визначає, що діагностику мігрантів для виявлення ТБ можна дозволяти лише для надання належної медичної допомоги, але стан здоров'я мігранта у жодному разі не повинен використовуватись для дискримінації, зокрема для відмови у наданні дозволу на імміграцію<sup>453</sup> чи на працевлаштування<sup>454</sup>.

Однак для отримання дозволу на імміграцію чинним законодавством України встановлено обов'язок людини подавати серед іншого «документ про те, що особа не є хворою на хронічний алкоголізм, токсикоманію, наркоманію або інфекційні захворювання» за визначеним переліком<sup>455</sup>, а їх наявність є підставою для відмови у видачі вказаного дозволу<sup>456</sup>. Так, до переліку інфекційних захворювань МОЗ України, на під-

<sup>453</sup> Етичне керівництво ВООЗ з імплементації стратегії ВООЗ «Покласти край ТБ», ст. 31.

<sup>454</sup> Там само, ст. 32.

<sup>455</sup> Закон України «Про імміграцію» від 07.06.2001 р. № 2491-III, ст. 9, ч. п'ята, п. 5.

<sup>456</sup> Там само, ст. 10, ч. 1, п. 3.

ставі наданих йому законом повноважень<sup>457</sup>, внесло активну форму ТБ<sup>458</sup>, а також ВІЛ. Останній вилучено з переліку лише 11 червня 2015 р.<sup>459</sup>. Імігрантами можуть бути серед іншого батьки, чоловік (дружина) імігранта і його неповнолітні діти<sup>460</sup>, а отже, такі люди в разі неотримання дозволу можуть не лише не отримати необхідну медичну допомогу, а й розлучитись із сім'єю. Тобто порушення зазнає не лише їхнє право на охорону здоров'я, а й на повагу до сімейного життя.

Крім того, до кінця листопада 2017 р. існував дискримінаційний законодавчий бар'єр для працевлаштування в Україні іноземців та осіб без громадянства з ТБ чи ВІЛ-асоційованим ТБ, а також людей, які належать до групи ризику, який було поступово (а саме у три етапи) усунуто впродовж 2015–2017 років. Так, передумовою отримання роботодавцем дозволу на застосування праці іноземців чи осіб без громадянства було подання встановленого Порядком видачі, продовження дії та анулювання дозволу на застосування праці іноземців та осіб без громадянства<sup>461</sup> переліку документів, серед яких був «документ, виданий лікувально-профілактичним закладом про те, що особа не хвора на хронічний алкоголізм, токсикоманію, наркоманію або інші інфекційні захворювання, перелік яких визначено МОЗ»<sup>462</sup>, інакше його заява залишалася без розгляду<sup>463</sup>. Як зазначалося вище до такого переліку до червня 2015 р. належав ВІЛ<sup>464</sup>, а на сьогодні залишається включеною активна форма ТБ<sup>465</sup>.

23.05.2017 р. український парламент прийняв закон<sup>466</sup>, яким було доповнено Закон України «Про зайнятість населення» щодо підстав, переліку документів і порядку отримання дозволу на застосування праці іноземців та осіб без громадянства<sup>467</sup>. Так, на сьогодні Закон України «Про зайнятість населення» не передбачає обов'язку подавати будь-які документи щодо стану здоров'я людини для отримання відповідного дозволу. Однак на підзаконному рівні такі зміни було внесено лише постановою КМУ від 15.11.2017 р. № 858<sup>468</sup>, на підставі якої втратив чинність Порядок видачі, продовження дії та анулювання дозволу на застосування праці іноземців та осіб без громадянства<sup>469</sup>. Таким чином, майже до кінця 2017 року за наявності активної форми ТБ іноземців та осіб без громадянства позбавляли права на працевлаштування незалежно від сфери діяльності.

На початок 2017 р. майже у 1000 ВПО було діагностовано ТБ, із них 36% МР ТБ і 28% ВІЛ-асоційований ТБ. Голова Комітету з питань охорони здоров'я О. Богомолець пов'язує це і зі складною епідеміологічною

<sup>457</sup> Там само, ст. 8, ч. 1.

<sup>458</sup> Перелік інфекційних хвороб, захворювання на які є підставою для відмови в наданні дозволу на іміграцію в Україну, затверджений наказом МОЗ України від 19.10.2001 р. № 415, п. 1.

<sup>459</sup> П. 2 Переліку інфекційних хвороб, захворювання на які є підставою для відмови в наданні дозволу на іміграцію в Україну, затвердженого наказом МОЗ України від 19.10.2001 р. № 415, виключено на підставі наказу Міністерства охорони здоров'я від 11.06.2015 р. № 329.

<sup>460</sup> Закон України «Про іміграцію» від 07.06.2001 р. № 2491-III, ст. 4, ч. 2, п. 6.

<sup>461</sup> Порядок видачі, продовження дії та анулювання дозволу на застосування праці іноземців та осіб без громадянства, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 27.05.2013 р. № 437.

<sup>462</sup> Там само, п. 6.

<sup>463</sup> Там само, п. 10.

<sup>464</sup> П. 2 Переліку інфекційних хвороб, захворювання на які є підставою для відмови в наданні дозволу на іміграцію в Україну, затвердженого наказом МОЗ України від 19.10.2001 р. № 415, виключено на підставі Наказу Міністерства охорони здоров'я від 11.06.2015 р. № 329.

<sup>465</sup> Перелік інфекційних хвороб, захворювання на які є підставою для відмови в наданні дозволу на іміграцію в Україну, затверджений наказом МОЗ України від 19.10.2001 р. № 415, п. 1.

<sup>466</sup> Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо усунення бар'єрів для залучення іноземних інвестицій» від 23.05.2017 р. № 2058-VIII.

<sup>467</sup> Закон України «Про зайнятість населення» від 05.07.2012 р. № 5067-VI, ст. 421–429.

<sup>468</sup> Постанова Кабінету Міністрів України від 15.11.2017 р. № 858 «Про затвердження форм заяв для отримання роботодавцем дозволу на застосування праці іноземців та осіб без громадянства, продовження строку дії дозволу на застосування праці іноземців та осіб без громадянства, внесення змін до дозволу на застосування праці іноземців та осіб без громадянства».

<sup>469</sup> Перелік постанов Кабінету Міністрів України, що втратили чинність, затверджений Постановою Кабінету Міністрів України від 15.11.2017 р. № 858.

ситуацією на окупованих територіях («велика кількість людей із ТБ локалізувалися в Донецькій і Луганській областях»), і з неузгодженістю національних програм щодо протидії ТБ<sup>470</sup>.

Незважаючи на вказане, ВПО досі не включено до груп високого чи підвищеного ризику ТБ ані у Переліку<sup>471</sup>, ані в Уніфікованому Клінічному протоколі<sup>472</sup>. Відповідно, вони не повинні проходити обов'язкові первинні медичні огляди на ТБ під час прибуття з окупованої території, відсутні будь-які превентивні заходи, зокрема скринінг-анкетування в разі звернення за медичною допомогою. Це впливає на несвоєчасність виявлення та встановлення діагнозу ТБ та призводить до розвитку МР ТБ, неотримання своєчасного лікування ВПО, а також поширення ТБ на основній території України.

Згідно з міжнародними рекомендаціями ВПО належать до категорії осіб, серед яких потрібно проводити заходи з активного виявлення ТБ. Керівні принципи ООН з питання переміщення осіб всередині країни також передбачають приділення особливої уваги до протидії поширенню інфекційних захворювань серед ВПО та надання їм максимально можливого обсягу медичної допомоги і догляду без дискримінації та у найкоротший термін<sup>473</sup>. До того ж УЦКС 2014 р. розсилав листи до фтизіатричних служб України з рекомендаціями щодо проведення додаткових заходів із протидії поширенню ТБ серед ВПО<sup>474</sup>.

«Серйозним викликом для ВПО є питання працевлаштування та пошук житла», а також дискримінація роботодавців, більшість із них орендують житло за власний рахунок, а близько 4% ВПО проживають у місцях компактного поселення. Єдину інформаційну базу даних про ВПО хоча і створено, однак вона функціонує неналежним чином, що ускладнює надання соціальних послуг і забезпечення медичної допомоги ВПО<sup>475</sup>.

НУО наголошують, що через втрату ідентифікаційних документів, відсутність чи часту зміну місця проживання у пошуках дешевшого житла, матеріальні труднощі, ВПО мають обмежений доступ до медичних і соціальних послуг, не охоплені профілактикою ТБ<sup>476</sup>. Зокрема систему фінансування ЗОЗ з місцевих бюджетів до реалізації медичної реформи було розраховано лише на жителів відповідних територіальних громад і зареєстрованих у відповідному районі ВПО. Через недостатню поінформованість ВПО часто не знали, у який ЗОЗ звертатися та не могли відстояти право на безоплатну медичну допомогу.

Варто зауважити, що на веб-сайтах окремих міст наявна інформація для ВПО, зокрема, Київської міської державної адміністрації. Учасники фокус-груп з ВПО зазначили, що втрата медичних документів і невнесення в електронний реєстр усієї потрібної інформації стає бар'єром для постановки на облік, виявлення та діагностики ТБ, продовження лікування ВПО з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ.

Своєю чергою соціальний захист ВПО, який передбачено Законом України «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб», включає лише гарантію захисту та дотримання їхніх прав<sup>477</sup> за умови

<sup>470</sup> Доповідь Голови Комітету з питань охорони здоров'я Богомолец О.В. 11 квітня 2017 р. на засіданні Рахункової палати України. <http://komzdrav.rada.gov.ua/print/73250.html>.

<sup>471</sup> Перелік осіб, віднесених до груп підвищеного ризику захворювання на туберкульоз, затверджений наказом МОЗ України 15.05.2014 № 327.

<sup>472</sup> Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Туберкульоз», затверджений наказом МОЗ України від 04 вересня 2014 р. за № 620.

<sup>473</sup> Керівні принципи ООН з питання переміщення осіб всередині країни, Принцип 19, ч. 1 та 3.

<sup>474</sup> Звіт за результатами дослідження «Визначення рівня доступу внутрішньо переміщених осіб та учасників антитерористичної операції до виявлення ТБ у м. Києві». LHSl. Київ-2016, ст. 9.

<sup>475</sup> <https://helsinki.org.ua/prava-vnutrishno-peremishchenyh-osib/>

<sup>476</sup> Звіт за результатами дослідження «Визначення рівня доступу внутрішньо переміщених осіб та учасників антитерористичної операції до виявлення ТБ у м. Києві». LHSl. Київ-2016, ст. 3.

<sup>477</sup> Закон України «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб», ст. 2.

отримання довідки про взяття на облік ВПО, яка є водночас підтвердженням статусу ВПО та свідченням нового місця проживання на території України<sup>478</sup>. За новим місцем проживання на підставі відповідної довідки ВПО гарантовано отримання соціального забезпечення, реабілітаційних послуг, доступу до освіти, забезпечення виборчих прав, отримання гуманітарної та благодійної допомоги, отримання безоплатних лікарських засобів у визначених законодавством випадках, а також безоплатної медичної допомоги у державних і комунальних ЗОЗ<sup>479</sup>. Учасники ВПО ФГ у Дніпрі вказували, що довідку про взяття на облік ВПО досить складно отримати і без неї отримати медичну і соціальну допомогу неможливо. Допомога ВПО на практиці зводиться до оформлення довідки та іноді до нетривалої виплати матеріальної допомоги у недостатньому обсязі для задоволення базових потреб.

*«Матеріальну допомогу не всім дають і дуже складно її отримати. Мені давали 400 грн в місяць на протязі 3-х місяців.» ФГ ВПО, Дніпро*

Учасники ФГ ВПО в Дніпрі зазначили, що **ставлення до ВПО різне**, від нейтрального до негативного, що може проявлятися у формі агресивних висловлювань, небажання брати на роботу тощо.

*«Не особливо стикались со стигмою. Нас особливо не афіширують, що ми переселенці. Відношення, що якщо ти звідти приїхав, то до тебе недовірають. Єть знайомі, яких не беруть на роботу тому що переселенці.» ФГ ВПО, Дніпро*

*«Роботу на госпідприємстві і у мене штамп ЛНР і насторожує це людей. Трудову стараюсь не показувати.» ФГ ВПО, Дніпро*

Через більший пріоритет задоволення потреб у пошуку роботи, житла, питання діагностики та **лікування відходять на другий план** для ВПО, що підвищує ймовірність пізнього виявлення туберкульозу серед цієї групи. Психологічний **стрес, погане харчування та загострення хронічних захворювань** також можуть сприяти виникненню туберкульозу.

*«Отсутствие работы приводит к тому, что не можешь полноценно питаться и найти нормальное жилье. Снимаешь дешевое жилье без соответствующих гигиенических условий (нет горячей воды, грибок на стенах, квартиры с сыростью, проживание в переполненных помещениях – живем группами для экономии).» ФГ ВПО, Краматорськ*

За таких умов вимагання неформальних платежів за діагностику та лікування особливо болюче для ВПО та може суттєво обмежувати доступність медичних послуг для цієї групи.

*«На перекомисии рекомендуют пройти КТ за 1800 грн (а откуда у меня такие средства?). В индивидуальном режиме, через депутата, решил вопрос с оплатой КТ. Но еще список на 20 тысяч: капельницы, лекарства, анализы и т.д. Говорят насобирай 5–6 тысяч и приходи лечиться.» ФГ ВПО, Рубіжне*

*«За рентген, УЗИ, МРТ и анализы крови, даже на вирусную нагрузку, в большинстве случаев нужно платить.» ФГ ВПО, Краматорськ*

<sup>478</sup> Там само, ст. 4, 5.

<sup>479</sup> Там само, ст. 7-9.



Деякі учасники фокус-групових досліджень зазначали **небажання лікарів надавати їм медичні послуги** в лікарнях і надання медичної допомоги за залишковим принципом, часті перенаправлення з лікарні в лікарню.

*«В больницах не очень хотят принимать переселенцев.» ФГ ВПО, Дніпро*

*«Из-за того что переселенцы, меняют схему АРТ, так как на своих в первую очередь, а на приезжих во вторую... Выдают лекарства по остаточному принципу (во вторую очередь).» ФГ ВПО, Рубіжне*

Крім того, для отримання медичної допомоги необхідне додаткове оформлення документів чи проходження повторних аналізів для продовження хронічного захворювання (через те, що старі медичні картки втрачено).

Проблематичним для **ВПО, які не мають документів**, може бути отримання медичної допомоги, включаючи проходження діагностичних заходів для виявлення ТБ, оскільки в медичних закладах можуть вимагати оплату за безоплатні послуги та не бажати обслуговувати таких осіб.

*«В міській лікарні треба було заплатити, я сам з Криму, немає реєстрації і грошей. Чоловік що мене привіз (знімаю у нього квартиру), залишив в залог свій паспорт, бо вони не хотіли безкоштовно робити, може тому що я з Криму, і він наступного дня привіз їм гроші і забрав свій паспорт.» ФГ ЛТБ, Рівне*

У медичних закладах відношення до ВПО часто негативне, у зв'язку із соціальним напруженням, пов'язаним з військовим конфліктом на Сході країни, та зростанням навантаження на медичних працівників без корегування оплати праці. Наприклад, учасники фокус-групи ВПО в Краматорську зазначали про випадки, коли лікар відмовлявся відвідувати пацієнта в палаті, над головою якого висів шарф донецького «Шахтаря»; коли жінка з дочкою вимушені були жити в лікарні, щоб приглядати за чоловіком після операції, а лікар запросив соціальну службу на перевірку та загрожували позбавити батьківських прав; в Запоріжжі в протитуберкульозній лікарні лікар називав ВПО «сепаратистами» та казав, що вже повідомив до СБУ. З іншого боку, згадано і позитивні приклади, коли лікар зробив МРТ безоплатно, або заплатив з власних коштів 600 грн за крапельницю для пацієнта ВПО.

ВПО з Краматорська зазначали, що на відміну від Донецька тут не вистачає спеціалістів і медичного обладнання для належного медичного обслуговування.

Окремо варто також виділити соціальний супровід і важливість роз'яснювальної роботи для підвищення прихильності до лікування серед трудових мігрантів. Через умови праці трудових мігрантів вони можуть із запізненням звертатися до медичної допомоги, що може призводити до затримки з постановкою діагнозу та бути недостатньо прихильними до лікування через сезонний характер зайнятості та необхідність від'їзду за кордон на роботу.

Треба зазначити, що згідно з даними Міжнародної організації міграції ситуація щодо нерегульованої міграції іноземців в Україну достатньо контрольована. Водночас упродовж 2014–2015 рр. спостерігається збільшення чисельності виявлених нерегульованих мігрантів і на кордонах України, і всередині держави. Кількість спроб нелегального перетину кордону зросла 2015 р. порівняно з 2014 р. майже удвічі. Зросла також і кількість потенційних нерегульованих мігрантів, яким відмовлено у в'їзді в Україну. Серед них переважали громадяни пострадянських держав, а саме Узбекистану (25%), Таджикистану (20%), Азербайджану (12%), Молдови (10%), Киргизстану (9%), Грузії (8%), Вірменії (6%), Росії (3%). Державна міграційна служба 2015 р. на території України виявила більш як 5,1 тис. нерегульованих мігрантів проти

3,1 тис. 2014 р. Найчисельнішу групу становили громадяни Росії – 29%. Вихідці з Азербайджану становили 12%, Узбекистану – 9%, Грузії – 6%, Молдови – 5%, Вірменії – 5%, Афганістану та Китаю – по 3%.<sup>480</sup>

Наступні нормативні гарантії в аспекті протитуберкульозної допомоги для іноземців, осіб без громадянства, які перебувають на законних підставах, і нерегульованих мігрантів передбачено в законодавстві. Так, згідно з Порядком взаємодії закладів охорони здоров'я, територіальних органів та установ Державної міграційної служби, Державної прикордонної служби та державної служби зайнятості для організації надання медичної допомоги з туберкульозу іноземцям та особам без громадянства, які перебувають в Україні<sup>481</sup>, та згідно з Порядком надання медичної допомоги іноземцям та особам без громадянства, що утримуються в пунктах тимчасового перебування іноземців та осіб без громадянства, які незаконно перебувають в Україні, Державної міграційної служби України і пунктах тимчасового тримання та спеціально обладнаних приміщеннях Державної прикордонної служби України, затвердженим наказом Міністерства внутрішніх справ України, Міністерства охорони здоров'я України та Адміністрації Державної прикордонної служби України від 17 квітня 2012 року № 336/268/254, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 11 травня 2012 року за № 749/21062:

- Органи охорони державного кордону Державної прикордонної служби України проводять медичний огляд хворих затриманих осіб; у разі виявлення в осіб, які підлягають розміщенню або перебувають у пунктах тимчасового тримання та спеціально обладнаних приміщеннях, симптомів, що потребують обов'язкового обстеження на туберкульоз за результатами клінічного скринінгу (продуктивний кашель з виділенням мокротиння, що триває понад два тижні, втрата маси тіла, підвищення температури тіла, спітніння вночі, кровохаркання, біль у грудній клітці), хворому організують надання медичної допомоги, зокрема екстреної, на безоплатній основі; облаштовують у пунктах тимчасового тримання іноземців та осіб без громадянства ізолятор для хворих на туберкульоз; у разі виявлення симптомів захворювання, зокрема інфекційного, хворого негайно вміщують до медичного ізолятора пункту, а в разі необхідності доставляють для лікування до закладу охорони здоров'я і вміщують до нього на загальних підставах, а осіб з підозрою на інфекційні захворювання направляють на лікування до ПТЗ; для транспортування хворого до закладу охорони здоров'я негайно викликають карету швидкої медичної допомоги.
- Територіальні органи та установи Державної міграційної служби повинні направляти на профілактичний медичний огляд на туберкульоз до закладів охорони; у разі виявлення в осіб, які перебувають у пунктах тимчасового розміщення біженців або пунктах тимчасового перебування іноземців або осіб без громадянства, які незаконно перебувають в Україні, симптомів, що потребують обов'язкового обстеження на туберкульоз за результатами клінічного скринінгу (продуктивний кашель із виділенням мокротиння, що триває понад два тижні, втрата маси тіла, підвищення температури тіла, спітніння вночі, кровохаркання, біль у грудній клітці), хворого ізолюють та організують доставлення до закладів охорони здоров'я; у разі виявлення симптомів захворювання, зокрема інфекційного, хворого негайно вміщують до медичного ізолятора пункту, а в разі необхідності доставляють для лікування до закладу охорони здоров'я і вміщують до нього на загальних підставах, а осіб з підозрою на інфекційні захворювання направляють на лікування до ПТЗ; для транспортування хворого до закладу охорони здоров'я негайно викликають карету швидкої медичної допомоги.
- Заклади охорони здоров'я здійснюють профілактичний медичний огляд на туберкульоз, ізоляцію хворих на туберкульоз з бактеріовиділенням, організують і проводять лікування в

<sup>480</sup> Міграція в Україні: факти і цифри, МОМ, 2016, с. 28–29, [http://iom.org.ua/sites/default/files/ff\\_ukr\\_21\\_10\\_press.pdf](http://iom.org.ua/sites/default/files/ff_ukr_21_10_press.pdf).

<sup>481</sup> Затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства внутрішніх справ України, Міністерства соціальної політики України 02.02.2015 № 41/119/95, <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0194-15/paran20#n20>.



разі самостійного, чергового звернення іноземців та осіб без громадянства, які перебувають на законних підставах, під час звернення для отримання відповідного висновку, необхідного для адміністративних імміграційних процедур, або під час звернення по екстрену медичну допомогу, здійснюють прийом і лабораторне дослідження мокротиння на наявність збудника туберкульозу в осіб, які перебувають у пункті тимчасового розміщення біженців або пункті тимчасового перебування іноземців та осіб без громадянства, які незаконно перебувають в Україні, та у пунктах (місцях) тимчасового тримання осіб; надають медичну допомогу хворим на туберкульоз іноземцям та особам без громадянства, які незаконно перебувають в Україні.

Згідно з чинним законодавством допомога, яку надають іноземцям, які перебувають на законних підставах, включаючи біженців, повинна оплачуватись за рахунок полісу медичного страхування, якщо такий наявний в іноземця<sup>482</sup>, або компенсуватися з його/її власних коштів<sup>483</sup>. Питання щодо оплати або безоплатності надання не врегульованим мігрантам прямо не передбачено в законодавстві, з чого можна зробити висновок, що таким мігрантам допомогу надають на платній основі. Під час оцінки не було виявлено звітів чи оглядів, які б описували практику застосування зазначених вище гарантій до не врегульованих мігрантів. У доступних джерелах зазначають випадки неналежного харчування<sup>484</sup>, неналежного ведення документації в пунктах тимчасового тримання іноземців<sup>485</sup>.

## РЕКОМЕНДАЦІЇ

### Міністерству юстиції, Верховній Раді:

- 1. Внести зміни до Закону України «Про імміграцію» у частині подання «документа про те, що особа не є хворою на хронічний алкоголізм, токсикоманію, наркоманію або інфекційні захворювання» як умови для отримання дозволу на імміграцію.**

### Міністерству охорони здоров'я, Міністерству юстиції:

- 2. Скасувати Перелік інфекційних хвороб, захворювання на які є підставою для відмови в наданні дозволу на імміграцію в Україну, затверджений наказом МОЗ України від 19.10.2001 р. № 415.**

### Міністерству охорони здоров'я:

- 3. Включити ВПО до груп високого та підвищеного ризику ТБ у Переліку осіб, віднесених до груп підвищеного ризику захворювання на туберкульоз, затверджений наказом МОЗ України 15.05.2014 № 327.**

<sup>482</sup> У Законі України «Про правовий статус іноземців та осіб без громадянства» підставою для видачі посвідки на тимчасове проживання чи візу є наявність полісу медичного страхування.

<sup>483</sup> Див. пп. 2 та 9 Порядку надання медичної допомоги іноземцям та особам без громадянства, які постійно проживають або тимчасово перебувають на території України, які звернулися із заявою про визнання біженцем або особою, яка потребує додаткового захисту, стосовно яких прийнято рішення про оформлення документів для вирішення питання щодо визнання біженцем або особою, яка потребує додаткового захисту, та яких визнано біженцями або особами, які потребують додаткового захисту, та компенсації вартості медичних послуг і лікарських засобів, наданих іноземцям та особам без громадянства, які тимчасово проживають або перебувають на території України, затвердженого Постановою КМУ від 19 березня 2014 р. № 121.

<sup>484</sup> [https://zaxid.net/nelegali\\_u\\_tabori\\_dlya\\_bizhentsiv\\_na\\_volini\\_goloduyut\\_cherez\\_pogani\\_umovi\\_utrimannya\\_n1348125](https://zaxid.net/nelegali_u_tabori_dlya_bizhentsiv_na_volini_goloduyut_cherez_pogani_umovi_utrimannya_n1348125)

<sup>485</sup> Результати моніторингового візиту Національного превентивного механізму омбудсмена до Чернігівського пункту тимчасового перебування іноземців та осіб без громадянства <http://www.ombudsman.gov.ua/ua/all-news/pr/27618-nq-zdijsneno-monitoringovij-vizit-do-chernigivskogo-punktu-timchasovogo-p/>.







## Роми

Закон України «Про національні меншини в Україні» визначає особливості правового статусу національних меншин і закріплює низку гарантій, спрямованих на їхній вільний розвиток, забезпечення рівності всіх громадян України незалежно від національності, недопустимості обмеження прав і свобод людини на підставі належності до певної національної меншини: «При забезпеченні прав осіб, які належать до національних меншин, держава виходить з того, що вони є невід'ємною частиною загальнонаціональних прав людини»<sup>486</sup>. «Будь-яке пряме чи непряме обмеження прав і свобод громадян за національною ознакою забороняється й карається законом»<sup>487</sup>. Хоча цей Закон не вміщує хоча б приблизного переліку національних меншин в Україні, з ознак, поданих у ст. 3 («групи громадян України, які не є українцями за національністю, виявляють почуття національного самоусвідомлення та спільності між собою»), а також схвалення 2013 р. Стратегії захисту та інтеграції в українське суспільство ромської національної меншини на період до 2020 р.<sup>488</sup> (надалі – Стратегія) та планів заходів для її втілення<sup>489</sup>, можна

<sup>486</sup> Закон України «Про національні меншини в Україні» від 25.06.1992 р. № 2494-XII, ст. 1, ч. 3.

<sup>487</sup> Там само, ст. 18.

<sup>488</sup> Стратегія захисту та інтеграції в українське суспільство ромської національної меншини на період до 2020 р., схвалена Указом Президента України від 08.04.2013 р. № 201/2013.

<sup>489</sup> План заходів щодо реалізації Стратегії захисту та інтеграції в українське суспільство ромської національної меншини на період до 2020 р., затверджений розпорядженням Кабінету Міністрів України від 11.09.2013 р. № 701-р.; План заходів Міністерства освіти і науки України щодо реалізації Стратегії захисту та інтеграції в українське суспільство ромської національної меншини на період до 2020 р., затверджений наказом МОН України від 21.12.2015 р. № 1327.

стверджувати про визнання ромської спільноти національною меншиною на офіційному національному рівні в Україні.

Однак становище ромів в Україні, пов'язане із зовнішніми і внутрішніми чинниками, залишається вкрай складним. З одного боку, роми найчастіше серед інших людей в Україні стикаються з проявами дискримінації та стигматизації («індекс соціальної дистанції до ромської етнічної групи в українському суспільстві найвищий з-поміж інших національних меншин – 5,7 за шкалою Боградуса»<sup>490</sup>), зокрема від поліції України та лікарів, під час спроб працевлаштування, мовою ворожнечі<sup>491</sup>, а також проявами насильства на національному підґрунті<sup>492</sup>, зокрема поліцією<sup>493</sup>. 2016 р. зафіксовано практику сегрегації ромів у ЗОЗ, «функціонування так званих ромських палат», «відмови у госпіталізації та проведенні життєво важливих діагностичних обстежень, приниження людської честі та гідності через національну приналежність з боку медичних працівників»<sup>494</sup>, на територіях Закарпатської, Одеської, Харківської, Київської областей. Заслугує на увагу дискримінація, яка проявляється у незаконних обшуках, затриманнях поліцією ромів за відсутності належних законних підстав<sup>495</sup>, «ототожнювання їх зі злочинцями, расовому профілюванні та знятті відбитків пальців»<sup>496</sup>. Відсутність ефективного розслідування у справі «Федорченко та Лозенко проти України»<sup>497</sup> ЄСПЛ також визнав порушенням права п'ятьох ромів на свободу від дискримінації.

Водночас всупереч рекомендаціям міжнародних організацій ані Закон України «Про засади запобігання та протидії дискримінації», ані Закон України «Про забезпечення рівних прав і можливостей жінок і чоловіків» прямо не визначає серед ознак, за якими не може відбуватися дискримінація, національність і стан здоров'я<sup>498</sup>, не містить гарантії щодо захисту від множинної дискримінації (за одночасно кількома ознаками)<sup>499</sup>. Стратегія та план заходів для її втілення також не містять чітких заходів для подолання дискримінації, утвердження гендерної рівності, на що вже не раз звертали увагу<sup>500</sup>. На неефективність і віддаленість Стратегії від реалій, відсутність фінансування, належної взаємодії між державою та представниками ромської національної меншини під час її підготовки наголошували в різних джерелах<sup>501</sup>. Зокрема щодо охорони здоров'я Стратегія у загальних фразах передбачає інформування і ромів, і працівників ЗОЗ для надання ме-

<sup>490</sup> Стан реалізації державної політики щодо ромів. Звіт за результатами моніторингу виконання Плану заходів Стратегії захисту та інтеграції ромської національної меншини в українське суспільство до 2020 р. 2015 рік. Ст. 6.

<sup>491</sup> Щорічна доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини про стан додержання та захисту прав і свобод людини в Україні за 2017 рік, Київ-2017, ст. 108-109.

<sup>492</sup> Європейська комісія проти расизму та нетерпимості. Доповідь щодо України (П'ятий цикл моніторингу) CRI(2017)38. Прийнято 20.06.2017 р., ст. 9.

<sup>493</sup> Звіт про оцінку становища ромів в Україні та впливу поточної кризи. ОБСЄ. Серпень 2014 р. Варшава. Ст. 17.

<sup>494</sup> Щорічна доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини про стан додержання та захисту прав і свобод людини в Україні за 2017 рік, Київ-2017, ст. 108.

<sup>495</sup> Там само, ст. 109.

<sup>496</sup> Звіт про оцінку становища ромів в Україні та впливу поточної кризи. ОБСЄ. Серпень 2014 р. Варшава. Ст. 19.

<sup>497</sup> Справа «Федорченко та Лозенко проти України» (Заява № 387/03) від 20.09.2012 р. Режим доступу за: [http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/974\\_933](http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/974_933).

<sup>498</sup> E/C.12/UKR/CO/R.6. Заключні спостереження до шостого періодичного звіту України. Комітету ООН з економічних, соціальних та культурних прав. 2014 рік. Ст. 3; Паралельний звіт The Equal Rights Trust, поданий на 52-ій сесії Комітету ООН з економічних, соціальних та культурних прав стосовно шостого періодичного звіту, поданого Україною у березні 2014, п. 27, 30.

<sup>499</sup> Паралельний звіт The Equal Rights Trust, поданий на 52-ій сесії Комітету ООН з економічних, соціальних та культурних прав стосовно шостого періодичного звіту, поданого Україною у березні 2014, п. 31, 34.

<sup>500</sup> Звіт про оцінку становища ромів в Україні та впливу поточної кризи. ОБСЄ. Серпень 2014 р. Варшава. Ст. 14.

<sup>501</sup> Щорічна доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини про стан додержання та захисту прав і свобод людини в Україні за 2017 рік, Київ-2017, ст. 107; Стан реалізації державної політики щодо ромів. Звіт за результатами моніторингу виконання Плану заходів Стратегії захисту та інтеграції ромської національної меншини в українське суспільство до 2020 р. 2015 рік. Ст. 63-64; Звіт про оцінку становища ромів в Україні та впливу поточної кризи. ОБСЄ. Серпень 2014 р. Варшава. Ст. 14; Стан реалізації державної політики щодо ромів. Звіт за результатами моніторингу виконання Плану заходів Стратегії захисту та інтеграції ромської національної меншини в українське суспільство до 2020 р. 2015 рік. Ст. 10-11; Європейська комісія проти расизму та нетерпимості. Доповідь щодо України (П'ятий цикл моніторингу) CRI(2017)38. Прийнято 20.06.2017 р., п. 62 та 82.

дичної допомоги та «приділення особливої уваги стану здоров'я ромських дітей»<sup>502</sup> без деталізації заходів, виділення коштів та акцентування на проведенні скринінгу та діагностики на ТБ.

Суттєва перешкода для доступу ромів до соціальних, зокрема медичних послуг щодо ТБ, отримання соціального забезпечення, а також одна з основних причин низького рівня освіти і працевлаштування (більше 60% ромів не мають місця роботи<sup>503</sup>)<sup>504</sup> та як наслідок низької матеріальної забезпеченості й поінформованості щодо ТБ, – відсутність документів, які посвідчують їхню особу<sup>505</sup>. За даними Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини, кількість ромів без таких документів становить в Україні близько 20%<sup>506</sup>, ЄКРН прозвітувало про 30–40%<sup>507</sup>. Це пов'язують зі складними процедурами отримання документів, їх платністю, частою відсутністю у ромів доказів про наявність місця постійного проживання (реєстрації) та свідоцтва про народження. Останнє можна отримати через суд<sup>508</sup>, що також потребує чималих матеріальних витрат та інколи супроводжується дискримінаційними практиками щодо подання додаткових, не передбачених чинним законодавством, документів. Враховуючи рекомендації ЄКРН і Комітету ООН з економічних, соціальних і культурних прав щодо спрощення вказаних процедур<sup>509</sup>, в Одесі було запроваджено пілотний проект, який поступово впроваджують за допомогою НУО на всій території України<sup>510</sup>. Водночас рекомендація щодо звільнення ромів від плати за судовий збір<sup>511</sup> залишається невиконаною.

Ситуація із забезпеченням Україною прав ромів ускладнюється тим, що офіційної статистики щодо кількості представників ромської національної меншини не ведеться. Відомо, що на 2001 р. 47,6 тис. осіб під час Всеукраїнського перепису вказали своєю національністю ромську<sup>512</sup>. Проте інші джерела вказують на багато більшу чисельність, а саме від близько 260 тис. до 400 тис. людей<sup>513</sup>. Низький рівень освіти (24% ромів взагалі не мають освіти<sup>514</sup>), незнання державної мови (23% ромів не вміють читати українською мовою<sup>515</sup>) призводить до їх недостатньої поінформованості щодо ТБ, безоплатності медичної допомоги ТБ і спричиняє відмову багатьох ромів від діагностики та необхідного лікування. Низький матеріальний стан також перешкоджає зверненню за медичною допомогою, оскільки на практиці її не завжди надають

<sup>502</sup> Стратегія захисту та інтеграції в українське суспільство ромської національної меншини на період до 2020 р., схвалена Указом Президента України від 08.04.2013 р. № 201/2013, п. 4.4.

<sup>503</sup> Європейська комісія проти расизму та нетерпимості. Доповідь щодо України (П'ятий цикл моніторингу) CRI(2017)38. Прийнято 20.06.2017 р., п. 64 та 77.

<sup>504</sup> Щорічна доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини про стан додержання та захисту прав і свобод людини в Україні за 2017 рік, Київ-2017, ст. 107.

<sup>505</sup> Підсумковий звіт. ОБСЄ. Експертний семінар із питань доступу ромів в Україні до ідентифікаційних документів і свідоцтв про реєстрацію актів цивільного стану. Київ, Україна 19-20 листопада 2015 р.

<sup>506</sup> <http://rozvitok.org/6903-2/>

<sup>507</sup> Європейська комісія проти расизму та нетерпимості. Доповідь щодо України (П'ятий цикл моніторингу) CRI(2017)38. Прийнято 20.06.2017 р., п. 66.

<sup>508</sup> Звіт про оцінку становища ромів в Україні та впливу поточної кризи. ОБСЄ. Серпень 2014 р. Варшава. Ст. 21.

<sup>509</sup> E/C.12/UKR/CO/R.6. Заключні спостереження до шостого періодичного звіту України. Комітету ООН з економічних, соціальних та культурних прав. 2014 рік. Ст. 4.

<sup>510</sup> Європейська комісія проти расизму та нетерпимості. Доповідь щодо України (П'ятий цикл моніторингу) CRI(2017)38. Прийнято 20.06.2017 р., п. 65 та 67.

<sup>511</sup> Там само, п. 59.

<sup>512</sup> Державний комітет статистики України, перепис 2001 р., доступ за: <http://2001.ukrcensus.gov.ua/>.

<sup>513</sup> Оцінки щодо чисельності ромського населення в європейських країнах. Рада Європи. <http://www.coe.int/en/web/portal/roma/>.

<sup>514</sup> Стан реалізації державної політики щодо ромів. Звіт за результатами моніторингу виконання Плану заходів Стратегії захисту та інтеграції ромської національної меншини в українське суспільство до 2020 р. 2015 рік. Ст. 18.

<sup>515</sup> Там само, ст. 9.

безоплатно<sup>516</sup>. Несприятливі житлово-побутові умови та високий рівень безробіття серед ромів<sup>517</sup> лише сприяють поширенню ТБ. З іншого боку, зацікавлені особи<sup>518</sup> повідомляють про культурні особливості, що спричиняють низьку інтеграцію, певною мірою самоізоляцію ромської національної меншини та потребують трохи іншого підходу до забезпечення їхніх основних прав і свобод. Зокрема роми через недовіру, стигматизацію та дискримінацію більш схильні до контакту з представниками влади (зокрема поліцією, лікарями) у присутності посередників, представників їхньої спільноти, а доступ до медичних послуг жінок ускладнюється традиційною заборорою отримувати їх від чоловіків.

У цьому аспекті позитивно проявила себе ініціатива НУО щодо впровадження 2010 р. інституту ромських медико-соціальних посередників<sup>519</sup>(які діють як соціальні служби на неофіційному рівні), зокрема у поліпшенні ситуації щодо отримання ромами ідентифікаційних документів, доступу до медичних послуг, як-от скринінгу, діагностики та подальшого лікування ТБ, освіти дітей, реагування на прояви дискримінації<sup>520</sup>.

Однак законодавчої бази щодо функціонування цього правового інституту не створено, фінансування послуг ромських медично-соціальних посередників упродовж усього терміну діяльності забезпечували коштом Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, ТБ і малярією. Своєю чергою у жодній із розглянутих вище у цьому Звіті державних стратегій і концепцій, які визначають перехід на бюджетне фінансування заходів протидії ТБ, не згадано закріплення у штатних розписах ромських медично-соціальних посередників і фінансування за рахунок державного бюджету. Експерт НУО зазначив, що, окрім залучення ромських посередників, необхідно проводити переговори з головою ромської громади, пояснювати важливість діагностики та лікування туберкульозу. Важливе також навчання лікарів щодо формування толерантного ставлення до ромів.

## РЕКОМЕНДАЦІЇ

**Місцевим органам виконавчої влади, органам місцевого самоврядування та проти-туберкульозним закладам у населених пунктах з компактим проживанням ромів:**

- 1. Закріпити у штатних розписах ЗОЗ ромських медично-соціальних посередників і передбачити їх фінансування.**

**Міністерству соціальної політики:**

- 2. Проводити інформаційні кампанії для усунення стигматизації та дискримінації ромів.**

**Міністерству охорони здоров'я:**

- 3. Забезпечити навчання серед лікарів ПМД і ПТЗ для формування толерантного ставлення до ромів.**

<sup>516</sup> Звіт про оцінку становища ромів в Україні та впливу поточної кризи. ОБСЄ. Серпень 2014 р. Варшава.

<sup>517</sup> Стан реалізації державної політики щодо ромів. Звіт за результатами моніторингу виконання Плану заходів Стратегії захисту та інтеграції ромської національної меншини в українське суспільство до 2020 р. 2015 рік. Ст. 63.

<sup>518</sup> Міжнародна благодійна організація «Ромський жіночий фонд «Чіріклі».

<sup>519</sup> Звіт про оцінку становища ромів в Україні та впливу поточної кризи. ОБСЄ. Серпень 2014 р. Варшава.

<sup>520</sup> Інформацію повідомила Міжнародна благодійна організація «Ромський жіночий фонд «Чіріклі».





# Бідні жителі міст

## Бідні жителі міст

Як зазначалося вище, 2015 р. у приблизно 22,5% людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ не було виявлено вчасно ТБ. Це своєю чергою збільшує ризик поширення резистентних до медикаментозного лікування форм ТБ, не забезпечує належного доступу до медичної допомоги та, як наслідок, підвищує рівень смертності серед людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ.

Один з основних чинників для невчасного виявлення ТБ у місті, за свідченнями НУО, – розірваність первинної та вторинної ланок ЗОЗ, які не здійснюють достатнього контролю за поставленням остаточного діагнозу людям з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ. Зокрема уніфікований клінічний протокол лікування ТБ у дорослих передбачає виявлення людей із ТБ у ПМД, а його підтвердження – у спеціалізованому протитуберкульозному закладі<sup>521</sup>. Так, встановлено обов'язок лікарів ПМД скеровувати людей із симптомами ТБ (за результатами алгоритму первинної діагностики) до лікаря-фтизіатра<sup>522</sup> та організувати «доставку хворих з позитивним мазком мокротиння за показаннями для лікування в спеціалізований протитуберкульозний заклад на період дообстеження»<sup>523</sup>. Схожий обов'язок по-

<sup>521</sup> Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим туберкульоз, затверджений наказом МОЗ України від 04.09.2014 р. № 620, розділ 3.1., п. 1.

<sup>522</sup> Там само, розділ 3.1., п. 1.

<sup>523</sup> Там само, розділ 3.1., п. 2.

кладено на лікарів неспеціалізованих ЗОЗ вторинної ланки, які повинні направляти людей з активним ТБ і ВІЛ-асоційованим активним ТБ до фтизіатра після встановлення попереднього діагнозу активного ТБ, у разі підозри на позалегенові форми ТБ, а також «при неможливості проведення лікарем будь-яких методів діагностики»<sup>524</sup>.

Як вказують НУО, під час виявлення симптомів ТБ ПМД справді видають направлення для проходження діагностики до протитуберкульозних закладів. Однак через поширену відсутність належного контролю від ЗОЗ первинної та вторинної ланок (система моніторингу/сповіщення про неприхід на дообстеження людини відсутня), побоювання втратити роботу, зазнати дискримінації, страх перед супутніми захворюваннями, спричиненими ТБ, можливу неефективну та довготривалу госпіталізацію, а також бідність, що не завжди дає змогу пройти всі необхідні обстеження та лікування, зокрема через корупційні прояви (так звані добровільні внески у ЗОЗ), люди з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ досить часто не проходять діагностику у ЗОЗ вторинної ланки. Крім того, поширена практика зміни місця проживання у місті, що перешкоджає вчасному виявленню серед людей, які пройшли первинну діагностику на ТБ.

Відсутність гарантій щодо відшкодування транспортних витрат також суттєво впливає на прийняття людьми з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ рішення і щодо проходження діагностики, і щодо подальшого лікування ТБ. Особливо це стосується контрольованого амбулаторного, яке передбачає щоденні поїздки до ЗОЗ для отримання лікарських засобів. Варто зауважити, що уніфікований клінічний протокол лікування ТБ у дорослих передбачає, що лише в разі ДОТ «застосовуються способи пом'якшення фінансових і психосоціальних чинників, які можуть погіршити дотримання режиму лікування, зокрема щодо стабільного житла, витрат на препарати та транспорт»<sup>525</sup>. Однак навіть такі гарантії не підкріплено жодним іншим чинним нормативно-правовим актом України. Відповідно на це не виділяють бюджетного фінансування.

Крім того, високий рівень бідності серед містян в Україні не дає їм змоги достатньо харчуватися та, відповідно, ефективно лікуватися від ТБ. Така незабезпеченість людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ у місті спричинена масовим порушенням права на своєчасне отримання винагороди за працю. Зокрема, за відомостями Державної служби статистики України на 01.12.2017, заборгованість із виплати заробітної плати становить 2 581,7 млн грн<sup>526</sup>.

Про системність цієї проблеми свідчить також пілотне рішення ЄСПЛ у справі «Юрій Миколайович Іванов проти України» (Заява № 40450/04) від 15 жовтня 2009 р. та недавня передача за рішенням ЄСПЛ у справі «Бурмич та інші проти України» (Заяви №№ 46852/13 та ін.) від 12 жовтня 2017 р. до Комітету міністрів Ради Європи 12 143 нерозглянутих скарг, пов'язаних із системним невиконанням рішень українських судів щодо виплат заборгованостей із виплат за заробітними платами та соціальними пільгами.

Водночас Закон України «Про протидію захворювання на туберкульоз» передбачає безоплатне харчування для людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ лише «під час стаціонарного чи санаторно-курортного лікування у протитуберкульозних закладах за нормами, встановленими Кабінетом Міністрів України»<sup>527</sup>. Забезпечення харчуванням людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ залежить від виділення на це коштів із місцевих бюджетів, а також допомоги НУО та благодійних організацій.

<sup>524</sup> Там само, розділ 3.2., п. 3.

<sup>525</sup> Там само, розділ 3.1., п. 4.1.

<sup>526</sup> [http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2015/gdn/prc\\_rik/prc\\_rik\\_u/dsz\\_u\\_U.html](http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2015/gdn/prc_rik/prc_rik_u/dsz_u_U.html)

<sup>527</sup> Закон України «Про протидію захворювання на туберкульоз», ст. 21, ч. 2.

Так, відповідно до Закону України «Про протидію захворювання на туберкульоз» «місцеві органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування, підприємства, установи, організації незалежно від форми власності, виду діяльності та господарювання, громадські та благодійні організації можуть надавати допомогу особам, хворим на туберкульоз, або малолітнім та неповнолітнім особам, інфікованим мікобактеріями ТБ, у забезпеченні харчуванням за вищими нормами, ніж визначені законодавством». НУО повідомляють, що впродовж останніх років харчові та гігієнічні пакети людям з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ у разі ДОТ лікуванні надавали переважно за рахунок коштів Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, ТБ і малярією.

*Рекомендації див. нижче до підрозділу «Бідні жителі сіл».*

## Бідні жителі сіл

На 1 січня 2017 р. 31,1% населення України (більше 13 млн) мешкають у сільській місцевості<sup>528</sup>. У більшості сіл відсутня належна соціальна інфраструктура, а також належні умови для роботи та побуту медичних і фармацевтичних працівників, зокрема низький рівень заробітних плат.

«На 510 одиниць зменшилась кількість фельдшерсько-акушерських пунктів», у 9 тис. сіл немає жодного медичного пункту, у 5 областях амбулаторії не забезпечено телефонним зв'язком<sup>529</sup>. Лише 17% сільських фельдшерсько-акушерських пунктів та амбулаторій забезпечено транспортними засобами<sup>530</sup>, які відповідно до уніфікованого протоколу необхідні для транспортування мокротиння до лабораторії<sup>531</sup>.

Такі ЗОЗ не підключено до електронних медичних систем (зокрема «електронного реєстру хворих на ТБ»), не забезпечено необхідним медичним обладнанням і лікарськими засобами (флюорографами, рентген-апаратами тощо), кваліфікованим кадровим потенціалом і не мають власних лабораторій<sup>532</sup>. «Зношеність примітивного діагностичного та лікувального устаткування і обладнання в сільських медичних закладах в цілому по галузі досягла 80%»<sup>533</sup>.

Медичною реформою передбачається поліпшення умов функціонування ПМД, серед іншого через забезпечення ЗОЗ у сільській місцевості коштом державного бюджету медичним обладнанням для первинного обстеження, «міні-лабораторіями, інвентарем, препаратами та матеріалами для взяття аналізів та діагностики», сучасним рентгенологічним, комп'ютерним та іншим обладнанням, санітарними транспортними засобами, сучасними комп'ютерними та телекомунікаційними технологіями, телемедициною<sup>534</sup>. Стимулювання та забезпечення медичних і фармацевтичних працівників житлом, службовим транспортом, комп'ютерами, телефонним зв'язком покладено на місцеві бюджети<sup>535</sup> і залежить від наявності достатніх коштів у територіальних громад, а також вчасним затвердженням місцевих бюджетів. Докладніше див. пункти про рівень забезпечення ЗОЗ, медичну реформу та фінансування.

<sup>528</sup> Статистичний збірник України. Розподіл населення України за статтю та віком на 1 січня 2017 р. Державна служба статистики України.

<sup>529</sup> [https://dt.ua/HEALTH/silska\\_meditina\\_diagnoz\\_\\_gliboka\\_koma.html](https://dt.ua/HEALTH/silska_meditina_diagnoz__gliboka_koma.html)

<sup>530</sup> <http://ibilingua.com/internet-zhitlo-i-avto-dlya-likariv-shho-bude-z-meditsinoyu-v-ukrayinskomu-seli/>

<sup>531</sup> Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим туберкульоз, затверджений наказом МОЗ України від 04.09.2014 р. № 620, розділ 3.1., п. 1.

<sup>532</sup> <http://ibilingua.com/internet-zhitlo-i-avto-dlya-likariv-shho-bude-z-meditsinoyu-v-ukrayinskomu-seli/>

<sup>533</sup> [https://dt.ua/HEALTH/silska\\_meditina\\_diagnoz\\_\\_gliboka\\_koma.html](https://dt.ua/HEALTH/silska_meditina_diagnoz__gliboka_koma.html)

<sup>534</sup> Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості», ст. 7, ч. 2, ст. 5, ч. 1-4.

<sup>535</sup> Там само, ст. 5, ч. п'ята.

Проблему також становить фізична доступність медичної допомоги бідних жителів сіл через відстані від багатьох сіл до найближчих ЗОЗ. Це наразі пропонують вирішити через розподіл території України на господарські округи. *Докладніше про це див. відповідний пункт Звіту.*

## РЕКОМЕНДАЦІЇ

### **Міністерству охорони здоров'я:**

- 1. Розробити та впровадити ефективний механізм переадресації лікарями ПМД до протитуберкульозних закладів пацієнтів з підозрою на ТБ.**

### **Міністерству охорони здоров'я, Верховній Раді:**

- 2. Передбачити на законодавчому рівні та забезпечити фінансування відшкодування транспортних витрат людям з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ, особливо з віддалених сіл.**

### **Міністерству охорони здоров'я, Верховній Раді, органам місцевого самоврядування:**

- 3. Забезпечити фінансування з державного та місцевих бюджетів соціального супроводу людей із ТБ.**





## Літні люди (пенсіонери)

За повідомленнями НУО недостатнє харчування, а також соціальна незахищеність літніх людей спричиняє поширення серед них ТБ. Так, серед осіб, які вперше захворіли на туберкульоз 2017 р., пенсіонери становили 13,2%<sup>536</sup>. Тоді середній розмір призначеної місячної пенсії за віком 11 956,2 тис. пенсіонерів в Україні становив усього 1808,9 грн<sup>537</sup>. Мінімальний розмір пенсій за віком за наявності страхового стажу (35 років у чоловіків і 30 років у жінок) встановлюють щорічно у розмірі прожиткового мінімуму для непрацездатних осіб<sup>538</sup> і на 2018 р. становить 1373 грн<sup>539</sup>. З 1 січня 2018 р. для осіб, які досягли віку 65 років, мінімальний розмір пенсії за віком за наявності аналогічного стажу встановлюють у розмірі 40% мінімальної заробітної плати, але не менше прожиткового мінімуму для непрацездатних осіб<sup>540</sup>, тобто 1452 грн на 2018 р.<sup>541</sup>. Таким чином, за стандартами ООН (150 дол. США на міс) більшість пенсіонерів України живуть за межею бідності.

<sup>536</sup> Туберкульоз в Україні. Аналітично-статистичний довідник. ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», 2018, стор. 37 <https://phc.org.ua/uploads/files/%D1%84%D1%96%D0%BD%D0%B0%D0%BB%20%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B5%D0%BA%D1%82%20%D0%B4%D0%BE%D0%B2%D1%96%D0%B4%D0%BD%D0%B8%D0%BA%D0%B0%20%D0%A2%D0%91%202018.pdf>

<sup>537</sup> Відомості без урахування тимчасово окупованої території АРК, м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції. <http://www.ukrstat.gov.ua/>.

<sup>538</sup> Закон України «Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування», ст. 28, ч. 1.

<sup>539</sup> Закон України «Про Державний бюджет України на 2018 рік», ст. 7.

<sup>540</sup> Закон України «Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування», ст. 28, ч. 2.

<sup>541</sup> Закон України «Про Державний бюджет України на 2018 рік», ст. 8.

Пенсіонери за віком мають право на безоплатний проїзд на міському пасажирському транспорті загального користування (крім метрополітену і таксі) та приміських маршрутах<sup>542</sup>. Пенсіонерам за віком (zareєстрованим у Києві чи взятим на облік як ВПО) також надано право безоплатного проїзду метрополітеном у Києві до кінця 2018 р.<sup>543</sup>. Ці гарантії реалізовано на практиці.

Громадяни України, «які не здатні до самообслуговування у зв'язку з похилим віком, станом здоров'я» і не мають рідних, мають право на безоплатне отримання соціальних послуг<sup>544</sup> за умови звернення їх особисто або їхніх опікунів/піклувальників, органу опіки та піклування «із письмовою заявою до місцевого органу виконавчої влади або органу місцевого самоврядування»<sup>545</sup>. До переліку соціальних послуг належать соціально-побутові послуги, зокрема виклик лікаря, придбання та доставка медикаментів; психологічні послуги; соціально-медичні послуги; соціально-економічні послуги, юридичні послуги та інформаційні послуги<sup>546</sup>.

## РЕКОМЕНДАЦІЇ

**Міністерству охорони здоров'я, Міністерству соціальної політики, Міністерству фінансів, Кабінету Міністрів і Верховній Раді:**

- 1. Передбачити грошову підтримку людям з ТБ літнього віку з малозабезпечених верств населення для підвищення прихильності до лікування.**
- 2. Розширити державне фінансування видачі продуктових пайків, коштів на харчування, на проїзд до лікарні людям з ТБ літнього віку з малозабезпечених верств населення, базуючись на попередньому опитуванні потреб малозабезпеченої особи.**

**Міністерству охорони здоров'я, Міністерству соціальної політики, органам місцевого самоврядування, протитуберкульозним закладам:**

- 3. Залучати соціальні служби, НУО до доставки лікарських засобів на амбулаторній моделі лікування для осіб літнього віку, яким складно щоденно відвідувати ЗОЗ для отримання щоденно лікування на амбулаторному етапі.**

<sup>542</sup> Постанова Кабінету Міністрів України від 17.05.1993 р. № 354 «Про безплатний проїзд пенсіонерів на транспорті загального користування».

<sup>543</sup> Рішення Київської міської ради від 03.03.2016 № 116/116 «Про затвердження міської цільової програми «Турбота. Назустріч киянам» на 2016–2018 роки».

<sup>544</sup> Закон України «Про соціальні послуги», ст. 7, ч. шоста.

<sup>545</sup> Там само, ст. 9.

<sup>546</sup> Там само, ст. 5, ч. 4.





## Працівники сфери охорони здоров'я, які контактують із людьми з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ

В Україні наявний високий ризик поширення ТБ серед працівників сфери охорони здоров'я, які контактують із людьми з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ. Зокрема порівняно з 2011 р. кількість випадків туберкульозу серед працівників протитуберкульозних закладів 2015 р. збільшилась у 2,2 разу<sup>547</sup>. Щороку у 400–500 медичних працівників ЗОЗ, не спеціалізованих на лікуванні ТБ, також діагностують ТБ<sup>548</sup>. Основна причина цього – незабезпечення належним чином усіх компонентів заходів інфекційного контролю. Див. підрозділ «Інфекційний контроль» у розділі «Лікування».

Законом України «Про захист населення від інфекційних хвороб» передбачено, що медичним та іншим працівникам, пов'язаним з виконанням професійних обов'язків в умовах підвищеного ризику зараження збудниками інфекційних

<sup>547</sup> Звіт про результати аудиту ефективності використання коштів державного бюджету на здійснення заходів Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки, затверджений рішенням Рахункової палати від 11.04.2017 № 9-1, ст. 22.

<sup>548</sup> <https://health.unian.ua/worldnews/2072741-v-ukrajini-schoroku-na-tuberkuloz-zarajajutsya-blizko-500-medikiv.html>

хвороб (надання медичної допомоги хворим на інфекційні хвороби, роботи з живими збудниками та в осередках інфекційних хвороб, дезінфекційні заходи тощо), надають соціальний захист<sup>549</sup>.

Спеціальним законом у сфері протидії ТБ встановлено такі соціальні гарантії, зокрема щодо виплат медичним працівникам, які контактують із людьми з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ:

- підвищені посадові оклади<sup>550</sup>;
- допомога на оздоровлення у розмірі посадового окладу за надання щорічної відпустки<sup>551</sup>;
- збільшена щорічна відпустка (тривалістю 36 календарних днів);
- щорічні безплатні путівки для санаторно-курортного лікування;
- надбавки за вислугу років, пільгові пенсії за віком<sup>552</sup>;
- щорічна матеріальна допомога для вирішення соціально-побутових питань у розмірах і порядку, встановлених КМУ.

Ці гарантії поширюються лише на працівників протитуберкульозних ЗОЗ, які:

- 1) надають медичну допомогу людям із ТБ;
- 2) працюють із живими збудниками ТБ чи матеріалами, що їх містять;
- 3) доглядають за людьми із ТБ та/або прибирають приміщення, у яких перебувають такі люди<sup>553</sup>.

Як вказано вище, до протитуберкульозних ЗОЗ, зокрема, віднесено структурні підрозділи лікарняних, амбулаторно-поліклінічних і санаторно-курортних лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я<sup>554</sup>:

- туберкульозне (протитуберкульозне, фтизіатричне) відділення;
- туберкульозний (протитуберкульозний, фтизіатричний, у т.ч. дитячий) кабінет;
- кабінет контрольованого лікування хворих на ТБ – ДОТ (Directly Observed Treatment – лікування під безпосереднім наглядом) кабінет.

Повертаючись до питання соціальних виплат, варто зазначити, що, як вказують НУО, такі виплати надходять у вигляді загального фінансування до ЗОЗ, контроль за розподілом якого мають головні лікарі ЗОЗ. Відповідно медичні працівники часто не отримують повних сум підвищених посадових окладів і, відповідно, втрачають мотивацію для надання якісної медичної допомоги людям з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ. Це питання може вирішити адресне фінансове стимулювання всіх медичних працівників, які надають медичну допомогу людям з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ, за рахунок бюджетних коштів.

Наприклад, ефективні результати («96,8% виліковування пацієнтів проти 72% за старої моделі») показав пілотний проект, проведений за підтримки коштів Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, ТБ і малярією, за яким упродовж квітня-грудня 2017 р. безпосередньо сімейним лікарям у Житомирі та в Чернігівській

<sup>549</sup> Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб», ст. 39.

<sup>550</sup> Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», ст. 22, ч. 1.

<sup>551</sup> Там само, ст. 22, ч. 2.

<sup>552</sup> Там само, ст. 23, ч. 1.

<sup>553</sup> Там само, ст. 22 та 23.

<sup>554</sup> Перелік протитуберкульозних закладів, затверджений наказом МОЗ України від 16.07.2009 р. № 514.

області надавали доплати у розмірі 400 грн за кожного додаткового пацієнта на місяць (тобто за кожен виявлений випадок ТБ) і 1500 грн бонуса після успішного завершення курсу лікування ТБ у пацієнта<sup>555</sup>.

## Професійні захворювання

На підзаконному рівні Перелік професійних захворювань передбачає, що ТБ визнають професійним захворюванням для<sup>556</sup>:

- робота в медичних закладах (інфекційних, протитуберкульозних, донорських пунктах тощо);
- робота обслуговуючого персоналу;
- робота та служба персоналу Державної кримінально-виконавчої служби в місцях ув'язнення, де перебувають хворі на туберкульоз;
- ветеринарна служба, робота у тваринницьких господарствах, на м'ясокомбінатах, консервних фабриках, на підприємствах з обробки шкіряної і хутрової сировини, на зв'язаних промислах, риболовецьких суднах і підприємствах рибної промисловості; різні види робіт в умовах лісових масивів;
- робота у рудниках і на шахтах тощо.

Тобто до переліку віднесено не лише протитуберкульозні заклади, а й інші ЗОЗ. Проте такий перелік фактично не гарантує зазначені соціальні гарантії в разі виникнення ТБ і визнання його професійним захворюванням. Відповідно кабінети терапевтів у ЦПМСД і сімейних лікарів не віднесено до протитуберкульозних закладів. Це особливо важливо в контексті медичної реформи, яка наразі відбувається в Україні.

Стосовно сімейних лікарів варто зазначити, що такі особи будуть працювати як працівники ЗОЗ або як фізичні особи-підприємці, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та уклали договір про медичне обслуговування населення з головними розпорядниками бюджетних коштів<sup>557</sup>. Водночас до переліку протитуберкульозних закладів<sup>558</sup> віднесено лише юридичних осіб.

Відповідно, терапевти / сімейні лікарі, а також інші особи, які за видом своєї діяльності мають підвищений ризик захворіти на ТБ (зокрема до таких осіб НУО пропонують відносити соціальні служби, які частіше за інших контактують із людьми з групи ризику), позбавлені відповідних додаткових соціальних гарантій.

Водночас віднесення захворювання до професійного здійснюють відповідно до процедури встановлення зв'язку захворювання з умовами праці<sup>559</sup>. Щодо ТБ визначальною характеристикою умов праці є контакт з інфекційними хворими, інфікованими матеріалами чи переносниками захворювань<sup>560</sup>.

<sup>555</sup> Пілотний проект громадської організації «Інфекційний контроль в Україні». Електронний ресурс. Доступ за: <https://www.radiosvoboda.org/a/28940175.html>.

<sup>556</sup> Перелік професійних захворювань, затверджений постановою КМУ від 08.11.2000 р. № 1662, розділ V, п. 1.

<sup>557</sup> Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», ст. 1; Закон України «Основи законодавства про охорону здоров'я», ст. 351, абзац 2.

<sup>558</sup> Перелік протитуберкульозних закладів, затверджений наказом МОЗ України від 16.07.2009 р. № 514.

<sup>559</sup> Порядок проведення розслідування та ведення обліку нещасних випадків, професійних захворювань і аварій на виробництві, затверджений постановою КМУ від 30 листопада 2011 р. № 1232 «Деякі питання розслідування та обліку нещасних випадків, професійних захворювань і аварій на виробництві», п. 64.

<sup>560</sup> Перелік професійних захворювань, затверджений постановою КМУ від 08.11.2000 р. № 1662.

У разі підозри на професійне захворювання лікувально-профілактичний заклад направляє працівника на консультацію до лікаря-профпатолога. Професійний характер захворювання встановлює лікарсько-експертна комісія спеціалізованого профпатологічного лікувально-профілактичного закладу. Згідно з підзаконним актом у розслідуванні причин виникнення професійного захворювання інфекційної та паразитарної етіології обов'язково беруть участь фахівці з епідеміології та паразитології закладу державної санітарно-епідеміологічної служби, який здійснює санітарно-епідеміологічний нагляд за підприємством<sup>561</sup>.

Відповідно до Закону України «Про протидію захворюванню на туберкульоз» у разі інфікування працівників протитуберкульозних закладів ТБ визнають професійним захворюванням, і їм гарантують компенсацію шкоди, завданої їхньому здоров'ю<sup>562</sup>.

Цю гарантію Закон також поширює лише на вказані вище три категорії працівників протитуберкульозних закладів. Так, у разі виникнення професійного захворювання працівникам протитуберкульозних закладів надають право на:

- першочергове поліпшення житлових умов у порядку, встановленому законодавством;
- щорічну відпустку тривалістю 45 календарних днів з використанням її у літній або інший зручний для них час;
- щорічне безоплатне отримання путівки для санаторно-курортного лікування у спеціалізованих санаторіях.

Крім того, Законом України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» передбачено, що професійне захворювання, яке спричинило втрату працездатності, є страховим випадком при державному соціальному страхуванні. Фонд соціального страхування України – орган, який здійснює керівництво та управління цим питанням. Застраховані особи, зокрема, мають право на отримання в разі настання страхового випадку матеріального забезпечення, страхових виплат і соціальних послуг. Суму щомісячної страхової виплати встановлюють відповідно до ступеня втрати професійної працездатності та середньомісячного заробітку, що потерпілий мав до ушкодження здоров'я.

Варто також зазначити Генеральну угоду про регулювання основних принципів і норм реалізації соціально-економічної політики і трудових відносин в Україні, укладену між КМУ та Всеукраїнськими об'єднаннями організацій роботодавців на 2016–2017 роки<sup>563</sup>. Її дія обов'язкова для врахування суб'єктами, що перебувають у сфері дії сторін, у тому числі під час розроблення та укладення галузевих (міжгалузевих) і територіальних угод, колективних договорів. Угодою передбачено загальні положення, що стосуються охорони праці та запобігання професійним захворюванням, зокрема:

- передбачити в загальнодержавному реєстрі пацієнтів окремих облік первинних звернень за медичною допомогою постраждалих внаслідок травм, реєстрацію, облік виробничих травм і професійних захворювань;

<sup>561</sup> Порядок проведення розслідування та ведення обліку нещасних випадків, професійних захворювань і аварій на виробництві, затверджений постановою КМУ від 30 листопада 2011 р. № 1232 «Деякі питання розслідування та обліку нещасних випадків, професійних захворювань і аварій на виробництві», п. 77.

<sup>562</sup> Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», ст. 23, ч. 2.

<sup>563</sup> В особі Спільного представницького органу сторони роботодавців на національному рівні та всеукраїнськими об'єднаннями професійних спілок в особі Спільного представницького органу репрезентативних всеукраїнських об'єднань профспілок на національному рівні. Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/n0001120-16>.

- розробити узгоджену із соціальними партнерами Концепцію відновлення медицини праці в Україні та здійснення профілактичних заходів із запобігання професійним захворюванням і професійним отруєнням у працівників, зайнятих на виробництвах зі шкідливими умовами праці.

Щодо останнього – відповідний проект розпорядження КМУ було розроблено навесні 2017 р.<sup>564</sup>, яким передбачається визначити засади, напрями, завдання, механізми і терміни відновлення медицини праці для створення багатопрофільної системи медичного забезпечення працівників на виробництві на основі моніторингу умов праці, оцінки професійних ризиків і управління ними, розроблення нових методів, систем і засобів діагностування професійних захворювань, профілактики і зниження загальної та професійної захворюваності, захворюваності з тимчасовою втратою працездатності, інвалідності і передчасної смертності, збереження та відновлення трудових ресурсів України.

У контексті протидії туберкульозу важливо також підвищувати ефективність державних гарантій для лікарів у разі професійних захворювань. На думку експерта у сфері професійних захворювань, до 90% професійних захворювань в Україні не розслідують і не оформляють належним чином, включаючи захворювання на туберкульоз.

Це пов'язано з тим, що роботодавці не зацікавлені у приверненні уваги органів, які здійснюють перевірки, а працівники не зацікавлені у втраті можливості повернення на роботу. Роботодавці не створюють комісії для розслідування випадків професійних захворювань. Роботодавці можуть затягувати розслідування. Наприклад, на думку експерта у сфері професійних захворювань, один випадок професійного інфікування ТБ у пенітенціарній службі розслідували близько 2,5 року. Цьому сприяє недостатність кваліфікованих кадрів для проведення таких розслідувань.

*«Я не видела чтобы выплачивали социальные выплаты людям, которые работали в тюрьме и заболели. Я работала в колонии в больнице. У нас медсестра заболела и оперуполномоченый заболел, и никто из них не получил социальные выплаты, Хотя они работали в спецтуббольнице.»*  
лікар-фтизіатр, Київ

На думку експерта у сфері професійних захворювань, через незадовільне забезпечення шахтарів індивідуальними засобами захисту дихання (лише близько 30%) та через працю в неналежних умовах праці шахтарі посідають перше місце за кількістю професійних захворювань, включаючи туберкульоз. На сьогодні кількість випадків туберкульозу серед шахтарів складно оцінити через ситуацію з Донбасом і міграційні процеси.

Випадки професійних захворювань багатьох шахтарів не розслідують через неможливість доступу до шахт на непідконтрольній території.

<sup>564</sup> [http://old.moz.gov.ua/ua/print/Pro\\_20170504\\_1.html](http://old.moz.gov.ua/ua/print/Pro_20170504_1.html)



## РЕКОМЕНДАЦІЇ

**Міністерству охорони здоров'я, Міністерству соціальної політики, Міністерству фінансів:**

1. Поширити соціальні гарантії на рівень первинної медичної допомоги в контексті медичної реформи (у т.ч. ФОП, які працюють за медичною ліцензією), а також інших працівників ЗОЗ, які через свої трудові обов'язки мають підвищений ризик захворіти на ТБ.
2. Забезпечити щорічне осучаснення страхових виплат відповідно до темпів зростання середньої заробітної плати в Україні щодо забезпечення підвищення мінімальних страхових виплат потерпілим у разі професійного захворювання, яке спричинило втрату працездатності.

**Міністерству охорони здоров'я, Міністерству соціальної політики, Кабінету Міністрів:**

3. Розробити й затвердити Концепцію і Державну цільову програму відновлення медицини праці в Україні, передбачивши в ній здійснення профілактичних заходів із запобігання професійним захворюванням, зокрема ТБ.
4. Переглянути регулювання розслідувань професійних захворювань через спрощення порядку розслідувань, зокрема щодо підтвердження професійних захворювань.
5. Переглянути підзаконні акти у сфері протидії ТБ, зокрема встановлення наявності професійного захворювання, на предмет актуалізації норм права з огляду на те, що державну санітарно-епідеміологічну службу ліквідовано в Україні, а її функції перерозподілено між різними державними органами (функцію епідеміологічного нагляду покладено на МОЗ України).





## Військово-службовці, які беруть участь у АТО/ООС

Незважаючи на скрутну ситуацію на прилеглих територіях, які контролює Україна, та у зоні АТО/ООС, зокрема, повідомлення про дефіцит питної води та продуктів харчування, незабезпечення належних санітарно-гігієнічних умов<sup>565</sup> та інші «екстремальні умови лінії фронту»<sup>566</sup>, зокрема стреси, великі скупчення людей, переохолодження<sup>567</sup>, а також рекомендації ВООЗ щодо включення військовослужбовців до можливих груп ризику<sup>568</sup>, військовослужбовців із зони АТО/ООС не включено до груп високого чи підвищеного ризику ТБ ані в Переліку<sup>569</sup>, ані в Уніфікованому клінічному протоколі<sup>570</sup>. Таким чином, чинне законодавство України не передбачає проходження цієї категорією осіб обов'язкових медичних оглядів після повернення із зони АТО/ООС. До єдиного реєстру хворих на ТБ також не вносять відомості щодо кількості людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ серед військовослужбовців із зони АТО/ООС<sup>571</sup>, тобто офіційна статистика щодо цієї групи ризику відсутня.

<sup>565</sup><https://health.unian.ua/country/1861606-na-donechchini-ta-luganschini-znachno-zrosli-pokazniki-zahvoryuvanosti-na-tuberku-loz-ta-gostri-kishkovi-rozladi-moz.html>

<sup>566</sup> Звіт за результатами дослідження «Визначення рівня доступу внутрішньо переміщених осіб та учасників антитерористичної операції до виявлення ТБ у м. Києві». LHSl. Київ-2016, ст. 3.

<sup>567</sup> Там само, ст. 7.

<sup>568</sup> Операційне керівництво з систематичного скринінгу на активний туберкульоз, ВООЗ, 2015 р., ст. 8.

<sup>569</sup> Перелік осіб, віднесених до груп підвищеного ризику захворювання на туберкульоз, затверджений наказом МОЗ України 15.05.2014 № 327.

<sup>570</sup> Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Туберкульоз», затверджений наказом МОЗ України від 04 вересня 2014 р. за № 620.

<sup>571</sup> Звіт за результатами дослідження «Визначення рівня доступу внутрішньо переміщених осіб та учасників антитерористичної операції до виявлення ТБ у м. Києві». LHSl. Київ-2016, ст. 14.

Ця ситуація може трохи змінитися за виконання зауважених НУО планів Центру громадського здоров'я МОЗ України щодо розробки спільного з Міністерством оборони України підзаконного акта МОЗ України щодо профілактичних медичних обстежень, зокрема на ТБ, після повернення із зони бойових дій<sup>572</sup>.

Військовослужбовцям<sup>573</sup> і добровольцям<sup>574</sup>, які брали безпосередню участь у АТО та формування яких увійшли до складу офіційних (надалі разом – військовослужбовці із зони АТО), після повернення із зони АТО та отримання статусу учасника бойових дій<sup>575</sup> гарантують додаткові соціальні пільги, зокрема безоплатне забезпечення лікарськими засобами та виробами медичного призначення<sup>576</sup>, санітарно-курортне лікування, 75% знижка на сплату квартирної плати та плати за користування комунальними послугами<sup>577</sup>, а також безоплатний проїзд цілою низкою транспортних засобів<sup>578</sup>, «щорічне медичне обстеження і диспансеризація із залученням необхідних спеціалістів»<sup>579</sup>, нагальне забезпечення житлом за наявності потреби<sup>580</sup> та щорічна разова грошова допомога<sup>581</sup>. Однак, за повідомленнями зацікавлених осіб, такі пільги часто затримують чи не надають взагалі.

Лікарські засоби військовослужбовцям із зони АТО повинні надавати лише для амбулаторного лікування ТБ і деяких інших захворювань та не передбачені для лікування супутніх захворювань<sup>582</sup>. Чинне законодавство також не передбачає додаткових гарантій їх безоплатного лікування ТБ у ЗОЗ, однак закріплює право саме військовослужбовців, які брали безпосередню участь у АТО, на невідкладну медичну допомогу у ЗОЗ, якщо під час АТО вони зазнали ушкоджень здоров'я<sup>583</sup> (до таких ушкоджень належать і ТБ, і супутні захворювання). Таким чином, цим правом не наділяють добровольців, яких визнають більш уразливими до ТБ порівняно з військовослужбовцями, оскільки не повинні проходити медичний огляд до направлення до зони АТО/ООС на відміну від останніх<sup>584</sup>.

З іншого боку, наявна інформація за 2016 р. свідчить про неналежне медичне обстеження на ТБ військовослужбовців<sup>585</sup>, а також кухарів, яких направляють у зону АТО/ООС<sup>586</sup>, що призводить до більшого поширення ТБ.

<sup>572</sup> Там само.

<sup>573</sup> Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», ст. 6, ч. 1, п. 19.

<sup>574</sup> Там само, ст. 6, ч. 1, п. 20.

<sup>575</sup> Порядок надання статусу учасника бойових дій особам, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України і брали безпосередню участь в антитерористичній операції, забезпеченні її проведення, визначається «Порядком надання статусу учасника бойових дій особам, які захищали незалежність, суверенітет, затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 20.08.2014 р. № 413.

<sup>576</sup> Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», ст. 12, ч. 1, п. 1.

<sup>577</sup> Там само, ст. 12, ч. 1, п. 3-5.

<sup>578</sup> Там само, ст. 12, ч. 1, п. 7.

<sup>579</sup> Там само, ст. 12, ч. 1, п. 9.

<sup>580</sup> Там само, ст. 12, ч. 1, п. 14.

<sup>581</sup> Там само, ст. 12, ч. 4.

<sup>582</sup> Додаток 1 та 2 до постанови Кабінету Міністрів України від 17.08.1998 р. № 1303 (у редакції постанови Кабінету Міністрів України від 26 серпня 2015 р. № 759).

<sup>583</sup> Постанова Верховної Ради України «Про забезпечення належним медичним обслуговуванням військовослужбовців та осіб рядового і начальницького складу, які зазнали поранення, контузії чи іншого ушкодження здоров'я під час проведення антитерористичної операції на сході України».

<sup>584</sup> Звіт за результатами дослідження «Визначення рівня доступу внутрішньо переміщених осіб та учасників антитерористичної операції до виявлення ТБ у м Києві». LHSI. Київ-2016, ст. 13.

<sup>585</sup> Медичне забезпечення антитерористичної операції: науково-організаційні та медико-соціальні аспекти. Збірник наукових праць, Київ-2016, ст. 22.

<sup>586</sup> Там само, ст. 216.

Важливо те, що умов для скринінгу та діагностики ТБ у зоні АТО/ООС не створено, недоступними залишаються не лише експрес-тести, рентгени та мікроскопія мазка мокротиння, а і флюорографи, тобто будь-яке медичне обладнання для діагностики. Зокрема матеріально-технічна база більшої частини ЗОЗ у Донецькій і Луганській областях перебуває у незадовільному стані<sup>587</sup>. ЗОЗ первинної ланки у Луганській області укомплектовано медичним обладнанням на 13,1%, лікарями на 62,8%, не забезпечено повноцінне фінансування, зокрема мотиваційних стимулів лікарям у зоні АТО/ООС, виявлено «100% зношеність рентгенологічних апаратів та флюорографів»<sup>588</sup>. Тобто лише після повернення із зони АТО/ООС можливе отримання відповідної медичної допомоги. Наразі існує бар'єр у доступі до неї військовослужбовців із зони АТО/ООС поряд з іншими групами ризику, що зумовлено механізмом фінансування ЗОЗ.

Як вказують НУО, ЗОЗ ПМД фінансують з районного бюджету, який розраховують із прив'язкою до кількості населення відповідного району. Отже, безоплатне медичне обслуговування, зокрема скринінг, діагностика та лікування, доступні лише за місцем проживання військовослужбовців із зони АТО/ООС<sup>589</sup>.

Відсутня також належна соціально-психологічна підтримка, яка забезпечувала б прихильність цієї категорії осіб до проходження обстеження після повернення із зони АТО/ООС<sup>590</sup>.

Експерт НУО ТБ спільнот зазначив, що воїни АТО/ООС уже фактично стали ключовою групою до туберкульозу та потребують особливої уваги і регулярних профілактичних оглядів, скринінгу. Оскільки вони є досить закритою групою після повернення із зони АТО/ООС, проведення освітньої роботи через керівників неурядових організацій/об'єднань воїнів АТО/ООС може бути ефективною інтервенцією.

## РЕКОМЕНДАЦІЇ

### Міністерству охорони здоров'я, Міністерству оборони:

- 1. Розробити та затвердити спільний наказ щодо проведення профілактичних медичних обстежень, зокрема на ТБ, усіх військовослужбовців із зони ООС, а також добровольців після повернення із зони бойових дій.**

### Верховній Раді:

- 2. Закріпити на рівні закону надання соціальних пільг усім добровольцям із зони ООС.**

### Міністерству соціальної політики, протитуберкульозним закладам:

- 3. Залучати об'єднання воїнів АТО/ООС до надання консультування за принципом «рівний-рівному».**

<sup>587</sup> Там само, ст. 248.

<sup>588</sup> Там само, ст. 49.

<sup>589</sup> Звіт за результатами дослідження «Визначення рівня доступу внутрішньо переміщених осіб та учасників антитерористичної операції до виявлення ТБ у м. Києві». LHSI. Київ–2016, ст. 12.

<sup>590</sup> Там само, ст.ст. 28-29.







## Особи, яких утримують у психіатричних і геріатричних закладах

Приблизно 22 тис. осіб літнього віку та осіб з особливими потребами 2016 р. були мешканцями 96 будинків-інтернатів, пансіонатів для людей літнього віку, а також 332 стаціонарних відділень територіальних центрів системи соціального захисту<sup>591</sup>.

Чинне законодавство України передбачає забезпечення осіб, яких утримують у геріатричних закладах, житлом із належними умовами та соціально-побутовим обслуговуванням, одягом, взуттям, постільною білизною, чотириразовим харчуванням і цілодобовим медичним обслуговуванням, консультативною допомогою, стаціонарним лікуванням на базі закріплених ЗОЗ, медикаментами та життєво необхідними ліками відповідно до медичного висновку тощо<sup>592</sup>.

Так само особи, яких утримують у психіатричних закладах, мають низку прав, зокрема право на повагу до гідності, усі види медико-санітарної допомоги за медичними показаннями, утримання в психіатричному закладі лише впродовж терміну, необхідного для обстеження та лікування, безоп-

<sup>591</sup> <https://ua.112.ua/statji/vyzhyvaty-dozhyvaty-chy-zhyty-shcho-vid-buvaietsia-u-zakladakh-dlia-liudei-pokhyloho-viku-v-ukraini-315390.html>

<sup>592</sup> Типове положення про будинок-інтернат для громадян похилого віку та інвалідів, геріатричний пансіонат, пансіонат для ветеранів війни і праці, затверджено наказом Міністерства праці та соціальної політики України від 29.12.2001 р. № 549, п. 3.18.

латне надання медичної допомоги у державних і комунальних ЗОЗ та ін.<sup>593</sup>. На практиці ці гарантії дотримують не завжди.

Уповноважений зафіксував 2016 р. факти жорстокого або такого, що принижує гідність, поводження з особами, яких утримують у психіатричних і геріатричних закладах, зокрема застосування до них насильства, надмірний контроль, використання нецензурної лексики і навіть побиття їх персоналом, відсутність вільного доступу до санітарних приміщень, непристосованість туалетів для осіб з особливими потребами та відсутність реабілітаційних заходів для них, незабезпечення лежачих осіб підгузками та профілактики пролежнів. Порушують права осіб у геріатричних закладах на пенсійне забезпечення, зокрема, їм надають не всі належні їм кошти.

Відсутність нормативної бази спричинила те, що у геріатричних закладах не ведуть медичної документації, а у психоневрологічних інтернатах незаконно застосовують фізичні обмеження та ізоляцію. Через відсутність належних ліцензій та акредитації лікарі – працівники геріатричних закладів не мають права надавати гарантовану медичну допомогу особам, яких утримують у геріатричних закладах, чим порушують їхнє право на охорону здоров'я та медичну допомогу<sup>594</sup>.

У багатьох психіатричних і геріатричних закладах не проводили регулярних медичних оглядів і флюорографічних обстежень<sup>595</sup>, тому ТБ виявляють на пізніх стадіях, і в активних формах хвороба поширюється серед інших мешканців цих закладів. Варто зауважити, що порядок та обсяг медичної допомоги, яку повинні надавати особам, утримуваних у геріатричних закладах, законодавством України не визначено. Не визначено також порядок створення та функціонування приватних геріатричних закладів, що лишає їх поза контролем держави.

Через фінансування геріатричних закладів із місцевих бюджетів кошти виділяють за залишковим принципом, часто не враховують потреби осіб, яких утримують у геріатричних закладах, у харчуванні та одязі, необхідних лікарських засобах. Монітори Національного превентивного механізму проти катувань 2016 р. встановили, що на фінансування закупівлі лікарських засобів щонайбільше виділяють близько 22 грн на день на одну людину, тобто більшість медикаментів особи, яких утримують у геріатричних закладах, змушені придбавати власним коштом<sup>596</sup>. У порушення права на свободу від катувань і жорстокого, нелюдського чи такого, що принижує гідність, поводження не забезпечують доступ осіб у таких закладах до знеболюваних<sup>597</sup>.

Поширення ТБ серед осіб, яких утримують у психіатричних і геріатричних закладах, спричиняється також неналежними санітарно-гігієнічними умовами у таких закладах. Окрім неможливості помитися частіше одного разу на тиждень, 2016 р. люди у геріатричних закладах були змушені спати на зношених матрацах<sup>598</sup>, у не провітрюваних приміщеннях<sup>599</sup>. Відсутність доступу до свіжого повітря виявлено в

<sup>593</sup> Закон України «Про психіатричну допомогу», ст. 25.

<sup>594</sup> Щорічна доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини про стан додержання та захисту прав і свобод людини в Україні за 2016 рік, 2017, ст.ст. 317–322.

<sup>595</sup> Там само, ст. 321.

<sup>596</sup> <https://ua.112.ua/statji/vyzhyvaty-dozhyvaty-chy-zhyty-shcho-vidbuvaetsia-u-zakladakh-dlia-liudei-pokhyloho-viku-v-ukraini-315390.html>

<sup>597</sup> <https://www.radiosvoboda.org/a/27773073.html>

<sup>598</sup> <https://ua.112.ua/statji/vyzhyvaty-dozhyvaty-chy-zhyty-shcho-vidbuvaetsia-u-zakladakh-dlia-liudei-pokhyloho-viku-v-ukraini-315390.html>

<sup>599</sup> <https://www.radiosvoboda.org/a/27773073.html>



окремих геріатричних закладах і 2017 р.<sup>600</sup>. Монітори Національного превентивного механізму проти катувань у серпні 2017 р. виявили спалах ТБ і факт смерті чотирьох мешканців цього закладу через неналежні умови проживання у Криворізькому психоневрологічному інтернаті: лише у частині кімнат були потрібні меблі та побутова техніка, не забезпечено особисту гігієну, зокрема чистий одяг і постільна білизна, «у корпусі для ліжкових хворих проводився поточний ремонт, а люди лежали в кімнатах з великою кількістю мух і дихали отруйними випарами фарби».

До осіб, яких утримували у цьому закладі, незаконно застосовували ізоляцію без запису до медичної документації, де вони спали на цементній підлозі у приміщенні, огороженому решіткою, а також примусову працю<sup>601</sup>.

На червень 2017 р. приміщення геріатричного закладу в Дніпропетровській області «потребують капітального ремонту, у кімнатах немає кнопок виклику персоналу, душова кімната та туалети не відповідають санітарно-гігієнічним вимогам», медичної допомоги не надають через відсутність лікаря два місяці, раціонального харчування також не забезпечують<sup>602</sup>.

Незважаючи на те, що за потреби стаціонарної медичної допомоги особам, яких утримують у геріатричних закладах, гарантують госпіталізацію<sup>603</sup>, ЗОЗ часто відмовляються госпіталізувати осіб без письмових пояснень і проводити необхідні операції без отримання лікарських засобів і медичного обладнання від таких закладів.

Те саме стосується і психоневрологічних інтернатів. Уповноважений також виявив, що 2016 р. осіб утримували у психіатричних закладах довше терміну, потрібного для обстеження та лікування<sup>604</sup>.

Обмеження прав осіб, яких утримують у геріатричних і психіатричних закладах, встановлено і у законодавстві України. Особи, яких утримують у геріатричних закладах, упродовж перших 14 днів проходять карантин в окремому ізольованому приміщенні, їх переводять у заклад лише за умови, якщо у них не буде виявлено інфекційних захворювань<sup>605</sup>, а саме ТБ.

Вимоги щодо таких приміщень не врегульовано. До людей із «заразними формами ТБ, які страждають на психічні розлади», можуть застосовувати примусову госпіталізацію до психіатричних закладів для лікування ТБ<sup>606</sup>.

<sup>600</sup> [http://www.npm.org.ua/ua/news/mi-uvjazneni-v-tisnih-kimnatah\\_---meshkanci-geriatrichnogo-pansionatu-na-dnipropetrovshini.htm](http://www.npm.org.ua/ua/news/mi-uvjazneni-v-tisnih-kimnatah_---meshkanci-geriatrichnogo-pansionatu-na-dnipropetrovshini.htm); <http://www.npm.org.ua/ua/news/psihiatrichne-viddilenja-rzhishivskogo-pansionatu-shozhe-na-vjaznicu---monitori-npm.htm>

<sup>601</sup> [http://www.npm.org.ua/ua/news/antisanitarija\\_dirjavii\\_odjag\\_zhittja\\_u\\_klitinah\\_monitori\\_npm\\_vidvidali\\_krivorizkii\\_pshonevrologichnii\\_internat.htm](http://www.npm.org.ua/ua/news/antisanitarija_dirjavii_odjag_zhittja_u_klitinah_monitori_npm_vidvidali_krivorizkii_pshonevrologichnii_internat.htm)

<sup>602</sup> [http://www.npm.org.ua/ua/news/mi-uvjazneni-v-tisnih-kimnatah\\_---meshkanci-geriatrichnogo-pansionatu-na-dnipropetrovshini.htm](http://www.npm.org.ua/ua/news/mi-uvjazneni-v-tisnih-kimnatah_---meshkanci-geriatrichnogo-pansionatu-na-dnipropetrovshini.htm).

<sup>603</sup> Типове положення про будинок-інтернат для громадян похилого віку та інвалідів, геріатричний пансіонат, пансіонат для ветеранів війни і праці, затверджено наказом Міністерства праці та соціальної політики України від 29.12.2001 р. № 549, п. 2.1.-2.2.

<sup>604</sup> Щорічна доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини про стан додержання та захисту прав і свобод людини в Україні за 2016 рік, 2017, ст.ст. 321.

<sup>605</sup> Типове положення про будинок-інтернат для громадян похилого віку та інвалідів, геріатричний пансіонат, пансіонат для ветеранів війни і праці, затверджено наказом Міністерства праці та соціальної політики України від 29.12.2001 р. № 549, п. 3.10.

<sup>606</sup> Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», ст. 11, ч. шоста.

## РЕКОМЕНДАЦІЇ

### **Міністерству охорони здоров'я, Міністерству соціальної політики:**

- 1. Розробити та затвердити порядок надання медичної допомоги особам, яких утримують у геріатричних закладах.**
- 2. Розробити та затвердити порядок створення та функціонування приватних геріатричних закладів.**

### **Уповноваженому:**

- 3. Розширити моніторинг дотримання права на здоров'я в психіатричних і геріатричних закладах Національним превентивним механізмом Уповноваженого.**



## Забезпечення населення лікарськими засобами

Забезпечення фізичної та економічної доступності лікарських засобів з року в року визначено як один з пунктів Плану пріоритетних дій уряду. Поступово наша країна переходить на європейські підходи в регулюванні окресленого питання. Так, результатом більш як річної праці членів робочої групи, створеної при МОЗ України, став проект Державної стратегії щодо реалізації державної політики забезпечення населення лікарськими засобами на 2017–2025 роки (відповідну постанову уряду очікують до затвердження найближчим часом).

Основними завданнями Державної стратегії визначено забезпечення фізичної та економічної доступності якісних, ефективних і безпечних лікарських засобів; сприяння раціональному призначенню, відпуску та медичному застосуванню препаратів; удосконалення професійного розвитку кадрових ресурсів, задіяних у процесі обігу лікарських засобів; оптимізацію процесу закупівлі та відшкодування вартості лікарських засобів за рахунок державного та місцевих бюджетів, їх розподілу між закладами охорони здоров'я; посилення цінової конкуренції між виробниками, дистриб'юторами лікарських засобів та аптеками для підвищення рівня доступності лікарських засобів; розробку та запровадження дієвої системи державного регулювання цін на лікарські засоби, закупівлю яких повністю або частково фінансують з державного або місцевих бюджетів; підвищення інвестиційної привабливості фармацевтичного

ринку України. Це ті основні завдання, які повинні зумовлювати вектор розвитку галузі та мають бути вирішені впродовж найближчих восьми років.

Цей процес уже було частково почато та здійснено, зокрема в напрямках відбору основних лікарських засобів, запровадження системи відшкодування вартості препаратів, оптимізації процесу закупівель лікарських засобів на всіх рівнях надання медичної допомоги та їх розподілу з урахуванням фактичних потреб населення.

Варто зазначити, що жодним нормативним актом досі офіційно не визнано наявність в Україні епідемії туберкульозу. Це призводить до того, що деякі заходи для забезпечення кращої доступності лікарських засобів для лікування туберкульозу (наприклад, примусове ліцензування або ввезення незареєстрованих лікарських засобів) держава не може використовувати.

## Допуск препаратів на ринок і забезпечення бюджетним коштом \_\_\_\_\_

*Докладний опис питань державної реєстрації ПТП, регулювання монопольних прав на ПТП, контролю якості ЛЗ, розрахунку потреби ЗОЗ у лікарських засобах, забезпечення ЗОЗ вакцинами, централізованих і місцевих закупівель, реімбурсації див. у Додатку 9 до цього Звіту.*

## Відповідність протоколів лікування ТБ міжнародним стандартам \_\_\_\_\_

Законодавством України передбачено, що в медичній практиці застосовують методи профілактики, діагностики, реабілітації і лікування та лікарські засоби, дозволені МОЗ України<sup>607</sup>. Медичну допомогу хворим на ТБ надають амбулаторно або в умовах стаціонару протитуберкульозного закладу відповідно до галузевих стандартів надання медичної допомоги та стандарту інфекційного контролю за захворюванням на туберкульоз<sup>608</sup>.

Як вже не раз вказувалося вище, наказом МОЗ України від 04.09.2014 № 620 затверджено Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим «Туберкульоз», наказом МОЗ України від 31.12.2014 № 1039 затверджено Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Ко-інфекція (туберкульоз/ВІЛ-інфекція/СНІД)», наказом МОЗ України від 18.08.2010 № 684 затверджено Стандарт інфекційного контролю за ТБ в лікувально-профілактичних закладах, місцях довгострокового перебування людей та проживання хворих на туберкульоз.

Водночас не затверджено уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дітям, хворим на туберкульоз. Однак, як було не раз зазначено, чинним є Наказ МОЗ України № 1422 від 29 грудня 2016 р., який дозволяє українським лікарям використовувати у своїй роботі міжнародні клінічні протоколи та затверджувати їх після перекладу на локальному рівні.

<sup>607</sup> Bases of the legislation on healthcare, Article 44

<sup>608</sup> The Law of Ukraine "On Combating Tuberculosis", Article 10

«Проблемою є незадовільний менеджмент протитуберкульозної служби і реалізації протитуберкульозних заходів, недостатній зовнішній і внутрішній контроль за дотриманням чинних стандартів та клінічних протоколів, які лікарі порушують майже у 40% випадків», – коментує ситуацію В. Мельник, заступник директора ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»<sup>609</sup>.

Згідно з опитуванням у ході Оцінки експертів громадського здоров'я лікарів гострою є проблема точного виконання приписів протоколів лікарями під час лікування ТБ. Досі існує проблема з призначенням протитуберкульозного лікування не за протоколом у зв'язку із затримками у постачанні ПТП, недостатньою компетентністю, безвідповідальністю деяких лікарів, т.зв. людський фактор, практикою консиліумів – колективного прийняття рішень щодо призначення схеми лікування. Не завжди до складу консиліумів входять практикуючі лікарі.

## РЕКОМЕНДАЦІЇ

### Міністерству охорони здоров'я:

- 1. Здійснити оцінку імплементації протитуберкульозними закладами Наказу МОЗ 29.12.2016 № 1422 щодо медичної допомоги дітям, хворим на туберкульоз, з використанням міжнародних або іноземних клінічних настанов.**
- 2. Посилити контроль за дотриманням протоколів у ЗОЗ і скасувати практику централізованого затвердження діагнозу та призначення лікування, окрім для випадків пре-РР ТБ, РР ТБ.**

<sup>609</sup>How to get out of TB? V. Melnik, edition Your Health, <http://www.vz.kiev.ua/yak-vybratysya-z-put-tuberkulozu/>









## Примусова ізоляція хворих

Відповідно до чинного законодавства України до людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ можуть застосовувати примусову ізоляцію у формі примусової госпіталізації (до усіх осіб)<sup>610</sup> та у формі примусового лікування (до осіб, які вчинили злочини)<sup>611</sup>.

За відомостями Державної судової адміністрації впродовж 2014 р. до судів першої інстанції надійшло 469 заяв про примусову госпіталізацію або про продовження терміну примусової госпіталізації, 464 з яких було розглянуто, а 437 – задоволено. 2015 р. із 425 заяв 421 було розглянуто, з яких 399 задоволено<sup>612</sup>. У Єдиному державному реєстрі судових рішень ми виявили 237 судових рішень вказаної категорії за 2017 р.

Така велика кількість рішень щодо примусової госпіталізації, зокрема прийнятих на користь такої примусової фізичної ізоляції, може свідчити відповідно до Керівництва ВООЗ з імплементації стратегії ВООЗ «Покласти край ТБ» про наявність системної проблеми, відсутність ефективного пацієнто-орієнтованого підходу<sup>613</sup>, а саме соціальної підтримки та повної поінформованості людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ в Україні.

<sup>610</sup> The Law of Ukraine “On Combating Tuberculosis”, Article 11 and 18.

<sup>611</sup> Criminal Code of Ukraine, Article 96; Criminal Procedural Code of Ukraine, Article 368, Part 5. Penal Code of Ukraine, Article 117.

<sup>612</sup> Generalisation of the practice of examination by courts of cases of forced hospitalisation to an anti-TB institution. The Highest specialised court of Ukraine for the consideration of civil and criminal cases. Generalisation of judicial practice dated 12 January 2017.

<sup>613</sup> WHO Ethical Guidance on Implementation of the WHO Strategy “Stop TB”, Article 36.

## Примусова госпіталізація

Примусова ізоляція за своєю сутністю обмежує автономію, права та свободи людини<sup>614</sup> (зокрема право на свободу вільного пересування, право на свободу мирних зібрань). Саме тому на рівні Закону встановлено гарантії, що примусову госпіталізацію до протитуберкульозних закладів із пристосованими відділеннями (палатами), а також продовження терміну такої примусової ізоляції можна застосовувати лише за рішенням суду для запобігання поширенню ТБ стосовно людей із заразними формами ТБ, які проходять і амбулаторне, і стаціонарне лікування, однак «порушують протиепідемічний режим, що ставить під загрозу зараження ТБ інших осіб»<sup>615</sup>.

Варто зазначити, що стаття 28 Закону України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» № 4004-XII від 24 лютого 1994 року (надалі – «Закон № 4004-XII») передбачає примусове стаціонарне лікування для людей, «хворих на особливо небезпечні інфекційні хвороби» та які відмовилися від добровільної госпіталізації. Закон не враховує обставини, в яких госпіталізацію не призначено за медичними показаннями, а також не обмежує термін дії примусових дій до інфекційного періоду. Його норми також не визначають жодних вимог для медичного підтвердження ризику для оточуючих. Нарешті, цей Закон не передбачає процесуальних гарантій, крім права на оскарження, передбаченого статтею 8 Закону. Однак загальні положення Закону № 4004-XII деталізовані спеціальними нормами Закону України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», які мають переважну силу. Зокрема Законом України «Про протидію захворюванню на туберкульоз» передбачено судовий порядок застосування примусової госпіталізації та інші гарантії. Наприклад, Законом «Про протидію захворюванню на туберкульоз» встановлено, що хоча людям із заразними формами ТБ «забезпечується госпіталізація до протитуберкульозних закладів»<sup>616</sup>, яку надають безоплатно<sup>617</sup>, відмову від госпіталізації до протитуберкульозних закладів не визнають порушенням режиму, якщо є можливість ізоляції в домашніх умовах із проходженням амбулаторного лікування<sup>618</sup>.

Крім того, людям із ТБ гарантують право на доступ до інформації від лікаря-куратора «про особливості захворювання, методику лікування, режим харчування, існуючі ризики для здоров'я, наслідки відмови від лікування, загрозу створення реальної небезпеки зараження оточуючих»<sup>619</sup>, право на доступ до психологічної допомоги<sup>620</sup>, а також право на спілкування «з членами сім'ї та іншими особами з дотриманням протиепідемічного режиму»<sup>621</sup>. Люди із заразними формами ТБ також мають право особисто брати участь у судовому розгляді справи «за винятком випадків, коли за даними протитуберкульозного закладу така особа становить загрозу розповсюдження хвороби»<sup>622</sup>, а участь їхніх представників обов'язкова за будь-яких умов<sup>623</sup>. Суд повинен розглядати «справи про примусову госпіталізацію до протитуберкульозного закладу або про продовження строку примусової госпіталізації» не пізніше 24 годин після відкриття провадження у справі<sup>624</sup>.

<sup>614</sup> WHO Ethical Guidance on Implementation of the WHO Strategy "Stop TB", Article 36.

<sup>615</sup> The Law of Ukraine "On Combating Tuberculosis", Article 11, Part 1.

<sup>616</sup> Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», ст. 10, ч. 4.

<sup>617</sup> Там само, ст. 20, ч. 1, п. 1.

<sup>618</sup> Там само, ст. 10, ч. п'ята.

<sup>619</sup> Там само, ст. 20, ч. 1, п. 2.

<sup>620</sup> Там само, ст. 20, ч. 1, п. 4.

<sup>621</sup> Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», ст. 20, ч. 1, п. 5.

<sup>622</sup> Цивільний процесуальний кодекс України, ст. 345, ч. 1.

<sup>623</sup> Там само, ст. 345, ч. 2.

<sup>624</sup> Там само, ст. 345, ч. 1.

Термін відповідної примусової ізоляції обмежено до трьох місяців<sup>625</sup>.

Проте не всі вказані вище гарантії реалізують на практиці. Як наслідок, примусова ізоляція часто порушує права людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ на особисту недоторканність, на судовий захист, а також на (охорону) здоров'я та суперечить положенням Керівництва ВООЗ з імплементації стратегії ВООЗ «Покласти край ТБ».

Хоча примусова госпіталізація відбувається під судовим контролем, однак суди не завжди дотримуються строку такої примусової ізоляції, який мінімально необхідний для досягнення поставлених цілей, встановлюючи або нечіткий («на строк існування з боку хворого епідеміологічної небезпеки»<sup>626</sup>), або більший строк (6 місяців)<sup>627</sup>, або не встановлюючи його взагалі<sup>628</sup>. Варто зауважити, що Закон допускає, хоча і лише після прийняття судом нового рішення, продовжувати строк примусової ізоляції на визначений судом строк «з урахуванням висновку лікаря, який здійснює лікування цього хворого»<sup>629</sup>. Таким чином, може не дотримуватись гарантія, передбачена Керівництвом ВООЗ з імплементації стратегії ВООЗ «Покласти край ТБ» щодо мінімально необхідного часу ізоляції для досягнення поставлених цілей<sup>630</sup>.

Крім того, зазвичай не забезпечують особисту участь людей із заразними формами ТБ у судових засіданнях, оскільки представники протитуберкульозних закладів зазначають про їх небезпеку для інших. Часто інтереси людей із заразними формами ТБ не представлені іншими незацікавленими особами<sup>631</sup>, не зважаючи на вказану вище вимогу щодо обов'язкової участі їхніх представників у ході судового розгляду. Розгляд судових справ також не завжди відбувається за участю двох народних засідателів<sup>632</sup>, що прямо передбачено ЦПК<sup>633</sup>.

Суди також часто не перевіряють пропорційність застосованих заходів щодо поставленої мети. У окремих проаналізованих рішеннях<sup>634</sup> не було не тільки належного врахування, а й жодної згадки про обставини проживання людей із заразними формами ТБ, зокрема щодо наявності чи відсутності належних умов для ізоляції вдома. Не встановлювали також, чи їм було запропоновано після відмови від госпіталізації пройти амбулаторне лікування, яке є найбільш сприятливим і здатне набагато менше втрутитися в реалізацію та обмежити права і свободи людей із заразними формами ТБ. У кількох рішеннях навіть було зазначено, що іншої альтернативи, окрім стаціонарного лікування людей із заразними формами ТБ, не існує<sup>635</sup>.

<sup>625</sup> Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», ст. 11, ч. 3.

<sup>626</sup> Рішення Кременського районного суду Луганської області від 14.08.2014 р. у Справі № 414/1377/14-ц.

<sup>627</sup> Рішення Рокитнянського районного суду Київської області від 21.06.2013 р. у Справі № 375/1022/13-ц.

<sup>628</sup> Рішення Московського районного суду міста Харкова від 27.06.2013 р. у Справі № 643/9761/13-ц.

<sup>629</sup> Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», ст. 11, ч. 4.

<sup>630</sup> Керівництво ВООЗ з імплементації стратегії ВООЗ «Покласти край ТБ», ст. 38.

<sup>631</sup> Рішення Оріхівського районного суду Запорізької області від 30.08.2013 р. у Справі № 323/3221/13-ц; рішення Хмельницького міськрайонного суду від 08.04.2013 р. у Справі № 686/6692/13-ц; рішення Дзержинського районного суду міста Харкова від 20.05.2013 р. у Справі № 638/5380/13-ц; рішення Московського районного суду міста Харкова від 26.05.2014 р. у Справі № 643/6292/14-ц; рішення Заводського районного суду міста Дніпродзержинська Дніпропетровської області від 18.02.2013 р. у Справі № 208/898/13-ц; рішення Заводського районного суду м. Дніпродзержинська Дніпропетровської області від 07.06.2017 р. у Справі № 208/1886/17; Оболонського районного суду міста Києва від 24.02.2017 р. у Справі № 756/2540/17; рішення Оболонського районного суду міста Києва від 27.01.2017 у Справі № 756/1162/17; рішення районного суду міста Дніпродзержинська Дніпропетровської області від 07.06.2017 р. у Справі № 208/2616/17.

<sup>632</sup> Узагальнення практики розгляду судами справ про примусову госпіталізацію до протитуберкульозного закладу Вищій спеціалізований суд України з розгляду цивільних і кримінальних справ. Узагальнення судової практики від 12.01.2017.

<sup>633</sup> Цивільний процесуальний кодекс України, ст. 234, ч. 4; ч. 2, п. 10.

<sup>634</sup> Рішення Заводського районного суду м. Дніпродзержинська Дніпропетровської області від 07.06.2017 р. у Справі № 208/1886/17; рішення Оболонського районного суду міста Києва від 20.03.2017 р. у Справі № 756/1233/17; рішення Оболонського районного суду міста Києва від 24.02.2017 р. у Справі № 756/2540/17; рішення Оболонського районного суду міста Києва від 27.01.2017 у Справі № 756/1162/17; рішення Заводського районного суду міста Дніпродзержинська Дніпропетровської області від 07.06.2017 р. у Справі № 208/2616/17; 191/1276/17; рішення Вінницького міського суду Вінницької області від 29.09.2017 р. у Справі № 127/20709/17.

<sup>635</sup> Рішення Московського районного суду міста Харкова від 04.10.2017 р. у Справі № 643/12703/17; рішення Оболонського районного суду міста Києва від 24.02.2017 р. у Справі № 756/2540/17; рішення Оболонського районного суду міста Києва від 27.01.2017 у Справі № 756/1162/17; рішення Заводського районного суду міста Дніпродзержинська Дніпропетровської області від 07.06.2017 р. у Справі № 208/2616/17.

Вказане пов'язане з пріоритетом на загальнонаціональному рівні саме стаціонарного лікування, особливо людей із МР ТБ. Зокрема Положенням про відділення ХР ТБ передбачено фізичну ізоляцію людини із МР ТБ у формі госпіталізації до відділення ХР ТБ одразу після встановлення діагнозу<sup>636</sup> до «завершення інтенсивної фази лікування та досягнення конверсії мокротиння»<sup>637</sup> на строк до 8 місяців<sup>638</sup>. І хоча на законодавчому рівні встановлено гарантії окремої вентиляції, «екрановані бактерицидні випромінювачі»<sup>639</sup>, індивідуальні засоби захисту дихання<sup>640</sup>, розмежування людей із «різним профілем резистентності та абацильованих хворих»<sup>641</sup>, належний інфекційний контроль<sup>642</sup>, однак на практиці під час ізоляції не забезпечують належні умови та не відбувається належний контроль за процесом лікування. Результати моніторингу правозахисників, а також доповіді зацікавлених осіб свідчать про фактичну відсутність у більшості протитуберкульозних закладів належних санітарно-епідемічних умов та інфекційного контролю – від освітлення та вентиляції санітарних зон до грибків на стінах.

2016 ру Київській міській туберкульозній лікарні № 2 люди із ХР ТБ мали спільний доступ до санітарних вузлів із людьми з уперше діагностованим і рецидивом ТБ, не здійснювали санітарної обробки палат, їх належно не прибирали, а люди з ТБ повинні були жити у приміщеннях із високою вологістю без прогулянок та, відповідно, свіжого повітря. Аналогічні порушення було виявлено у Хмельницькому і Чернігівському обласних протитуберкульозних диспансерах<sup>643</sup>. Зазначене спричиняє поширення внутрішнього, перехресного інфікування різними формами ТБ і, як наслідок, збільшення кількості людей із МР ТБ. Недостатня кількість фахівців і недосконалість їх навчання також призводять до низької ефективності лікування ТБ (77,1% – ТБ і 46% – МР ТБ)<sup>644</sup>. Таким чином, всупереч Керівництву ВООЗ з імплементації стратегії ВООЗ «Покласти край ТБ» відсутні докази ефективності ізоляції, що є однією з обов'язкових передумов для її застосування.

Варто зауважити, що відповідно до Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2018–2022 роки перевагу мають надавати саме амбулаторному лікуванню, однак у ній не порушено питання примусової ізоляції.

Крім того, відповідно до Закону України «Про протидію захворюванню на туберкульоз» «заява про примусову госпіталізацію чи про продовження стр. примусової госпіталізації хворого на заразну форму ТБ подається до суду представником протитуберкульозного закладу, що здійснює відповідне лікування цього хворого, протягом 24 годин з моменту виявлення порушення хворим протиепідемічного режиму»<sup>645</sup>. Аналогічна норма міститься у ЦПК України<sup>646</sup>. Всупереч Керівництву ВООЗ з імплементації стратегії ВООЗ «Покласти край ТБ» примусова госпіталізація людей із заразними формами ТБ відповідно до чинного законодавства

<sup>636</sup> Положення про відділення хіміорезистентного ТБ, затверджене наказом МОЗ України від 19.11.2009 р. № 846, п. 4.4.

<sup>637</sup> Там само, п. 4.6.

<sup>638</sup> Там само, п. 4.7.

<sup>639</sup> Там само, п. 5.3.

<sup>640</sup> Там само, п. 5.4.

<sup>641</sup> Там само, п. 5.5.

<sup>642</sup> Положення про відділення хіміорезистентного ТБ, затверджене наказом МОЗ України від 19.11.2009 р. № 846, п. 4.4, п. 5.6.

<sup>643</sup> Моніторинг місць несвободи в Україні: стан реалізації національного превентивного механізму доповідь за 2016 рік. Уповноважений Верховної Ради України з прав людини. Київ-2017, ст. 98-99.

<sup>644</sup> Туберкульоз в Україні. Аналітично-статистичний довідник. ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», Київ – 2018, с. 24, 51 <https://phc.org.ua/uploads/files/%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B5%D0%BA%D1%82%20%D0%B4%D0%BE%D0%B2%D1%96%D0%B4%D0%BD%D0%B8%D0%BA%D0%B0%20%D0%A2%D0%91%202018.pdf>

<sup>645</sup> Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», ст. 11, ч. 2.

<sup>646</sup> Цивільний процесуальний кодекс України, ст. 344, ч. 2.



України також залежить від висновку лікаря-куратора<sup>647</sup>, а не органу охорони здоров'я<sup>648</sup>. До того ж рішення суду щодо задоволення такої заяви виконують негайно<sup>649</sup>, тобто незалежно від його оскарження у вищій інстанції, «та є підставою для примусової госпіталізації або продовження строку примусової госпіталізації особи в протитуберкульозному закладі на встановлений законом строк»<sup>650</sup>.

Примусову ізоляцію досить часто застосовують для зручності ЗОЗ, а не задля поваги до гідності, забезпечення найвищого досяжного рівня здоров'я людей із ТБ чи ВІЛ-асоційованим ТБ. Навіть коли представник людини із заразними формами ТБ у ході судового засідання повідомив, що вона погоджується на примусову госпіталізацію, оскільки розуміє важливість для неї та її здоров'я, представник закладу охорони здоров'я не відмовився від позовної заяви, а суд не відмовив у задоволенні позову. Навпаки, до людини з ТБ було застосовано примусову ізоляцію<sup>651</sup>. Вказане також свідчить, що цій людині не було повідомлено достатньо відомостей щодо особливостей, порядку проходження лікування, відмінності між добровільним і примусовим лікуванням, особливо у порядку та наслідках (*більш детально див. нижче*). Відповідно, окрім ставлення до неї як до об'єкта, а не людини з належною їй гідністю, також не було дотримано її право на доступ до інформації, що є невід'ємним складником права на (охорону) здоров'я.

Така практика досить поширена. За свідченнями зацікавлених осіб, за відсутності належної мотивації, зокрема фінансової, лікарі-фтизіатри зрідка надають усю належну інформацію людям із ТБ. Незважаючи на законодавчо встановлену гарантію, у більшості протитуберкульозних закладів соціально-психологічна підтримка у будь-якій формі відсутня. З одного боку, працевлаштування психологів чи соціальних працівників не всюди передбачено штатними розписами таких ЗОЗ, з іншого – відсутня налагоджена система взаємодії із соціальною службою. Отже, не створюються передумови для прихильності людей із ТБ до лікування, що збільшує випадки примусової ізоляції.

В іншому рішенні, після відмови лікаря-фтизіатра від позову, яким він захистив людину з ТБ від неправомірного застосування примусової госпіталізації до неї та роз'єднання із сім'єю на час такої ізоляції, його було звільнено. Так, хоча людина з ТБ погодилася в залі судового засідання добровільно отримати медичну допомогу, протитуберкульозний заклад, який надав довіреність на представництво своїх інтересів лікарю, наклав дисциплінарне стягнення через його позицію, а надалі звільнив названого лікаря через наявність також інших точно не зазначених підстав. Суд прийняв рішення на користь протитуберкульозного закладу, визнавши правомірність звільнення лікаря<sup>652</sup>. Навіть більше, порядок примусової ізоляції, а також наслідки невиконання рішення щодо примусової госпіталізації свідчать про те, що її застосовують не для захисту населення від поширення ТБ і реалізації права людей із заразними формами ТБ на (охорону) здоров'я, а як засіб покарання. Зокрема Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз» прямо вказує на кримінальну відповідальність за невиконання рішення суду «про примусову госпіталізацію до протитуберкульозного закладу чи про продовження стр. примусової госпіталізації»<sup>653</sup>. До того ж Кримінальний кодекс України закріплює кримінальну відповідальність за невиконання будь-якого судового рішення, що набрало законної сили, або перешкоджання їх виконанню, за яке встановлюється максимальне покарання у вигляді «штрафу від 500 до 1000 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян (від 8500 до 17

<sup>647</sup> Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», ст. 11, ч. 3 та 4; Цивільний процесуальний кодекс України, ст. 344, ч. 1.

<sup>648</sup> Керівництво ВООЗ з імплементації стратегії ВООЗ «Покласти край ТБ», ст. 37.

<sup>649</sup> Цивільний процесуальний кодекс України, ст. 346, ч. 2.

<sup>650</sup> Там само.

<sup>651</sup> Рішення Вінницького міського суду Вінницької області від 29.09.2017 р. у Справі № 127/20709/17.

<sup>652</sup> Рішення Олександрійського міськрайонного суду Кіровоградської області від 13.06.2016 р. у Справі № 398/115/16-ц.

<sup>653</sup> Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», ст. 11, ч. сьома.



000 грн) або позбавленням волі на строк до трьох років»<sup>654</sup>. У Єдиному державному реєстрі судових рішень ми не виявили жодного рішення щодо притягнення до кримінальної відповідальності людей із заразними формами ТБ у аспекті ухилення від примусової госпіталізації за ст. 382 КК України. Зважаючи на те, що до зазначеного реєстру повинні вноситись усі судові рішення, прийняті судовими органами України, вказане може свідчити про відсутність деструктивної практики притягнення людей із заразними формами ТБ до кримінальної відповідальності за ухилення їх від примусової фізичної ізоляції у закладах охорони здоров'я.

Однак примусова госпіталізація людей із заразними формами ТБ супроводжується національною поліцією: «органи Національної поліції України за зверненням керівника протитуберкульозного закладу надають у межах своїх повноважень допомогу у забезпеченні виконання рішення суду»<sup>655</sup>, що мають відповідні повноваження<sup>656</sup>. Варто звернути увагу на каральний характер формулювань у одному з підзаконних актів, яким встановлюється порядок примусової госпіталізації та прийнятого на виконання застарілого Закону України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз»: «привід осіб у Відділення (Палату) здійснюється за рішенням суду працівниками міліції відповідно до п. 21 ч. 1 ст. 10 Закону України «Про міліцію»»<sup>657</sup>.

Своєю чергою Закон України «Про міліцію» вже втратив чинність, а отже, вказаний акт не тільки не відповідає міжнародним стандартам, а його досі не увідповіднено чинному законодавству України. Люди із заразними формами ТБ окрім тимчасового позбавлення волі перебувають також під постійною охороною і в приміщеннях<sup>658</sup>, і під час прогулянок<sup>659</sup>. «У разі звільнення хворого на заразну форму ТБ відповідна установа виконання покарань попереджає його про необхідність дотримання протиепідемічного режиму, що засвідчується письмово, та за його згодою доставляє такого хворого санітарним транспортом до найближчого територіального протитуберкульозного закладу для госпіталізації та продовження лікування. У разі відсутності такої згоди питання примусової госпіталізації такого хворого вирішується в порядку, встановленому статтею 11 цього Закону»<sup>660</sup>.

Учасники фокус-груп і ключові інформатори зазначали, що в багатьох випадках проблематичним є виконання рішення про примусову ізоляцію, оскільки ані правоохоронні органи не мають бажання виконувати таке рішення через ризики потенційного зараження та незнання правил індивідуального захисту, ані заклади, куди вміщують осіб для примусової ізоляції, не мають належних умов для її виконання (належної охорони, ізольованих приміщень тощо). Виконання рішень про примусову ізоляцію також проблематичне стосовно осіб, які орендують житло або не мають визначеного місця проживання.

*«Кроме того, чтобы госпитализировать и потом отпустить, у нас ничего не происходит. После того, как суд выносит решение по пациенту, его могут искать или не искать, потому что судья, когда выносит решение, должен указать, какому подразделения полиции доставить этого больного в больницу, как правило, в судебном решении вы этого не увидите. Предположим, что госпитализация произошла. А дальше нет юридических оснований его держать и по закону нельзя заставить человека принимать лекарства.» юрист-правозащисник, Київ*

<sup>654</sup> Кримінальний кодекс України, ст. 382.

<sup>655</sup> Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», ст. 11, ч. п'ята.

<sup>656</sup> Закон України «Про національну поліцію», ст. 23, ч. 1, п. 23 та ст. 23, ч. 2.

<sup>657</sup> Положення про відділення (палату) для хворих на заразну форму ТБ, щодо яких судом ухвалено рішення про примусову госпіталізацію, затверджено наказом МОЗ України від 19.11.2009 р. № 846, п. 4.2.

<sup>658</sup> Там само, п. 4.2. п. 2.1.

<sup>659</sup> Там само, п. 7.4.

<sup>660</sup> Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», ст. 18, ч. 3.

*«В областной туберкулезной больнице есть охрана КПП, на котором контролируют пациентов: не дают покидать территорию больницы, хотя за 20 гривен пропускают.» ФГ ЛТБ, Миколаїв*

## Примусове лікування

До людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ, які вчинили злочини, можуть за рішенням суду застосовувати примусове лікування, яке передбачає набагато менші гарантії порівняно з примусовою госпіталізацією. Зокрема не перевіряють можливість альтернативного лікування, людині не повідомляють інформацію про ризики, значення та причини ізоляції, не надають соціально-психологічної підтримки, не враховують, чи відмовилася вона від проходження лікування, не встановлюють чіткого часу ізоляції. Зокрема відповідно до ст. 96 Кримінального кодексу України «примусове лікування може бути застосоване судом, незалежно від призначеного покарання, до осіб, які вчинили злочини та мають хворобу, що становить небезпеку для здоров'я інших осіб<sup>661</sup>. У разі призначення покарання у виді позбавлення волі або обмеження волі примусове лікування здійснюється за місцем відбування покарання. У разі призначення інших видів покарань примусове лікування здійснюється у спеціальних лікувальних закладах<sup>662</sup>». До того ж для застосування такої примусової фізичної ізоляції повинен бути висновок ЗОЗ<sup>663</sup>. Щодо засуджених з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ примусове лікування допускають лише на підставі рішення суду у вказаному вище порядку, якщо вони відмовляються від лікування<sup>664</sup>. До людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ на час примусового лікування також додатково застосовують фінансову санкцію, а саме не виплачують виплати допомоги з безробіття<sup>665</sup>. Така практика покарання за недотримання режиму лікування жодним чином не сприяє прихильності до лікування.

### РЕКОМЕНДАЦІЇ

#### Міністерству охорони здоров'я, Верховній Раді:

- Увідповіднити рекомендації ВООЗ<sup>666</sup> регулювання порядку примусової ізоляції та здійснювати моніторинг щодо застосування цього механізму лише у виняткових випадках. Зокрема під час внесення змін до правового регулювання примусової ізоляції варто враховувати: етичне керівництво ВООЗ з імплементації стратегії ВООЗ з ліквідації ТБ визначає, що примусова ізоляція не повинна за жодних обставин бути частиною загальної стратегії протидії ТБ<sup>667</sup>, її можуть застосовувати лише за умови поінформованості про такі наслідки та дотримання принципу прозорості, на підставі та у порядку, визначеному чинним законодавством за рішенням органу охорони здоров'я, а не лікаря-куратора, із належним судовим контролем<sup>668</sup>.**

<sup>661</sup> Кримінальний кодекс України, ст. 96, ч. 1.

<sup>662</sup> Там само, ст. 96, ч. 2.

<sup>663</sup> Кримінальний процесуальний кодекс України, ст. 368, ч. п'ята; ст. 368, ч. 1, п. 10.

<sup>664</sup> Кримінально-виконавчий кодекс України, ст. 21, ч. 2.

<sup>665</sup> Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття», ст. 31, ч. 1, п. 6.

<sup>666</sup> Зокрема до вимог Ethics guidance for the implementation of the End TB strategy. Geneva: World Health Organization; 2017.

<sup>667</sup> Керівництво ВООЗ з імплементації стратегії ВООЗ з ліквідації ТБ, ст. 36.

<sup>668</sup> Там само, ст. 37.

**Як крайній захід<sup>669</sup> у випадках, коли:**

- відомо, що особа є заразною, відмовляється від ефективного лікування та було вжито всіх розумних заходів для забезпечення її прихильності, які виявилися невдалими; або
- відомо, що особа є заразною, погодилася на амбулаторне лікування, однак не має можливості запровадити інфекційний контроль вдома та відмовляється від стаціонарного лікування; або
- існує висока вірогідність того, що особа є заразною (на підставі лабораторних доказів), але відмовляється пройти оцінку свого інфекційного статусу, тимчасом як робиться все можливе для взаємодії з пацієнтом для встановлення плану лікування, який відповідає його потребам<sup>670</sup>.

Крім того, примусова ізоляція допустима лише тоді, коли її не застосовують як форму покарання чи для зручності, а також:

- ізоляція необхідна для запобігання поширенню ТБ; та
- наявні докази того, що ізоляція, ймовірно, буде ефективною у цьому випадку; та
- пацієнт відмовляється залишатися в ізоляції, не зважаючи на те, що він достатньо поінформований про ризики, значення та причини ізоляції; та
- відмова пацієнта ставить інших у небезпеку; та
- усі менш обмежувальні заходи було вжито до застосування примусової ізоляції; та
- усі інші права та свободи (такі як основні громадянські свободи), крім права на свободу пересування, захищено; та
- належний процес і всі належні механізми апеляції наявні; та
- принаймні основні потреби пацієнта забезпечено; та
- визначений час ізоляції є мінімально необхідним для досягнення поставлених цілей<sup>671</sup>.

Зокрема до застосування інституційного догляду до людини із заразною формою ТБ передусім повинно застосовуватись амбулаторне лікування з ізоляцією у домашніх умовах<sup>672</sup>, що дає змогу максимально уникнути додаткових обмежень прав такої людини. **Примусове ж затримання «у немедичних місцях позбавлення волі, таких як тюремна камера або загальна тюрма», за будь-яких обставин недопустиме<sup>673</sup>.**

**Міністерству юстиції, Верховній Раді:**

1. Встановити гарантію та забезпечити надання безоплатної правової допомоги людям з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ під час примусового лікування та примусової госпіталізації у протитуберкульозних закладах.

<sup>669</sup> Там само, ст. 36.

<sup>670</sup> Етичне керівництво ВООЗ з імплементації стратегії ВООЗ з ліквідації ТБ, ст. 37.

<sup>671</sup> Там само, ст. 38.

<sup>672</sup> Там само, ст. 37.

<sup>673</sup> Там само, ст. 36.

## Непід- контрольні території

Ситуація з наданням медичної допомоги на непідконтрольних уряду України територіях погіршилася порівняно з доконфліктною ситуацією, враховуючи припинення фінансування з державного бюджету України медичної інфраструктури на непідконтрольних територіях, припинення централізованих поставок лікарських засобів і медичних виробів, включаючи для лікування туберкульозу, коштом державного бюджету України, вплив кваліфікованих кадрів з медичною професією, другорядність проблем зі здоров'ям перед іншими незадоволеними базовими потребами місцевого населення тощо.

Згідно з опитуванням експертів з прав людини та експертів громадського здоров'я, на непідконтрольних українському уряду територіях Донецької та Луганської областей існують такі проблеми та бар'єри щодо доступності діагностики і лікування туберкульозу:

1. Недостатня координація місцевих медичних служб щодо протидії ВІЛ (СНІД-центрів) і туберкульозу (ПТЗ) між собою; недостатня координація активностей міжнародних організацій між собою щодо протидії туберкульозу.
2. Нестача кадрів для лабораторного супроводу діагностики та лікування ТБ.
3. Три з п'яти протитуберкульозних закладів на непідконтрольній території Донецької області розташовані в зоні обстрілів.

Наприклад, лікарня в смт Оленівка (5 км лінія розмежування) для лікування хронічних хворих з туберкульозом, в якій 20 місць соціальних ліжок, тобто для людей з ТБ без місця проживання, з 2015 р. перебуває під постійними обстрілами, через що вода відсутня повністю, питну воду доставляють міжнародні НПО, електрика регулярно пропадає.

4. Відсутність власних закупівель ПТП і витратних матеріалів у місцевої системи охорони здоров'я, залежність від постачання ПТП міжнародними організаціями (майже 100% постачання ПТП для МР ТБ і діагностичних витратних матеріалів здійснюється за рахунок Глобального фонду) та Російської Федерації, слабка координація та планування поставок ПТП.
5. Профілактичні рентгенологічні обстеження, комп'ютерна томографія, лікарські засоби для лікування побічних реакцій доступні лише на платній основі.
6. Слабка доступність надійних статистичних даних, відсутні дані щодо динаміки; неможливість організації обліку використання препаратів неорганізованим контингентом (безробітними тощо).
7. Відсутність соціального супроводу людей з ТБ локальними коштами; жорсткий контроль роботи НУО призводить до ослаблення соціального супроводу представників груп ризику та людей із ТБ.
8. Жорстка наркополітика місцевої влади, відсутність реабілітаційних центрів і програм замісної терапії знижують прихильність до лікування у більшості наркозалежних. Це призводить до переривань лікування, поширення МР ТБ, РР ТБ через ЛВІН.
9. Правила переміщення товарів через лінію зіткнення обмежують кількість лікарських засобів, що перевозяться, до п'яти упаковок кожного торговельного найменування, що може негативно вплинути на наявність ліків у непідконтрольних територіях. Вказане обмеження ґрунтується на вимогах чинного законодавства України<sup>674</sup>.
10. Пересилка посилок поштою в колонії з підконтрольної території неможлива; передачі від родичів з підконтрольних територій засудженим не заборонено, однак вони ускладнені необхідністю отримання дозволу на перетин від Координаційного центру СБУ.
11. Засуджені, звільнені з місць позбавлення волі, без супроводу НУО переривають лікування туберкульозу. Причина цього – вживання психотропних речовин, відсутність постійного місця проживання. У деяких випадках колишні засуджені без житла вибирають перебування в протитуберкульозних стаціонарах, але приймають ПТП частково для погіршення стану і безкінечного продовження лікування та перебування в стаціонарі. Можливості в колишніх засуджених для оформлення соціальної допомоги зі втрати тимчасової працездатності відсутні. Непоодинокі випадки втрати зв'язку із засудженими, які звільнилися з місць позбавлення волі, не закінчили лікування ТБ і перетнули лінію контакту.
12. Націоналізація шахт від ДНР у січні 2017 р. призвела до зниження доходів шахтарів і зростання кількості безробітних, що може негативно впливати на їхній стан здоров'я; випадки професійних захворювань багатьох шахтарів ВПО не розслідують через неможливість доступу до документації шахт на непідконтрольній території.
13. Незареєстрованим як ВПО пенсіонерам заблоковано виплату пенсій урядом України.

<sup>674</sup> Порядок переміщення товарів до району або з району проведення антитерористичної операції, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 1 березня 2017 р. № 99, п. 9; Перелік товарів, дозволених для переміщення до/з гуманітарно-логістичних центрів та через лінію зіткнення, затверджений Наказом Міністерства з питань тимчасово окупованих територій та внутрішньо переміщених осіб України 24.03.2017 № 39.



На території Луганської області варто зазначити такі додаткові проблеми:

1. Нерегулярність і недостатність поставок лікарських засобів і медичних виробів на непідконтрольну територію.
2. Обмеженість допомоги від міжнародних організацій і НУО на непідконтрольній території через неможливість провадження діяльності міжнародних організацій і НУО без реєстрації в ЛНР; реєстрація наявна лише в організацій сім'ї ООН.
3. Інститут примусової ізоляції людей, які відмовляються від протитуберкульозного лікування, не впроваджено.

Найбільше бар'єрів із доступом до медичної протитуберкульозної допомоги на непідконтрольних територіях, за свідченнями експертів, мають колишні засуджені; люди, які живуть з ВІЛ; особи, які часто перетинають лінію розмежування, ЛВІН, особи, які зловживають алкоголем; особи без певного місця проживання, які втратили житло і засоби для існування під час бойових дій.

#### РЕКОМЕНДАЦІЇ

**Міністерству з питань тимчасово окупованих територій і внутрішньо переміщених осіб України:**

1. **Налагодити координацію допомоги міжнародних організацій і НУО.**
2. **Скасувати обмеження кількості одиниць лікарських засобів, дозволених до перевезення через лінію зіткнення.**
3. **Забезпечити доступність консультацій правового характеру для осіб, які здійснюють перетин лінії зіткнення, щодо питань отримання тимчасового житла, відновлення документів, отримання статусу ВПО тощо.**

# Додатки

# Додаток 1

**Таблиця з аналізом прав і свобод у контексті захисту людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ**

Права людини	Розуміння права у контексті захисту людей з ТБ, ВІЛ-асоційованим ТБ і ключових груп населення	Позитивні зобов'язання держави щодо захисту людей з ТБ, ВІЛ-асоційованим ТБ і ключових груп населення
<p><b>Право на життя</b></p> <p>Міжнародно-правові стандарти: ЗДПЛ, ЄКПЛ, МППГПП, КПД</p>	<p>Позитивний обов'язок держави щодо захисту людини від свавільного позбавлення життя, зокрема отримання інформації про наявність небезпеки для життя у частині поширення інфекційних захворювань<sup>1</sup>, подолання епідемій, недоїдання, забезпечення доступу до медичної допомоги<sup>2</sup>, особливо людей, які позбавлені свободи та в результаті цього перебувають у вразливому становищі, оперативне розслідування причин їхніх смертей.<sup>3</sup></p>	<p>Позитивний обов'язок України створити законодавчу та адміністративну базу для захисту прав людей з ТБ, ВІЛ-асоційованим ТБ і ключових груп населення, включаючи доступ до необхідної інформації, харчування та медичної допомоги, особливо в умовах ізоляції, ефективне розслідування причин смертей, захист від поширення епідемій.</p>
<p><b>Право на рівність (право на свободу від дискримінації)</b></p> <p>Міжнародно-правові стандарти: ЗДПЛ, КПОІ, МППГПП, ЄКПЛ, МПЕСКП, КЛВФДЖ, КПД</p>	<p>Забороняється дискримінація, і пряма, і непряма, у будь-якій сфері життя та за будь-якою ознакою, до яких належить не закріплені безпосередньо, але не менш важливі інші заборонені підстави для дискримінації, а саме: за станом здоров'я, сексуальною орієнтацією та гендерною ідентичністю<sup>17</sup>. КПД прямо вказує заборону дискримінації за станом здоров'я</p>	<p>Україна повинна запобігати проявам дискримінації та стигматизації, забезпечити та усунути наявні перешкоди на шляху до рівного доступу, зокрема фізичного, до медичної допомоги та до реалізації всіх гарантованих прав і свобод людини (а саме доступ до освіти, праці, міграції)<sup>18</sup>, кожній людині з ТБ, ВІЛ-асоційованим ТБ і ключовим групам населення і на законодавчому, і на практичному рівні</p>

<p><b>Право на гідність (на свободу від катувань, жорстокого, нелюдського та такого, що принижує гідність, поводження)</b></p> <p>Міжнародно-правові стандарти: ЗДПЛ, ЄКПЛ, МППГПП, ЄКПЗК, КПК, КЛВФДЖ</p>	<p>Ненадання державою належної, ефективної, своєчасної, якісної медичної допомоги<sup>13</sup> та виявлення ТБ чи ВІЛ-асоційованого ТБ, незабезпечення належних умов перебування у переповнених закладах (зокрема пенітенціарних), а також задоволення базових потреб (належного харчування, доступу до свіжого повітря, гігієни) в разі позбавлення волі<sup>14</sup></p>	<p>Україна повинна забезпечити ставлення до кожної людини з повагою до її гідності, зокрема під час надання медичних послуг і впродовж їхнього процесу, і під час доступу до них без створення фінансових чи інших перешкод<sup>15</sup>, забезпечити на законодавчому та адміністративному рівнях належні гуманні, санітарно-гігієнічні умови перебування, провести протиепідеміологічні заходи у закладах (зокрема пенітенціарних), доступ до належної, ефективної, якісної медичної допомоги (включаючи своєчасну діагностику), належного харчування людям з ТБ, ВІЛ-асоційованим ТБ і ключовим групам населення, особливо тим, які перебувають в умовах ізоляції під контролем держави (наприклад, ув'язненим<sup>16</sup>)</p>
<p><b>Право на здоров'я</b></p> <p>Міжнародно-правові стандарти: ЗДПЛ, ЄКПЛ, МПЕСКП, КЛВФДЖ, КПД, КПОІ</p>	<p>Позитивний обов'язок держави запобігти поширенню епідемічних захворювань<sup>4</sup>, забезпечити необхідними лікарськими засобами відповідно до Модельного переліку ВООЗ основних лікарських засобів<sup>5</sup>, доступ кожного до якісної профілактики, діагностики та лікування<sup>6</sup>, а також належні санітарно-гігієнічні умови людини в умовах ізоляції<sup>7</sup>, застосовувати право-орієнтований підхід під час надання медичної допомоги до всіх людей, зокрема споживачів наркотиків<sup>8</sup></p>	<p>Позитивний обов'язок України створити достатні правові та адміністративні механізми для забезпечення надання доступу до своєчасної, якісної, ефективної, безперервної та безоплатної протитуберкульозної медичної допомоги<sup>9</sup> (діагностики, включаючи тестування на сприйнятливість до лікарських засобів, лікування і ТБ, і пов'язаних станів, наприклад ВІЛ, а також МР і надзвичайно резистентного ТБ)<sup>10</sup> людям з ТБ, ВІЛ-асоційованим ТБ і ключовим групам населення, а саме протитуберкульозними лікарськими засобами першого та другого ряду<sup>11</sup> (зокрема bedaquiline та delamanid)<sup>12</sup>, а також створити належні гуманні та санітарно-гігієнічні умови в усіх закладах, пов'язаних з фізичною ізоляцією цих людей, зокрема пенітенціарних, протитуберкульозних і психіатричних закладах.</p>
<p><b>Право на невтручання в особисте життя (право на приватність)</b></p> <p>Міжнародно-правові стандарти: ЗДПЛ, МППГПП, ЄКПЛ, КПД</p>	<p>Гарантується збереження конфіденційності інформації про стан здоров'я та статус людини, пов'язаний із здоров'ям<sup>19</sup></p>	<p>Україна повинна забезпечити достатні правові та адміністративні механізми для захисту інформації (персональних даних) про стан здоров'я, статус людей із ТБ, ВІЛ-асоційованим ТБ і ключових груп населення від незаконного розкриття</p>

<p><b>Право на доступ до інформації</b></p> <p>Міжнародно-правові стандарти: ЗДПЛ, МППГПП, ЄКПЛ, КПД</p>	<p>Право людей, які проходять скринінг-опитування, діагностику, лікування на ТБ, отримати інформацію щодо ТБ, його причин, порядок та умови проходження обстежень, ризику та переваги запропонованих методів лікування, наслідки відмови від діагностики та лікування ТБ, важливість непереривання та завершення повного курсу лікування ТБ<sup>20</sup></p>	<p>Позитивний обов'язок України забезпечити на законодавчому та практичному рівні обізнаність і серед загального населення щодо ТБ<sup>21</sup> для уникнення стигматизації та дискримінації людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ, а також щодо особливостей, умов, порядку забезпечення медичної допомоги людям з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ, наслідків їхньої відмови від такої допомоги, створення умов прихильності їх до проходження повного курсу лікування</p>
<p><b>Право на освіту</b></p> <p>Міжнародно-правові стандарти: ЗДПЛ, КПД, КПОІ, Протокол № 1 ЄКПЛ, МПЕСКП, КЛВФДЖ</p>	<p>Доступ до освіти, зокрема фізичний та економічний, повинен забезпечуватися всім незалежно від будь-яких ознак, а саме стану здоров'я, національності, походження, майнового становища, тобто без дискримінації<sup>22</sup></p>	<p>Позитивний обов'язок України створити достатні правові та адміністративні механізми для забезпечення рівних можливостей для доступу до навчання людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ до загальноосвітніх навчальних закладів та освіти в інших формах, якщо їхнє відвідування звичайних навчальних закладів становитиме справжній ризик поширення ТБ серед інших людей</p>
<p><b>Право на працю</b></p> <p>Міжнародно-правові стандарти: ЗДПЛ, КПД, КПОІ, МПЕСКП, КЛВФДЖ</p>	<p>Право людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ на вільний вибір роботи, на справедливі і сприятливі умови праці, на захист від безробіття та несправедливого позбавлення роботи, зокрема через дискримінацію за забороненими підставами, а саме за станом здоров'я<sup>23</sup></p>	<p>Україна повинна запровадити законодавство та втілити інші необхідні заходи для запобігання будь-яким проявам дискримінації чи нерівного ставлення до людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ на робочому місці та створення їм рівного доступу до праці, яка забезпечує гідний рівень життя. Позитивний обов'язок України розробити та затвердити Національну стратегію з питань забезпечення прав людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ у сфері праці<sup>24</sup></p>



<p><b>Право на повагу до сімейного життя</b></p> <p>Міжнародно-правові стандарти: ЗДПЛ, КПД, КПОІ, ЄКПЛ, КЛВФДЖ, МППГПП</p>	<p>Право людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ на збереження сімейних зв'язків і сімейного оточення, гарантія від свавільного чи незаконного втручання держави в їхнє сімейне життя</p>	<p>Позитивний обов'язок України створити достатні правові та адміністративні механізми, зокрема соціальну підтримку, для уникнення необґрунтованого, неправомірного та дискримінаційного позбавлення контакту чи розлучення дітей, яке б не відповідало вищим інтересам дитини, із батьками через ТБ і ВІЛ-асоційованого ТБ проти їхньої волі, а саме через тривалу госпіталізацію. Позитивний обов'язок України забезпечити заходи на правовому та практичному рівні для негайного возз'єднання сімей, у якій живуть люди з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ, після усунення обставин для їхнього розлучення</p>
<p><b>Право на соціальний захист</b></p> <p>Міжнародно-правові стандарти: ЗДПЛ, КПД, МПЕСКП, КЛВФДЖ</p>	<p>Позитивний обов'язок держави забезпечити кожному належний доступ до соціального захисту, зокрема медичних послуг, а саме профілактики та лікування людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ, на принципах рівності та недискримінації<sup>25</sup></p>	<p>Україна повинна створити достатні правові та адміністративні механізми для доступу всіх до соціального захисту, зокрема мінімально необхідного рівня соціальних виплат, який дає змогу кожній людині з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ отримувати необхідну медичну допомогу, освіту, мати базове житло, воду та харчування. Україна повинна утриматися від юридичної та фактичної дискримінації за забороненими підставами, зокрема встановлення дискримінаційних обмежень для доступу до соціальних виплат чи інших форм соціального захисту<sup>26</sup></p>
<p><b>Право на доступ до правосуддя</b></p> <p>Міжнародно-правові стандарти: ЗДПЛ, КПД, КПОІ, ЄКПЛ, МППГПП, КЛВФДЖ</p>	<p>Право на належний процес людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ, свобода яких обмежена або може бути обмежена примусовою ізоляцією, що включає право участі у відповідному судовому процесі, право оспорювати законність такого тимчасового позбавлення їхньої волі, право отримати доступ до правової допомоги у такому процесі</p>	<p>Позитивний обов'язок України запобігти незаконній примусовій ізоляції, забезпечивши право людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ, свобода яких обмежена або може бути обмежена примусовою ізоляцією, на належний судовий процес і доступ до безоплатної правової допомоги</p>

## Додаток 2

### Основоположні принципи та права Конституції України

Конституцію України побудовано навколо принципу гуманізму, а саме визнання людини, її життя і здоров'я, честі і гідності, недоторканності і безпеки найвищою соціальною цінністю<sup>1</sup>. Відповідно до ст. 3 Конституції України «права і свободи людини та їх гарантії визначають зміст і спрямованість діяльності держави. Держава відповідає перед людиною за свою діяльність. Утвердження і забезпечення прав і свобод людини є головним обов'язком держави»<sup>2</sup>. Це закріплює і негативні, і позитивні зобов'язання держави, зокрема обов'язок держави «забезпечувати ефективне правове регулювання, яке відповідає конституційним нормам і принципам, та створювати механізми, необхідні для задоволення потреб та інтересів людини», приділяючи особливу увагу соціально-вразливим людям<sup>3</sup>.

Крім того, іншими основоположними принципами Конституції, на які варто зосередити увагу, є:

- верховенство права, що серед іншого вміщує право на судовий захист;
- невідчужуваність, непорушність прав і свобод;
- рівність прав і свобод громадянина перед законом, що передбачає недопустимість «привілеїв чи обмежень за ознаками раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, етнічного та соціального походження, майнового стану, місця проживання, за мовними або іншими ознаками».

Варто зауважити, що Конституція України прямо не включає таких ознак, як стан здоров'я, сексуальну орієнтацію та ґендерну ідентичність. Так само ці ознаки безпосередньо не закріплено у Законі України «Про засади запобігання та протидії дискримінації в Україні», зокрема у понятті дискримінація<sup>4</sup>, а також у ст. 161 Кримінального кодексу України, яким встановлено відповідальність за порушення рівноправності громадян. Останнє вже ставало предметом занепокоєння та рекомендації у доповіді Європейської комісії проти расизму та нетерпимості (надалі – ЄКРН), створеної Радою Європи, у контексті дотримання загальнополітичної рекомендації № 7 ЄКРН і принципів рівності та недискримінації<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> Конституція України, ст. 3, ч. 1.

<sup>2</sup> Там само, ч. 2.

<sup>3</sup> Рішення Конституційного Суду України від 01.06.2016 р. № 2-рп/2016 (справа про судовий контроль за госпіталізацією недієздатних осіб до психіатричного закладу), мотивувальна ч., п. 3.

<sup>4</sup> «Про засади запобігання та протидії дискримінації в Україні», ст. 1, ч. 1, п. 2.

<sup>5</sup> Доповідь ЄКРН щодо України (п'ятий цикл моніторингу), опубліковано 19 вересня 2017 р. Доступ за: <https://www.coe.int/t/dghl/monitoring/ecri/Country-by-country/Ukraine/UKR-CbC-V-2017-038-UKR.pdf>.

## Право на життя

Відповідно до ст. 27 Конституції України «кожна людина має невід'ємне право на життя. Ніхто не може бути свавільно позбавлений життя. Обов'язок держави – захищати життя людини.

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

Право на життя не може бути обмежено в умовах воєнного або надзвичайного стану<sup>6</sup>. Водночас це право не є абсолютним у частині заборони позбавлення життя, а саме таке позбавлення не може бути свавільним, і допускається в окремих випадках, які встановлюються виключно законами України<sup>7</sup>, зокрема у разі застосування необхідної оборони<sup>8</sup> або крайньої необхідності<sup>9</sup>.

## Право на повагу до гідності

Ст. 28 Конституції України закріплює право кожного на повагу до його гідності, що кореспондується з аналогічним правом, закріпленим у міжнародних договорах, які є частиною національного законодавства України<sup>10</sup>, та встановлює такі конституційні гарантії:

- «Ніхто не може бути підданий катуванню, жорстокому, нелюдському або такому, що принижує його гідність, поводженню чи покаранню.
- Жодна людина без її вільної згоди не може бути піддана медичним, науковим чи іншим дослідженням.»<sup>11</sup>.

Перша з названих гарантій також знайшла своє відображення у ст. 289 Цивільного кодексу України. Як видно, право людини на повагу до гідності включає право на тілесну недоторканність, що реалізується через деталізовані у законах України гарантії та права:

- обов'язковість інформованої згоди на будь-яке медичне втручання, включаючи методи діагностики, профілактики та лікування<sup>12</sup> за винятком існування прямої загрози життю та об'єктивної неможливості отримати таку згоду<sup>13</sup>;
- обов'язковість інформованої згоди на ризиковані методи діагностики, профілактики або лікування<sup>14</sup>;
- право відмовитися від лікування<sup>15</sup>;
- обов'язковість письмової інформованої згоди щодо застосування нових методів профілактики, діагностики, лікування, реабілітації та лікарських засобів, не допущених до застосування<sup>16</sup>;
- обов'язковість вільної інформованої згоди щодо медико-біологічних експериментів<sup>17</sup>;
- добровільність донорства<sup>18</sup> тощо.

<sup>6</sup> Конституція України, ст. 64, ч. 2.

<sup>7</sup> Там само, ст. 92, ч. 1, п. 1.

<sup>8</sup> Кримінальний кодекс України, ст. 36.

<sup>9</sup> Там само, ст. 39.

<sup>10</sup> Напр., ст. 3 Конвенції про захист прав людини та основоположних свобод 1950 р., ст. 7 Міжнародного пакту про громадянські та політичні права 1966 р.

<sup>11</sup> Конституція України, ст. 28, ч. 2, 3.

<sup>12</sup> Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», ст. 43, ч. 1, 3.

<sup>13</sup> Там само, ч. 2.

<sup>14</sup> Там само, ст. 42, ч. 3.

<sup>15</sup> Там само, ст. 43, ч. 3, 4.

<sup>16</sup> Там само, ст. 44, ч. 2.

<sup>17</sup> Там само, ст. 45, ч. 1.

<sup>18</sup> Там само, ст. 46, ч. 1.

У справі про судовий контроль за госпіталізацією недієздатних осіб до психіатричного закладу Конституційний Суд України вказав, що добровільність включає надання особою усвідомленої згоди на госпіталізацію<sup>19</sup>.

У контексті права на повагу до гідності осіб, які живуть із ТБ, варто згадати визначені у Законі України «Про протидію захворюванню на туберкульоз»:

- обов'язковість письмової інформованої згоди такої особи чи її законного представника чи піклувальника на протитуберкульозне лікування<sup>20</sup>;
- право відмовитися від обов'язкових профілактичних оглядів, що має наслідком обмеження права на освіту<sup>21</sup>;
- право відмовитися від госпіталізації за можливості ізоляції в домашніх умовах і проведення амбулаторного лікування<sup>22</sup>.

## Право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування

Ст. 49 Конституції України передбачає, що «кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування»<sup>23</sup> і закріплює такі гарантії та позитивні зобов'язання держави у зв'язку із цими правами:

- державне фінансування соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм<sup>24</sup>;
- створення умов для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування;
- безоплатність медичної допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, тобто надання її всім «громадянам незалежно від її обсягу та без попереднього, поточного або наступного їх розрахунку<sup>25</sup>»;
- неможливість скорочення наявної мережі державних і комунальних закладів охорони здоров'я;
- сприяння розвитку лікувальних закладів усіх форм власності;
- розвиток фізичної культури і спорту;
- забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя<sup>26</sup>.

Відповідно до положень Конституції України основи охорони здоров'я визначено виключно законами України<sup>27</sup>, серед яких Конституційний Суд України прямо назвав «поняття медичної допомоги, умови запровадження медичного страхування, у тому числі державного, формування і використання добровільних медичних фондів, а також порядок надання медичних послуг, які виходять за межі медичної допомоги, на платній основі у державних і комунальних закладах охорони здоров'я та перелік таких послуг»<sup>28</sup>.

Тимчасом на сьогодні на рівні закону не визначено умови запровадження загального державного медичного страхування, перелік і порядок надання на платній основі медичних послуг. Навіть більше, всупереч цьому перелік платних медичних послуг затверджено підзаконним актом<sup>29</sup>.

<sup>19</sup> Рішення Конституційного Суду України від 01.06.2016 р. № 2-рп/2016 (справа про судовий контроль за госпіталізацією недієздатних осіб до психіатричного закладу), мотивувальна ч., п. 2.5.

<sup>20</sup> Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», ст. 10, ч. 2.

<sup>21</sup> Там само, ст. 9, ч. сьома.

<sup>22</sup> Там само, ст. 10, ч. п'ята.

<sup>23</sup> Конституція України, ст. 49, ч. 1.

<sup>24</sup> Там само, ч. 2.

<sup>25</sup> Рішення Конституційного Суду України від 29.05.2002 р. № 10-рп/2002 (справа про безоплатну медичну допомогу), п. 1, абзац 1.

<sup>26</sup> Конституція України, ст. 49, ч. 3.

<sup>27</sup> Там само, ст. 92, ч. 1, п. 1.

<sup>28</sup> Рішення Конституційного Суду України від 29.05.2002 р. № 10-рп/2002 (справа про безоплатну медичну допомогу), п. 1, абзац 2.

<sup>29</sup> Постанова Кабінету Міністрів України від 17.09.1996 р. № 1138 «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах».

### **Безоплатність медичної допомоги**

Конституційний Суд України у мотивувальних частинах своїх рішень<sup>30</sup> наголошував на тому, що словосполучення «безоплатність медичної допомоги» означає недопустимість отримання безпосередньо від громадян України плати за медичну допомогу у будь-якій формі, у тому числі «у вигляді "добровільних внесків" до різноманітних медичних фондів, чи у формі обов'язкових страхових платежів (внесків) тощо»<sup>31</sup>, акцентуючи на тому, що подібна форма «добровільної компенсації», а особливо якщо вона проходить через касу закладу охорони здоров'я, «на практиці нерідко використовується як підстава для обов'язкової оплати хворими наданої їм медичної допомоги»<sup>32</sup>.

Плату з громадян України, згідно з позицією Конституційного Суду України, можна стягувати лише за медичні послуги, ненадання яких не може завдати суттєвої шкоди здоров'ю хворих<sup>33</sup>, зокрема «медичних послуг, які виходять за межі медичної допомоги (за термінологією Всесвітньої організації охорони здоров'я – "медичних послуг другорядного значення", "парамедичних послуг")»<sup>34</sup>.

У контексті права на безоплатність медичної допомоги осіб, які живуть із ТБ, гарантується:

- безоплатна «медична допомога, туберкулінодіагностика, хіміопрофілактика та санаторно-курортне лікування» у державних і комунальних закладах охорони здоров'я<sup>35</sup>;
- безперебійне та безоплатне забезпечення протитуберкульозними лікарськими засобами відповідно до переліку та обсягів, визначених МОЗ України<sup>36</sup>;
- безоплатне харчування під час стаціонарного чи санаторно-курортного лікування у протитуберкульозних закладах у затверджених Кабінетом Міністрів України межах<sup>37</sup>.

Водночас іноземцям та особам без громадянства, які живуть із ТБ і постійно проживають в Україні, біженцям або особам, які потребують додаткового захисту, медичну допомогу надають нарівні з громадянами України.

### **Медичне страхування**

Страхування може бути добровільним або обов'язковим<sup>38</sup>.

На сьогодні в Україні не запроваджено обов'язкового медичного страхування. Запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування – одне з важливих соціальних завдань уже багато років.

Для цього на різних рівнях влади розробляли законопроекти у сфері загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування в Україні, жоден з яких не було прийнято. Кількість зареєстрованих у Верховній Раді України законопроектів, мета яких – регулювання цієї сфери, уже сягає двох десятків. Необхідність прийняття проекту закону зумовлена потребою визначення правових засад запровадження та функціонування системи загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування. Це має стати в майбутньому механізмом реалізації конституційних прав громадян України на медичну допомогу і медичне страхування.

Запровадження в країні державного медичного страхування – питання комплексне і найчастіше впирається в недостатні фінансові можливості держави. Це твердження справедливе і для України.

<sup>30</sup> Рішення Конституційного Суду України від 29.05.2002 р. № 10-рп/2002 (справа про безоплатну медичну допомогу), мотивувальна ч., п. 3; Рішення Конституційного Суду України від 25.11.1998 р. № 15-рп/98 (справа про платні медичні послуги), мотивувальна ч., п. 4.

<sup>31</sup> Там само.

<sup>32</sup> Рішення Конституційного Суду України від 29.05.2002 р. № 10-рп/2002 (справа про безоплатну медичну допомогу), мотивувальна ч., п. 3; Рішення Конституційного Суду України від 25.11.1998 р. № 15-рп/98 (справа про платні медичні послуги), мотивувальна ч., п. 3.

<sup>33</sup> Рішення Конституційного Суду України від 25.11.1998 р. № 15-рп/98 (справа про платні медичні послуги), мотивувальна ч., п. 2.

<sup>34</sup> Там само, п. 4.

<sup>35</sup> Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», ст. 4, ч. 1; ст. 15, ч. 3.

<sup>36</sup> Там само, ч. 2.

<sup>37</sup> Там само, ч. 3.

<sup>38</sup> Закон України «Про медичне страхування», ст. 5.

Наразі в умовах обмеженого державного фінансування галузі охорони здоров'я в Україні діє добровільне медичне страхування населення, за якого громадяни та інші особи можуть власним коштом застрахуватись у приватних компаніях, вибір яких достатньо широкий. Держава зі свого боку здійснює кроки у напрямі переходу від пострадянської моделі фінансування медицини до власної, використовуючи прогресивний світовий досвід. *Докладніше див. пункт щодо медичної реформи та забезпечення населення лікарськими засобами бюджетним коштом.*

### **Право на охорону здоров'я**

Право на охорону здоров'я включає право кожного громадянина України на:

- 1) «життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та соціальне обслуговування і забезпечення, який є необхідним для підтримання здоров'я людини;
- 2) безпечне для життя і здоров'я навколишнє природне середовище;
- 3) санітарно-епідемічне благополуччя території і населеного пункту, де він проживає;
- 4) безпечні і здорові умови праці, навчання, побуту та відпочинку;
- 5) кваліфіковану медичну допомогу, включаючи вільний вибір лікаря, вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій і закладу охорони здоров'я;
- 6) достовірну та своєчасну інформацію про стан свого здоров'я і здоров'я населення, включаючи існуючі і можливі фактори ризику та їх ступінь;
- 7) участь в обговоренні проектів законодавчих актів і внесення пропозицій щодо формування державної політики в сфері охорони здоров'я;
- 8) участь в управлінні охороною здоров'я та проведенні громадської експертизи з цих питань у порядку, передбаченому законодавством;
- 9) можливість об'єднання в громадські організації з метою сприяння охороні здоров'я;
- 10) правовий захист від будь-яких незаконних форм дискримінації, пов'язаних із станом здоров'я;
- 11) відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди;
- 12) оскарження неправомірних рішень і дій працівників, закладів та органів охорони здоров'я;
- 13) можливість проведення незалежної медичної експертизи у разі незгоди громадянина з висновками державної медичної експертизи, застосування до нього заходів примусового лікування та в інших випадках, коли діями працівників охорони здоров'я можуть бути ущемлені загально визнані права людини і громадянина;
- 14) право пацієнта, який перебуває на стаціонарному лікуванні в закладі охорони здоров'я, на допуск до нього інших медичних працівників, членів сім'ї, опікуна, піклувальника, нотаріуса та адвоката, а також священнослужителя для відправлення богослужіння та релігійного обряду;
- 15) інші права, визначені законами України<sup>39</sup>.

Осіб, які живуть із ТБ, зокрема, додатково наділяють такими правами:

- 1) «на безоплатну медичну допомогу та належні відповідно до санітарних норм умови перебування під час лікування у протитуберкульозних закладах;
- 2) отримання інформації від медичного працівника, який здійснює лікування, про особливості захворювання, методику лікування, режим харчування, існуючі ризики для здоров'я, наслідки відмови від лікування, загрозу створення реальної небезпеки зараження оточуючих та відповідальність за порушення протиепідемічного режиму;
- 3) безоплатне санаторно-курортне лікування відповідно до медичних показань в межах коштів, виділених бюджетом;
- 4) надання психологічної допомоги;
- 5) можливість спілкування з членами сім'ї та іншими особами з дотриманням протиепідемічного режиму»<sup>40</sup>;
- 6) «звернення до суду з позовами про відшкодування шкоди, заподіяної їх здоров'ю та (або) майну внаслідок порушення законодавства про захист населення від інфекційних хвороб»<sup>41</sup>.

<sup>39</sup> Основи законодавства України про охорону здоров'я, ст. 6.

<sup>40</sup> Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», ст. 20.

<sup>41</sup> Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб», ст. 19.



## Право на свободу та особисту недоторканність

Відповідно до ст. 29 Конституції України кожна людина має право на свободу та особисту недоторканність<sup>42</sup>. Варто зауважити, що ця стаття безпосередньо визначає лише гарантії щодо незаконного арешту чи тримання під вартою людини.

Конституційний Суд України у своїх рішеннях не раз розглядав право на свободу та особисту недоторканність ширше, а саме у контексті змісту, який надається цьому праву відповідно до Загальної декларації прав людини 1948 р., Міжнародного пакту про громадянські та політичні права 1966 р., Конвенції про захист прав людини та основоположних свобод 1950 р. і практики ЄСПЛ<sup>43</sup>. Здійснюючи таке розширене тлумачення, він виходив, зокрема, з того, що названа ст. Конституції України корелює з положеннями цих міжнародних правових інструментів, а саме статтю 5 Конвенції про захист прав людини та основоположних свобод 1950 р.<sup>44</sup>.

До права на свободу Конституційний Суд України включив такі правочинності, як: можливість самостійно та вільно обирати свою поведінку, дії; робити все, що не заборонено законом; вільно пересуватися та обирати місце проживання тощо. Він також визнав, що «право на свободу означає, що особа є вільною у своїй діяльності від зовнішнього втручання, за винятком обмежень, які встановлюються Конституцією та законами України»<sup>45</sup>. Право на особисту недоторканність, на думку коментаторів, включає тілесну, статеву та психологічну недоторканність<sup>46</sup>, розглянуту вище у контексті права людини на повагу до її гідності.

Як уже зазначалося, обмеження конституційного права на свободу та особисту недоторканність не допускається в умовах воєнного чи надзвичайного стану<sup>47</sup>, однак воно можливе «на підставах та у порядку, які чітко визначені у законі»<sup>48</sup>, за умови мінімального втручання у це конституційне право, за наявності легітимної мети, суспільної необхідності її досягнення, дотримання принципу пропорційності, обґрунтованості<sup>49</sup>, а також судового контролю<sup>50</sup>.

Свою чергою Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз» передбачає такі обмеження права на свободу та особисту недоторканність, як:

- проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів<sup>51</sup>;
- примусову госпіталізацію за рішенням суду<sup>52</sup>;
- профілактичні щеплення проти ТБ за письмової згоди батьків<sup>53</sup>;
- карантин<sup>54</sup>;
- обмеження видів господарської та іншої діяльності, що можуть сприяти поширенню інфекційних хвороб<sup>55</sup>.

<sup>42</sup> Конституція України, ст. 29, ч. 1.

<sup>43</sup> Рішення Конституційного Суду України від 11.10.2011 р. № 10-рп/2011 (справа про строки адміністративного затримання), мотивувальна ч., п. 3.2-3.4; Рішення Конституційного Суду України від 23.11.2017 р. № 1-р/2017 у справі за конституційним поданням Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини щодо відповідності Конституції України (конституційності) положення третього речення ч. 3 ст. 315 Кримінального процесуального кодексу України, мотивувальна ч., п. 2-4; Рішення Конституційного Суду України від 01.06.2016 р. № 2-рп/2016 (справа про судовий контроль за госпіталізацією недієздатних осіб до психіатричного закладу), мотивувальна ч., п. 2.1., 2.3., 2.4.

<sup>44</sup> Рішення Конституційного Суду України від 01.06.2016 р. № 2-рп/2016 (справа про судовий контроль за госпіталізацією недієздатних осіб до психіатричного закладу), мотивувальна ч., п. 2.3.

<sup>45</sup> Там само.

<sup>46</sup> Конституція України: Офіц. текст: Коментар законодавства України про права та свободи людини і громадянина: Навч. Посібн. / Авт.-уклад. М.І. Хавронюк. – 2-е вид., переробл. і доповн. – К.: Видавництво А.С.К. – 384 с. – (Нормативні документи та коментарі), ст. 136.

<sup>47</sup> Конституція України, ст. 64, ч. 2.

<sup>48</sup> Рішення Конституційного Суду України від 11.10.2011 р. № 10-рп/2011 (справа про строки адміністративного затримання), мотивувальна ч., п. 3.3.

<sup>49</sup> Там само, мотивувальна ч., п. 2.1.

<sup>50</sup> Там само, п. 2.5, 3.

<sup>51</sup> Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», ст. 9, ч. 2-7, Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб», ст. 15, 20, 21.

<sup>52</sup> Там само, ст. 22.

<sup>53</sup> Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», ст. 12, Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб», ст. 12, 15.

<sup>54</sup> Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб», ст. 29-31.

<sup>55</sup> Там само, ст. 32.

## Право на невтручання в особисте та сімейне життя

«Ніхто не може зазнавати втручання в його особисте і сімейне життя, крім випадків, передбачених Конституцією України» (ч. 1 ст. 32 Конституції України).

Крім того, кожній людині гарантується право на «таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при її медичному обстеженні»<sup>56</sup>, що включає заборону вимагати та подавати «за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз та методи лікування фізичної особи»<sup>57</sup> і розголошувати інформацію, яка їй стала відома<sup>58</sup>, однак не забороняє обов'язкові медичні огляди<sup>59</sup>. Кодексом законів України про працю дозволено у визначених законодавством випадках надавати роботодавцю під час укладення трудового договору документ про стан здоров'я<sup>60</sup>, однак така довідка може містити причину непридатності за професією<sup>61</sup>.

Інформацію щодо осіб, які живуть із ТБ, можуть вносити до реєстру хворих на ТБ<sup>62</sup>, порядок ведення якого визначає наказ МОЗ України<sup>63</sup>. Збір, використання та поширення такої інформації, а також ведення іншої облікової документації повинно здійснюватися з дотриманням вимог закону про захист персональних даних<sup>64</sup>.

## Право на працю

Ст. 43 Конституції України закріплює право кожного на працю.

«Незаконне звільнення працівника з роботи з особистих мотивів чи у зв'язку з повідомленням ним про порушення вимог Закону України «Про засади запобігання і протидії корупції», а також інше грубе порушення законодавства про працю»<sup>65</sup>, грубе порушення угоди про працю<sup>66</sup>, умисна «безпідставна невплата заробітної плати, стипендії, пенсії чи інших установлених законом виплат більш як за один місяць»<sup>67</sup> є злочинами відповідно до чинного законодавства України. Здійснення виплат до притягнення до кримінальної відповідальності є підставою для звільнення від неї<sup>68</sup>.

За особами, які живуть із заразною формою ТБ, на весь період лікування зберігається місце роботи<sup>69</sup>.

Обов'язок щодо створення здорових і безпечних умов праці, зокрема через застосування сучасних засобів техніки безпеки, та забезпечення належних санітарно-гігієнічних умов, проведення навчань щодо охорони праці, висувається до всіх роботодавців, яке підкріплюється правом працівника відмовитися від виконання роботи, якщо від цього його життя чи здоров'я чи інших людей ставиться під загрозу<sup>70</sup>. Передумовою початку робіт підвищеної небезпеки, зокрема на шахтах, є отримання робото-

<sup>56</sup> Цивільний кодекс України, ст. 286, ч. 1, Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», ст. 391, ч. 1.

<sup>57</sup> Цивільний кодекс України, ст. 286, ч. 2, Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», ст. 391, ч. 2.

<sup>58</sup> Цивільний кодекс України, ст. 286, ч. 3.

<sup>59</sup> Там само, ст. 286, ч. 4.

<sup>60</sup> Кодекс законів України про працю, ст. 24, ч. 3.

<sup>61</sup> Порядок проведення медичних оглядів працівників певних категорій, затверджений наказом МОЗ України від 21.05.2007 р. № 246, додаток 8 до п.у 2.16.

<sup>62</sup> Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», ст. 16, ч. 2.

<sup>63</sup> Наказ МОЗ України від 19.10.2012 р. № 818 «Про затвердження Порядку ведення реєстру хворих на туберкульоз».

<sup>64</sup> Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», ст. 16, ч. 3-4.

<sup>65</sup> Кримінальний кодекс України, ст. 172.

<sup>66</sup> Там само, ст. 173.

<sup>67</sup> Там само, ст. 175.

<sup>68</sup> Там само, ч. 3.

<sup>69</sup> Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», ст. 21, ч. 1.

<sup>70</sup> Кодекс законів України про працю, ст. 153.

давцем дозволу<sup>71</sup> у Держпраці після проходження спеціальної експертизи<sup>72</sup>. Роботодавець також зобов'язаний безоплатно видавати спеціальний одяг і засоби індивідуального захисту на роботах зі шкідливими та небезпечними умовами<sup>73</sup>, зокрема медичним та іншим працівникам протитуберкульозних закладів<sup>74</sup>.

У сфері праці заборонено дискримінацію, зокрема на ґрунті статі, ґендерної ідентичності, сексуальної орієнтації, стану здоров'я, інвалідності, сімейного та майнового стану, підозри чи наявності захворювання на ВІЛ/СНІД, «іншими ознаками, не пов'язаними з характером роботи або умовами її виконання»<sup>75</sup>. Водночас гарантію рівності під час прийняття на роботу<sup>76</sup>, а також укладення, зміни та припинення трудового договору<sup>77</sup> не поширено на стан здоров'я людини, вимоги щодо якого допускається визначати навіть на рівні підзаконних нормативно-правових актів<sup>78</sup>. Навіть більше, встановлено заборону працевлаштування осіб, яким за медичним висновком протипоказана робота за станом здоров'я<sup>79</sup>.

Ще одне обмеження прав працівників, пов'язане зі станом їхнього здоров'я, – визнання їх тимчасово або постійно не придатними до певної діяльності<sup>80</sup>. Для окремих категорій працівників передбачено обов'язковий профілактичний медичний огляд на ТБ, не проходження або невчасне проходження якого має наслідком відсторонення<sup>81</sup> чи не допуск до роботи<sup>82</sup>, а в разі виявлення заразної форми ТБ – відсторонення від роботи до моменту «отримання медичного висновку щодо можливості виконання таких робіт»<sup>83</sup>. Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз» також встановлює право роботодавця звільнити особу, яка живе з ТБ, якщо ТБ є протипоказанням для роботи за професією. Перелік протипоказань для окремих видів професій, виробництв та організацій визначено на підзаконному рівні<sup>84</sup>.

## Право на соціальний захист

Відповідно до ст. 46 Конституції України «громадяни мають право на соціальний захист, що включає право на забезпечення їх у разі повної, часткової або тимчасової втрати працездатності, втрати годувальника, безробіття з незалежних від них обставин, а також у старості та в інших випадках, передбачених законом»<sup>85</sup>.

Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз» обмежує право застрахованих осіб, які живуть із заразною формою ТБ, на отримання допомоги з тимчасової непрацездатності максимальним строком, який складається з періоду основного лікування та максимумно 10 додаткових місяців<sup>86</sup>. Якщо лікування триває довше, і їх досі не допускають до роботи, таких осіб, які живуть із ТБ, фактично позбавляють будь-якого джерела існування. Єдине, що у них залишається, право на безоплатне харчування під час стаціонарного чи санаторно-курортного лікування у протитуберкульозних закладах<sup>87</sup>.

<sup>71</sup> Там само, ст. 21.

<sup>72</sup> Порядок видачі дозволів на виконання робіт підвищеної небезпеки та на експлуатацію (застосування) машин, механізмів, устаткування підвищеної небезпеки, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 26.10.2011 р. № 1107, п. 9.

<sup>73</sup> Кодекс Законів України про працю, ст. 163; Закон України «Про охорону праці», ст. 8.

<sup>74</sup> Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», ст. 23.

<sup>75</sup> Кодекс Законів України про працю, ст. 2.

<sup>76</sup> Там само, ст. 22, ч. 1.

<sup>77</sup> Там само, ч. 2.

<sup>78</sup> Там само, ч. 3.

<sup>79</sup> Там само, ст. 24, ч. шоста.

<sup>80</sup> Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», ст. 9, ч. 1.

<sup>81</sup> Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», ст. 9, ч. 1-6; Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб», ст. 21, ч. шоста-сьома.

<sup>82</sup> Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», ст. 14, ч. 1.

<sup>83</sup> Там само, ч. 2; ст. 9, ч. сьома.

<sup>84</sup> Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», ст. 21, ч. 2; Перелік професій, виробництв та організацій, працівники яких підлягають обов'язковим профілактичним медичним оглядам, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 23 травня 2001 р. № 559; Перелік протипоказань для роботи за професіями, визначеними в Переліку професій, виробництв та організацій, працівники яких підлягають обов'язковим профілактичним медичним оглядам, затверджений наказом МОЗ України від 23.07.2002 р. № 280.

<sup>85</sup> Конституція України, ст. 46, ч. 1.

<sup>86</sup> Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», ст. 21, ч. 1.

<sup>87</sup> Там само, ст. 20, ч. 2.

Крім того, право на соціальний захист осіб, які живуть із ТБ, і вразливих категорій обмежено на рівні закону через:

- 1) відмову у наданні допомоги з тимчасової непрацездатності з таких підстав, як:
  - a) перебування під арештом (на весь відповідний час)<sup>88</sup>;
  - b) «примусове лікування, призначене за постановою суду» (на весь відповідний час);
  - c) «у разі тимчасової непрацездатності у зв'язку із захворюванням, що сталися внаслідок алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння».
- 2) припинення виплати допомоги з тимчасової непрацездатності у разі порушення режиму, встановленого лікарем, або неявки на медичний огляд<sup>89</sup>.

У контексті медичних працівників варто зауважити, що окремим категоріям працівників протитуберкульозних закладів чинним законодавством України встановлено підвищені посадові оклади, надбавки і доплати та право на допомогу для оздоровлення і щорічну матеріальну допомогу для вирішення соціально-побутових питань<sup>90</sup>. Хоча рівень таких виплат затверджено постановою КМУ<sup>91</sup>, однак ця норма фактично не діє через тимчасові обмеження прив'язані до стабілізації економічної ситуації в країні. Так, вказані доплати обумовлені забезпеченням «у повному обсязі бюджетними коштами обов'язкових виплат із заробітної плати працівникам закладів охорони здоров'я»<sup>92</sup>.

## Право на освіту

Ст. 53 Конституції України закріплює право кожного на освіту<sup>93</sup> та передбачає такі гарантії для забезпечення державою реалізації цього права:

- «обов'язковість здобуття повної загальної середньої освіти;
- доступність і безоплатність дошкільної, повної загальної середньої, професійно-технічної, вищої освіти в державних і комунальних навчальних закладах;
- розвиток дошкільної, повної загальної середньої, позашкільної, професійно-технічної, вищої і післядипломної освіти, різних форм навчання;
- надання державних стипендій та пільг учням і студентам;
- право безоплатно здобути вищу освіту в державних і комунальних навчальних закладах на конкурсній основі;
- навчання рідною мовою чи її вивчення в державних і комунальних навчальних закладах громадянами – представниками національних меншин в Україні».

Закон України «Про освіту» конкретизує право на освіту, включаючи у нього: «право здобувати освіту впродовж усього життя, право на доступність освіти, право на безоплатну освіту у випадках і порядку, визначених Конституцією та законами України»<sup>94</sup>.

### Право на здобуття освіти

Для реалізації права на освіту Закон України «Про освіту» визначає різні рівні (дошкільну, початкову, базову середню, профільну середню, три рівні професійної (професійно-технічної) освіти, фахову передвищу, п'ять рівнів вищої освіти)<sup>95</sup>,

<sup>88</sup> Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування», ст. 23, ч. 1, п. 3.

<sup>89</sup> Там само, ст. 23.

<sup>90</sup> Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», ст. 22.

<sup>91</sup> Постанова Кабінету Міністрів України від 20.03.2013 р. № 174 «Деякі питання оплати праці працівників протитуберкульозних закладів».

<sup>92</sup> Постанова Кабінету Міністрів України № 95 від 25.03.2014 р. «Деякі питання оплати праці працівників закладів охорони здоров'я».

<sup>93</sup> Конституція України, ст. 53, ч. 1.

<sup>94</sup> Закон України «Про освіту», ст. 3, ч. 1.

<sup>95</sup> Там само, ст. 11, ч. 2.

форми здобуття (інституційну, індивідуальну та дуальну)<sup>96</sup> та види (формальну, неформальну, самоосвіту)<sup>97</sup> освіти. Спеціальні закони визначають особливості здобуття освіти на різних рівнях<sup>98</sup>.

### **Доступність освіти**

Конституційний Суд України розглядає гарантію доступності освіти через призму принципу рівності, вказуючи, що «нікому не може бути відмовлено у праві на освіту», а також позитивного зобов'язання держави для реалізації цього права<sup>99</sup>.

### **Безоплатність дошкільної, повної загальної середньої, професійно-технічної, вищої освіти**

У аспекті безоплатності освіти Конституційний Суд України визнав можливість здобуття дошкільної, повної загальної середньої, професійно-технічної у державних і комунальних навчальних закладах без оплати «у будь-якій формі за освітні послуги визначених законодавством рівня, змісту, обсягу»<sup>100</sup> та безоплатність вищої освіти у державних і комунальних навчальних закладах на конкурсних засадах<sup>101</sup>.

Водночас у аспекті права на освіту Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб» і Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз» встановлюють такі обмеження стосовно людей, які живуть із ТБ чи вразливих до ТБ: заборону відвідувати навчальні заклади для людей, які живуть з активною формою ТБ<sup>102</sup>, а також дітей, які не пройшли обов'язкові профілактичні медичні огляди<sup>103</sup>, не отримали вчасно профілактичні щеплення або перебували у контакті із людьми, які живуть із ТБ<sup>104</sup>.

Відповідно до Положення про індивідуальну форму навчання в загальноосвітніх навчальних закладах, затвердженого наказом МОН від 12.01.2016 р. № 8, дозволено організацію індивідуального навчання. Положення про загальноосвітню школу-інтернат відповідно до наказу МОН від 12.06.2003 р. № 363 регламентує навчання дітей з неактивним позалегеновим ТБ, з легеновим ТБ після оперативного втручання, діти з ризиком ТБ (віраж Манту, гіперергія Манту, контактні діти, діти з ТБ інтоксикацією, діти, інфіковані ТБ з неспецифічними захворюваннями легень у фазі ремісії), крім дітей з легеновим туберкульозом без неспецифічних захворювань легень в умовах інтернату.

<sup>96</sup> Там само, ст. 9, ч. 1.

<sup>97</sup> Там само, ст. 8.

<sup>98</sup> Закон України «Про дошкільну освіту», Закон України «Про загальну середню освіту», Закон України «Про вищу освіту».

<sup>99</sup> Рішення Конституційного Суду України від 04.03.2004 р. № 5-рп/2004 (справа про доступність і безоплатність освіти), п. 1, абзац 2.

<sup>100</sup> Там само, абзац 3.

<sup>101</sup> Там само, абзац 5.

<sup>102</sup> Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», ст. 13.

<sup>103</sup> Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб», ст. 15, ч. 1; ст. 21, ч. сьома.

<sup>104</sup> Там само, ч. 1 та 2; ст. 21, ч. сьома.

## Додаток 3

### **Стратегія забезпечення сталої відповіді на епідемії ТБ, в тому числі хіміорезистентного, та ВІЛ-інфекції/СНІДу на період до 2020 р. та затвердження плану заходів щодо її реалізації**

Один з основних документів, який, на переконання уряду України, забезпечить досягнення цілей Комплексного плану дій щодо боротьби з ТБ у Європейському регіоні Всесвітньої організації охорони здоров'я на 2016–2021 роки, зокрема знизити смертність від ТБ на 35%, рівня захворюваності на ТБ на 25% і поліпшити успішність лікування на МР ТБ щонайменше до 75%, – «Стратегія забезпечення сталої відповіді на епідемії ТБ, в тому числі хіміорезистентного, та ВІЛ-інфекції/СНІДу на період до 2020 р.» (надалі – Стратегія). Цей документ схвалено розпорядженням КМУ від 22.03.2017 р. № 248-р.

Стратегія передбачає комплекс напрямів і заходів, спрямованих на її реалізацію, а саме:

- 1) Удосконалення законодавства у сфері протидії ТБ і ВІЛ через «розроблення проекту Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2017–2021 роки відповідно до цільових орієнтирів Комплексного плану дій щодо боротьби з ТБ у Європейському регіоні Всесвітньої організації охорони здоров'я на 2016–2020 роки»; увідповіднення норм Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» новим глобальним стратегіям; «розроблення і затвердження Стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню» з урахуванням медичної реформи та децентралізації.
- 2) Поліпшення державного управління в частині виокремлення питання протидії ТБ і ВІЛ в окремий компонент гуманітарної сфери та показник соціально-економічного розвитку регіонів, розроблення і затвердження регіональних стратегій, забезпечення координації виконання програм і заходів протидії ТБ та ВІЛ.
- 3) Посилення взаємодії причетних міністерств через аналіз актів щодо «стану забезпечення безперервності надання медичної допомоги, соціальних та інших послуг для сімей та осіб, які перебувають у складних життєвих обставинах, спричинених» ТБ і ВІЛ, груп підвищеного ризику, а також порядку взаємодії цих структур із названих питань.
- 4) Погодження клінічних протоколів із сучасними міжнародними стандартами для більш якісної та безперервної медичної допомоги, зокрема щодо «заходів з профілактики, діагностики, лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу, догляду та підтримки» людей, які живуть із ВІЛ/СНІДом, щодо доступності діагностики, належного за тривалістю та медикаментозного забезпечення лікування («включаючи використання нових коротких схем лікування МР ТБ») людей із ТБ.



- 5) Підвищення кваліфікації та залучення лікарів ПМД до надання медичної допомоги щодо ТБ і ВІЛ/СНІДу, проведення консультивання та тестування на ВІЛ, що передбачено Резолюцією ВАОЗ/62.15<sup>105</sup>.
- 6) Підтримку на державному рівні релевантних громадських об'єднань, а також навчання осіб, які надають соціально-медичні послуги щодо «актуальних питань забезпечення сталої відповіді на епідемії ТБ та ВІЛ/СНІДу».
- 7) «Забезпечення проведення епідеміологічних та операційних досліджень за рахунок коштів державного бюджету», «вдосконалення системи прогнозування потреб у медикаментах і закупівельних потужностях».
- 8) Визначення за рахунок зібраної інформації та «надання за кошти місцевих бюджетів соціальних послуг з профілактики ТБ та ВІЛ /СНІДу, догляду та супроводу/патронажу сімей» і людей з ТБ і ВІЛ /СНІДом, які перебувають у складних життєвих обставинах, належать до груп підвищеного ризику.

Водночас Стратегія не гарантує можливості звернення за соціальною підтримкою кожної людини з ТБ чи ВІЛ-асоційованим ТБ, яка перебуває на лікуванні у протитуберкульозному закладі, зокрема для підвищення прихильності до такого лікування. Так, у Стратегії визначено, що включення соціальних працівників до штатних розписів таких закладів має відбуватися за потребою. Однак якщо у штатному розписі не буде передбачено такої посади, то за потреби людина з ТБ чи ВІЛ-асоційованим ТБ повинна буде дочекатися, доки у цей документ внесуть необхідні зміни, а також доки вакантна посада буде зайнята фахівцем. Цей процес може бути досить тривалим, а отже, людина з ТБ може не отримати необхідної соціальної підтримки.

До того ж соціальну підтримку ВООЗ визнає одним з найважливіших складників медичної допомоги, яку надають людям із ТБ чи ВІЛ-асоційованим ТБ, і, як наслідок, одним із засобів реалізації права людини на здоров'я<sup>106</sup>, а також поваги до гідності та особливо критичним в умовах фізичної ізоляції<sup>107</sup>.

Окремий підрозділ Стратегії присвячено зниженню рівня стигматизації і дискримінації хворих на ТБ, людей, які живуть з ВІЛ, представників груп підвищеного ризику ТБ і ВІЛ. Він стосується лише аспекту надання послуг і, прямо не визначаючи ознак дискримінації, передбачає: внесення відповідних змін до законодавства для виключення дискримінаційних норм; розробку та запровадження плану заходів для зниження рівня цих негативних явищ; моніторинг за дотриманням «прав пацієнтів та заходи реагування на випадки стигматизації і дискримінації у сфері надання послуг».

Крім того, Стратегія визначає зміну основного джерела фінансування заходів протидії поширенню ТБ і ВІЛ, а саме замість фінансування в основному за рахунок коштів донорів основні витрати планують покласти на державний і місцеві бюджети. Заплановано також розробити формулу розрахунку медичної субвенції для виділення цільових коштів. Однак «централізовані закупівлі антиретровірусних та протитуберкульозних препаратів, препаратів замісної підтримувальної терапії за відповідною бюджетною програмою» та «здійснення заходів протидії соціально небезпечним захворюванням, зокрема ТБ та ВІЛ-інфекції/СНІДу, виконання програм замісної підтримувальної терапії» заплановано здійснювати не в межах фактичних потреб, а лише «у межах наявних ресурсів». Не виокремлено також питання виділення коштів на увідповіднення належним санітарно-гігієнічним умовам і вимогам інфекційного контролю протитуберкульозних закладів, у яких передбачено надавати медичну допомогу людям із заразною формою ТБ. Останнє залишить наявну на сьогодні перешкоду для повноцінного забезпечення права людей із ТБ на охорону здоров'я, зокрема якісного та ефективного лікування в належних умовах, і на повагу до їхньої гідності.

Стратегією передбачено вдосконалити систему епідеміологічного нагляду, моніторингу та аналізу переходом на електронну систему збору та аналізу даних, а також запровадити та забезпечити фахівцями повноцінне функціонування інформаційних систем з питань протидії ТБ і ВІЛ/СНІДу, обмін даними між ними щодо поширення ТБ і ВІЛ/СНІДу, випадків їх лікування. Водночас не враховано потребу у збереженні конфіденційності цих чутливих даних, зокрема створення належного порядку обробки та захисту персональних даних у цих системах і несанкціонованого доступу. Таким чином, створюється небезпека порушення права на невтручання в особисте життя (приватність).

Варто зауважити, що Стратегія також не порушує питання належного соціального захисту медичних працівників, зокрема у частині забезпечення безпечних і належних умов праці (щонайменше засобами технічного захисту) та доплат; проблем примусової госпіталізації; забезпечення прав людини та належної медичної допомоги ув'язненим; законодавчих бар'єрів на шляху до доступу до медичної допомоги в аспекті криміналізації передачі ТБ і ВІЛ, зберігання наркотичних засобів, дисциплінарної відповідальності ув'язнених у пенітенціарних установах за систематичну відмову від лікування.

<sup>105</sup> Резолюція ВООЗ/62.15 Профілактика ТБ із множинною медикаментозною стійкістю і ТБ з широкою медикаментозною стійкістю і боротьба з ним, ВООЗ, 22.05.2009 р.

<sup>106</sup> Керівництво ВООЗ з імплементації стратегії ВООЗ з ліквідації туберкульозу, ст. 7.

<sup>107</sup> Там само, ст. 38.

# Додаток 4

## Концепція Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2018–2021 роки

Концепцію Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2018–2021 роки (надалі – Концепція) схвалено розпорядженням КМУ від 27 грудня 2017 р. № 1011-р. У ній проаналізовано основні чинники, що призводять до поширення ТБ, зокрема МР ТБ в Україні, а також способи досягнення окресленої Концепцією мети.

Так, метою Концепції визначено стабілізацію «рівня захворюваності на ТБ, зменшення рівня смертності та підвищення ефективності лікування хворих на чутливий ТБ, ХР ТБ, ко-інфекцію ТБ/ВІЛ».

Серед причин високого тягаря ТБ/МР ТБ в Україні у Концепції визначено:

- 1) нераціональне розпорядження виділеними коштами, зокрема фінансування протитуберкульозних ЗОЗ із надмірною кількістю ліжок, що перебувають у незадовільному стані (70% таких закладів не відповідають санітарним нормам), що призводить до поширення внутрішньолікарняного інфікування;
- 2) високий рівень стигми та недостатній рівень обізнаності людей щодо ТБ;
- 3) недостатня кількість фахівців і недосконалість їх навчання з питань ТБ;
- 4) низька ефективність лікування вперше виявленого ТБ (66,8% – ТБ з позитивним мазком і 46% – МР ТБ), спричинена недосконалим впровадженням контрольованого лікування, відсутністю підтримки людей із ТБ, що формує їхню прихильність до лікування, «недостатньою кількістю протитуберкульозних препаратів 5 групи та відсутнім доступом до нових протитуберкульозних препаратів»;
- 5) переривання лікування людьми з чутливим ТБ (9,4%) та ХР ТБ (14,7%) через недостатній доступ до соціального супроводу;
- 6) неналежний рівень інфекційного контролю;
- 7) недостатній доступ до АРТ (рівень охоплення антиретровірусними препаратами – 75,%);
- 8) наявність умов, що призводять до поширення ТБ серед ув'язнених, тощо.

Для вирішення цих проблем Концепція визначає адаптацію плану дій щодо боротьби з туберкульозом для Європейського регіону на 2016–2020 роки, розробленого на основі глобальної стратегії ВООЗ «Покласти край туберкульозу», та передбачає реалізацію таких завдань:

- 1) систематичний скринінг, зокрема груп високого ризику щодо захворювання на ТБ, із залученням НУО;
- 2) диференційоване формування груп високого ризику захворювання на ТБ;

- 3) рання діагностика всіх форм ТБ і всеосяжний доступ до тестування на чутливість до ліків, зокрема через використання швидких тестів;
- 4) всеосяжний доступ до якісного лікування та всього комплексу послуг для всіх людей із ТБ, включаючи ХР ТБ, а також надання підтримки для формування прихильності до лікування;
- 5) впровадження пацієнтоорієнтованого підходу до лікування, короткострокових режимів лікування та нових препаратів;
- 6) спільні заходи боротьби з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ і ведення поєднаних патологій;
- 7) забезпечення належного доступу людей із ко-інфекцією ТБ/ВІЛ до ранньої та контрольованої АРТ і профілактичного лікування ко-тримоксазолом;
- 8) забезпечення надання паліативної допомоги людям із ТБ;
- 9) забезпечення безперервності лікування ВПО, мігрантам та апатридам через впровадження механізму транскордонного контролю;
- 10) «забезпечення двічі на рік скринінгу в людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, на латентний та активний ТБ і проведення профілактичного лікування за наявності відповідних показів»;
- 11) лікування латентної туберкульозної інфекції та профілактичне лікування осіб із груп високого ризику, а також проведення вакцинації новонароджених проти ТБ, припинення ревакцинації;
- 12) «забезпечення отримання профілактичної протитуберкульозної терапії особам, які отримують послуги, і зниження шкоди від зловживання психотропними речовинами»;
- 13) інфекційний контроль з ТБ, що передбачає комплекс заходів для протидії внутрішньолікарняному інфікуванню, поширенню ТБ у місцях довгострокового перебування та проживання людей.

Проект Загальнодержавної програми на квітень 2018 р. погоджено майже всіма ЦОБВ і заплановано до затвердження упродовж 2018 року.

# Додаток 5

## Рівень обізнаності про проблему ТБ

Серед загального населення і навіть осіб, які перехворіли чи хворіють на туберкульоз, існує низка хибних уявлень про туберкульоз через низьку обізнаність. Зокрема учасники фокус-груп зазначали, що туберкульоз передається повітряно-крапельним шляхом.

*«Передається воздушно-капельным путем. Наверное поэтому, так стремительно распространяется. Знаю это по профессиональной деятельности, так как учительница биологии.»* ФГ, Рівне

*«Вот мужчина сегодня в магазине очень сильно кашлял возле молочки, вот так взять эту упаковку можно и заразиться.»* ФГ ЛВІН, Дніпро

А це веде до уявлення, що через контакт з поверхнями, на яких є мікобактерії, можна інфікуватися туберкульозом. Так, деякі респонденти зазначали, що можна захворіти на туберкульоз, якщо «попить из одной посуды». *представник групи ЛВІН, Краматорськ*

Існує міф, що туберкульоз торкається лише дуже бідних верств населення, зокрема один із респондентів, який перехворів на ТБ, зазначив, що «до того, как столкнулись лично, считали, что ТБ – болезнь неблагополучных людей». *представник групи людей, які хворіли на ТБ, Рубіжне*

З іншого боку, деякі респонденти вважають, що ТБ – це хвороба аристократів, у минулому: «ТБ болели аристократы раньше (Леся Украинка, Чехов)». *представник групи людей, які хворіли на ТБ, Миколаїв*

Варто зазначити недостатню обізнаність про заходи інфекційного контролю та небажання використовувати пов'язки, щоб не привертати до себе уваги (через страх стигми від оточуючих), зокрема лише в одній фокус-групі вказали на те, що потрібно вдягати маску, якщо сам захворів.

Багато респондентів зауважували недостатність інформації в суспільстві про туберкульоз. Люди, які перехворіли на ТБ, казали, що доки не захворіли, майже нічого не знали про ТБ. Згідно з опитуванням респондентів фокус-груп інформація про туберкульоз доступна здебільшого на стендах у медичних закладах, зокрема первинного рівня та протитуберкульозних закладах, військоматах, від інфекціоністів<sup>108</sup>, в інтернеті, соцмережах, брошурах НУО, через соціальну рекламу, ЗМІ, знайомих і рідних, які хворіли на туберкульоз.

*«У нас ніде немає достатньої інформації про ТБ, і коли люди потрапляють до лікарні з ТБ – вони розгублені. Немає інформації, що треба бути уважним і обережним. ТБ це якась інша планета. Якщо про ВІЛ десь щось чули, в школі розповідали. Про ТБ зовсім нічого не знала і не чула... Від лікаря важко отримати інформацію.»* ФГ ЛТБ, Рівне

Колишні засуджені зазначали, що в колоніях наявна інформація про туберкульоз на стендах, у друкованих матеріалах.

<sup>108</sup> Переважно люди, які живуть з ВІЛ, згадували це джерело.

# Додаток 6

## Гендерні аспекти у контексті ТБ

МБФ «Альянс громадського здоров'я» у співпраці з Партнерством «Зупинимо туберкульоз» провів 2018 р. дослідження під назвою «Інструменти оцінювання спільнот, прав та гендерних аспектів в контексті ТБ в Україні». Проект ґрунтувався на «Інструменті оцінки гендерних аспектів в сфері ТБ/ВІЛ (Stop TB Partnership, UNAIDS) та Інструменті збору даних для планування заходів, спрямованих на ключові уразливі групи та групи з недостатнім рівнем забезпеченості послугами (STOP TB Partnership)». Серед бар'єрів, виявлених у ході проведення фокус-груп, варто зазначити неврахування у ЗОЗ специфічних потреб жінок, чоловіків і трансгендерних осіб, а саме: відсутність «психологічно комфортних умов для діагностики» (наприклад, ширм у кабінетах), розподілу «гендерних потоків» під час здачі мокротиння, окремих палат для людей з трансгендерною ідентичністю, розділення туалетів і душових за гендерними ознаками. З урахуванням цього рекомендовано зробити акцент на амбулаторну форму лікування ТБ, щоб забезпечити гендерні права людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ й уникнути додаткового фінансового навантаження<sup>109</sup>. Крім того, у звіті, підготовленому за результатами дослідження, виявлено такі прогалини у правовому регулюванні гендерних аспектів у контексті ТБ в Україні:

- 1) Чинне законодавство України у сфері надання медичної допомоги людям із ТБ не охоплює гендерні аспекти, а лише приділяє увагу певним ключовим групам. Затверджений перелік ключових груп застарів і не відображає соціально-економічних змін в Україні.
- 2) У Загальнодержавній цільовій соціальній програмі протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки вказано про застосування гендерно-орієнтованого підходу під час планування та реалізації заходів, пов'язаних з протидією ВІЛ. Однак Концепція Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2018–2022 роки не включає гендерно-орієнтоване надання медичної допомоги людям із ТБ.
- 3) Концепція Державної соціальної програми забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків на період до 2021 року передбачає застосування принципу гендерної рівності в усіх сферах суспільного життя. Однак, незважаючи на її схвалення у квітні 2017 р., Програму досі не прийнято.
- 4) Чинне законодавство України у сфері соціального захисту не визначає гендерні особливості сприяння в отриманні медичної допомоги людям із ТБ.
- 5) Незважаючи на взяті та імplementовані у національне законодавство міжнародні зобов'язання щодо рівності жінок і чоловіків, відсутня політична воля для втілення гендерно-орієнтованих трансформацій. Зокрема жінок не включають у ключові групи під час підготовки соціально-економічних програм, відсутні механізми боротьби з множинною дискримінацією, якої зазнають жінки із ТБ.
- 6) Соціально-культурне середовище в Україні створює додаткові ризики передачі ТБ і ВІЛ серед жінок/дівчат, чоловіків/хлопчиків і трансгендерів: гендерну нерівність, традиційні гендерні ролі, засноване на гендері насильство, включаючи сексуальне та домашнє. Водночас чинне законодавство у сфері протидії ТБ і ВІЛ не визначає зв'язок між насильством, заснованим на гендері, та цими захворюваннями, незважаючи на розуміння цього експертним середовищем. Позитивний аспект – прийняття наприкінці 2017 р. Закону України «Про запобігання та протидію домашньому насильству», що визначає, серед іншого, засоби, спрямовані на захист прав та інтересів людей, постраждалих від насильства.

Крім того, у ході дослідження встановлено, що прояви дискримінації, гендерна нерівність створюють перешкоди для доступу ключових груп населення, особливо жінок, до багатьох медичних і соціальних послуг. Питання гендеру, прав людини, стигматизації та дискримінації на тлі ТБ, особливості надання медичних послуг трансгендерам недостатньо охоплено у навчальних планах лікарів і взагалі їх не вивчають на тренінгах, в аспірантурі, на курсах підвищення кваліфікації інших медичних працівників. Можливості жінок і чоловіків у соціальному та політичному житті залишаються нерівними на тлі промоції гендерної дискримінації у засобах масової інформації та шкільній освіті<sup>110</sup>.

<sup>109</sup> <http://aph.org.ua/uk/novyny/doslidzhennya-gendernyh-bar-yeriv-ta-klyuchovyh-grup-v-konteksti-tuberkulozu-v-ukrayini/>

<sup>110</sup> Звіт за результатами проекту «Інструменти оцінювання спільнот, прав та гендерних аспектів в контексті ТБ в Україні», 2018, ст.ст. 32-53.

# Додаток 7

## Аналіз Оцінки політико-правового середовища у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу

Оцінку політико-правового середовища у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу проведено Проектом USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії» за участю низки національних і міжнародних зацікавлених сторін. Звіт за результатами оцінки опубліковано 2017 р. ТОВ «Делойт Консалтінг» та іншими партнерами-виконавцями завдяки фінансовій підтримці Невідкладного плану Президента США з надання допомоги в боротьбі зі СНІДом (PEPFAR), наданій через Агентство США з міжнародного розвитку (USAID) у рамках Угоди за Проектом «Реформа ВІЛ-послуг у дії» № AID-121-A-13-00007.

Виявлено такі проблеми (бар'єри) у дотриманні прав людини:

Порушення прав на охорону здоров'я, надання медичної допомоги і доступ до медичної допомоги (*загалом стосовно людей, які живуть з ВІЛ*).

1. На законодавчому рівні не забезпечено право на доступ до безперервної АРТ<sup>111</sup>, а підходи до призначення АРТ не відповідають міжнародним стандартам.

**Рекомендації:**

**Оновити національні протоколи АРТ у частині призначення АРТ усім людям, які живуть із ВІЛ, незалежно від кількості лімфоцитів CD4 і належності до певних груп<sup>112</sup>.**

**Розробити політику підтримки закупівель більш доступних АРВ- препаратів<sup>113</sup>.**

2. Законодавство не визначає чіткого переліку випадків підвищеного ризику інфікування та видів допомоги, яку повинна гарантувати держава<sup>114</sup>.

**Рекомендація:**

**Розробити порядок надання допомоги жертвам насильства<sup>115</sup>, які мали підвищений ризик інфікування ВІЛ.**

3. Держава майже не фінансує програми профілактики ВІЛ<sup>116</sup>.

**Рекомендація:**

**Переглянути та адаптувати національну політику фінансування відповідних програм для переходу до повноцінного державного фінансування<sup>117</sup>.**

<sup>111</sup> Публікація «Оцінка політико-правового середовища у сфері протидії ВІЛ-інфекції/ СНІДу в Україні» 2017, ТОВ «Делойт Консалтінг», в межах проекту «Реформа ВІЛ-послуг у дії», ст. 24.

<sup>112</sup> Там само, ст. 44.

<sup>113</sup> Там само.

<sup>114</sup> Там само, ст. 25.

<sup>115</sup> Там само, ст. 26.

<sup>116</sup> Там само, ст. 26

<sup>117</sup> Там само.



4. Проблеми в профілактиці передачі ВІЛ від матері до дитини: 1) недостатнє поширення консультування з планування сім'ї для жінок репродуктивного віку для профілактики ВІЛ; 2) відсутність ефективної співпраці між акушерсько-гінекологічною службою та центрами СНІДу та 3) пізнє виявлення ВІЛ<sup>118</sup>. Методи профілактики загалом потребують оновлення<sup>119</sup>.

**Рекомендації:**

**Переглянути цілі Загальнодержавної та регіональних програм протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу щодо охоплення профілактичними програмами<sup>120</sup>.**

**Оновити стандарти надання послуг з профілактики ВІЛ-інфекції для різних груп і включити їх до нової редакції медико-технологічної документації з ВІЛ-інфекції<sup>121</sup>.**

**Застосовувати методи профілактики ВІЛ у разі контакту з ВІЛ-позитивною кров'ю<sup>122</sup>.**

5. Обмеження доступу до дешевих лікарських засобів через запровадження Україною не всіх «гнучких положень» ТРІПС.

**Рекомендація:**

**Включити «гнучкі положення» Угоди ТРІПС у національне законодавство.**

6. ЗОЗ досі не надають належних послуг КІТ<sup>123</sup>. Не врегульовано порядку надання допомоги в разі непрофесійних контактів і для загального населення<sup>124</sup>.

**Рекомендації:**

**Поширити дію Закону про ВІЛ на лабораторії, які не є частиною ЗОЗ, соціальні служби та інші організації, які не можуть отримати медичну ліцензію для надання послуг КІТ<sup>125</sup>.**

**Посилити співпрацю між ЗОЗ первинної ланки і немедичними надавачами послуг для визначення порядку перенаправлення людей, які живуть з ВІЛ<sup>126</sup>.**

**Оновити перелік осіб, які можуть пройти навчання з питань КІТ.**

7. Законодавством не врегульовано питання тестування на ВІЛ під час надання медичних послуг<sup>127</sup> і принципи надання згоди на тестування.

**Рекомендації:**

**Розглянути доцільність запровадження експрес-тестування на ВІЛ за принципом opt-out як частини надання рутинних медичних послуг<sup>128</sup>.**

**Замінити дотестове консультування на дотестове інформування і передбачити чіткий алгоритм після-тестового консультування<sup>129</sup>.**

**Впровадити ефективні інноваційні методи тестування на ВІЛ<sup>130</sup>**

**Розробити порядок тестування на ВІЛ у мобільних пунктах, на робочому місці.**

<sup>118</sup> Там само, ст. 25

<sup>119</sup> Там само.

<sup>120</sup> Там само, ст. 26.

<sup>121</sup> Там само.

<sup>122</sup> Там само.

<sup>123</sup> Публікація «Оцінка політико-правового середовища у сфері протидії ВІЛ-інфекції/ СНІДу в Україні» 2017, ТОВ «Делойт Консалтинг», в межах проекту «Реформа ВІЛ-послуг у дії», ст. 30.

<sup>124</sup> Там само, ст. 32.

<sup>125</sup> Там само, ст. 30.

<sup>126</sup> Там само, ст. 35.

<sup>127</sup> Там само, ст. 30.

<sup>128</sup> Там само, ст. 35.

<sup>129</sup> Там само, ст. 30.

<sup>130</sup> Там само, ст. 35.

8. Законодавство не визначає порядок самотестування на ВІЛ/тестування на ВІЛ удома<sup>131</sup>.

**Рекомендація:**

*Розробити та затвердити відповідний порядок, врегулювавши в ньому питання якості, продажу, дистрибуції та використання тест-систем, порядку звернення до ЗОЗ<sup>132</sup>.*

9. Підзаконні акти суперечать Закону у частині можливості застосування швидких тестів для тестування донорської крові.

**Рекомендації:**

*Врегулювати порядок експрес-тестування на ВІЛ у разі екстреного переливання крові<sup>133</sup>.*

*Розробити порядок тестування на ВІЛ інших донорських компонентів, окрім крові<sup>134</sup>.*

10. Законодавство не визначає порядку дій органів державної влади, медичних працівників у разі виникнення надзвичайних ситуацій, за настання яких міг бути ризик інфікування ВІЛ.

11. Законодавство у сфері ВІЛ не відповідає нормам Основ законодавства про охорону здоров'я в аспекті переліку медичних працівників, які можуть встановлювати діагноз ВІЛ<sup>135</sup>.

**Рекомендація:**

*Надати право медичним працівникам мобільних амбулаторій встановлювати діагноз ВІЛ<sup>136</sup>.*

12. Чинні підзаконні акти негнучкі щодо організації медичної допомоги.

**Рекомендація:**

*Оновити клінічну настанову та Уніфікований клінічний протокол для вдосконалення лікування людей, які живуть із ВІЛ<sup>137</sup>.*

13. Результати тестування на CD4 може бути використано для обґрунтування потреби у медичних втручаннях, пов'язаних із ВІЛ.

**Рекомендація:**

*Включити в національний стандарт лікування<sup>138</sup>.*

14. Закон про ВІЛ не містить положень про формування та підтримку прихильності до лікування, порядку та принципів лікування під безпосереднім наглядом за наявності інформованої згоди людей, які живуть із ВІЛ, фінансування таких потреб<sup>139</sup>.

<sup>131</sup> Там само, ст. 33.

<sup>132</sup> Там само, ст. 35.

<sup>133</sup> Там само, ст. 35.

<sup>134</sup> Там само, ст. 6.

<sup>135</sup> Публікація «Оцінка політико-правового середовища у сфері протидії ВІЛ-інфекції/ СНІДу в Україні» 2017, ТОВ «Делойт Консалтинг», в межах проекту «Реформа ВІЛ-послуг у дії», ст. 39.

<sup>136</sup> Там само, ст. 32.

<sup>137</sup> Там само, ст. 39.

<sup>138</sup> Там само, ст. 39-40.

<sup>139</sup> Там само, ст. 40-41.

(Захист права в окремих категоріях людей, які живуть з ВІЛ; конкретні рекомендації щодо кожної з груп)

15. Захист права на здоров'я, надання медичної допомоги в групі діти та молодь.

**Рекомендації:**

**Ужити заходів для реалізації законодавства України у сфері ВІЛ з особливою увагою на дотриманні прав дітей, які живуть із ВІЛ, а також «дітей вулиці» та ЛВІН; забезпечити їм доступ до конфіденційних послуг, дружніх до молоді.**

**Нормативно врегулювати право на отримання послуг тестування на ВІЛ підлітками 14–18 років самостійно та анонімно, без отримання згоди батьків.**

**Розробити стандартизовані протоколи надання профілактичних послуг для дітей і молоді груп ризику з урахуванням їхніх вікових, гендерних і соціально-економічних особливостей.**

**Урегулювати порядок направлення підлітків до ЗОЗ у разі встановлення позитивного результату тестування на ВІЛ, надання комплексу послуг у одному ЗОЗ.**

**Забезпечити належну медико-соціальну підтримку для дітей і підлітків щодо формування у них прихильності до АРТ.**

16. Захист права на здоров'я, надання медичної допомоги в групі ув'язнені. Чинні НПА не формують підґрунтя для надання в установах виконання покарань і слідчих ізоляторах послуг з профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу на комплексній основі<sup>140</sup>.

**Рекомендації:**

**Внести зміни до спільного наказу Мін'юсту України та МОЗ України «Про затвердження Порядку організації надання медичної допомоги засудженим до позбавлення волі» для: (1) впровадження форми обов'язкового інформування засудженого до позбавлення волі про його права; (2) надання права на вільний вибір лікаря та додаткове консультування з лікарем<sup>141</sup>.**

**Передбачити у штатному розписі ЗОЗ Мін'юсту України посади лікарів загальної практики – сімейних лікарів з огляду на наявність у лікарів цієї спеціальності знань про особливі медичні та психологічні потреби людей, які живуть із ВІЛ<sup>142</sup>.**

**Внести у програми післядипломного підвищення кваліфікації та тематичні курси підвищення кваліфікації для лікарів загальної практики – сімейних лікарів, які надають медичну допомогу в ЗОЗ Мін'юсту України, обов'язкові теми з надання медичної допомоги, особливостей етичного та психологічного спілкування та дотримання конфіденційності людей, які живуть із ВІЛ<sup>143</sup>.**

**Внести до Кваліфікаційних вимог професійної придатності працівників кримінально-виконавчої служби вимогу щодо наявності в таких працівників умінь і навичок спілкування з людьми, які живуть із ВІЛ, на засадах рівності та поваги до гідності<sup>144</sup>.**

**Розробити Стандарти державної акредитації ЗОЗ Мін'юсту України<sup>145</sup>.**

**Поліпшити співпрацю ЗОЗ Мін'юсту України та служби СНІДу з питань удосконалення системи верифікації та обміну даними у сфері нагляду за ВІЛ/СНІДом, а також переадресації людей, які живуть із ВІЛ, у межах ЗОЗ<sup>146</sup>.**

<sup>140</sup> Там само, ст. 86.

<sup>141</sup> Там само, ст. 87.

<sup>142</sup> Там само.

<sup>143</sup> Там само, ст. 87.

<sup>144</sup> Там само, ст. 88.

<sup>145</sup> Там само.

<sup>146</sup> Там само.

*Переглянути цільові показники Загальнодержавної програми з ВІЛ стосовно ув'язнених, підвищивши рівень їх охоплення профілактичними програмами щонайменше до 80%<sup>147</sup>.*

*Переглянути та удосконалити мінімальний пакет профілактичних полуг для ув'язнених<sup>148</sup>.*

17. Захист права на здоров'я, надання медичної допомоги в групі ЛВІН.

**Рекомендації:**

*Забезпечити реалізацію Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року в частині завдань щодо ЛВІН<sup>149</sup>.*

*Забезпечити належне фінансування з державного та місцевого бюджетів профілактичних програм для ЛВІН, зокрема закупівлі препаратів ЗПТ<sup>150</sup>.*

*Забезпечити розширення програм ЗПТ відповідно до цільових значень індикаторів Загальнодержавної програми з ВІЛ<sup>151</sup>.*

*Забезпечити надання належного психосоціального супроводу клієнтам програм ЗПТ<sup>152</sup>.*

*Поліпшити доступ ЛВІН, які живуть із ВІЛ, до інтегрованих послуг через організацію надання таких послуг у місцях, наближених до частого перебування ЛВІН, і в межах одного ЗОЗ<sup>153</sup>.*

*Посилити міжвідомчу взаємодію між МОЗ, МВС, Держнаркослужбою для підвищення ефективності програми ЗПТ і профілактичних програм для ЛВІН<sup>154</sup>.*

*Забезпечити впровадження механізму соціального замовлення для реалізації профілактичних програм щодо ВІЛ серед ЛВІН<sup>155</sup>.*

18. Захист права на здоров'я, надання медичної допомоги в групі «Дорослі працівники комерційного сексу (ПКС)».

**Рекомендації:**

*Законодавчо врегулювати сферу секс-індустрії для створення сприятливих умов доступу представників цільової групи до профілактичних і соціальних послуг<sup>156</sup>.*

*Переглянути рівні охоплення ПКС профілактичними заходами в рамках Загальнодержавної програми з ВІЛ відповідно до цілей «90–90–90», внести відповідні зміни до регіональних програм з ВІЛ.*

*Розробити і затвердити перелік профілактичних послуг конкретно для ПКС, стандарти їх надання, стратегії планування та закупівлі цих послуг за рахунок місцевих бюджетів<sup>157</sup>.*

<sup>147</sup> Там само.

<sup>148</sup> Там само.

<sup>149</sup> Там само, ст. 61.

<sup>150</sup> Там само.

<sup>151</sup> Там само.

<sup>152</sup> Там само.

<sup>153</sup> Там само.

<sup>154</sup> Там само.

<sup>155</sup> Там само.

<sup>156</sup> Там само, ст. 67.

<sup>157</sup> Там само.

*Право на соціальний захист: рівний доступ до систем соціального захисту та інших видів матеріальної допомоги*

Недостатні знання про доступні послуги, складні адміністративні процедури, а також стигматизація та дискримінація і на робочому місці, і в процесі отримання допомоги чи послуг<sup>158</sup>.

**Рекомендації:**

**Внести зміни до Закону України «Про рекламу» для впровадження стандартів соціальної реклами на теми, пов'язані з проблематикою ВІЛ. Запровадити ключові індикатори поліпшення якості та індикатори ефективності закладів охорони здоров'я та/або лікарів у сфері ВІЛ<sup>159</sup>.**

**Розробити і впровадити послуги з формування і підтримки прихильності до лікування для людей, які живуть з ВІЛ (наприклад, продуктові набори, товари першої необхідності, предмети домашнього вжитку тощо)<sup>160</sup>.**

**Розробити програми, спрямовані на підвищення обізнаності людей, які живуть з ВІЛ, і груп найвищого ризику щодо їхніх базових соціальних, економічних і культурних прав<sup>161</sup>.**

**Запровадити політику доступу до паліативної та хоспісної допомоги людей, які живуть з ВІЛ (у тому числі дітей), вилученням із наказу МОЗ України від 21.01.2013 № 41 «Про організацію паліативної допомоги в Україні» норми, яка забороняє людям із ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ<sup>162</sup> отримувати паліативну допомогу у спеціалізованих лікувально-профілактичних закладах.**

**Переглянути розмір і порядок матеріальної допомоги, що виділяється державою для дітей, які живуть з ВІЛ, дл забезпечення мінімально достатнього харчування та потреб у соціальних послугах.**

*Право на рівність, заборону дискримінації*

**Рекомендації:**

**Запровадити юридичну відповідальність для фізичних або юридичних осіб за вчинення правопорушень стосовно людей, які живуть з ВІЛ, на підставі їхнього стану здоров'я, сексуальної орієнтації або роду занять<sup>163</sup>.**

**Провести всеукраїнську інформаційно-просвітницьку кампанію з питань рівності та недискримінації, зокрема за ознакою ВІЛ-статусу<sup>164</sup>.**

*Рівні права на справедливі, сприятливі, безпечні і здорові умови праці<sup>165</sup>.*

**Рекомендації:**

**Запровадити заходи з протидії ВІЛ/СНІДу у сфері праці як частину державної політики з питань праці, освіти, соціального захисту та охорони здоров'я.**

**Здійснити підготовку (навчання) контактних осіб та інструкторів з питань ВІЛ на робочих місцях.**

**Розробити та розповсюдити Кодекс професійної поведінки роботодавця із застереженнями щодо недопущення дискримінації та стигматизації працівників, які живуть з ВІЛ, а також який забезпечуватиме конфіденційність і недоторканність особистого життя.**

<sup>158</sup> Там само, ст. 48.

<sup>159</sup> Там само, ст. 30.

<sup>160</sup> Там само.

<sup>161</sup> Там само.

<sup>162</sup> Там само.

<sup>163</sup> Публікація «Оцінка політико-правового середовища у сфері протидії ВІЛ-інфекції/ СНІДу в Україні» 2017, ТОВ «Делойт Консалтінг», в межах проекту «Реформа ВІЛ-послуг у дії», ст. 92.

<sup>164</sup> Там само.

<sup>165</sup> Там само, ст. 95 (рекомендації).

Право на вільне пересування і зміну місця проживання.

**Рекомендації:**

**Внести зміни до Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» для вилучення норми щодо пред'явлення документа про відсутність ВІЛ та активного ТБ для видачі віз на в'їзд в Україну іноземцям та особам без громадянства<sup>166</sup>.**

**Включити мігрантів, мобільні групи населення, їхні родини та дітей як цільову групу до Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки, зокрема, передбачити програми профілактики ВІЛ для цієї групи з урахуванням її культурних і мовних особливостей<sup>167</sup>.**

**Розробити і впровадити систему моніторингу доступу мігрантів і біженців до послуг з профілактики, лікування, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ<sup>168</sup>.**

Захист рівності, недопущення дискримінації в конкретних категоріях людей, які живуть з ВІЛ.

**Рекомендації:**

**Забезпечити розроблення та впровадження інформаційно-просвітницьких заходів для підвищення рівня обізнаності жінок, які живуть з ВІЛ<sup>169</sup>.**

**Організувати надання комплексу послуг з психологічної реабілітації, юридичної допомоги, медико-соціального супроводу у вирішенні питань, пов'язаних з насильством, для жінок, які зазнали такого насильства<sup>170</sup>.**

**Розробити стратегії подолання стигматизації, дискримінації та криміналізації дітей і молоді груп ризику, забезпечити надання для них ВІЛ-послуг без стигми та дискримінації<sup>171</sup>.**

**Посилити інформаційно-просвітницьку роботу зі співробітниками органів внутрішніх справ щодо формування в них толерантного ставлення до учасників програм ЗПТ<sup>172</sup>.**

**Налагодити систему моніторингу дотримання законодавства щодо прав пацієнтів; необхідність реєстрації випадків дискримінації ПКС під час отримання профілактичних і медичних послуг, виробити ефективний механізм запобігання таким випадкам і реагування на них<sup>173</sup>.**

**Запровадити системний підхід до планування антидискримінаційних заходів і розглядати їх у комплексі з наданням усіх медичних послуг<sup>174</sup>.**

**Розробити регуляторні процедури заміни всіх офіційних документів, щоб трансгендерні особи могли офіційно змінити свою статеву ідентифікацію в документах для забезпечення поваги до їхньої гідності та недоторканності приватного життя.**

**Внести зміни до наказу МОЗ України від 08.02.2013 № 104 щодо переліку груп підвищеного ризику для включення до нього сексуальних і гендерних меншин, а також груп з невизначеною гендерною ідентичністю.**

<sup>166</sup> Там само, ст. 99.

<sup>167</sup> Там само.

<sup>168</sup> Там само.

<sup>169</sup> Так само, ст. 77.

<sup>170</sup> Там само.

<sup>171</sup> Там само, ст. 82.

<sup>172</sup> Там само, ст. 61.

<sup>173</sup> Там само, ст. 67.

<sup>174</sup> Там само, ст. 34.



*Порушення права на конфіденційність, право на захист від свавільного або незаконного втручання в особисте життя.*

1. Нечітка врегульованість права лікаря розголошувати статус особи з ВІЛ: положення Закону про ВІЛ суперечать один одному, законодавство не передбачає чіткої інструкції дій лікаря<sup>175</sup>.

**Рекомендації:**

***Внести зміни, зокрема в Закон про ВІЛ<sup>176</sup>.***

***Розробити процедуру активного залучення до обстеження на ВІЛ партнерів людей, у яких результат тесту на ВІЛ виявився позитивним<sup>177</sup>.***

2. Навмисне та випадкове розголошення інформації про позитивний ВІЛ-статус осіб<sup>178</sup>.

**Рекомендації:**

***Впровадити Єдиний реєстр ВІЛ-позитивних пацієнтів.***

***Доповнити посадові інструкції медичних працівників.***

***Включити вимогу щодо захисту конфіденційної інформації про пацієнтів до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики.***

***Доповнити стандарти акредитації ЗОЗ вимогою про дотримання принципу конфіденційності.***

***Внести теми щодо етичних аспектів в охороні здоров'я та, зокрема, пов'язані з ВІЛ-інфекцією, до навчальних програм медичних ВНЗ, програм післядипломної освіти і тематичних курсів підвищення кваліфікації<sup>179</sup>.***

3. Закон про ВІЛ не захищає працівника від примусового тестування.

Право на правову допомогу, право на справедливий суд<sup>180</sup>, рівність, недискримінація в отриманні правової допомоги та реалізації права на справедливий суд.

1. Практика реалізації законних прав ЛЖВ свідчить про декларативний характер правових норм, які передбачають право людей, які живуть із ВІЛ, на справедливий суд<sup>181</sup>.

**Рекомендації:**

***Переглянути і за потреби внести зміни до Порядку проведення ДКТ щодо професійного роз'яснення особам з позитивними результатами тестування їхніх прав<sup>182</sup>.***

***Забезпечити надання юридичних консультацій у місцях надання послуг тестування на ВІЛ щодо прав людей, які живуть із ВІЛ, в і за потреби – направлення їх до правозахисних організацій<sup>183</sup>.***

***Проводити на постійній основі інформаційні кампанії серед ЛЖВ, які б надавали доступну для сприйняття інформацію щодо законних прав ЛЖВ та їх захисту. Розширити коло для розповсюдження цієї інформації (медичні заклади, мобільні пункти тестування, неурядові організації, які надають послуги людям, які живуть із ВІЛ, та ГПР, ЗМІ тощо)<sup>184</sup>.***

<sup>175</sup> Там само.

<sup>176</sup> Там само.

<sup>177</sup> Там само, ст. 35.

<sup>178</sup> Там само, ст. 52.

<sup>179</sup> Там само.

<sup>180</sup> Там само.

<sup>181</sup> Там само, ст.110.

<sup>182</sup> Там само.

<sup>183</sup> Там само.

<sup>184</sup> Там само.

**Розробити й запровадити навчальні курси для працівників правоохоронних органів, суддів, прокурорів, працівників пенітенціарної служби з етично-правових питань дискримінації людей, які живуть із ВІЛ<sup>185</sup>.**

**Розробити Довідник прав пацієнтів у пенітенціарній системі<sup>186</sup>.**

*Декриміналізація (стосується забезпечення права на гідність, на життя, на свободу та особисту недоторканність).*

#### 1. Рекомендації (загальні):

##### **Рекомендації:**

**Вилучити з Кримінального кодексу України статті 130 і 133, які криміналізують передачу ВІЛ.**

**Переглянути статтю 121 Кримінального кодексу України (про умисне тяжке тілесне ушкодження) та видалити звідти згадки про ВІЛ<sup>187</sup>.**

**Внести необхідні зміни до Правил судово-медичного визначення тяжкості тілесних ушкоджень, затверджених наказом МОЗ України від 17.01.1995 № 6<sup>188</sup>.**

**Вилучити з Кримінального кодексу України слова «вірус імунодефіциту людини», «ВІЛ», «синдром набутого імунодефіциту людини», «СНІД», а також інші назви будь-яких хвороб, які вживають у контексті притягнення до кримінальної відповідальності осіб, які є носіями збудників цих хвороб<sup>189</sup>.**

**Внести зміни до Правил судово-медичного визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень, затверджених наказом МОЗ України для врегулювання порядку визначення тяжкості тілесних ушкоджень у разі інфікування ВІЛ<sup>190</sup>.**

#### 2. Стосовно категорії ЛВІН:

##### **Рекомендації:**

**Вжити заходів щодо декриміналізації та/або депеналізації вживання наркотиків у немедичних цілях і зберігання для особистого вживання<sup>191</sup>.**

**Внести зміни до Таблиць невеликих, великих та особливо великих розмірів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, які перебувають у незаконному обігу, затверджених наказом МОЗ України від 01.08.2000 № 188<sup>192</sup>.**

<sup>185</sup> Там само, ст.110.

<sup>186</sup> Там само, .ст. 88.

<sup>187</sup> Там само, ст. 102.

<sup>188</sup> Там само.

<sup>189</sup> Там само.

<sup>190</sup> Там само.

<sup>191</sup> Там само, ст. 61.

<sup>192</sup> Там само.

## Додаток 8

Таблиця виявлених ЄСПЛ порушень з прав людини в місцях несвободи

Справа ЄСПЛ	Порушення статті 3 Європейської Конвенції ( катування або нелюдське чи таке, що принижує гідність, поводження або покарання)								Порушення статті 2 Європейської Конвенції
	Неналежні умови тримання ув'язнених із ТБ чи ВІЛ-асоційованим ТБ, не відповідні їхньому стану здоров'я				Неналежна медична допомога ув'язненим із ТБ чи ВІЛ-асоційованим ТБ				
	Неналежна вентиляція	Переповнені приміщення, не відокремлені від здорових	Неналежне харчування	Недостатність свіжого повітря та/чи світла	Неналежна гігієна	Неналежні умови транспортування	Неналежна медична діагностика і/або лікування	Недостатній систематичний і стратегічний нагляд	
Рішення у Справі Карпиленко проти України від 11.02.2016 р. <sup>27</sup> (порушення: невиконання позитивного обов'язку щодо збереження здоров'я та життя)							X		X
Рішення у Справі Сокіл проти України від 22.10.2015 р. <sup>28</sup> (порушення: нелюдське та таке, що принижує гідність, поводження)						X	X, зокрема переривання АРТ	X	
Рішення у Справі Савінов проти України від 22.10.2015 р. <sup>29</sup> (порушення: нелюдське та таке, що принижує гідність, поводження)						X	X, зокрема нечасне вимірювання кількості клітин CD4 і, як наслідок, нечасний початок АРТ		

Рішення у Справі Сергій Антонов проти України від 22.10.2015 р. <sup>30</sup> (порушення: нелюдське та таке, що принижує гідність, поводження)									X	X, зокрема нечасне вимірювання кількості клітин CD4 і, як наслідок, нечасний початок АРТ		
Рішення у Справі Кушнір проти України від 11.12.2014 р. <sup>31</sup> (порушення: таке, що принижує гідність, поводження)									X	X, зокрема нечасне тестування на медикаментозну чутливість		
Рішення у Справі Кондратьєв проти України від 15.12.2011 р. <sup>32</sup> (порушення: таке, що принижує гідність, поводження)	Тримання у ІТТ у непристосованому медичному приміщенні впродовж 9 місяців, відсутність медичного персоналу у ІТТ									X, зокрема переривання лікування ТБ, діагностованого до тримання у місці несвободи	X	
Рішення у Справі Петухов проти України від 21.10.2010 р. <sup>33</sup> (порушення: таке, що принижує гідність, поводження)									X	X		
Рішення у Справі Логвиненко проти України від 14.10.2010 р. <sup>34</sup> (порушення: нелюдське та таке, що принижує гідність, поводження)									X	X		X
Рішення у Справі Похлебін проти України від 20.05.2010 р. <sup>35</sup> (порушення: таке, що принижує гідність, поводження)										X		

Справа	Порушення статті 3 Європейської Конвенції ( катування або нелюдське чи таке, що принижує гідність, поводження або покарання)										Порушення статті 2 Європейської Конвенції	
	Порушення умови тримання ув'язнених із ТБ чи ВІЛ-асоційованим ТБ, не відповідні їхньому стану здоров'я							Неналежна медична допомога ув'язненим із ТБ чи ВІЛ-асоційованим ТБ				
	Неналежна вентиляція	Переповнені приміщення, не відокремлені від здорових	Неналежне харчування	Недостатність свіжого повітря та/чи світла	Неналежна гігієна	Неналежні умови транспортування	Неналежна на медична документація	Неналежна та/чи нечасна діагностика і/або лікування	Недостатній систематичний і стратегічний нагляд			
ЄСПЛ												Невиконання позитивного обов'язку щодо збереження життя ув'язненого із ТБ чи ВІЛ-асоційованим ТБ
Рішення у Справі Віслогузов проти України від 20.05.2010 р. <sup>36</sup> (порушення таке, що принижує гідність, поводження)										X		
Рішення у Справі Маленко проти України від 19.02.2009 р. <sup>37</sup> (порушення: таке, що принижує гідність, поводження)	X	X	X	X						X		
Рішення у Справі Яковенко проти України від 25.10.2007 р. <sup>38</sup> (порушення: нелюдське та таке, що принижує гідність, поводження)		X		X					X			
Рішення у Справі Мельник проти України від 28.03.2006 р. <sup>39</sup> (порушення: таке, що принижує гідність, поводження)		X			X			X				

# Додаток 9

## Допуск препаратів на ринок і забезпечення бюджетним коштом

### Державна реєстрація

За загальним правилом лікарські засоби допускають до застосування в Україні після їх державної реєстрації. Орган реєстрації – МОЗ України. Зареєстровані в Україні препарати вносять до Державного реєстру лікарських засобів України<sup>193</sup>.

Основний етап процесу державної реєстрації – проведення експертизи реєстраційних матеріалів на лікарські засоби, які подають на державну реєстрацію (перереєстрацію). Для реєстрації в Україні генеричних лікарських засобів необхідно довести його еквівалентність до референтного лікарського засобу в ході відповідних досліджень біодоступності<sup>194</sup>.

Законодавством України для деяких категорій препаратів передбачено спрощену процедуру державної реєстрації. Усі з наведених нижче процедур можуть стосуватися препаратів для лікування ТБ. Зокрема таких категорій препаратів:

- лікарські засоби, зареєстровані компетентним органом США, Швейцарії, Японії, Австралії, Канади, лікарський засіб, що за централізованою процедурою зареєстрований компетентним органом Європейського Союзу для застосування на території цих країн чи держав – членів Європейського Союзу<sup>195</sup>;
- лікарські засоби, які підлягають закупівлі за результатами закупівельної процедури, проведеної спеціалізованою організацією, яка здійснює закупівлі (*докладніше див. розділ щодо закупівлі лікарських засобів*).

Для зазначених категорій препаратів суттєво скорочено строк державної реєстрації, спрощено перелік документів, які необхідно подавати. Під час реєстрації лікарських засобів, які закуповують через міжнародні спеціалізовані організації, наприклад, немає потреби подавати документ, що підтверджує відповідність Good Manufacturing Practice<sup>196</sup>, який вимагають за загальним правилом. Крім того, для таких препаратів дозволяють промарковані упаковки не українською мовою.

Наразі в законодавство підготовлено зміни, завдяки яким спрощена реєстрація лікарських засобів за новою процедурою займатиме на 2,5 міс менше часу. Такі зміни очікуються завдяки можливості подачі заявником електронної заяви, яка дасть змогу мінімізувати людське втручання та уникнути внесення експертами інформації вручну.

<sup>193</sup> <http://www.drlz.com.ua/>

<sup>194</sup> Наказ МОЗ від 26.08.2005 № 426 «Про затвердження Порядку проведення експертизи реєстраційних матеріалів на лікарські засоби, що подаються на державну реєстрацію (перереєстрацію), а також експертизи матеріалів про внесення змін до реєстраційних матеріалів протягом дії реєстраційного посвідчення».

<sup>195</sup> Закон України «Про лікарські засоби», ст. 9.

<sup>196</sup> Там само, ч. 14 ст. 9.



Крім того, спрощені вимоги до подачі матеріалів реєстраційного дос'є під час державної реєстрації висувають до таких категорій препаратів<sup>197</sup>:

- лікарських засобів для лікування ТБ або ВІЛ/СНІДу, що пройшли процедуру прекваліфікації та включені до переліку ВООЗ прекваліфікованих лікарських засобів;
- оригінальних (інноваційних) лікарських засобів (молекула не представлена на ринку України) для лікування соціально небезпечних хвороб (туберкульоз, ВІЛ/СНІД, вірусні гепатити), а також лікарських засобів з оригінальною молекулою для лікування рідкісних та онкологічних захворювань, що були зареєстровані в країнах, регуляторні органи яких застосовують високі стандарти якості, що відповідають стандартам, рекомендованим ВООЗ, зокрема: Адміністрація з харчових продуктів і лікарських засобів США; Європейське агентство з медичних продуктів (за централізованою процедурою); Агенція з терапевтичних продуктів Швейцарії; Агентство з лікарських засобів та продуктів медичного призначення Японії; Агентство з регулювання лікарських засобів та продуктів медичного призначення Великої Британії (MHRA); Австралійська адміністрація лікарських засобів;
- препаратів, ліцензованих ЄМА за централізованою процедурою.

Ці та інші механізми спрощеної реєстрації препаратів суттєво спрощують доступ на ринок України, зокрема соціально важливих препаратів. Утім, такі процедури не відповідають законодавству ЄС, згідно з яким подібні винятки не передбачено.

Оскільки Україна є асоційованим членом ЄС, де система реєстрації препаратів сильно відрізняється, то в майбутньому законодавство у сфері державної реєстрації лікарських засобів потребуватиме докорінних змін.

У разі стихійного лиха, катастроф, епідемічного захворювання тощо за окремим рішенням МОЗ України дозволено ввезення незареєстрованих в Україні лікарських засобів закордонних країн за наявності документів, що підтверджують їх реєстрацію і використання в цих країнах. За окремим рішенням МОЗ України також дозволено ввезення незареєстрованих в Україні лікарських засобів іноземних держав для медичного забезпечення (медичного застосування) військовослужбовців та осіб рядового і начальницького складу, які виконують завдання під час проведення АТО під час дії надзвичайного стану, особливого періоду, за наявності документів, що підтверджують реєстрацію і використання лікарських засобів у таких державах<sup>198</sup>.

## Питання інтелектуальної власності

Як влучно визначено у звіті USAID «Оцінка політико-правового середовища у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу», Україна не скористалася всіма можливими гнучкими положеннями Угоди про торговельні аспекти прав інтелектуальної власності (надалі – Угоди ТРІПС) та Дохійської декларації<sup>199</sup>, а також запровадила більш жорсткі норми для захисту прав інтелектуальної власності у медичній сфері, так звані положення ТРІПС-плюс<sup>200</sup>, що представлено з нашим аналізом у таблиці. Однак, варто також враховувати, що Україна взяла на себе зобов'язання за ст. 219 Угоди про асоціацію про забезпечення відповідності Дохійській декларації.

Не запроваджене у законодавство України гнучке положення Угоди ТРІПС та/або Дохійської декларації	Положення ТРІПС-плюс, яке використовують у законодавстві України
1. Можливість заперечення проти заявки на видачу патенту у зв'язку з невідповідністю винаходу умовам патентоздатності, а також патентного заперечення у позасудовому порядку	1. Криміналізація порушень прав на запатентовані винаходи, ко-рисні моделі <sup>40</sup> , що перешкоджає виробництву та ввезенню в Україну генеричних лікарських засобів, вартість яких зазвичай набагато нижча за оригінальні лікарські засоби

<sup>197</sup> Наказ МОЗ України від 26.08.2005 № 426 «Про затвердження Порядку проведення експертизи реєстраційних матеріалів на лікарські засоби, що подаються на державну реєстрацію (перереєстрацію), а також експертизи матеріалів про внесення змін до реєстраційних матеріалів протягом дії реєстраційного посвідчення».

<sup>198</sup> Закон України «Про лікарські засоби», ст. 17.

<sup>199</sup> Звіт USAID «Оцінка політико-правового середовища у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу», 2017, ст. 37.

<sup>200</sup> Там само, ст. 36-37.

<p>2. Паралельний імпорт, що дозволить без згоди виробника оригінального лікарського засобу (якщо він є власником патенту) ввозити в Україну законно введений в обіг у іншій державі захищений патентом на винахід оригінальний лікарський засіб, якщо його ціна буде нижчою у відповідній державі, внаслідок міжнародного вичерпання прав (ст. 6 Угоди ТРІПС)<sup>41</sup></p>	<p>2. Реєстрація у «митному реєстрі об'єктів права інтелектуальної власності, які охороняються відповідно до закону», окрім іншого, запатентованих винаходів і корисних моделей<sup>42</sup>, що здебільшого перешкоджає ввезенню в Україну генеричних лікарських засобів, а також застосування паралельного імпорту</p>
<p>3. Не виключено право виробника оригінального лікарського засобу (якщо він є власником патенту) отримати патент на винахід, який є «діагностичним, терапевтичним та хірургічним методом лікування»<sup>43</sup> (ч. 3 ст. 27 Угоди ТРІПС)</p>	<p>3. Право виробника оригінального лікарського засобу (якщо він є власником патенту) отримати деклараційний патент на корисну модель, яка не передбачає такого критерію патентоздатності як «винахідницький рівень»<sup>44</sup>, а отже, дозволяє тимчасово, а саме до оскарження у адміністративному порядку на відповідність умовам патентоздатності<sup>45</sup>, обмежити виробництво генеричних лікарських засобів</p>
<p>4. Виняток з прав, що надаються, або положення «Болар», яке дозволило б виробникам генеричних лікарських засобів правомірно вчиняти дії, що порушують права власників патенту (ст. 30 Угоди ТРІПС), зокрема, подати заяву на державну реєстрацію свого лікарського засобу до завершення строку дії патенту оригінального лікарського засобу на підставі цього патенту<sup>46</sup>, що суттєво пришвидшить впровадження генеричних лікарських засобів в обіг</p>	<p>4. Право виробника оригінального лікарського засобу (якщо він є власником патенту) продовжити дію патенту на винахід, об'єктом якого є лікарський засіб, на термін, що визначається як період між датою подання заявки на винахід і датою державної реєстрації лікарського засобу (тобто на час, витрачений на проведення реєстрації), але не більш як на 5 років<sup>47</sup></p>
<p>5. Не виключено положення про те, що правова охорона поширюється на «нове застосування відомого продукту чи процесу»<sup>48</sup>. В Україні досить поширена практика внесення лише несуттєвих, очевидних змін до чинних винаходів (наприклад, через додаткове патентування, вже після спливу дії основного патенту на діючу речовину, способу лікування або методу діагностики із застосуванням тієї ж діючої речовини), що сприяє існуванню такої форми зловживання правом, як «вічнозелені патенти». Таким чином, уможливується продовження правової охорони щодо одного і того ж лікарського засобу на термін, що суттєво перевищує гарантований законом (у 2 чи навіть більше разів)</p>	<p>5. Ексклюзивність даних, що передбачає:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• з одного боку, державну охорону<sup>49</sup> та відповідальність за розголошення та неправомірне використання реєстраційної інформації<sup>50</sup> лікарського засобу (наприклад, даних щодо клінічних випробувань із реєстраційного досьє),</li> <li>• з іншого боку, обмеження для виробників генеричних лікарських засобів, які не можуть реєструвати такі лікарські засоби з діючою речовиною, тотожною до вперше зареєстрованого оригінального лікарського засобу, впродовж певного строку (окрім випадків отримання відповідно до закону права покликатися та/або використовувати реєстраційну інформацію лікарського засобу або подання власної повної реєстраційної інформації, тобто проведенням власного клінічного випробування), а саме: за загальним правилом, 5 років з дня першої реєстрації лікарського засобу в Україні<sup>51</sup>, зокрема, якщо заяву про державну реєстрацію подано впродовж 2 років з дня реєстрації в будь-якій країні світу<sup>52</sup></li> </ul>

Хоча примусове ліцензування, як одне з гнучких положень Угоди ТРІПС і Дохійської декларації та засіб протидії ТБ і ВІЛ, передбачено чинним законодавством України<sup>201</sup>, однак реалізація норм, які його регулюють, суттєво ускладнена кількома чинниками. По-перше, як правильно вказано у Звіті USAID «Оцінка політико-правового середовища у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу»<sup>202</sup>, існують додаткові порівняно з Угодою ТРІПС кумулятивні умови, за наявності яких КМУ може надати визначений ним особою оплатний дозвіл на використання запатентованого винаходу (корисної моделі), об'єктом якого є лікарський засіб:

- документально підтверджено, що «власник патенту не може задовольнити потребу у відповідному лікарському засобі силами та потужностями, що звичайно використовують для виробництва такого лікарського засобу»<sup>203</sup>; та

<sup>201</sup> Закон України «Про охорону прав на винаходи і корисні моделі», ст. 30, ч. 3, ст. 31, ч. 2; Закон України «Про лікарські засоби», ст. 9, ч. одинадцять; Порядок надання Кабінетом Міністрів України дозволу на використання запатентованого винаходу (корисної моделі), що стосується лікарського засобу, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 04.12.2013 р. № 877.

<sup>202</sup> Звіт USAID «Оцінка політико-правового середовища у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу», 2017, ст. 38.

<sup>203</sup> Порядок надання Кабінетом Міністрів України дозволу на використання запатентованого винаходу (корисної моделі), що стосується лікарського засобу, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 04.12.2013 р. № 877, п. 2.

- документально підтверджено, що «власник патенту безпідставно відмовив заявникові у видачі ліцензії на використання винаходу (корисної моделі)»<sup>204</sup>.

По-друге, надається дозвіл на використання лише даних патенту, однак не реєстраційного досьє, захищеного ексклюзивністю даних та яке може вміщати ноу-хау виробника оригінального лікарського засобу і без якого виробництво такого лікарського засобу може бути неможливим. Навіть більше, практика отримання виробниками генеричних лікарських засобів примусових ліцензій в Україні відсутня, що знову ж таки свідчить про недосконалість законодавчого регулювання цього питання.

Цим фактично обмежено доступність, і кількісну, і фінансову, якісних життєво необхідних лікарських засобів, а також доступність засобів діагностики та лікування для людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ. Так, у 2015–2016 рр. було задоволено лише 70% і 58% потреб на закупівлю лікарських засобів для лікування ТБ на обласному та міському рівні відповідно і, як наслідок, виникла проблема вичерпання резервного запасу цих лікарських засобів<sup>205</sup>. Це своєю чергою створило ризик переривання лікування багатьох людей з ТБ і ВІЛ-асоційованим ТБ, що, як відомо, знижує його ефективність і призводить до виникнення МР форм ТБ.

З іншого боку, з 23.01.2017 р. в Україні почали діяти зміни до Угоди ТРІПС щодо примусового ліцензування з правом експортувати запатентовані лікарські засоби (ч. 2 ст. 31 Угоди ТРІПС). Крім того, МОЗ України розробляє Державну стратегію щодо реалізації державної політики забезпечення населення лікарськими засобами на 2018–2025 роки (надалі – Проект Державної стратегії), а також план заходів з її реалізації. Відповідно до проекту Державної стратегії передбачено частково запровадити в законодавство України гнучкі положення Угоди ТРІПС, а також виключити частину положень ТРІПС-плюс, а саме вжити таких заходів:

- 1) встановити додаткові критерії, зокрема інноваційність, для «перевірки винаходів, об'єктами яких є лікарські засоби, на відповідність умовам патентоздатності» задля перешкоджанню практиці «вічнозелених патентів»<sup>206</sup>;
- 2) застосовувати за потреби гнучкі положення Угоди ТРІПС;
- 3) «оптимізувати порядок примусового ліцензування прав на винаходи, об'єктами яких є лікарські засоби»<sup>207</sup>;
- 4) запровадити положення «Болар»<sup>208</sup>;
- 5) скасувати «перевірку патентного статусу лікарських засобів під час їх державної реєстрації»<sup>209</sup>;
- 6) «запровадити режим паралельного імпорту лікарських засобів»<sup>210</sup>;
- 7) «запровадити можливість обмеження режиму ексклюзивності даних лікарських засобів у суспільних інтересах»<sup>211</sup>.

#### **Рекомендація:**

#### **1. Запровадити у законодавство України гнучкі положення Угоди ТРІПС та/або Дохійської декларації.**

<sup>204</sup> Там само.

<sup>205</sup> Фінансування заходів протидії захворюванню на туберкульоз в Україні, Офіс з фінансового та економічного аналізу у Верховній Раді України, 2017.

<sup>206</sup> Відповідно до п. 6-7 Плану заходів із реалізації Державної стратегії щодо реалізації державної політики забезпечення населення лікарськими засобами на 2018–2025 роки передбачається протягом максимум 3 років розробка проекту змін до наказу Міносвіти від 15.03.2002 р. № 197 «Про затвердження Правил розгляду заявки на винахід та заявки на корисну модель», а також змін до нормативно-правових актів для визначення критеріїв патентоздатності.

<sup>207</sup> Відповідно до п. 5 Плану заходів із реалізації Державної стратегії щодо реалізації державної політики забезпечення населення лікарськими засобами на 2018–2025 роки передбачається розробка проекту змін до Закону України «Про охорону прав на винаходи і корисні моделі» та постанови КМУ 04.02.2013 № 877 «Про затвердження Порядку надання Кабінетом Міністрів України дозволу на використання запатентованого винаходу (корисної моделі), що стосується лікарського засобу» протягом максимум 1 р.

<sup>208</sup> Відповідно до п. 4 Плану заходів із реалізації Державної стратегії щодо реалізації державної політики забезпечення населення лікарськими засобами на 2018–2025 роки передбачено розробку проекту змін до Закону України «Про лікарські засоби» впродовж максимум 3 років.

<sup>209</sup> Те саме.

<sup>210</sup> Відповідно до п. 5 Плану заходів із реалізації Державної стратегії щодо реалізації державної політики забезпечення населення лікарськими засобами на 2018–2025 роки передбачено розробку проекту змін до Закону України «Про охорону прав на винаходи і корисні моделі» та постанови КМУ 04.02.2013 № 877 «Про затвердження Порядку надання Кабінетом Міністрів України дозволу на використання запатентованого винаходу (корисної моделі), що стосується лікарського засобу» впродовж максимум 1 р. щодо запровадження принципу міжнародного вичерпання прав.

<sup>211</sup> Відповідно до п. 4 Плану заходів із реалізації Державної стратегії щодо реалізації державної політики забезпечення населення лікарськими засобами на 2018–2025 роки передбачено розробку проекту змін до Закону України «Про лікарські засоби» впродовж максимум 3 років.

## Контроль якості

Законодавством України передбачено проведення державного контролю якості лікарських засобів на всіх етапах «життя» препарату: розробки, державної реєстрації, виробництва, реалізації, імпорту.

Для доведення, що лікарські засоби постійно виробляють і контролюють згідно зі стандартами якості, які відповідають їх призначенню, а також відповідно до вимог реєстраційного доось, доось досліджуваного лікарського засобу для клінічних випробувань або специфікації на цю продукцію в Україні запроваджено підтвердження відповідності умов виробництва лікарських засобів чинним в Україні вимогам належної виробничої практики (Good Manufacturing Practice)<sup>212</sup>. Такий документ подають під час державної реєстрації лікарського засобу в Україні (за винятком лікарських засобів, які закуповують через міжнародні спеціалізовані організації, для яких немає необхідності подавати сертифікат GMP), а також під час здійснення державного контролю якості в разі імпорту. Орган контролю – Держлікслужба України.

Для деяких категорій препаратів передбачено трохи скорочені терміни підтвердження відповідності умов виробництва встановленим в Україні вимогам GMP:

- для лікарських засобів, призначених для лікування ТБ, ВІЛ/СНІД, вірусних гепатитів, онкологічних і рідкісних (орфанних) захворювань, зареєстрованих як лікарський засіб компетентним органом США, Швейцарії, Японії, Австралії, Канади або Європейського Союзу;
- для лікарських засобів, зареєстрованих за централізованою процедурою Європейським агентством з медичних продуктів (ЕМА), і для лікарських засобів, що пройшли процедуру прекваліфікації ВООЗ і їх включено до переліку ВООЗ прекваліфікованих лікарських засобів.

Варто зазначити, що таке підтвердження необхідно отримувати і для виробництв препаратів, які вперше підтверджують відповідність вимогам GMP, і для виробництв, які вже мають подібне підтвердження від контролюючих органів інших держав. Деяке ослаблення регуляторних вимог передбачено для лікарських засобів, які вже отримали офіційний документ щодо відповідності умов виробництва лікарських засобів вимогам GMP, виданого уповноваженим органом країни – члена міжнародної Системи співробітництва фармацевтичних інспекцій (Pharmaceutical Inspection Cooperation Scheme, PIC/S), для яких інспектування виробничих дільниць не здійснюють<sup>213</sup>.

Інша вимога законодавства України – наявність під час ввезення лікарських засобів сертифіката якості серії лікарського засобу, що видається виробником, і ліцензії на імпорт лікарських засобів, що видається імпортеру<sup>214</sup>. Ліцензуванню також підлягає діяльність з виробництва лікарських засобів, їх оптова та роздрібна реалізація.

Крім того, законодавством визначено механізм державного контролю якості лікарських засобів, що ввозяться в Україну, який здійснюють для недопущення обігу фальсифікованих, неякісних і незареєстрованих лікарських засобів<sup>215</sup>. Так, окрім сертифіката якості виробника, який засвідчує відповідність лікарських засобів специфікації якості методів контролю якості лікарських засобів, імпортери зобов'язані подавати ввезені препарати на проходження державного контролю якості, який здійснює Держлікслужба України. Державний контроль здійснюють проведенням органами державного контролю:

- експертизи поданих суб'єктом господарювання документів;
- перевірки вантажу за місцем його розташування на відповідність митній декларації щодо кількості лікарських засобів кожної серії та здійснення візуального контролю кожної серії лікарських засобів;
- лабораторного аналізу у визначених цим Порядком випадках на відповідність показників якості лікарських засобів вимогам специфікації якості методів контролю якості лікарських засобів або загальним вимогам до лікарських засобів, встановленим Державною фармакопеєю України, у лабораторіях, атестованих у визначеному МОЗ порядку.

<sup>212</sup> Постанова КМУ від 27.12.2012 № 1130 «Про затвердження Порядку проведення підтвердження відповідності умов виробництва лікарських засобів вимогам належної виробничої практики».

<sup>213</sup> Там само, п. 4 розділу IV.

<sup>214</sup> Закон України «Про лікарські засоби», ст. 17, ч. 1.

<sup>215</sup> Постанова КМУ від 14 вересня 2005 р. № 902 «Про затвердження Порядку здійснення державного контролю якості лікарських засобів, що ввозяться в Україну».

У разі повторного ввезення серії лікарського засобу одним суб'єктом господарювання здійснюють її візуальний контроль, якщо не буде виявлено підстав для проведення лабораторного аналізу. Лабораторний аналіз лікарських засобів також не проводять у разі, якщо підприємства з їх виробництва розташовані в державах, уповноважений орган у сфері контролю якості лікарських засобів яких є членом міжнародної Системи співробітництва фармацевтичних інспекцій (Pharmaceutical Inspection Cooperation Scheme, PIC/S). Такі лікарські засоби підлягають візуальному контролю (за загальним правилом).

У разі позитивного висновку обіг ввезеного лікарського засобу можуть здійснювати на всій території України без обмежень.

Така процедура перевірки імпортованих лікарських засобів може тривати від 10 днів до кількох місяців. Іноді на практиці з причин порушення встановлених законодавством термінів вантаж з лікарськими засобами невчасно потрапляє до ЗОЗ або аптек, викликаючи затримки у доступі пацієнтів до лікування.

Державний контроль якості препаратів здійснюють також на стадії їх оптової та роздрібної реалізації, а також для препаратів, що перебувають у ЗОЗ. Для цього діють Правила зберігання та проведення контролю якості лікарських засобів у лікувально-профілактичних закладах<sup>216</sup> і Порядок встановлення заборони (тимчасової заборони) та відновлення обігу лікарських засобів на території України<sup>217</sup>.

## Забезпечення бюджетним коштом

### *Розрахунок потреби ЗОЗ у лікарських засобах*

Для раціонального планування потреби ЗОЗ у протитуберкульозних препаратах наказом МОЗ України від 12.10.2016 р. № 1062 затверджено Методику розрахунку потреби в протитуберкульозних препаратах. Ця Методика встановлює механізм розрахунку потреби у протитуберкульозних препаратах першого та другого рядів для лікування хворих на ТБ і хіміопрофілактики ТБ серед ВІЛ-інфікованих, контактних осіб і дітей відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Туберкульоз»<sup>218</sup>.

Методика обов'язкова для застосування під час розрахунку потреби у протитуберкульозних препаратах у державних і комунальних закладах охорони здоров'я для закупівлі коштом державного бюджету. Розрахунок усіх даних здійснюють за допомогою електронних ресурсів.

Востаннє цю Методику переглядали у вересні 2017 р., і вона визначає актуальні підходи до розрахунку препаратів<sup>219</sup>.

Проблема розрахунку потреби ЗОЗ у лікарських засобах – загальна для багатьох категорій препаратів, не лише протитуберкульозних, і полягає в тому, що на практиці такого розрахунку не ведуть або ведуть і відображають некоректні дані. Часто причиною тому є відсутність вихідних статистичних даних для розрахунку, а іноді – у недостатньому адміністративному управлінні на різних рівнях (на рівні ЗОЗ, департаментів охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, МОЗ України).

### **Рекомендація:**

- МОЗ України налагодити чіткий і регулярний процес збору інформації про потребу в протитуберкульозних препаратах з регіонів у постійній координації з іншими організаторами закупівель ПТП (ДКВС, НАМН, основними реципієнтами Глобального фонду, міжнародними організаціями). За підсумками – організувати достовірний і своєчасний розрахунок потреби в закупівлі лікарських засобів і медичних виробів для профілактики, діагностики та лікування ТБ, що потрібно здійснювати з урахуванням інфляційних чинників.**

<sup>216</sup> Наказ МОЗ від 16.12.2003 р. № 584 «Про затвердження Правил зберігання та проведення контролю якості лікарських засобів у лікувально-профілактичних закладах».

<sup>217</sup> Наказ МОЗ від 22.11.2011 р. № 809 «Про затвердження Порядку встановлення заборони (тимчасової заборони) та поновлення обігу лікарських засобів на території України».

<sup>218</sup> Затверджений наказом МОЗ України від 04 вересня 2014 р. № 620.

<sup>219</sup> У редакції наказу МОЗ України № 1098 від 15.09.2017 «Про внесення змін до Методики розрахунку потреби в протитуберкульозних препаратах».

## Забезпечення ЗОЗ вакцинами

Відповідно до законодавства України щеплення дозволено проводити тільки зареєстрованими в Україні вакцинами/анатоксинами згідно з Календарем профілактичних щеплень в Україні, затвердженим наказом Міністерства охорони здоров'я України від 16 вересня 2011 р. № 595, та інструкціями із застосування вакцини або анатоксину, затвердженими в установленому порядку<sup>220</sup>.

Транспортування, зберігання і використання вакцин, анатоксинів здійснюють з обов'язковим дотриманням вимог «холодового ланцюга».

Вакцини/анатоксини різних виробників для профілактики однакових інфекційних захворювань можна взаємно замінювати.

На цей момент близько 40 компаній у всьому світі виробляють вакцину БЦЖ. На сьогодні в Україні зареєстровано всього три вакцини БЦЖ<sup>221</sup>.

Законодавством встановлено, що профілактичні щеплення проти ТБ проводять безоплатно, за рахунок коштів державного, місцевих бюджетів, інших джерел, не заборонених законодавством<sup>222</sup>.

Інформацію про залишки вакцин у регіонах оновлюють щомісяця, і вона доступна на сайті МОЗ України.

Наразі, за інформацією МОЗ, у регіонах наявні всі вакцини, які закуповує держава<sup>223</sup>.

МОЗ України закликала громадян і органи місцевого самоврядування інформувати про відсутність вакцин у регіонах.

## Закупівлі через міжнародні організації

Закупівлі лікарських засобів і медичних виробів бюджетним коштом в Україні здійснюють на централізованому та регіональному рівнях.

2015 р. в Україні було прийнято рішення про передачу централізованих закупівель лікарських засобів і медичних виробів від МОЗ України структурам ООН (Програмі розвитку Організації Об'єднаних Націй, Дитячому фонду Організації Об'єднаних Націй) і британському закупівельному агентству Crown Agents<sup>224</sup>. Таку практику застосовують у країнах, де ще не сформовано прозорої та ефективної національної моделі закупівель.

У нашій державі такий крок став наслідком тривалої практики непрозорих процедур закупівель, високих цін на товари, лобювання інтересів тих чи інших гравців фармацевтичного ринку, відсутності окремого спеціального законодавчого регулювання закупівель таких соціально-значущих товарів, як фармацевтична продукція. Крім того, система державних закупівель, що існувала, не дозволяла профільному міністерству повною мірою здійснювати свої функції з системного й комплексного реформування системи охорони здоров'я, потреба в проведенні якого вже давно назріла в Україні.

Закупівлю лікарських засобів і медичних виробів здійснюють згідно з правилами і процедурами, встановленими відповідними міжнародними спеціалізованими організаціями, що здійснюють закупівлі, з урахуванням постанови КМУ від 22 липня 2015 р. № 622 «Деякі питання здійснення державних закупівель лікарських засобів та медичних виробів із залученням спеціалізованих організацій, які здійснюють закупівлі»<sup>225</sup>. На такі закупівлі не поширює свою дію Закон України «Про публічні закупівлі», відповідно до якого здійснюють регіональні закупівлі. Це дало змогу суттєво скоротити час на проведення необхідних тендерів, вибір постачальників й укладення відповідних договорів, а також знизити корупційні ризики.

<sup>220</sup> Положення про організацію і проведення профілактичних щеплень, затверджене наказом МОЗ України від 11.08.2014 № 551, п.5, 6, 21.

<sup>221</sup> За даними Державного реєстру лікарських засобів <http://www.drlz.com.ua/>.

<sup>222</sup> Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», ст. 12.

<sup>223</sup> Форма доступна за посиланням: <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSDnQVajxBblcBCLs97k-PjPx9QTnAmtj6fN-txnM0FwYqS4Ug/viewform>.

<sup>224</sup> Закон України «Про публічні закупівлі», ст. 1.

<sup>225</sup> Там само.



Податковим законодавством передбачено, що операції з лікарськими засобами та медичними виробами, які закуповують через міжнародні організації, звільнено від оподаткування податком на додану вартість<sup>226</sup>. Це дає змогу суттєво знизити вартість товарів, які закуповують.

Закупівлі лікарських засобів і медичних виробів через міжнародні організації здійснюються за напрямами використання бюджетних коштів у 2017 р. за бюджетною програмою 2301400 «Забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру». Перелік лікарських засобів і медичних виробів, які закуповують такі організації, уряд затверджує постановою на кожний бюджетний рік.

Згідно з переліком на 2017 бюджетний р. було заплановано до закупівлі такі ЛЗ і медичні вироби:

<b>Закупівля імунобіологічних препаратів для проведення імунопрофілактики населення та виробів для забезпечення умов температурного контролю імунобіологічних препаратів</b>				
<b>Міжнародна непатентована назва лікарського засобу</b>	<b>Форма випуску</b>	<b>Дозування</b>	<b>Обсяг потреби, 100%</b>	<b>Кількість з урахуванням обсягу фінансування</b>
Вакцина для профілактики ТБ	флакони, ампули у комплекті з розчинником, для ін'єкцій	10/20 доз	2,476,294	1,205,506
<b>Закупівля медикаментів для лікування ТБ</b>				
Ізоніазид	таблетки, капсули, драже	300 мг	20,861,526	9,477,286
Ізоніазид	–	100 мг	27,461,145	1,218,755
Ізоніазид	пляшки, флакони, (сироп)	100 мг/5 мл	46,070	6,961
Ізоніазид	ампули, флакони, шприц	100 мг/мл	98,373	61,716
Рифампіцин	таблетки, капсули, драже	150 мг	25,397,672	7,548,118
Рифабутин	–	150 мг	140,165	51,728
Піразинамід	–	500 мг	33,614,372	10,169,373
Етамбутол	–	400 мг	13,350,431	166,515
Етамбутол	ампули, флакони, шприци	100 мг/мл	97,592	41,044
Канаміцин	–	1 000 мг	1,656,410	155,018
Протіонамід	таблетки, капсули, драже	250 мг	21,099,633	2,519,415
Левофлоксацин	–	250 мг	1,611,293	89,373
Левофлоксацин	–	500 мг	9,090,724	716,822
Левофлоксацин	ампули, флакони, шприци	5 мг/мл	35,760	6,212
Моксифлоксацин	таблетки, капсули, драже	400 мг	2,934,908	1,242,372
Моксифлоксацин	ампули, флакони, шприци	400 мг	13,061	2,118
Натрію аміносаліцилат	порошок, гранули кишковорозчинні	еквівалент 1 гаміно-саліцилової кислоти / натрію аміносаліцилату	25,731,616	6,108,463
Натрію аміносаліцилат	ампули, флакони, шприци	30 мг/мл	8,253	790
Циклосерин	таблетки, капсули, драже	250 мг	19,207,780	2,590,833
Теризидон	–	250 мг	2,017,596	543,498

<sup>226</sup> Податковий кодекс України, підрозділ 2 розділу XX, п. 38.

Капреоміцин	ампули, флакони, шприци	1 000 мг	2,983,557	1,743,694
Клофазимін	таблетки, капсули, драже	100 мг	3,944,184	2,174,897
Лінезолід	–	600 мг	3,746,243	2,747,495
Лінезолід	ампули, флакони, шприци	2 мг/мл	21,899	8,567
Рифампіцин/Ізоніазид	таблетки, капсули, драже	75 мг/ 50 мг	281,226	198,012
Рифампіцин/Ізоніазид	–	150 мг/ 75 мг	13,010,594	4,417,510
Рифампіцин/Ізоніазид/ Піразинамід	–	75 мг/ 50 мг/ 150 мг	160,890	104,222
Рифампіцин/Ізоніазид/ Піразина- мід/Етамбутол	–	150 мг/ 75 мг/ 400 мг/ 275 мг	7,409,080	2,966,182
Амоксицилін з клавулановою кислотою	таблетки	500/ 125 мг	389,566	373,876
Амоксицилін з клавулановою кислотою	порошок для розчину для ін'єкцій у флаконах	1000 мг/ 200 мг	6,457	6,400
Іміпенем з циластатинном	порошок для інфузій у фла- конах	500 мг/ 500 мг	385,186	365,960
Рифампіцин	ампули	600 мг	98,385	91,807
Меропенем	флакони	1000 мг	194,520	186,341

**Закупівля тестів, витратних матеріалів для діагностики ТБ**

Назва медичного виробу	Одиниця виміру	Обсяг потреби, 100%	Кількість з урахуванням обсягу фінансування
Ідентифікаційний тест для ідентифікації мікобактерій туберкульозного комплексу BD BACTEC MGIT 960 TBc	тест	21,691	18,050
Витратні матеріали для проведення одного дослідження для визначення мікобактерій ТБ на аналізаторі мікробіологічному автоматичному BD BACTEC MGIT 960	дослідження	38,979	33,801
Витратні матеріали для проведення одного дослідження для визначення чутливості до препаратів першого ряду на аналізаторі мікробіологічному автоматичному BD BACTEC MGIT TM 960	–	22,605	17,601
Витратні матеріали для проведення одного дослідження для визначення чутливості до препаратів другого ряду на аналізаторі мікробіологічному автоматичному BD BACTEC MGIT TM 960	–	13,509	10,801
Набір штативів для транспортування п'яти пробірок BD BACTEC™ MGIT™ BD	набір	1,094	202
Витратні матеріали для проведення одного молекулярно-генетичного дослідження для визначення мікобактерій ТБ і резистентності до рифампіцину на системі для ПЛР у реальному часі GeneXpert	дослідження	106,806	63,750
Діагностичні реагенти для проведення одного молекулярно-генетичного дослідження для визначення мікобактерій ТБ і чутливості до препаратів першого ряду методом ПЛР на обладнанні для проведення лінійного зонд-аналізу	–	2,140	1,248
Діагностичні реагенти для проведення одного молекулярно-генетичного дослідження для визначення мікобактерій ТБ і чутливості до препаратів другого ряду методом ПЛР на обладнанні для проведення лінійного зонд-аналізу			

Під час інтерв'ю експерт у сфері закупівель лікарських засобів зазначив, що необхідно оптимізувати саме номенклатуру ПТП з погляду медичної та економічної ефективності терапевтичних опцій, які включають у номенклатуру (наприклад, видаленням рідких форм ПТП, які в міжнародній клінічній практиці зрідка трапляються і дороговартісні). Для підвищення надійності даних під час збору заявок (потреби) з регіонів варто впровадити систему digital stock management.

Дані з відкритих джерел свідчать про те, що закупівлі лікарських засобів і медичних виробів через міжнародні спеціалізовані організації як тимчасовий механізм продемонстрували суттєву економію бюджетних коштів.

Запроваджений механізм закупівлі лікарських засобів і медичних виробів із залученням міжнародних спеціалізованих організацій є тимчасовим рішенням назрілих проблем – діє до 31.03.2019 р.<sup>227</sup>. Паралельно з його реалізацією Україні необхідно розробляти і впроваджувати в життя свій локальний механізм закупівель, який буде дієвим і уможливить досягнення окреслених цілей. Докладніше про це див. пункт щодо Концепції реформування механізмів публічних закупівель лікарських засобів та медичних виробів. Експерт у сфері закупівель також зазначив, що чинне законодавство обмежує перелік державних підприємств, які можуть обслуговувати розмитнення, зберігання та розвезення ЛЗ і медичних виробів у рамках міжнародних закупівель, що призводить до обмеження конкуренції. Потрібно зняти таке обмеження для отримання максимально вигідних пропозицій від логістичних компаній під час наступних циклів закупівель спеціалізованими організаціями.

Для закупівель новітніх препаратів для лікування МР ТБ і РР ТБ, зокрема деламаніду, який поки що не зареєстрований в Україні, було б доцільним використовувати процедуру ввезення незареєстрованих лікарських засобів для пришвидшення процесу їх закупівлі. У цьому контексті варто зазначити проект змін до Наказу МОЗ № 237 від 26 квітня 2011 р. «Про затвердження Порядку ввезення на територію України незареєстрованих лікарських засобів, стандартних зразків, реагентів», що перебувають на погодженні в ЦОВВ, який суттєво поліпшує можливості для ввезення незареєстрованих лікарських засобів для лікування соціально небезпечних захворювань.

#### **Рекомендації МОЗ, КМУ:**

1. **Своєчасно затвердити Перелік лікарських засобів та медичних виробів, які закуповують міжнародні організації коштом Державного бюджету на 2019 р. у частині ПТП.**
2. **Забезпечити можливість залучення ширшого кола логістичних компаній до участі у відборі логістичних партнерів спеціалізованих організацій для обслуговування міжнародних закупівель.**
3. **Передбачити можливість застосування процедури ввезення незареєстрованих ЛЗ до міжнародних закупівель у частині постачання нових ПТП.**
4. **Оптимізувати номенклатуру ПТП з погляду медичної та економічної ефективності терапевтичних опцій, які включають у номенклатуру (наприклад, видаленням рідких форм ПТП, які в міжнародній клінічній практиці зрідка трапляються і дороговартісні).**

Для підвищення надійності даних під час збору заявок (потреби) з регіонів варто впровадити електронну систему обліку запасів (digital stock management system).

## **Концепція реформування закупівель**

У серпні 2017 р. КМУ схвалили Концепцію реформування механізмів публічних закупівель лікарських засобів та медичних виробів<sup>228</sup>. Вона передбачає створення ЦЗО, яка здійснюватиме закупівлі лікарських засобів і медичних виробів і на національному та місцевому, і на міжнародному рівнях з використанням механізмів довгострокових рамкових угод та інструментів електронних закупівель. Тобто замовники зможуть за власним бажанням передати ЦЗО повноваження щодо здійснення для них публічних закупівель лікарських засобів і медичних виробів.

До того ж ЦЗО має організувати та проводити процедури закупівель і закупівлі за рамковими угодами в інтересах замовників, за результатами яких замовники будуть укладати договори про закупівлю з переможцями торгів і безпосередньо оплачувати

<sup>227</sup> Закон України «Про публічні закупівлі».

<sup>228</sup> Розпорядження КМУ від 23 серпня 2017 р. № 582-р «Про схвалення Концепції реформування механізмів публічних закупівель лікарських засобів та медичних виробів».

їм вартість закуплених товарів. За умови успішної реалізації такий підхід до закупівель має суттєво знизити корупційні ризики, сприяти прозорості закупівель і раціональному використанню бюджетних коштів завдяки «професіоналізації» та оптимізації закупівельної діяльності й агрегуванню обсягів закупівель. У рамках таких закупівель ідентичні потреби різних замовників у всіх регіонах України, що звернулися до ЦЗО, мають об'єднуватися задля закупівлі, а прийняття рішень і звітність відбуватимуться максимально прозоро для громадськості. Важливим складником такої діяльності ЦЗО мають стати прямі закупівлі в іноземних і національних виробників.

Якісно новий підхід до публічних закупівель лікарських засобів і медичних виробів допоможе:

- максимально забезпечити потреби пацієнтів;
- знизити рівень корупції у сфері публічних закупівель лікарських засобів і медичних виробів;
- побудувати ефективну систему звітності, контролю та відповідальності перед громадськістю;
- узгодити національне законодавство у сфері публічних закупівель із директивами ЄС;
- налагодити довіру бізнесу і суспільства до системи публічних закупівель лікарських засобів і медичних виробів;
- раціонально використовувати бюджетні кошти;
- зменшити бюрократію.

Замовники на центральному та регіональному рівні, які приймуть рішення користуватися послугами ЦЗО, зможуть довірити закупівлі та їх юридичний супровід професійно підготовленим фахівцям. Вони більше не витратять зусилля на довгу процедуру закупівлі, оскарження закупівель учасниками тощо. За замовниками залишиться тільки розрахунок потреб, моніторинг споживання та контроль залишків.

Водночас, як вже зазначалося вище, замовники не зобов'язані звертатися до ЦЗО і мають право самостійно здійснювати закупівлі. Однак якщо вартість лікарських засобів і медичних виробів, які замовники закуповують самостійно, перевищує вартість аналогічних товарів, закуповуваних ЦЗО, то у контролюючих органів мають виникнути запитання щодо неефективного і нераціонального використання бюджетних коштів, а також можливого корупційного складника тощо. Максимально мінімізувавши корупційні ризики, зробивши процес закупівлі прозорим, оптимізувавши закупівельну діяльність і залучивши спеціально навчених професійних фахівців, ЦЗО має забезпечити суттєву економію бюджетних коштів, які можна використовувати для закупівлі додаткових лікарських засобів і медичних виробів для задоволення потреб більшої кількості пацієнтів<sup>229</sup>.

Заплановано, що такий механізм запрацює з 2019 р. Для цього МОЗ України за активної підтримки міжнародних партнерів, зокрема ПРООН, розробляють необхідні зміни в законодавство України.

Згідно з опитуванням експерта у сфері закупівель під час здійснення централізованих закупівель ПТП важливо враховувати той факт, що, об'єднуючи обсяги всіх замовлень, закупівельники можуть отримувати хороші знижки, оскільки з великими обсягами можна залучити більше виробників на тендери. Таким чином, було б доцільно об'єднати закупівлі ПТП коштом МОЗ, ДКВС і НАМН в одному тендері гармонізацією номенклатур та об'єднанням обсягів для отримання максимально вигідних умов від постачальників.

#### **Рекомендація:**

1. **Забезпечити об'єднання обсягів закупівель ПТП НАМН, ДКВС, МОЗ через передачу до ЦЗО або спеціалізованим організаціям.**

## **Регіональні закупівлі**

Регіональні закупівлі в Україні здійснюють відповідно до процедур і правил, визначених Законом України «Про публічні закупівлі». З 1 січня 2018 р. закупівлі, здійснювані закладами та установами охорони здоров'я, які повністю або частково фінансуються з державного та місцевих бюджетів, повинні проводитися відповідно до Національного переліку основних лікарських

<sup>229</sup> Як працюватиме нова система закупівель ліків в Україні, Д.В. Алешко, <http://life.pravda.com.ua/columns/2017/09/26/226639/>.

засобів<sup>230</sup>. Лікарські засоби повинні бути наявними в ЗОЗ у будь-який час, у необхідній кількості та у відповідних лікарських формах (для лікарських засобів) для забезпечення належного рівня функціонування у сфері охорони здоров'я<sup>231</sup>.

Основу Національного переліку лікарських засобів становить модель Базового переліку основних лікарських засобів, рекомендована ВООЗ. Так, у Національний перелік основних лікарських засобів (надалі – Національний перелік) включають лікарські засоби, до яких належать якісні, ефективні, безпечні препарати, необхідні для забезпечення нагальних потреб медичної допомоги населенню в закладах охорони здоров'я для лікування за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів.

Лікарські засоби включають до Національного переліку з урахуванням рівнів захворюваності населення, поширеності хвороб і смертності, доказів порівняльної ефективності (результативності), безпеки та економічної доцільності лікарських засобів, а також галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я та рівня фінансування медичної допомоги.

На травень 2018 р. до Національного переліку включено такі лікарські засоби (за МНН, формою випуску та дозуванням):

<b>Протитуберкульозні лікарські засоби</b>	
Етамбутол (Ethambutol)	ін'єкції: 100 мг/мл таблетки: 100 мг – 400 мг (гідрохлорид) розчин для перорального застосування: 25 мг/мл [д]
Етамбутол + Ізоніазид (Ethambutol + Isoniazid)	таблетки: 400 мг + 150 мг
Етамбутол + Ізоніазид + Піразинамід + Рифампіцин (Ethambutol + Isoniazid + Pyrazinamide + Rifampicin)	таблетки: 275 мг + 75 мг + 400 мг + 150 мг
Етамбутол + Ізоніазид + Рифампіцин (Ethambutol + Isoniazid + Rifampicin)	таблетки: 275 мг + 75 мг + 150 мг
Ізоніазид (Isoniazid)	ін'єкції: 100 мг/мл по 5 мл в ампулах таблетки: 100 мг – 300 мг розчин/сироп для перорального застосування: 100 мг/5 мл розчин для перорального застосування: 50 мг/5 мл [д] таблетки (з поділкою): 50 мг
Ізоніазид + Піразинамід + Рифампіцин (Isoniazid + Pyrazinamide + Rifampicin)	таблетки: 75 мг + 400 мг + 150 мг; 150 мг + 500 мг + 150 мг (для переривчастого використання тричі на тиждень); 75 мг + 50 мг + 150 мг; 60 мг + 30 мг + 150 мг
Ізоніазид + Рифампіцин (Isoniazid + Rifampicin)	таблетки: 75 мг + 150 мг таблетки: 150 мг + 300 мг; 60 мг + 60 мг/150 мг + 150 мг (для переривчастого використання тричі на тиждень); 75 мг + 50 мг; 60 мг + 30 мг
Піразинамід (Pyrazinamide)	таблетки: 400 мг; 500 мг розчин для перорального застосування: 30 мг/мл [д] таблетки (дисперговані): 150 мг таблетки (з поділкою): 150 мг
Рифабутин (Rifabutin)*	капсули: 150 мг
Рифампіцин (Rifampicin)	тверда пероральна лікарська форма: 150 мг; 300 мг розчин для перорального застосування: 20 мг/мл [д]
Рифапентин (Rifapentine)*	таблетки: 150 мг
Стрептоміцин (Streptomycin) [сн]	порошок для приготування розчину для ін'єкцій: 0,5 г; 1 г (у вигляді сульфату) у флаконі

<sup>230</sup> Постанова КМУ від 25 березня 2009 р № 333 «Деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і виробу медичного призначення».

<sup>231</sup> Наказ МОЗ України від 11.02.2016 № 84 «Про затвердження Положення про Національний перелік основних лікарських засобів та Положення про експертний комітет з відбору та використання основних лікарських засобів».

<b>Додатковий перелік</b>	
Амікацин (Amikacin)	порошок/ліофілізат для приготування розчину для ін'єкцій: 100 мг; 250 мг; 500 мг; 1 г (у вигляді сульфату) розчин для ін'єкцій: 50 мг/мл по 2 мл; 250 мг/мл по 2 мл та по 4 мл
Капреоміцин (Capreomycin)	порошок для приготування розчину для ін'єкцій: 1 г (у вигляді сульфату)
Циклосерин (Cycloserine)	тверда пероральна лікарська форма: 250 мг
Теризидон (Terizidone) (можна використовувати як альтернативу циклосерину)	капсули: 250 мг; 300 мг
Деламанід (Delamanid)	таблетки: 50 мг
Етіонамід (Ethionamide)	таблетки: 125 мг; 250 мг
Протіонамід (Protionamide) (можна використовувати як альтернативу етіонаміду)	таблетки: 250 мг
Канаміцин (Kanamycin)	порошок для приготування розчину для ін'єкцій: 1 г (у вигляді сульфату) розчин
Левофлоксацин (Levofloxacin)	ін'єкції: 5 мг/мл таблетки: 250 мг; 500 мг; 750 мг
Офлоксацин (Ofloxacin) (можна використовувати як альтернативу левофлоксацину)	ін'єкції: 2 мг/мл або 200 мг/100 мл таблетки: 200 мг; 400 мг
Моксифлоксацин (Moxifloxacin) (можна використовувати як альтернативу левофлоксацину)	ін'єкції: 400 мг/100 мл; 400 мг/250 мл таблетки: 400 мг
Лінезолід (Linezolid)	розчин для інфузій: 2 мг/мл по 300 мл у пляшках таблетки: 400 мг; 600 мг порошок для приготування розчину для перорального застосування: 100 мг/5 мл
Натрію аміносаліцилат (Sodium aminosalicilate)	ін'єкції: 30 мг/мл гранули: 4 г у пакетику гранули кишковорозчинні: 600 мг/г по 9,2 г гранул у саше; 800 мг/г по 100 г гранул у пакеті порошок для орального розчину: по 5,52 г у саше таблетки: 500 мг
<b>Імунобіологічні лікарські засоби</b>	
Діагностичні речовини	
Туберкулін (Tuberculin), очищений білок похідна (purified protein derivative-PPD)	ін'єкції

Звертає на себе увагу відсутність бедаквіліну в Національному переліку, незважаючи на його наявність у Переліку основних ЛЗ ВООЗ, і наявність деламаніду в Національному переліку.

Обсяги потреби в закупівлі лікарських засобів визначають за видами медичної допомоги безпосередньо замовники. Докладніше див. розділ щодо розрахунку обсягів потреби в закупівлі.

Від 1 січня 2018 р. за умови задоволення в повному обсязі потреби в лікарських засобах, зареєстрованих в Україні в установленому законом порядку та включених до Національного переліку основних лікарських засобів, затвердженого цією постановою, замовники можуть закуповувати лікарські засоби, що в установленому законом порядку зареєстровані в Україні та не включені до зазначеного Національного переліку основних лікарських засобів. Перевагу надають лікарським засобам, включеним до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я (зокрема клінічних протоколів). Тобто покриття потреб закладів



охорони здоров'я в препаратах, що не увійшли до Національного переліку основних лікарських засобів, буде здійснюватися за самостійним рішенням замовників після закупівлі 100% своєї потреби.

З 2016 р. регіональні закупівлі лікарських засобів і медичних виробів здійснюються через систему електронних закупівель ProZorro. Згідно із Законом України «Про публічні закупівлі» замовники зобов'язані проводити закупівлі з використанням електронної системи за умови, що вартість предмета закупівлі (товарів або послуг) дорівнює або перевищує 200 тис. грн. Оцінку тендерних пропозицій проводять автоматично електронною системою закупівель на основі критеріїв і методики оцінки, зазначених замовником у тендерній документації, та через застосування електронного аукціону. Визначальним критерієм оцінки пропозицій є ціна<sup>232</sup>.

На загальнодержавному рівні замовники не обмежені у виборі медичних виробів, які вони закуповують, жодним списком.

#### **Рекомендація:**

- 1. Експертному комітету з відбору та використання основних ЛЗ розглянути можливість включення бедаквіліну до Національного переліку основних лікарських засобів.**

## **Реімбурсація**

Реімбурсація вартості лікарських засобів – ще один механізм забезпечення пацієнтів препаратами коштом державного та місцевих бюджетів. Вона діє для осіб, які проходять амбулаторне лікування, та не застосовується для стаціонарних хворих.

На сьогодні в Україні діє два механізми:

- безоплатний або пільговий відпуск ліків за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування для визначених категорій населення, які мають право на такі пільги, та за категоріями захворювань, на які поширено такі пільги<sup>233</sup> (діє з 1998 р.);
- відшкодування вартості лікарських засобів під час амбулаторного лікування осіб, які страждають на серцево-судинні захворювання, цукровий діабет II типу, бронхіальну астму<sup>234</sup> (з 1 квітня 2017 р.).

Щодо першого механізму: безоплатний або пільговий відпуск лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування провадиться визначеним групам населення та за встановленими категоріями захворювань.

ТБ включено до переліку захворювань, за яких пацієнти, які лікуються в амбулаторних умовах, можуть отримувати безоплатні лікарські засоби. Безоплатно такі препарати через аптеки мають право отримувати, зокрема, діти віком до трьох років; учасники бойових дій та інваліди війни; пенсіонери та інваліди, які отримують пенсію за віком або у зв'язку з втратою годувальника (якщо зазначені особи отримують пенсію в розмірі, що не перевищує мінімальний розмір пенсії); ветерани військової служби; діти з багатодітних сімей тощо.

Такі особи можуть отримувати безоплатно препарати, зареєстровані в Україні та включені до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я (зокрема протоколів лікування). Відпуск лікарських засобів провадять аптеки за рецептами, виписаними лікарями лікувально-профілактичних закладів за місцем проживання цих осіб.

Щодо другого механізму (урядова програма «Доступні ліки»): протитуберкульозні препарати не включено до цієї урядової програми реімбурсації, оскільки держава забезпечує в повному обсязі потребу в протитуберкульозних препаратах.

Фінансування реалізації обох механізмів здійснюються за різними бюджетними програмами.

Зокрема перший механізм фінансують за однією програмою з публічними закупівлями лікарських засобів у регіонах. З огляду на це на практиці в умовах обмеженого бюджетного фінансування аптеки часто відмовляють громадянам у відпуску препаратів безоплатно.

<sup>232</sup> Закон України «Про публічні закупівлі», ст. 28.

<sup>233</sup> Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine No. 1303 dated 17 August 1998, "On the Order of Gratuitous and Preferential Dispensing of Medicines Based on Prescriptions of doctors in the Case of Outpatient Treatment of Specific Groups and Specific Categories of Diseases".

<sup>234</sup> Resolution of the CMU No. 863 dated 9 November 2016, "On the Introduction of Reimbursement of the Cost of Medical Products".

Загалом механізм забезпечення населення препаратами за безоплатними та пільговими рецептами (перший механізм) з часом втрачає свою актуальність. Хоча він охоплює набагато більшу кількість захворювань, проте обмежений категоріями осіб і нестачею коштів.

#### **Рекомендації:**

- 1. У майбутньому, за умови збільшення фінансування державних програм відшкодування вартості лікарських засобів, можна розглянути можливість її розширення за рахунок препаратів для лікування побічних реакцій від ПТП і супутніх станів, які виникають внаслідок лікування туберкульозу.**
- 2. Зазначена програма формується за конкретним МНН і формами випуску. Тобто передусім треба визначити такі пропоновані позиції. Відповідне рішення про доцільність ініціювання змін у законодавство потребує проведення попередніх економічних розрахунків (чи дозволить це охопити більшу кількість пацієнтів потрібними їм препаратами).**

<sup>1</sup> Рішення ЄСПЛ у справі Онерйїлдиз проти Туреччини», заява 48939/99 від 30.11.2004 р.

<sup>2</sup> Комітет з прав людини ООН, Загальний коментар КзПЛ № 6: ст. 6 (Право на життя), 30.05.1982 р.

<sup>3</sup> Рішення ЄСПЛ у справі Салман проти Туреччини, заява № 21986/93, від 27.06.2000 р.

<sup>4</sup> Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права 1966 р., ст. 12, ч. 2, п. с.

<sup>5</sup> Комітет ООН з економічних, соціальних і культурних прав, Загальний коментар № 14: Право на найвищий досяжний рівень здоров'я (ст. 12), документ ООН E/C.12/2000/4, від 11.08.2000 р.

<sup>6</sup> Керівництво ВООЗ з питань етики у процесі профілактики, лікування та контролю (WHO/HTM/TB/2010.16, 2010 р.).

<sup>7</sup> Україна, E/C.12/UKR/CO/5 (04.01.2008 р.), КЕСКП.

<sup>8</sup> Російська Федерація, E/C.12/RUS/CO/5, (2011 р.) КЕСКП; Узбекистан, E/C.12/UZB/CO/1 (2006 р.).

<sup>9</sup> Керівництво ВООЗ з питань етики у процесі профілактики, лікування та контролю (WHO/HTM/TB/2010.16, 2010 р.).

<sup>10</sup> Там само, ст. 9-10.

<sup>11</sup> Резолюція ВООЗ/62.15 Профілактика ТБ із множинною медикаментозною стійкістю і ТБ з широкою медикаментозною стійкістю і боротьба з ним, ВООЗ, 22.05.2009 р.

<sup>12</sup> 19 Модельний перелік ВООЗ основних лікарських засобів, розділ 6.2.4.

<sup>13</sup> Рішення ЄСПЛ у справі Петухов проти України, заява № 43374/02, від 21.10.2010 р.

<sup>14</sup> Рішення ЄСПЛ у справі Мельник проти України, заява № 72286/01, від 14.10.2010 р.

<sup>15</sup> Резолюція ВООЗ/62.15 Профілактика ТБ із множинною медикаментозною стійкістю і ТБ з широкою медикаментозною стійкістю і боротьба з ним, ВООЗ, 22.05.2009 р.

<sup>16</sup> Заключні спостереження Комітету з прав людини, Україна, КзПЛ/С/UKR/CO/6, 28.11.2006 р.

<sup>17</sup> Комітет ООН з економічних, соціальних і культурних прав, Загальний коментар № 14: Право на найвищий досяжний рівень здоров'я (ст. 12), документ E/C.12/GC/20, від 02.07.2009 р.

<sup>18</sup> Там само.

<sup>19</sup> Хартія щодо медичної допомоги пацієнтам із ТБ, 2006, Всесвітня медична рада; Керівництво ВООЗ з питань етики щодо профілактики, догляду та контролю ТБ, 2010, ВООЗ.

<sup>20</sup> Керівництво ВООЗ з питань етики щодо профілактики, догляду та контролю ТБ, 2010, ВООЗ.

<sup>21</sup> Резолюція ВА3 62.15, Профілактика та контроль резистентних форм ТБ, 2009, ВООЗ.

<sup>22</sup> Комітет з економічних, соціальних і культурних прав, Загальний коментар № 13: Право на освіту (ст. 13), UN Doc E/C.12/1999/10.

<sup>23</sup> Там само. Загальний коментар № 18: Право на працю (ст. 6), UN Doc E/C.12/GC/18, пп. 4, 12, 19.

<sup>24</sup> Там само. Право на працю (ст. 6), UN Doc E/C.12/GC/18, пп. 19, 31.

<sup>25</sup> Комітет з економічних, соціальних і культурних прав, Загальний коментар № 19: Право на соціальний захист (ст. 9), UN Doc E/C.12/GC/19, пп. 13, 30.

<sup>26</sup> Там само, пп. 30, 59.

<sup>27</sup> Рішення у Справі Карпиленко проти України від 11.02.2016 р., заява № 15509/12, пп. 87, 92-93. Електронний ресурс. Доступ за: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-160431>.

<sup>28</sup> Рішення у Справі Сокол проти України від 22.10.2015 р., заява № 9414/13, пп. 49-57. Електронний ресурс. Доступ за: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-157969>.

<sup>29</sup> Рішення у Справі Савінов проти України від 22.10.2015 р., заява № 5212/13, пп. 46, 47, 51-53. Електронний ресурс. Доступ за: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-157968>.

<sup>30</sup> Рішення у Справі Сергій Антонов проти України від 22.10.2015 р., заява № 40512/13, пп. 82-84, 88-90. Електронний ресурс. Доступ за: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-157970>.

<sup>31</sup> Рішення у Справі Кушнір проти України від 11.12.2014 р., заява № 42184/09, пп. 142-150. Електронний ресурс. Доступ за: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-148627>.

<sup>32</sup> Рішення у Справі Кондратьєв проти України від 15.12.2011 р., заява № 5203/09, пп. 84-95. Електронний ресурс. Доступ за: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-108023>.

<sup>33</sup> Рішення у Справі Петухов проти України від 21.10.2010 р., заява № 43374/02, пп. 94, 96, 98. Електронний ресурс. Доступ за: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-101173>.

<sup>34</sup> Рішення у Справі Логвиненко проти України від 14.10.2010 р., заява № 13448/07, пп. 69-78. Електронний ресурс. Доступ за: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-100972>.

<sup>35</sup> Рішення у Справі Похлебін проти України від 20.05.2010 р., заява № 35581/06, пп. 63-68. Електронний ресурс. Доступ за: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-98798>.

<sup>36</sup> Рішення у Справі Віслогузов проти України від 20.05.2010 р., заява № 32362/02, пп. 70-72. Електронний ресурс. Доступ за: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-98552>.

<sup>37</sup> Рішення у Справі Маленко проти України від 19.02.2009 р., заява № 18660/03, пп. 52, 56, 58, 62. Електронний ресурс. Доступ за: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-91399>.

<sup>38</sup> Рішення у Справі Яковенко проти України від 25.10.2007 р., заява № 15825/06, пп. 89, 92-113. Електронний ресурс. Доступ за: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-82987>.

<sup>39</sup> Рішення у Справі Мельник проти України від 28.03.2006 р., заява № 72286/01, пп. 101-112. Електронний ресурс. Доступ за: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-72886>.

<sup>40</sup> Кримінальний кодекс України, ст. 177.

<sup>41</sup> ВООЗ. Інформація про лікарські засоби, Том 19, № 3, 2005, ст. 240.

<sup>42</sup> Митний кодекс України, ст. 398; Порядок реєстрації у митному реєстрі об'єктів права інтелектуальної власності, які охороняються відповідно до закону, затверджений наказом Міністерства фінансів України від 30.05.2012 р. № 648.

<sup>43</sup> Прямо не заборонено Законом України «Про охорону прав на винаходи і корисні моделі», зокрема статтю 6; Правилами складання і подання заявки на винахід та заявки на корисну модель, затверджені наказом Міністерства освіти і науки України від 22.01.2001 р. № 22.

<sup>44</sup> Закон України «Про охорону прав на винаходи і корисні моделі», ст. 6.

<sup>45</sup> Там само, ст. 33, ч. 2.

<sup>46</sup> ВООЗ. Інформація про лікарські засоби, Том 19, № 3, 2005, ст. 238. [https://www.wto.org/english/tratop\\_e/trips\\_e/factsheet\\_pharm02\\_e.htm#bolar](https://www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/factsheet_pharm02_e.htm#bolar).

<sup>47</sup> Закон України «Про охорону прав на винаходи і корисні моделі», ст. 6, ч. 4, абзац 5.

<sup>48</sup> Там само, ч. 2, абзац 2.

<sup>49</sup> Закон України «Про лікарські засоби», ст. 9, ч. одинадцять.

<sup>50</sup> Там само, ч. шістнадцять.

<sup>51</sup> Там само, ч. дванадцять.

<sup>52</sup> Там само, ч. тринадцять.









