

## Аналітичний звіт УГСПЛ

### «Особливості правового регулювання забезпечення права на медичну допомогу людям що живуть з ВІЛ/СНІД та хворим на туберкульоз, які тримаються в місцях несвободи»

1. Вступ
2. Особливості правового регулювання забезпечення права на медичну допомогу для осіб, які тримаються в місцях несвободи
3. Міжнародний досвід забезпечення права на медичну допомогу для осіб, які тримаються в місцях несвободи.
4. Існуючі проблеми доступу до медичної допомоги в місцях несвободи.
5. Можливості захисника/адвоката при вирішенні питань отримання медичної допомоги для осіб, які тримаються в місцях несвободи.

Особливості правового регулювання забезпечення права на медичну допомогу людям що живуть з ВІЛ/СНІД та хворим на туберкульоз, які тримаються в місцях несвободи / М. Романов, Н. Козаренко, за ред.: О. Павліченка / Українська Гельсінська спілка з прав людини. — К., 2018. — 53 с.

Аналітичний звіт підготовлено в рамках проекту “Розвиток мережі правової допомоги людям, що живуть з ВІЛ/СНІД, уразливим до зараження ВІЛ та хворим на туберкульоз”, що реалізується Українською Гельсінською спілкою з прав людини.

Аналітичний звіт видано за фінансової підтримки БО “100 ВІДСОТКІВ ЖИТТЯ” у межах проекту “Зменшення тягаря туберкульозу та ВІЛ-інфекції через створення загального доступу до своєчасної та якісної діагностики та лікування туберкульозу і його резистентних форм, розширення доказової профілактики, діагностики та лікування ВІЛ-інфекції та створення стійких та життєздатних систем охорони здоров’я”, підтриманого Глобальним Фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією.

Викладені думки й погляди не є думками та поглядами організації, що видала цю продукцію, й не можуть розглядатися як думки та погляди Глобального Фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією. Глобальний Фонд для боротьби зі

СНІДом, туберкульозом та малярією не брав участі у схваленні та затвердженні безпосередньо опублікованого матеріалу, ані усіх можливих висновків.

У разі використання інформаційних матеріалів посилання на авторів та БО «100 ВІДСОТКІВ ЖИТТЯ» обов'язкове.

## **Вступ.**

З лютого 2018 року Українська Гельсінська спілка з прав людини (УГСПЛ) почала спільний проект «Розвиток мережі правової допомоги людям, що живуть з ВІЛ/СНІД, уразливим до зараження ВІЛ та хворим на туберкульоз» з БО «100 ВІДСОТКІВ ЖИТТЯ». Мета проекту – забезпечення доступу до якісної правової допомоги людям, що живуть з ВІЛ/СНІД (далі – ЛЖВ), особам хворим на туберкульоз (далі ТБ) та представникам груп, вразливих до ВІЛ.

З початку проекту нашими юристами надано більше 1500 правових консультацій. За статистичними даними роботи мережі приймалень УГСПЛ, три сфери, в яких найчастіше порушуються права ЛЖВ – це соціальна, сімейна та медична. А для осіб, які знаходяться в місцях позбавлення волі питання отримання якісної своєчасної медичної допомоги взагалі виходить на перше місце.

В 2018 році ми зареєстрували 186 звернень від осіб, які відбувають покарання в місцях позбавлення волі.

ВІЛ-інфекція є серйозною загрозою для ув'язнених у місцях позбавлення волі в багатьох країнах світу, а рівень ВІЛ-інфекції серед ув'язнених осіб значно вище, ніж серед населення в цілому.

Міжнародні дані свідчать про те, що рівень ВІЛ-інфекції серед ув'язнених у п'ять-шість разів вищий, ніж серед загального населення. У глобальному вимірі кількість засуджених продовжує зростати дуже швидко, перенаповнення виправних установ уже стає проблемою для багатьох країн світу.

*Ось уривок з листа засудженого, який надійшов до УГСПЛ (орфографія збережена): «Вич 10 лет. Последние СД4 - 162 клетки. Гепатит Ц. Сейчас лежу с воспалением легких. Нием ничего, просто не могу, плохо. Две туберкуломы, переболел в 2014 туберкулезом. В 2016 пошла вода и гной в плевре легкой то прокалывали и вроде норм. Но состояние плохое. Мне врачом терапевтом был назначен препарат (ПРЕГАБОЛИН), так-же врачом инфекционистом мне здесь в этом лагире мне был также прописан данный препарат и я без припятственно принимал их. Так как возможности у учериждения предоставить мне препараты для соответсвуещего личения нет приходится моим родным приабритать препараты за свои деньги и высылать мне сюда! Но сегодня я сталкнулся с проблемой что мне просто не дают данные таблетки которые пришли мне в посылке Новой Почтой ! Матевируя тем что нет врача потому что уволился ! Я страдаю от постоянных болей и зарождаются суецидальные мысли ! Настроен я решительно и буду с утра объявлять голодовку !!! Требывать прокурора и т.д. Прозьба огромная подсказать как правильно юридически и потдержат обратившись во все возможные инстанции о прекращении катування и не соответствующим мед личением!»*

Ситуація ускладнюється також тим, що в більшості випадків ВІЛ-інфекція супроводжується наявністю інших соціально небезпечних хвороб, таких як туберкульоз, гепатити В і С, інфекцій, що передаються статевим шляхом. Така ситуація вимагає додаткових медичних втручань для попередження та контролю інфекцій, захворювань та профілактики ВІЛ.

Ще в 1993 році Всесвітня організація охорони здоров'я проголосила, що «всі ув'язнені мають право отримувати медичну допомогу, включаючи профілактичні заходи, рівносильні тим, що могли б бути доступними для них у суспільстві, без проявів дискримінації, з повагою до їх юридичного статусу та національності. Затверджені в національних програмах боротьби

зі СНІД загальні принципи повинні впроваджуватися в повному обсязі як для загального населення, так і для ув'язнених» [Аналітичний звіт за результатами кабінетного дослідження «Секторальна політика України з попередження поширення ВІЛ-інфекції серед засуджених та осіб, що взяті під варту» - Електронний ресурс. Заголовок з екрану. – Режим доступу: [https://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PA00KSND.pdf](https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00KSND.pdf) ]

Право на медичну допомогу є одним з фундаментальних, і воно набуває тим більшого значення для тих осіб, на боці яких наявні особливі ознаки або обставини. І хоча з юридичної точки зору такі особи далеко не завжди отримують спеціальні статуси, все ж таки правове регулювання суспільних відносин з їх участю має специфічні риси. Це повною мірою стосується людей, які живуть з ВІЛ, а також інших осіб, хворих на тяжкі та невиліковні хвороби. Особливо це стає помітним, коли вказані особи підпадають під повний контроль держави і направляються до місць несвободи і, перш за все, до установ виконання покарань Кримінально-виконавчої служби України.

В таких умовах постає одразу кілька проблемних питань, які пов'язані з триманням осіб в місцях несвободи:

- Доступ для ув'язненого до медичної інформації та інформації про стан свого здоров'я;
- Можливість для ув'язненого отримувати медичну допомогу та належне обслуговування;
- Можливість отримувати правову допомогу, пов'язану з лікуванням, наданням медичних послуг та медичним забезпеченням.

Всі ці проблеми знайшли підтвердження під час здійснених в межах проекту, який виконувала УГСПЛ за підтримки БО “100 ВІДСОТКІВ ЖИТТЯ”, візитів до місць несвободи або місць утримання осіб, які мають супутні з ВІЛ захворювання:

<https://helsinki.org.ua/articles/monitory-uhspl-ta-hph-zdijsnyly-vizyty-do-tuberkuloznyh-zakladiv-na-harkivschni/>

Сьогодні в Україні здійснюється ціла низка заходів та кроків, які спрямовані на забезпечення прав ув'язнених і, зокрема, ВІЛ-інфікованих осіб, а також хворих на інші небезпечні хвороби. Як було вказано вище, «концентрація» таких осіб в місцях несвободи значно вища, ніж на волі. Наразі забезпечення їх медичною допомогою та адекватним лікуванням стає системною проблемою. Для її вирішення на правовому рівні прийнято нормативні акти, метою яких є врегулювати відповідні суспільні відносини. Але, на жаль, в цих документах не піднімається багато питань, які потребують вирішення, та недосконало врегульовано окремі правовідносини.

Предметом цього дослідження є висвітлення питань, пов'язаних з забезпечення медичних прав ув'язнених, можливостей отримання ними інформації про стан здоров'я, а також їх взаємодія з адвокатами та захисниками при вирішення вказаних питань.

### **Особливості правового регулювання забезпечення права на медичну допомогу для осіб, які тримаються в місцях несвободи.**

Актуальність цього питання пов'язана з тим, що місця несвободи є одним з основних джерел розповсюдження тяжких хвороб. Крім того, саме в місцях несвободи реалізація права на медичну допомогу є утрудненою, що, в свою чергу, створює підґрунтя для поширення тяжких та небезпечних хвороб. Це патологічне замкнене коло може бути розірвано лише шляхом належного врегулювання відповідних процедур та забезпечення їх ефективними механізмами реалізації.

В Україні існує достатньо широке поле нормативно-правових актів, які спрямовані на врегулювання умов та порядку надання медичних послуг

особам, які тримаються в місцях несвободи. Перш за все, законодавець зосередив увагу на тих, хто поміщений до слідчих ізоляторів та установ виконання покарань. Але треба відзначити, що складнощі і проблеми виникають не лише у цієї категорії осіб.

Серед основних нормативних актів необхідно вказати наступні:

- Кримінально-виконавчий кодекс України;
- Закон України «Про попереднє ув'язнення»;
- Правила внутрішнього розпорядку установ виконання покарань;
- Правила внутрішнього розпорядку слідчих ізоляторів Державної Кримінально-виконавчої служби України;
- Про затвердження Порядку організації надання медичної допомоги засудженим до позбавлення волі.

Наведені документи є загальними, оскільки регулюють порядок надання медичної допомоги всім особами, які знаходяться в місцях несвободи, незалежно від їх фізичного стану та діагностичного статусу.

Щодо спеціальних документів, то на сьогодні ключовими керівними документами у протидії ВІЛ/СНІД в Україні є:

### **Закони України**

Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ,  
Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення,  
Основи законодавства України про охорону здоров'я,  
Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки,  
Про захист населення від інфекційних хвороб,  
Про донорство крові та її компонентів;

### **Укази Президента**

Про вдосконалення державного управління у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу в Україні,

Про додаткові невідкладні заходи щодо протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні;

### **Постанови Верховної Ради України**

Про Рекомендації парламентських слухань на тему: "Шляхи реформування охорони здоров'я та медичне страхування в Україні".

Цей перелік не є вичерпним, але включає до себе основоположні акти, які визначають стратегічні напрямки діяльності держави у поставленні під контроль ВІЛ/СНІД інфекції та наданні медичної допомоги людям, які живуть з ВІЛ або хворі на інші тяжкі хвороби.

Наведена сукупність нормативних актів створює певне правове поле, яке дозволяє стверджувати, що існує правовий режим, що регулює відповідні правовідносини.

Виходячи зі змісту вказаних документів, особам, з числа тих, хто перебуває в містах несвободи і хворіє на ВІЛ/СНІД або інші тяжкі хвороби, гарантується право на медичну допомогу, право на доступ до медичної інформації, право на вільний вибір лікаря тощо.

Основи законодавства України про охорону здоров'я вказують, що кожний пацієнт, який досяг чотирнадцяти років і який звернувся за наданням йому медичної допомоги, має право на вільний вибір лікаря, якщо останній може запропонувати свої послуги та вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій. Крім цього, кожний пацієнт має право, коли це виправдано його станом, бути прийнятим у будь-якому закладі охорони здоров'я за своїм вибором, якщо цей заклад має можливість забезпечити відповідне лікування.

Ці положення є вкрай важливими, зважаючи на те, що вони не містять жодних виключень і тому повинні розповсюджуватися на будь-яких осіб.

Кримінально-виконавчий кодекс в ст. 116 встановлює, що засуджений має право звертатися за консультацією і лікуванням до закладів охорони здоров'я, що мають ліцензію Міністерства охорони здоров'я України, які надають платні медичні послуги та не віднесені до відання центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері виконання кримінальних покарань. Таким чином, визначається можливість для осіб, які тримаються в місцях несвободи, отримувати медичні послуги з таких джерел: у медичній частині чи спеціальній лікарні установи виконання покарань; якщо установа нездатна надати медичну допомогу у необхідному обсязі, засуджений має можливість звернутися до цивільних закладів охорони здоров'я. Але тут обов'язковою умовою є те, щоб такі заклади були внесені у відповідні переліки, погоджені Міністерством юстиції України та центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я. Сьогодні такий перелік не затверджений, що утруднює для засудженого можливість обрання медичного закладу. Іншим джерелом отримання медичних послуг та лікування є лікарні, які мають ліцензію Міністерства охорони здоров'я України, не належать до відання пенітенціарної служби та надають платні послуги.

Якщо вести мову про осіб, хворих на ВІЛ/СНІД або інші тяжкі та небезпечні хвороби, то слід виходити з того, що режим лікування таких осіб має значні особливості. Вони пов'язані з тим, що медична допомога для таких осіб не завжди може бути надана в лікарнях або медичних частинах установ виконання покарань, а також з необхідністю використання спеціального обладнання і лікарських засобів, які зазвичай відсутні в звичайних медичних частинах і є коштовними. Пункт 11 розділу 2 Наказу від 15.08.2014 № 1348/5/572 «Про затвердження Порядку організації надання медичної допомоги засудженим до позбавлення волі» встановлює, що медична допомога ВІЛ-інфікованим надається відповідно до Порядку організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД, затвердженого наказом



Міністерства охорони здоров'я України від 10 липня 2013 року № 585. Як вбачається зі змісту вказаного акту медична допомога особам, які живуть з ВІЛ, надається спеціалізованими закладами охорони здоров'я у особливих випадках і має цілу низку спеціальних медичних заходів. З точки зору можливості надання такої допомоги в місцях несвободи, вважаємо за необхідне звернути увагу на те, що вона передбачає необхідність планової госпіталізації, яка не завжди може бути забезпечена в медичних закладах Державної кримінально-виконавчої служби, а також передбачає виконання вимоги про конфіденційність інформації, яка містить персональні дані, у тому числі дані про стан здоров'я.

Взагалі право на отримання інформації про стан власного здоров'я, а також медичну інформацію є одним з найважливіших у сфері охорони здоров'я, тим більш якщо мова йде про місця несвободи, де інформаційний простір та обіг інформації за замовчуванням є обмеженим.

Кримінально-виконавчий кодекс України лише з 2016 року отримав норму, яка певною мірою врегулювала питання медичної інформації. Так, частина 6 ст. 116 КВК встановлює, що за розголошення лікарської таємниці медичні працівники та інші особи установи виконання покарань, яким у зв'язку з виконанням професійних обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя засудженого до позбавлення волі, несуть цивільну, адміністративну або кримінальну відповідальність згідно із законом. І далі, частина 7 визначає, що засудженим до позбавлення волі жінкам гарантується право не надавати інформацію та не проходити огляд у зв'язку з історією її репродуктивного здоров'я. За вимогою жінки їй має бути забезпечено проведення медичного огляду (обстеження) лікарем-жінкою. Під час медичного огляду може бути присутнім лише медичний персонал, крім випадків, коли лікар вважає, що існують виняткові обставини, або коли лікар просить працівників установи виконання покарань бути присутніми з міркувань безпеки, або коли засуджена особа просить про це.

Отже, законодавець одночасно визначає декілька складових права на медичне обслуговування і включає в нього безпосереднє право на надання медичної допомоги, право на отримання медичної інформації і збереження її таємниці, а також право на конфіденційність під час надання медичних послуг. Як бачимо ці питання лежать в етичній площині. Європейський досвід під час визначення рівня і належності забезпечення медичних послуг для засуджених, характеризує пенітенціарну медицину за кількома напрямками. Сюди входять рівень медичних послуг, гігієна та охорона здоров'я, лікарська таємниця, медичні консультації, ведення медичної документації і забезпечення доступу до неї, а також інші етичні питання [Охорона здоров'я та медична етика в пенітенціарних установах / Посібник для медичного персоналу пенітенціарних установ та іншого персоналу, відповідального за стан здоров'я засуджених та ув'язнених. Андрес Лехтметс Йорг Понт. – Рада Європи. - 2016. – 78 с.].

Стосовно пенітенціарної медицини відзначають, що першочерговим завданням лікаря чи іншого медперсоналу пенітенціарної установи є забезпечення та підтримання належного рівня здоров'я та самопочуття засуджених та ув'язнених. Дотримання фундаментальних прав засуджених та ув'язнених передбачає надання їм профілактичного лікування та медичної допомоги еквівалентних тим, що надаються решті населення. Медичні послуги для засуджених та ув'язнених осіб також мають безпосереднє відношення до запобігання жорстокому поводженню. Невідповідний рівень медичного обслуговування може швидко призвести до ситуацій, які підпадають під визначення «нелюдське або таке, що принижує гідність, поводження». Неприпустимо зобов'язувати засуджених та ув'язнених залишатися в місцях, де вони не можуть отримати належного лікування через відсутність відповідних закладів, або якщо такі заклади відмовляються прийняти їх. Європейський суд з прав людини визнавав порушення статті 3 Європейської конвенції з прав людини (ЄКПЛ) в подібних ситуаціях. [там же – стор. 8].

В цьому зв'язку слід зазначити, що вітчизняна пенітенціарна медицина, а особливо надання медичної допомоги особам, які живуть з ВІЛ та хворим на інші тяжкі хвороби, знаходяться на неналежному рівні. Це відбувається навіть незважаючи на ті зміни в законодавстві, які відбулися останнім часом.

Реформування системи надання медичної допомоги в місцях позбавлення волі на було остаточно завершено в 2018 році. Через це виникали питання надання медичної допомоги в слідчих ізоляторах та колоніях. Так, до юриста приймальні УГСПЛ в Чернігові звернулися особи, з повідомленням про те, що у Чернігівському слідчому ізоляторі припинили давати протитуберкульозні та антиретровірусні лікарські засоби. Така ситуація склалася у зв'язку з реформуванням системи охорони здоров'я ДКВС України та створенням ДУ «Центр охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України». Аптека була опечатана, лікарські засоби не передані ДУ "Центр охорони здоров'я". Після звернення до Регіонального координатора взаємодії з громадськістю Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини в Чернігівській області та прокуратури Чернігівської області ситуацію з видачею лікарських засобів було врегульовано.

В 2017 році Наказ від 15.08.2014 № 1348/5/572 «Про затвердження Порядку організації надання медичної допомоги засудженим до позбавлення волі» зазнав змін, відповідно до яких медичні обстеження (огляди) засуджених, проводяться поза межами чутності і (якщо медичний працівник не бажає іншого в кожному конкретному випадку) поза межами видимості немедичного персоналу. Появлення такої норми у Наказі є важливим кроком, який забезпечує умови конфіденційності під час надання медичної допомоги засудженим і, в кінцевому підсумку, може сприяти більш якісному здійсненню лікування. З точки зору забезпечення прав осіб, які тримаються в місцях несвободи, і особливо хворих засуджених, то

дотримання умов конфіденційності при наданні медичних послуг відповідає міжнародній практиці та стандартам, зокрема, рекомендаціям Європейського комітету з питань запобігання катуванням чи нелюдському або такому, що принижує гідність, поводженню чи покаранню щодо медичних служб у в'язницях. Цей документ встановлює, що ув'язненим слід надати можливість доступу до медичного обслуговування на конфіденційній основі. Але така загальна рекомендація не визначає засобів та механізмів забезпечення конфіденційності. В Рекомендаціях наведений приклад можливого забезпечення конфіденційності. В п. 34 зазначено, що конфіденційність може бути забезпечена, наприклад, шляхом надсилання повідомлення медичному працівнику у заклеєному конверті. Окрім цього, персонал закладу не повинен намагатися контролювати і сортувати запити стосовно лікарської консультації [CPT/Inf(93)12-part Медичні служби у в'язницях/ Витяг з Третьої Загальної доповіді, опубліковано 1993 року. – Електронний ресурс. – Заголовок з екрану. – Режим доступу: <https://rm.coe.int/16806ce942>]. На жаль, вітчизняне законодавство, яке регулює надання медичної допомоги особам, що знаходяться в місцях несвободи, не містить відповідних положень. Цитований вище Наказ, обмежується загальною вказівкою на те, що медичні послуги можуть надаватися наодинці і поза межами чутності/ видимості немедичного персоналу. Що ж до інших варіантів конфіденційного спілкування з медичним працівником, то таких механізмів і гарантій законодавство не надає.

Навпаки, ведучи мову про доступ до медичної інформації та інформації про стан здоров'я, Наказ в п. 24 закріплює, що документи, що містять відомості про стан здоров'я засудженої особи та надання їй необхідної медичної допомоги, повинні зберігатися з додержанням умов, що гарантують конфіденційність цих відомостей. Порядок доступу до медичної документації персоналу УВП визначається окремим наказом керівника цієї установи. На неналежність цього положення вже звертали увагу експерти та

правозахисники: він (Наказ) не містить жодних гарантій невтручання немедичним персоналом у медичну документацію, гарантій захисту права на конфіденційність інформації про власне здоров'я, зокрема і ВІЛ статусу [Проміжний альтернативний звіт Української Гельсінської спілки з прав людини щодо виконання рекомендацій, наданих Комітетом ООН проти катувань за результатами розгляду шостої періодичної доповіді України (CAT/C/UKR/6)/ А. Б. Блага, О. А. Мартиненко, І.О. Теличкін, В.О. Човган; за заг. ред. А. П. Буценка: Науково-практичне видання / Українська Гельсінська спілка з прав людини. – К., КИТ, 2015. – 34 с. з іл.. – с. 29].

Це положення, крім іншого, залишає надто великий простір для регулювання доступу до медичної інформації з боку адміністрації відповідної установи. Фактично, керівник установи має дискретні повноваження у питанні визначення порядку доступу до інформації про стан здоров'я, яка, відповідно до 286 ЦК України, має статус таємної. Такий стан правового регулювання доступу до медичної інформації щодо осіб, які знаходяться в місцях несвободи не може бути визнаний належним.

Відповідно до статті 285 ЦК України повнолітня фізична особа має право на достовірну і повну інформацію про стан свого здоров'я, у тому числі на ознайомлення з відповідними медичними документами, що стосуються її здоров'я. Це право є одним з фундаментальних в питанні медичного забезпечення осіб, які знаходяться в місцях несвободи. Особливо актуальним воно є для осіб, які живуть з ВІЧ, та хворим на інші тяжкі хвороби. Але відомчі нормативні акти містять положення, які дають відповідним посадовим особам можливість суттєвого звуження обсягу цього права. Так, підпункт 12 пункту 4 «Надання амбулаторної медичної допомоги засудженим» Наказу від 15.08.2014 № 1348/5/572 «Про затвердження Порядку організації надання медичної допомоги засудженим до позбавлення волі» передбачає, що довідки про звільнення від роботи, рецепти та інша медична документація на руки засудженим не видаються. Це одна з форм фіксації та зберігання інформації про стан здоров'я особи і

вона є такою, що має потенціал до зловживань з боку персоналу установ виконання покарань. Наведена редакція норми Наказу може створити умови, за яких отримання засудженим інформації про власний стан здоров'я може стати утрудненим.

Треба відзначити, що чинне національне законодавство під час регулювання питань медичного забезпечення осіб, які живуть з ВІЛ, та хворих на інші тяжкі хвороби і які знаходяться в місцях несвободи містить багато подібних норм. Зокрема, законодавство взагалі не містить спеціального регулювання відносин, які виникають у зв'язку з наданням медичних послуг особам, які живуть з ВІЛ або хворі на інші тяжкі хвороби і які знаходяться в місцях несвободи. Це тим більш дивно, що проблеми захворюваності на ВІЛ, туберкульоз та інші тяжкі хвороби давно набули системних ознак і ставлять осіб, які знаходяться в місцях несвободи повною мірою до групи ризику відносно можливості захворювання на вказані хвороби.

Дані біоповедінкових досліджень, проведених у 2009, 2011 та 2013 роках, фіксують слабку тенденцію щодо зниження рівня поширеності ВІЛ-інфекції серед засуджених, які відбувають покарання в УВП: з 15% у 2009 р. до 11% у 2013 р. Показник поширеності ВІЛ-інфекції серед жінок майже вдвічі вищий (18%), ніж серед чоловіків (10%). Відмінності між групами значимі на рівні 1%. Порівняно з попередніми роками, цей розрив значно зменшився, зокрема за рахунок зниження частки ВІЛ-інфікованих серед засуджених-жінок (з 33% у 2011 до 18% у 2013 році), тоді як рівень поширеності ВІЛ серед засуджених-чоловіків залишився на тому ж рівні.

Детальніший аналіз засвідчив, що на зниження рівня поширеності ВІЛ-інфекції серед жінок не вплинули особливості вибірки 2013 р., а саме збільшення кількості жіночих УВП [Поширеність ВІЛ-інфекції та ризикованої поведінки серед засуджених. Аналітичний огляд за результатами біоповедінкових досліджень 2009, 2011, 2013 років. – стор. 5] Спираючись на ці дані можна впевнено стверджувати те, що за 5 років, що минули з часу проведення дослідження у питаннях правового регулювання

надання медичних послуг особам, які живуть з ВІЛ, або тим, що хворіють на інші тяжкі хвороби та утримуються в місцях несвободи, відбулися певні зміни, але вони не вплинули на стан медичного обслуговування вказаних осіб. Отже, законодавство змінилося, а практика - ні.

Серед нормативних актів, які спрямовані на врегулювання порядку та умов надання медичної допомоги особам, які живуть з ВІЛ та утримуються в місцях несвободи, можна виділити такі:

- Наказ Міністерства юстиції від 15.08.2014 № 1348/5/572 «Про затвердження Порядку організації надання медичної допомоги засудженим до позбавлення волі». Наведемо основні тези цього акту: Наказ визначає основні положення щодо надання медичної допомоги засудженим, а також формулює засади виявлення та лікування ВІЛ/СНІД і туберкульозу. При проведенні первинного медичного огляду, повного медичного обстеження в дільниці карантину діагностики та розподілу, профілактичного медичного огляду, направленні до лікарняного закладу із засудженими проводиться співбесіда з питань профілактики інфекційних захворювань, у тому числі ВІЛ/СНІДу, та пропонується проведення тестування на ВІЛ-інфекцію за згодою засудженого, яка фіксується у формі первинної облікової документації. Усі ВІЛ-інфіковані, які прибувають до УВП, беруться на диспансерний облік відповідальним за перед- та післятестове консультування медичним працівником, який призначається наказом начальника УВП. Після встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції лікарем-інфекціоністом спільно з медичним працівником медичної частини УВП, який відповідає за перед- та післятестове консультування, визначаються показання для призначення антиретровірусної терапії та вживаються заходи, передбачені Порядком взаємодії закладів охорони здоров'я, територіальних органів внутрішніх справ, установ виконання покарань і слідчих ізоляторів у частині забезпечення послідовності

диспансерного спостереження за ВІЛ-позитивними особами, здійснення клініко-лабораторного моніторингу за перебігом хвороби та проведення антиретровірусної терапії, затвердженим наказом Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства внутрішніх справ України та Міністерства юстиції України від 05 вересня 2012 року № 692/775/1311/5, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 19 вересня 2012 року за № 1615/21927. Медична допомога ВІЛ-інфікованим надається відповідно до Порядку організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10 липня 2013 року № 585. Як видно, регулювання порядку надання медичної допомоги особам, які живуть з ВІЛ/СНІД або хворих на туберкульоз орієнтоване на формальну сторону питання, при цьому робиться посилення на інші нормативні акти, які встановлюють узагальнену форму медичної допомоги таким особам. Це не самий оптимальний шлях, зважаючи на масштаби проблеми лікування таких осіб та розповсюдження небезпечних та інфекційних захворювань через місця несвободи. В посібнику з медичної етики в пенітенціарних установах зазначено, що першочерговим завданням лікаря чи іншого медперсоналу пенітенціарної установи є здоров'я та самопочуття засуджених та ув'язнених. Дотримання фундаментальних прав засуджених та ув'язнених передбачає надання їм профілактичного лікування та медичної допомоги еквівалентних тим, що надаються решті населення [Охорона здоров'я та медична етика в пенітенціарних установах / Посібник для медичного персоналу пенітенціарних установ та іншого персоналу, відповідального за стан здоров'я засуджених та ув'язнених. Андрес Лехтметс Йорг Понт. – Рада Європи. - 2016. – 78 с., стр. 8]. Неважко помітити значну різницю в концептуальних підходах до медичної допомоги засудженим. З одного боку формальний і незацікавлений у пацієнті підходи



вітчизняного законодавця і практика і з іншого, - підхід, спрямований на лікування і підтримання хворого і запобігання розповсюдженню небезпечних хвороб як серед засуджених, так і серед членів вільного суспільства.

- Наказ Міністерства юстиції України від 21.03.2013 № 499/5 «Про затвердження Переліку закладів охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України». Нормативний акт визначає перелік медичних закладів з числа відомчих, які можуть надавати допомогу засудженим. Фактично акт встановлює не стільки конкретні заклади, скільки їх функціональне призначення та сферу діяльності. Перелік не містить спеціальних закладів для ВІЛ/СНІД-інфікованих осіб.
- Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.08.2005 N 415 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію»; цей документ носить програмний характер та має за мету надання добровільної консультативної допомоги населенню стосовно шляхів поширення ВІЛ-інфекції та профілактики інфікування, сприяння прийняттю добровільного інформованого рішення щодо тестування на ВІЛ, визначення ВІЛ-статусу людини, підтримка подальшої безпечної щодо інфікування ВІЛ поведінки, отримання своєчасної медичної допомоги: обстеження на туберкульоз, інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), опортуністичні інфекції та їх лікування, своєчасний початок антиретровірусної терапії (АРТ), профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ, послуг з планування сім'ї та всебічної підтримки (в тому числі за принципом "рівний-рівному"). Він не є спеціально орієнтованим на осіб, які знаходяться в місцях несвободи і розповсюджується на невизначене коло осіб.

- Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 12.07.2010 р. № 551, яким затверджений «Клінічний протокол антиретровірусної

терапії (АРТ) ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків». Цей акт, крім суто протокольної частини, містить формулювання основних засад лікування, догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ, (далі – ЛЖВ) в Україні. До них Наказ відносить такі заходи: АРТ повинна призначатися для усіх пацієнтів, які мають медичні показання та висловили бажання лікуватися, не обмежуючи доступ до лікування для споживачів ін'єкційних наркотиків (далі - СІН), у тому числі тих, які отримують замісну підтримуючу терапію (далі - ЗПТ); працівників комерційного сексу; чоловіків, які мають секс з чоловіками (далі - ЧСЧ); ув'язнених та інших соціально уразливих груп населення (виділено автором – М.Р.) , а також пацієнтів з ко-інфекціями: вірусний гепатит/ВІЛ, туберкульоз/ВІЛ. Прийняття рішення про призначення АРТ не повинно залежати від політичних або соціальних чинників. Програми антиретровірусного лікування повинні передбачати обов'язкове надання комплексної, всебічної допомоги та підтримки, необхідних для кожного пацієнта, з урахуванням його індивідуальних потреб, способу життя та особливостей поведінки. Супровід ВІЛ-інфікованих пацієнтів має бути комплексним, зосередженим на потребах пацієнтів, здійснюватися систематично, від моменту встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції. Лікування ВІЛ-інфікованих пацієнтів включає широкий спектр видів медичної допомоги. Наприклад для СІН має бути передбачений доступ до наркологічної/психіатричної допомоги, ЗПТ, реабілітаційних програм, спрямованих на відмову від споживання наркотичних речовин, програм зменшення шкоди, а також надання соціально-психологічної допомоги. Організація супроводу ВІЛ-інфікованих пацієнтів здійснюється командою фахівців та спеціалістів, що включає, але не обмежується лікарем - медичною сестрою – соціальним працівником (кейсменеджером) – консультантом за принципом «рівний-рівному».

Спеціалізована медична допомога дорослим та підліткам з діагнозом – ВІЛ-інфекція надається через мережу спеціалізованих закладів, які повинні бути укомплектовані необхідним обладнанням та персоналом. На сьогодні кваліфікована та спеціалізована медична допомога надається в обласних та міських центрах профілактики та боротьби зі СНІДом, Кримському республіканському центрі профілактики та боротьби зі СНІДом, клініці ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім.Л.В.Громашевського НАМН України», кабінетах інфекційних захворювань та кабінетах «Довіра», інфекційних відділеннях, що спеціалізовані з лікування ВІЛ-інфекції. Дотримання режиму прийому ліків, формування та підтримка прихильності до лікування є запорукою успіху лікування та розглядаються як невід’ємні складові програми АРТ. Пріоритетними заходами у цьому напрямку є: навчання пацієнтів, постійна допомога пацієнтам та контроль прихильності до лікування. Залучення спільнот ЛЖВ до організації АРТ є вкрай важливим для забезпечення ефективності лікування хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД. Медичний супровід ВІЛ-інфікованих дорослих та підлітків, початок та проведення АРТ здійснюють відповідно до Клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків. Таким чином, порядок надання медичної допомоги ЛЖВ визначений на рівні відповідного нормативного акту.

Свого часу колишня Державна пенітенціарна служба України звітувала, що основними бар’єрами для виконання запланованих показників профілактики та протидії захворюванню на ВІЛ/СНІД, вірусні гепатити та інші тяжкі хвороби, є брак фінансування на проведення таких заходів із Державного бюджету; брак тест-систем у центрах профілактики та боротьби з СНІД для тестування на ВІЛ-інфекцію та вірусне навантаження; - брак відділень для лікування ВІЛ-інфікованих; - відсутність у закладах охорони здоров’я ДКВС України лабораторної бази для діагностики ВІЛ-інфекції та

визначення ступеня імунодефіциту; брак взаємодії у лікуванні ВІЛ-інфікованих між Міністерством охорони здоров'я та ДКВС України. В сукупності всі наведені фактори створюють ситуацію, яка може бути інтерпретована як така, що має ознаки жорстокого поводження. Таких випадків практика виконання покарань знає дуже багато. Наприклад, у жовтні 2016 року в Івано-Франківській установі виконання покарань № 12 засудженому протягом чотирьох місяців не надавалася медична допомога. Засуджений скаржився на захворювання вуха та потребував термінового хірургічного втручання. За фактом порушення навіть було відкрито кримінальне провадження за ст. 139 КК України (ненадання медичної допомоги хворому медичним працівником). Інший постраждалий – засуджений, який утримувався у Бучанській виправній колонії протягом останніх трьох років. Весь цей час він перебував у лікарні – хворів на СНІД останньої стадії та низку супутніх хвороб. Коли стан його здоров'я погіршився настільки, що він вже не міг перебувати в установі виконання покарань, адвокат цього засудженого разом із правозахисниками звернувся спочатку до адміністрації колонії, а потім – і до суду із клопотанням про звільнення засудженого з-під варти у зв'язку із хворобою. Суд відмовив у його звільненні, хоча усі необхідні підстави мали місце у цій справі. У Хмельницькому СІЗО вірує інша проблема – не надають медичну допомогу в'язням, які хворіють на туберкульоз. Їх невчасно обстежують і невірно фіксують відомості про видачу протитуберкульозних препаратів, незаконно переривають лікування препаратами усупереч вказівкам лікарів. У червні 2016 року до Хмельницького СІЗО приїжджали з моніторинговою місією представники секретаріату Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини. Моніторингова місія зафіксувала ряд порушень, але при цьому подальше розслідування вчинених порушень у ході кримінального провадження не здійснюється [Овдієнко Г. В. Захист від катувань та поганого поводження, юрисконсульт. – Електронний ресурс. – Режим

доступу: <https://helsinki.org.ua/zahyst-vid-katuvan-ta-pohanoho-povodzhennya/>.

За даними, що наведені у Щорічній доповіді Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини про стан дотримання прав і свобод людини і громадянина в Україні 2018 рік у 2017 році ситуація не змінилась. Так у доповіді зафіксований наступний випадок порушення прав. Працівниками Відділу в ході відвідування ДУ “Чернівецька установа виконання покарань (№ 33)” було встановлено, що К. (на момент відвідин перебував у зазначеній установі) з 25.04.2016 хворіє на туберкульоз у поєднанні з ВІЛ-інфекцією. За направленням комунальної медичної установи “Чернівецький міський протитуберкульозний диспансер” 22.12.2016 К. було встановлено діагноз: “ВІЛ-інфекція, заразна форма мультирезистентного туберкульозу” (“ВІЛ-інфекція. Мультирезистентний туберкульоз (25.04.2016) Позалегеновий туберкульоз (бронхопультмональних лімфатичних вузлів) Дестр -, МБТ +, МГ-, К +, Резист I + (HRZES), Резист II -, Гіст 0, Категорія 4, Когорта 2 (2016)”), рекомендовано відновити тимчасовий паліатив та призначено лікування протитуберкульозними препаратами II ряду до 140 доз. За результатами аналізу від 27.12.2016 в мокротинні К. виявлено мікобактерії туберкульозу, а отже К. хворів на заразну форму туберкульозу та був епідемічно небезпечний для оточуючих.

За два місяці лікування в комунальній медичній установі “Чернівецький міський протитуберкульозний диспансер” (з грудня 2016 по лютий 2017) К. отримав 15 доз препаратів з 68 необхідних, а отже належного лікування хворого не здійснювалось.

23.02.2017 К. був затриманий працівниками Чернівецького відділу поліції ГУНП у Чернівецькій області та того ж дня він був доставлений до комунальної медичної установи “Чернівецький міський протитуберкульозний диспансер”. За результатами огляду К. та з урахуванням наявної медичної документації (незважаючи на відсутність адекватного протитуберкульозного лікування) лікарем комунальної

медичної установи “Чернівецький міський протитуберкульозний диспансер” було надано висновок про наявне захворювання у К. та про те, що К. може триматись в умовах ізолятора тимчасового тримання та установи виконання покарань. Даний висновок суперечить вимогам статті 10 Закону України “Про протидію захворюванню на туберкульоз”, де передбачено, що хворим на заразні форми туберкульозу забезпечується госпіталізація до протитуберкульозних закладів.

В даному випадку ні ізолятор тимчасового тримання ГУНП в Чернівецькій області, ні медична частина ДУ “Чернівецька установа виконання покарань (№33)” не являються протитуберкульозними закладами, а отже надання висновку, що, будучи хворим на заразну форму туберкульозу, К. може утримуватись в зазначених місцях несвободи (з урахуванням необхідності лікування протитуберкульозними препаратами II ряду та забезпечення інфекційного контролю), суперечить вимогам Закону України “Про протидію захворюванню на туберкульоз”. Зазначені дії лікаря унеможливили надання К. належної спеціалізованої медичної допомоги та сприяли виникненню нових випадків інфікувань та захворювань на туберкульоз осіб, які мали безпосередній контакт із К. [Щорічна доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини про стан дотримання прав і свобод людини і громадянина в Україні 2018 рік. – Електронний ресурс. – Режим доступу: <http://www.ombudsman.gov.ua/ua/page/secretariat/docs/presentations/&page=3> ].

### **Міжнародний досвід забезпечення права на медичну допомогу для осіб, які тримаються в місцях несвободи.**

Як зазначалося в Загальній доповіді 1993 року Європейського комітету з питань запобігання катуванням чи нелюдському або такому, що принижує гідність, поводженню чи покаранню: медичні служби для позбавлених волі осіб є об’єктом, який має безпосереднє відношення до повноважень

Комітету у запобіганні катуванням. Недостатній рівень медичних служб може призвести до ситуації, що може бути охарактеризована як нелюдське або таке, що принижує гідність, поводження.

Європейський суд з прав людини має велику практику щодо фіксації випадків катувань, пов'язаних з ненаданням або неналежним наданням медичної допомоги засудженим, в тому числі особам, які живуть з ВІЛ/СНІД. Тому протягом 2018 року у рамках реалізації проекту “Розвиток мережі правової допомоги людям, що живуть з ВІЛ/СНІД, уразливим до зараження ВІЛ та хворим на туберкульоз” юристи УГСПЛ надали допомогу у супроводі та подачі трьох заяв до ЄСПЛ: Логвіненко проти України, Гончарук проти України, Стріхарь проти України.

Подані заяви спираються на попередню практику розгляду справ ЄСПЛ. Серед найбільш відомих справи – Луньов проти України, Сергій Антонов проти України тощо. У вказаних рішеннях Суд неодноразово наголошував, що держава повинна забезпечити тримання особи під вартою в умовах, які відповідають принципу поваги до її людської гідності, а спосіб і метод позбавлення свободи не завдають їй душевного страждання чи труднощів, які б перевищували невідворотний рівень страждання, притаманний триманню під вартою, і щоб з урахуванням практичних вимог ув'язнення належним чином забезпечувалися охорона здоров'я такої особи та її благополуччя. В обох рішеннях Суд встановив наявність порушення ст. 3 Конвенції і визнав наявність жорстокого і нелюдського поводження. Причому у кожній з названих справ, формально медична допомога була надана. Засуджені були оглянуті, їм був наданий доступ до лікаря, але потім, у зв'язку з різними причинами, належна медична допомога засудженим не була надана. Досліджуючи конкретні обставини справи, Суд зазначав, що «належність» медичної допомоги залишається найбільш важким елементом для визначення. При його оцінці Суд встановлював, що сам факт огляду ув'язненого лікарем та призначення йому певного виду лікування автоматично не може призвести до висновку, що медична допомога була

належною (див. згадане рішення у справі «Хумматов проти Азербайджану» (Hummatov v. Azerbaijan), п. 116). Органи влади повинні також забезпечити докладне документування стану здоров'я ув'язненої особи та його або її лікування протягом ув'язнення (див. рішення у справі «Худобін проти Росії» (Khudobin v. Russia), заява № 59696/00, п. 83, ECHR 2006-XII (витяги)), оперативність та точність діагнозу і лікування (див. рішення у справі «Мельник проти України» (Melnik v. Ukraine), заява № 72286/01, пп. 104-106, від 28 березня 2006 року, та згадане рішення у справі «Хумматов проти Азербайджану» (Hummatov v. Azerbaijan), п. 115), а за умови, коли це викликано медичним станом, - регулярність та систематичність нагляду та наявність плану терапевтичних заходів з метою лікування хвороб ув'язненого або запобігання їхньому ускладненню, а не усунення симптомів (див. рішення у справі «Попов проти Росії» (Popov v. Russia), заява № 26853/04, п. 211, від 13 липня 2006 року, та згадане рішення у справі «Хумматов проти Азербайджану» (Hummatov v. Azerbaijan), пп. 109 та 114). Державні органи влади також повинні довести, що було створено умови, необхідні для фактичного надання призначеного лікування (див. рішення у справі «Голомійов проти Молдови» (Golomiov v. Moldova), заява № 30649/05, п. 117, від 7 листопада 2006 року, та згадане рішення у справі «Хумматов проти Азербайджану» (Hummatov v. Azerbaijan), п. 116). У той же час обов'язок держави вилікувати тяжко хворого ув'язненого є обов'язком вжиття засобів, а не досягнення результату (критерій належної старанності) (див. рішення у справі «Гожінашвілі проти Грузії» (Goginashvili v. Georgia), заява № 47729/08, п. 71, від 4 жовтня 2011 року). Фактично Суд у вказаних рішеннях визначив критерії «належності» медичної допомоги в місцях несвободи. Ними є:

- забезпечення докладного документування стану здоров'я ув'язненого та його або її лікування протягом ув'язнення. Цей критерій безпосередньо пов'язаний з правом засудженого на інформацію про стан його здоров'я. Докладність, на нашу думку, може бути «розшифрована» як повнота,



достовірність та можливість перевірити належне документування та лікування.

- оперативність та точність діагнозу і лікування. У зв'язку з цим критерієм необхідно в законодавстві визначати конкретні строки для огляду та надання допомоги особам, які тримаються в місцях несвободи. Це є особливо важливим для тих осіб, які хворіють на ВІЛ/ СНІД, туберкульоз або інші тяжкі хвороби. Вважаємо, що у питаннях оперативності і своєчасності у адміністрацій місць несвободи немає і не може бути ніяких перешкод, оскільки особи, які в них тримаються знаходяться під повним контролем таких адміністрацій. А тому і забезпечити можливість діагностування та надання допомоги є, зазвичай, доступною справою.

- регулярність та систематичність нагляду та наявність плану терапевтичних заходів з метою лікування хвороб ув'язненого або запобігання їхньому ускладненню, а не усунення симптомів (за умови, коли це викликано медичним станом). Зрозуміло, що це питання виконання медичного протоколу, але знов таки, зважаючи на те, що засуджений (або інша особа, яка тримається в місцях несвободи) завжди «під рукою», виконання цієї вимоги для медичного працівника не повинне складати проблеми і він повинен намагатися допомогти та вилікувати особу.

- створення умов, необхідних для фактичного надання призначеного лікування. Нажаль сьогодні для пенітенціарної системи України цей критерій залишається недосяжним. Проблема недофінансування і байдужого ставлення для ув'язнених призводить до того, що умови для надання лікування відсутні майже у всіх вітчизняних установах.

- обов'язок держави вилікувати тяжко хворого ув'язненого є обов'язком життя засобів, а не досягнення результату (критерій належної старанності). Цей критерій також вказує на необхідність створення комплексу умов і виконання заходів, які мають на меті реальну допомогу ув'язненим, а не лише буквальне дотримання формальних вимог законодавства (якщо закон вимагає оглянути, - оглянемо, але без намагання досягнути реальних

наслідків такого огляду). Тобто медичні працівники, працюючи з ув'язненим, повинні діяти, орієнтуючись на настання реальних наслідків своїх дій, спрямовуючи медичну допомогу на те, щоб всебічно підтримати хворого і створити умови для його одужання.

В своїх рішеннях Суд спеціально уточнює, що статтю 3 Конвенції не можна тлумачити як таку, що гарантує кожному ув'язненому медичну допомогу на рівні «найкращих закладів охорони здоров'я» (див. ухвалу щодо прийнятності у справі «Мірілашівілі проти Росії» (*Mirilashivili v. Russia*), заява № 6293/04, від 10 липня 2007 року). Суд також зазначив, що «готовий прийняти аргумент про те, що загалом ресурси медичних установ пенітенціарної системи обмежені порівняно з ресурсами закладів охорони здоров'я» (див. рішення у справі «Грішин проти Росії» (*Grishin v. Russia*), заява № 30983/02, п. 76, від 15 листопада 2007 року). Але цю тезу не можна розглядати як таку, що дає можливість пробачати недоліки установам, в яких тримаються ув'язнені. Ця теза означає, що установи, надаючи медичну допомогу, виходять зі своїх можливостей, але в їх межах діють з максимально можливою ефективністю, дотримуючись не лише нормативних актів та формальних вимог, а й принципів професійної етики, гуманізму та спрямовуючи свою діяльність на допомогу. Зрозуміло, що все це оціночні категорії. Але саме так і рекомендує діяти Суд. На думку провідних юристів Європи, під час надання медичної допомоги ув'язненим необхідно виходити з конкретних і реальних умов, які і повинні бути основним рухомим важелем, що зумовлює зміст та «інтенсивність» допомоги відповідній особі. Таке розуміння змісту медичної допомоги, і зокрема, допомоги особам, які живуть з ВІЛ/СНІД, є вкрай важливим і таким, що повинно бути основоположним, оскільки формальний критерій у вітчизняних місцях несвободи зазвичай виконується.

Це можна побачити, звернувшись до нормативних актів. Нормативи в галузі охорони здоров'я в Україні забезпечені цілою низкою ратифікованих міжнародних документів, зокрема, такими як Міжнародний пакт про

економічні, соціальні і культурні права, Конвенція про права інвалідів, Конвенція про права дитини, Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод, Європейська соціальна хартія. Національне законодавство базується передусім на Конституції України, законах України, серед яких провідну роль відіграє Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», постановах Кабінету Міністрів України, відомчих нормативно-правових актах. Всі ці акти формулюють основні підходи та засади до охорони здоров'я, в тому числі осіб, які живуть з ВІЛ/СНІД. Їм вторить Конституція України, яка визначає, що людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю. Ця декларація підтримана в цілій низці нормативних актів. Відповідно до ст. 4 Основ законодавства «Про охорону здоров'я» основними принципами охорони здоров'я в Україні є визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України; дотримання прав і свобод людини і громадянина в сфері охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій. І таких прикладів багато. Загалом вітчизняне законодавство відповідає міжнародним нормативним актам в частині правового регулювання, а точніше декларування прав на охорону здоров'я і медичних прав громадян. Однак реальний стан речей і практичне втілення правових норм свідчить про те, що охорона здоров'я, в тому числі тих, хто тримається в місцях несвободи і особливо осіб, які живуть з ВІЛ/СНІД знаходяться на досить низькому рівні, поступово перетворюючись у системну проблему. І все це відбувається на тлі чіткого визначення законом, що особи, які живуть з ВІЛ/СНІД та особи, які належать до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, користуються всіма правами та свободами, передбаченими Конституцією та законами України, іншими нормативно-правовими актами України. Держава гарантує надання всім людям, які живуть з ВІЛ, та особам, які належать до груп підвищеного ризику

інфікування ВІЛ, рівних з іншими громадянами можливостей для реалізації їхніх прав, зокрема в частині можливості адміністративного та судового захисту своїх прав. Дискримінація особи на підставі наявності в неї ВІЛ-інфекції, а також належності людини до груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ забороняється. Дискримінацією вважається дія або бездіяльність, що у прямий чи непрямий спосіб створює обмеження, позбавляє належних прав особу або принижує її людську гідність на підставі однієї чи кількох ознак, пов'язаних з фактичною чи можливою наявністю в неї ВІЛ, або дає підстави віднести особу до груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ.

Досвід міжнародно-правового регулювання цієї групи правовідносин і практика їх реалізації, свідчить про те, що особи, які живуть з ВІЛ/ СНІД і тримаються в місцях несвободи у так званих розвинутих країнах, мають значно більший рівень забезпечення своїх медичних прав і захищеності. Основним принципом організації медичної допомоги в таких країнах є положення про те, що ув'язнені мають право на таке саме медичне обслуговування, як і все інше населення. Цей принцип тісно пов'язаний з основними правами особи.

Обсяг надання медичної допомоги у європейських країнах включає такі напрями: доступ до лікаря; згода пацієнта і конфіденційність; профілактика захворювань; професійна незалежність медичних працівників та їх професійна компетентність. Всі перераховані напрями застосовуються і до ув'язнених, які живуть з ВІЛ/ СНІД. Специфікою надання медичної допомоги таким особам є те, що вони потребують постійної, систематичної та безперервної допомоги, причому допомоги не лише медикаментозної, але й психологічної. Причому одночасно з цим, міжнародні стандарти передбачають, що не існує жодних медичних показань для сегрегації ув'язненого і тримання його в ізоляції на підставі того, що він є ВІЛ-інфікованим.

Стосовно профілактичних заходів, пов'язаних з медичним обслуговуванням ЛЖВ, то медична служба в місцях несвободи повинна регулярно поширювати інформацію про заразні захворювання (особливо про такі, як гепатит, СНІД, туберкульоз, тощо) як серед ув'язнених, так і серед персоналу місць несвободи. Поширення такої інформації не повинно носити негативний характер, а мати суто інформаційно-попереджувальний настрій. Потрібно коректно організовувати медичний контроль за тими особами, з якими ув'язнений має постійні контакти (особи, які разом з ним перебувають у приміщеннях, персонал відповідного місця несвободи, постійні відвідувачі).

Доповідь ЄКЗК 1993 року містить рекомендацію щодо захворювання на СНІД, згідно якої слід надавати відповідну підтримку психолога як до, так, в разі необхідності, і після обслідування. Персонал в'язниці повинен проходити постійну підготовку з питань превентивних заходів та поведінки по відношенню до ВІЛ-інфікованих. Персонал також повинен отримати відповідні інструкції про недопущення дискримінації осіб чи розголошу конфіденційної інформації.

Підсумовуючи, можна стверджувати, що міжнародно-правове регулювання і досвід надання медичної допомоги особам, які живуть з ВІЛ/СНІД та знаходяться в місцях несвободи мають певні сталі правила, які, з одного боку, враховують особливості стану здоров'я таких осіб, а з іншого не створюють зайвих дискримінаційних умов поводження або тримання для них. До таких можна віднести:

- Надання кваліфікованої медичної допомоги на рівні вільних осіб, в тому числі з можливістю обрання лікаря; це є загальним правилом, яке включає в себе необхідність забезпечення з боку місця несвободи регулярних амбулаторних консультацій, невідкладну медичну допомогу того, можливість залучення інших фахівців, якими місце несвободи не укомплектоване, але які можуть стати у потребі для надання допомоги конкретній особі. Зважаючи на те, що у багатьох

випадках для забезпечення лікування недостатньо ініціативи з боку ув'язненого, потрібно забезпечити доступний та простий механізм залучення необхідних медичних фахівців персоналом відповідного місця несвободи. Кожного разу, коли виникає потреба госпіталізувати ув'язнену особу чи здійснити спеціальне обстеження в умовах лікарні, транспортування ув'язнених пацієнтів повинне здійснюватись у такі строки та за таких умов, як того вимагає стан їхнього здоров'я.

- Забезпечення конфіденційності та дотримання правил щодо доступу до інформації про стан здоров'я ув'язненого. Особи, які живуть з ВІЛ/СНІД є дуже чутливими до інформації про стан їхнього здоров'я і до самої можливості розповсюдження такої інформації. Крім того, інформація про стан здоров'я може стати інструментом маніпуляції та впливу на особу, яка знаходиться в місцях несвободи. Саме тому міжнародна практика йде шляхом забезпечення того, щоб розголошення медичної таємниці в місцях несвободи не мало місця, так само, як і взагалі в практиці суспільного життя. Відповідальність за зберігання медичних карток пацієнтів покладається на лікаря. Всі медичні обстеження ув'язнених (як відразу по прибутті, так і пізніше) повинні здійснюватись у такий спосіб, щоб немедичний персонал не міг чути, а по можливості й спостерігати за обстеженням. Окрім цього, позбавлені волі особи повинні проходити обстеження не групами, а в індивідуальному порядку.
- Забезпечення проведення обов'язкових процедур (тестування, АРТ, госпіталізація тощо) для тих, хто таких процедур потребує. Зважаючи на те, що особи, які живуть з ВІЛ/СНІД нерідко потребують специфічного лікування, систематичного нагляду і підтримуючих заходів, в місцях несвободи необхідно організувати доступ до таких заходів. Їх повинні забезпечувати або самі місця несвободи, або залучати до виконання заходів фахівців з інших установ. Як зазначено у вітчизняних нормативних актах з цього приводу: спеціалізована

медична допомога дорослим та підліткам з діагнозом – ВІЛ-інфекція надається через мережу спеціалізованих закладів, які повинні бути укомплектовані необхідним обладнанням та персоналом [- Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 12.07.2010 р. № 551, яким затверджений «Клінічний протокол антиретровірусної терапії (АРТ) ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків»]. Міжнародні рекомендації встановлюють, що медичні служби в місцях позбавлення волі повинні бути в змозі забезпечити медичну допомогу та лікування, а також відповідну дієту, фізіотерапію, реабілітацію чи будь-який інший спеціальний догляд на такому ж рівні, який пропонується пацієнтам в цивільних медичних закладах. Повинна бути передбачена забезпеченість лікарським, допоміжним медичним і технічним персоналом а також бути надані відповідні приміщення, обладнання і устаткування. Повинен бути забезпечений відповідний нагляд за розподілом ліків та медичних препаратів, а підготовка медичних препаратів має доручатись виключно кваліфікованому персоналу (фармацевту, медичній сестрі тощо). Отже, місця несвободи повинні бути належним чином забезпечені або, як мінімум, мати постійні зв'язки з відповідними фахівцями і залучати їх без зволікання.

- Надання психологічної та інформаційної допомоги та підтримки таким особам. Персонал в'язниці повинен проходити постійну підготовку з питань превентивних заходів та поведінки по відношенню до ВІЛ-інфікованих. Персонал також повинен отримати відповідні інструкції про недопущення дискримінації осіб чи розголосу конфіденційної інформації.
- Здійснення коректних профілактичних заходів, в тому числі спрямованих на інформування інших осіб про особливості розповсюдження таких хвороб, їх протікання та лікування. Цей напрям діяльності є вкрай важливим, оскільки дуже часто зустрічаються ситуації, коли особи, що живуть з ВІЛ/ СНІД

залишаються в ізоляції, зумовленої тим, що інші люди намагаються уникати контактів з ВІЛ-інфікованими, побоюючись можливості захворіти. Це коло може бути розірвано лише у тому випадку, якщо постійно проводити відповідні інформаційні кампанії, інформуючи широкий загал, а в місцях несвободи тих, хто не є інфікованим, про основні шляхи отримання ВІЛ-інфекції, групи ризику та профілактичні заходи. У цьому зв'язку фахівці з питань надання медичної допомоги в пенітенціарних установах зазначають: необхідно постійно залучати до освітніх та навчальних програм щодо ВІЛ/ СНІД, ТБ та гепатиту В і С усю спільноту пенітенціарної установи: засуджених та ув'язнених, працівників та адміністрацію пенітенціарної установи, осіб, для яких характерна та нехарактерна ризикована поведінка. Програми повинні містити відомості щодо етіології та патогенезу відповідних інфекційних захворювань, їхнього протікання, симптомів, діагностики та лікування, а особливо, щодо шляхів і способів передачі, шляхів уникнення передачі, способів захисту себе та інших, засобів із зниження шкоди і порядку дій після можливого зараження. На них також необхідно запрошувати на добровільну конфіденційну консультацію та діагностику. Проте інформація щодо засобів зниження шкоди і діагностування, якщо вони взагалі надаються і є доступними у пенітенціарній установі, є лише запобіжною. Частотність регулярних освітніх і навчальних заходів з цієї проблеми повинна залежати від частоти зміни засуджених та ув'язнених і працівників пенітенціарної установи, а також важливості збереження актуальності знань і свідомості із даної теми [Андрес Лехтметс, Йорг Понт. Охорона здоров'я та медична етика в пенітенціарних установах/ Посібник для медичного персоналу пенітенціарних установ та іншого персоналу, відповідального за стан здоров'я засуджених та ув'язнених. 2016, стор. 50].



З іншого боку, необхідно суворо дотримуватися конфіденційності щодо стану здоров'я відповідних осіб і не розповсюджувати таку інформацію серед тих, хто не має до неї відношення.

- Недискримінація осіб, які живуть з ВІЛ/ СНІД і знаходяться в місцях несвободи; йдеться про відсутність сегрегації, обмеження прав та можливостей для таких осіб. Європейський комітет з запобігання катуванням сформулював беззаперечне правило: не існує жодних медичних показань для сегрегації ув'язненого і тримання його в ізоляції на підставі того, що він є ВІЛ-інфікованим.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що міжнародні стандарти щодо забезпечення прав осіб, які живуть з ВІЛ/ СНІД і знаходяться в місцях несвободи, орієнтовані на твердження про рівність прав таких осіб і необхідність забезпечення для них належних умов тримання та надання медичної допомоги. Принаймні не гіршої, ніж вони могли би отримувати на волі.

### **Існуючі проблеми доступу до медичної допомоги в місцях несвободи.**

Беручи до уваги, що кількість осіб, які живуть з ВІЛ в місцях несвободи, за деякими даними в двадцять п'ять разів перевищує їх кількість на волі, можна сміливо стверджувати, що відповідна сфера правового регулювання і правозастосування повинна зазнати суттєвих змін та перегляду підходів у роботі з особами, які живуть з ВІЛ [Андрес Лехтметс, Йорг Понт. Охорона здоров'я та медична етика в пенітенціарних установах/ Посібник для медичного персоналу пенітенціарних установ та іншого персоналу, відповідального за стан здоров'я засуджених та ув'язнених. 2016. Стор. 47]

Розглядаючи питання забезпечення прав осіб, які живуть з ВІЛ, в місцях несвободи, вважаємо за необхідне виділити, власно кажучи, основні проблемні зони цієї групи людей, з якими вони стикаються.

### **Вважаємо, що найбільші складнощі у ЛЖВ викликають:**

**По-перше**, дотримання конфіденційності з боку персоналу місць несвободи. Такі порушення отримують свій прояв у ненаданні або неповному наданні інформації самому хворому або в недотриманні вимог щодо розповсюдження і надання доступу третіх осіб до інформації про стан здоров'я хворого. Під час моніторингових візитів до багатьох місць несвободи (кримінально-виконавчих установ Державної кримінально-виконавчої служби, установ і місць Національної поліції, Державної прикордонної служби тощо) були виявлені непоодинокі випадки коли інформація щодо стану здоров'я людини ставала інструментом маніпуляції. Наприклад, інформацію про те, що засуджений має позитивний ВІЛ, використовували як засіб тиску на особу з метою примусити її діяти в певний спосіб, погрожуючи розповсюдити таку інформацію, що потягне за собою ізоляцію та відчуження засудженого, неприйняття його до колективу інших засуджених. Крім іншого, наведений приклад є прямим порушенням вимог Закону «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ». Стаття 13 цього закону встановлює: відомості про результати тестування особи з метою виявлення ВІЛ, про наявність або відсутність в особі ВІЛ-інфекції є конфіденційними та становлять лікарську таємницю. Медичні працівники зобов'язані вживати необхідних заходів для забезпечення належного зберігання конфіденційної інформації про людей, які живуть з ВІЛ, та захисту такої інформації від розголошення та розкриття третім особам. І далі Закон визначає випадки передачі та розкриття такої інформації, серед яких вказано, що передача медичним працівником таких відомостей дозволяється лише: особі, стосовно якої було проведено тестування, а у випадках тестування неповнолітніх, недієздатних та позбавлених батьківського піклування, - батькам чи іншим законним представникам такої особи; іншим медичним працівникам та закладам охорони

здоров'я - винятково у зв'язку з лікуванням цієї особи; іншим третім особам - лише за рішенням суду в установлених законом випадках. Передача вказаних відомостей іншим медичним працівникам та закладам охорони здоров'я допускається виключно за наявності усвідомленої інформованої згоди людини, яка живе з ВІЛ, на передачу таких відомостей, наданої в письмовому вигляді, і лише для цілей, пов'язаних з лікуванням хвороб, зумовлених ВІЛ, та у разі, якщо поінформованість лікаря щодо ВІЛ-статусу пацієнта має істотне значення для його лікування. Як зазначено в доповідях Офісу Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини, ВІЛ/СНІД-статус кожної особи є суто конфіденційною інформацією, про це, за бажанням хворого, може знати лише лікуючий лікар. Однак часто мають місце випадки непрофесійного ставлення до виконання своїх обов'язків медичним персоналом і не обґрунтованого розголошення лікарської таємниці. Це передусім свідчить про те, що головна норма – конфіденційність – ще недостатньо закріплена у практиці надання медичної допомоги ВІЛ-ув'язненим [Стан забезпечення права на медичну допомогу у слідчих ізоляторах Державної пенітенціарної служби України: Спеціальна доповідь з питань реалізації національного превентивного механізму / Уповноважений Верховної Ради України з прав людини: Офіційне видання. – К., 2013. – 88 с., стор. 33].

Інший приклад це ненадання особі інформації (повністю або частково) про стан її здоров'я. Як ми вказували вище, Наказ Міністерства юстиції «Про затвердження Порядку організації надання медичної допомоги засудженим до позбавлення волі» встановлює, що довідки про звільнення від роботи, рецепти та інша медична документація на руки засудженим не видаються. Наведена редакція Наказу дає адміністрації змогу тлумачити його розширено та не надавати засудженим медичну документацію взагалі. Такий стан справ суперечить вимогам про

конфіденційність інформації про стан здоров'я ув'язненого та про його право на отримання інформації про власний стан здоров'я.

**По-друге**, серед проблем можна назвати, неналежні медичні огляди осіб, які живуть з ВІЛ/ СНІД. Такі порушення зазвичай проявляються в тому, що засуджені під час приймання до установ виконання покарань не отримують всебічного і ретельного огляду, їх не завжди ставлять на відповідний облік, як таких хто потребує спеціальних заходів лікування або підтримання. Трапляються випадки, коли особи не проходять необхідних процедур тестування, а також не отримують необхідної антиретровірусної терапії. Останні випадки складають значну проблему, оскільки відповідно до Клінічного протоколу антиретровірусна терапія (далі - АРТ) є обов'язковою складовою комплексної медичної допомоги ВІЛ-інфікованим, оскільки ефективна АРТ призводить до суттєвого зниження захворюваності та смертності, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією. Метою АРТ є максимальне пригнічення реплікації ВІЛ, відновлення функції імунної системи, подовження та підвищення якості життя ВІЛ-інфікованих, попередження розвитку СНІД-асоційованих захворювань та передачі ВІЛ.

Виходячи з цього, ненадання АРТ або надання її неналежним чином може призвести до серйозних наслідків і мати негативний вплив на здоров'я відповідної людини. У справі Логвіненко проти України ЄСПЛ ретельно вивчив факти пов'язані з наданням медичної допомоги засудженому, який мав ВІЛ-інфекцію, туберкульоз та інші супутні інфекційні хвороби, і у підсумку в. п. 77 Рішення дійшов до висновку, беручи до уваги відсутність комплексного підходу до медичного нагляду за станом заявника та лікування від туберкульозу і ВІЛ-інфекції, а також про незабезпечення загальних умов ув'язнення, які розумною мірою були б пристосовані для його видужання, Суд вважає, що на виконання свого обов'язку за статтею 3 Конвенції стосовно заявника державні органи не зробили того, що можна було б

обґрунтовано від них очікувати. Як наслідок, заявника було піддано нелюдському і такому, що принижує гідність, поводженню.

До речі, цей недолік (ненадання або неповне надання АРТ) визначений як системний під час проведення моніторингових візитів Уповноваженим Верховної Ради з прав людини. У доповіді за 2016 рік зазначено, що неналежний рівень обстеження ув'язнених на ВІЛ-інфекцію та надання медичної допомоги хворим на ВІЛ/СНІД; переривання лікування високоактивною антиретровірусною терапією ув'язнених, які мають ВІЛ-позитивний статус є одним з найпоширеніших недоліків в сфері надання медичної допомоги засудженим. Такі факти були виявлені при відвідуванні моніторами Кіровоградської виправної колонії (№ 6). Зокрема, виявлено факт переривання в лікуванні високоактивною антиретровірусною терапією ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД в'язнів. Крім того, проблеми, пов'язані з наданням АР-терапії виникають і у зв'язку з браком професіоналів-медиків. Згідно з чинним законодавством АРВ-терапія призначається лікарями-інфекціоністами, які пройшли курси тематичного удосконалення з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу у вищих медичних навчальних закладах післядипломної освіти та за наявності відповідних результатів аналізів імунної системи та клінічного стану ВІЛ-інфікованої особи з необхідними медичними показниками. Насамперед викликає стурбованість відсутність кадрового потенціалу лікарів-інфекціоністів. Залучення лікарів-інфекціоністів територіальних закладів охорони здоров'я розв'язує проблему частково [Стан забезпечення права на медичну допомогу у слідчих ізоляторах Державної пенітенціарної служби України: Спеціальна доповідь з питань реалізації національного превентивного механізму / Уповноважений Верховної Ради України з прав людини: Офіційне видання. – К., 2013. – 88 с., стор. 33].

У доповіді Уповноваженого Верховної Ради України було зазначено, що ці проблеми продовжують існувати і протягом 2017 року. За

результатами моніторингу стану дотримання права на медичну допомогу в ізоляторах тимчасового тримання засвідчили про певні проблемні питання у цьому напрямі, зокрема, що не повністю укомплектовано медичні аптечки або в них зберігаються ліки з простроченим терміном придатності. Спеціальні аптечки для ВІЛ-інфікованих в більшості установ взагалі відсутні. Також у доповіді зафіксовано, що працівники територіальних органів поліції та ізоляторів тимчасового тримання НП України мають низький рівень володіння вимогами спільного наказу МОЗ, МВС, Мінюсту, Державної служби України з контролю за наркотиками від 22.10.2012 № 821/937/1549/5/156 та наказу МОЗ, МВС, Мінюсту від 05.09.2012 № 92/775/1311/5 в частині порядку дій щодо забезпечення безперервності лікування осіб, які потребують замісної підтримувальної терапії або антиретровірусної терапії. Більшість працівників поліції не знає про те, куди необхідно повідомити стосовно затримання особи, яка має бути забезпечена препаратами ЗПТ чи АРТ. [Щорічна доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини про стан дотримання прав і свобод людини і громадянина в Україні 2018 рік. – Електронний ресурс. – Режим доступу: <http://www.ombudsman.gov.ua/ua/page/secretariat/docs/presentations/&page=3> ]

**По-третє**, систематичними проблемами вітчизняних місць несвободи є несвоєчасне надання медичної допомоги та недостатній її рівень, відсутність лікарських препаратів, необґрунтоване зволікання при прийнятті рішень за запитами про госпіталізацію засуджених тощо.

Як зазначено у доповіді Офісу Уповноваженого Верховної Ради з прав людини, яка підготовлена за результатами моніторингових візитів до місць несвободи в 2016 році, та у Щорічній доповіді Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини про стан дотримання прав і свобод людини і громадянина в Україні 2018 рік найбільш поширеними недоліками у сфері надання медичної допомоги в'язням були наступні:

неукомплектованість посад лікарів у медичних частинах установ, що тягне за собою некомпетентність при наданні допомоги та проведенні обстежень; незадовільний рівень організації надання медичної допомоги ув'язненим, зокрема, відсутність стаціонарів та інфекційних ізоляторів. Цей недолік призводить до того, що хворі ув'язнені нерідко тримаються в одних приміщеннях із здоровими в'язнями; умови тримання в більшості стаціонарних камерах-палатах та інфекційних ізоляторах медичних частин установ виконання покарань не сприяють одужанню та реабілітації хворих осіб. Цей недолік також є системним і неодноразово ставав підставою для встановлення фактів катувань відносно ув'язнених. Наприклад, в Кіровоградській виправній колонії (№ 6) за 10 місяців 2016 року з діагнозом туберкульоз до спеціалізованих туберкульозних лікарень при установах Держаної кримінально-виконавчої служби України було направлено 32 хворих, що свідчить про неблагополучну санітарно-епідемічну ситуацію в установі. В ході моніторингових візитів виявлено медичні препарати, термін придатності яких закінчився: у Кіровоградській виправній колонії (№ 6) - препарати високоактивної антиретровірусної терапії.

Прикладом неналежної медичної допомоги для ЛЖВ є встановлення ситуації у Черкаському слідчому ізоляторі, при якій обстеження ув'язнених на ВІЛ-інфекцію взагалі не здійснювалося. При цьому, зазначене пояснювалося начальником медичної частини установи вакантною посадою фельдшера-лаборанта та небажанням медичних працівників “витрачати час на те, за що їм не платять” [Моніторинг місць несвободи в Україні: стан реалізації національного превентивного механізму. Доповідь за 2016 рік].

Ще одним фактором, який можна віднести до проблем у справі забезпечення прав осіб, які живуть з ВІЛ/ СНІД в місцях несвободи, є наявність у таких осіб так званої ризикової поведінки. Як зазначено у дослідженні, присвяченому медичній етиці при наданні медичної

допомоги в місцях несвободи, - в пенітенціарних установах спостерігається висока концентрація осіб із поведінкою, що підвищує ризик інфікування через внутрішньовенне вживання наркотиків, спільне використання засобів для ін'єкцій, татуювання інструментами спільного користування і незахищений нерозбірливий секс. Головною причиною епідемії ВІЛ у пенітенціарних установах є внутрішньовенне вживання наркотиків, проте було б помилковим виключити можливість передачі статевим шляхом [Андрес Лехтметс, Йорг Понт. Охорона здоров'я та медична етика в пенітенціарних установах/ Посібник для медичного персоналу пенітенціарних установ та іншого персоналу, відповідального за стан здоров'я засуджених та ув'язнених. 2016. Стор. 47].

З боку адміністрацій відповідних місць несвободи спостерігається байдуже ставлення (а іноді навпаки, сприяння) до поширення ризикових форм поведінки з боку ув'язнених. Хоча практика пенітенціарної діяльності у різних країнах має багато прикладів успішного зменшення випадків ризикової поведінки та факторів, які її провокують. Але першим кроком на шляху покращення стану надання медичної допомоги і забезпечення прав ЛЖВ, які знаходяться в місцях несвободи, є визнання державою того факту, що проблема існує і що вона має різновекторну спрямованість. Це і невдалі дії з боку самої держави в особі її уповноважених органів, це і неякісна медична допомога, а іноді її відсутність, це і недофінансування як медичних закладів, так і більшості місць несвободи. Вказані вище дослідники називають цей крок – «прийняття табу-реалій». Вони вказують, що керівництво пенітенціарних установ та політики у всьому світі не бажають прийняти і визнати факт наявності наркотиків, наркозалежності і сексуальної активності у пенітенціарних установах із остраху, що громадська думка покладе відповідальність на них. Проте, поки ці явища залишаються забороненою темою, буде складно, навіть неможливо, запровадити належні заходи проти передачі вірусів у пенітенціарній установі [Андрес



Лехтметс, Йорг Понт. Охорона здоров'я та медична етика в пенітенціарних установах/ Посібник для медичного персоналу пенітенціарних установ та іншого персоналу, відповідального за стан здоров'я засуджених та ув'язнених. 2016. стор. 49].

Названими проблемами не вичерпуються ті складнощі, які сьогодні існують при наданні медичної допомоги ЛЖВ в місцях несвободи. Серйозність ситуації поглиблюється тим, що на карту поставлене здоров'я людини. Причому йдеться не лише про здоров'я тих, хто живе з ВІЛ/ СНІД, а й тих, хто знаходиться в тісному контакті з ними, а також всіх без виключення вільних людей, оскільки ЛЖВ, які тримаються в місцях несвободи, з таких місць звільняються і потрапляють в умови вільного суспільства.

Більшість з окреслених проблем медичної допомоги ЛЖВ час від часу стають предметом розгляду судових інстанцій. І якщо на національному рівні зазвичай такі особи не можуть знайти захисту та підтримки, то Європейський суд з прав людини, як ми вказали вище, неодноразово констатував наявність порушень Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод і притягав Україну до виконання сатисфакції.

В той же час не можна сказати, що пенітенціарна система України не здійснює жодних заходів для покращення ситуації. Стосовно правового регулювання цієї сфери, можна стверджувати, що основні напрями діяльності щодо надання медичної допомоги ЛЖВ національним законодавством врегульовані. Безумовно постає питання якості такого регулювання і тут ми вимушені визнати, що його якість залишається низькою і поза межами уваги законодавця залишається багато питань, а головне, - механізмів реалізації тих положень, які справляють враження прогресивних. Крім того, ті акти, які прийняті також часто не відповідають міжнародним стандартам та проголошеному принципу гуманізму і поваги до людської гідності. Суперечать вони і праву на

якісну медичну допомогу, праву на конфіденційність і захист медичної інформації.

Експерти правозахисних організацій, вивчаючи питання щодо протидії СНІДу у пенітенціарних установах, вказують, що основний засіб боротьби зі СНІДом у пенітенціарній системі – маніпуляції зі статистикою. До подібних висновків приходили громадські монітори неодноразово, відвідуючи установи виконання покарань і фіксуючи численні порушення законодавства про медичне забезпечення особливо по відношенню до ЛЖВ. Причому офіційна статистика Державної кримінально-виконавчої служби, зазвичай, залишалася значно заниженою. Так, відповідно до офіційної статистики спостерігається тенденція до поступового зниження кількості ВІЛ-інфікованих засуджених [Поширеність ВІЛ-інфекції та ризикованої поведінки серед засуджених. Аналітичний огляд за результатами біоповедінкових досліджень 2009, 2011, 2013 років. Аналітичний огляд виконано Демченко І.Л., канд. екон. наук, на замовлення Управління ООН з наркотиків та злочинності (Програмний офіс в Україні); Аналітичний звіт за результатами кабінетного дослідження «Секторальна політика України з попередження поширення ВІЛ-інфекції серед засуджених та осіб, що взяті під варту»]. Але інші, більш незалежні, джерела фіксують зростання кількості ВІЛ-інфікованих, як стали тенденцію країн східної Європи [Андрес Лехтметс, Йорг Понт. Охорона здоров'я та медична етика в пенітенціарних установах/ Посібник для медичного персоналу пенітенціарних установ та іншого персоналу, відповідального за стан здоров'я засуджених та ув'язнених. 2016. 47 стор; Основний засіб боротьби зі СНІДом у пенітенціарній системі – маніпуляції зі статистикою. – Електронний ресурс. – режим доступу: <http://khpg.org/index.php?id=1362510162>]. Вказані дослідження дають змогу сформулювати висновок, що навіть якщо поставити під сумнів достовірність даних, які надані незалежними джерелами, все ж таки один

висновок залишиться незмінним. Так, дослідники відзначають: надаючи офіційну інформацію Кіровоградському відділенню ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», Державна пенітенціарна служба повідомила, що протягом 2012 року кількість ВІЛ-позитивних засуджених та ув'язнених скоротилася. З 6910 (на 01.01.2012) до 6479 (на 01.01.2013). При цьому офіційний сайт ГПтСУ, містить абсолютно інші цифри. Станом на 01.01.2013 року сайт повідомляє, що кількість ВІЛ-позитивних людей, взятих на облік, складає 6957 чоловік. Сумна статистика каже, що майже кожна третя смерть в кримінально-виконавчих установах була викликана СНІДом. СНІД залишається головною причиною смертності в системі виконання покарань. При цьому на свободі головною причиною смертності є серцево-судинні хвороби. СНІД і туберкульоз займають 4-5 місце [Основний засіб боротьби зі СНІДом у пенітенціарній системі – маніпуляції зі статистикою/ - Електронний ресурс. – Режим доступу: <http://khpg.org/index.php?id=1362510162> ].

І хоча наведені дані є застарілими така тенденція спостерігається і нині. Все це свідчить про надмірно великі розбіжності, непослідовність та суперечність офіційних даних, що, в свою чергу, наводить на думку про ненадійність офіційної статистики.

Першим кроком на шляху усунення наведених проблем, на нашу думку, повинно стати вдосконалення правового регулювання і нормативно-правових актів, які регулюють порядок надання медичної допомоги взагалі, і допомоги ЛЖВ зокрема. Розпочати потрібно з основного і найбільш фундаментального акту, який регулює питання надання медичної допомоги засудженим, це – Кримінально-виконавчий кодекс. Причому доцільно сформулювати окрему норму, яка стане спеціальним законом щодо регулювання надання медичної допомоги ЛЖВ, а також хворим на інші тяжкі та небезпечні хвороби.

**Тому пропонуємо внести змін до КВК шляхом доповнення його тексту ст. 116-1 наступного змісту:**

Стаття 116-1 Порядок надання медичної допомоги особа, які живуть з ВІЛ, а також особам, які хворіють на інші тяжкі або небезпечні хвороби.

1. Під час тримання засуджених в дільниці карантину, діагностики і розподілу і за наявності інформації про те, що засуджений хворіє на ВІЛ/ СНІД, іншу тяжку або небезпечну хворобу, медичні працівники установи зобов'язані здійснити комплекс спеціальних заходів, спрямованих на встановлення стану здоров'я засудженого, виявлення його потреб і визначення курсу лікування.
2. До комплексу спеціальних заходів, вказаного в частині першій цієї стаття входять: повний медичний огляд, проведення тестування та інших діагностичних процедур, необхідних для визначення реального стану здоров'я засудженого, з'ясування необхідності застосування АРТ для осіб, які живуть з ВІЛ, з'ясування епідеміологічного фону і можливості тримання таких осіб разом з здоровими засудженими, з'ясування необхідності диспансеризації або направлення на стаціонарне лікування хворих засуджених або необхідності залучення інших медичних фахівців, крім тих, які є в штаті відповідної установи.
3. За результатами проведеного комплексу спеціальних заходів, медичний працівник медичної частини складає висновок, в якому відображає встановлену інформацію щодо стану здоров'я засудженого, необхідного для нього курсу лікування, застосування АРТ для осіб, які живуть з ВІЛ, а також щодо необхідності диспансеризації або направлення засудженого у медичний заклад для проходження стаціонарного лікування.
4. Протягом трьох робочих днів з моменту отримання висновку медичного працівника медичної частини, адміністрація установи в порядку передбаченому чинним законодавством забезпечує виконання тих рекомендацій, на виконання яких отримана письмова згода засудженого. У разі необхідності більш тривалого

проміжку часу для виконання висновку, адміністрація установи забезпечує його виконання у більший термін, але в строк, який не повинен перевищувати семи робочих днів з моменту отримання такого висновку. Протягом строку на виконання висновку медичного працівника медичної частини, засуджений тримається у відповідній дільниці з урахуванням його стану здоров'я і умов безпеки перебування серед здорових засуджених.

5. Інформація про стан здоров'я засудженого є конфіденційною. Вона формується в історію хвороби засудженого, яка зберігається в медичній частині і може бути надана у порядку, визначеному законодавством за запитом відповідних органів або медичних закладів, а також надана самому засудженому. У разі надання інформації засудженому, вона видається під розпис протягом трьох днів з моменту запиту засудженого у виді довідки, висновку або витягу з історії хвороби. Надання інформації іншим особам здійснюється в порядку, передбаченому чинним законодавством України.
6. Забороняється поміщувати і тримати засуджених, які живуть з ВІЛ і не є небезпечними у зв'язку зі своїм станом здоров'я для здорових осіб, в одиночні камери та інші ізольовані приміщення на підставі того, що такий засуджений є ВІЛ-інфікованим.

**Аналогічні норми доцільно сформулювати у всіх профільних підзаконних актах, які стосуються тримання осіб в місцях несвободи.**

Вважаємо за доцільне внести зміни в Порядок організації надання медичної допомоги засудженим до позбавлення волі. Зокрема, п. 10 розділу І «Загальні положення» визначає, що медичні обстеження (огляди) засуджених, проводяться поза межами чутності і (якщо медичний працівник не бажає іншого в кожному конкретному випадку) поза межами видимості немедичного персоналу. На нашу думку, вказаний пункт не є досконалим, оскільки він покладає на медичного працівника не властиві йому функції,

зокрема, необхідність визначення умов проведення огляду, - в межах видимості, чи поза межами видимості для немедичного персоналу. Замість зосередження на наданні медичної допомоги. Медичний працівник повинен брати участь в заходах, які спрямовані на забезпечення режиму відбування покарання. Такий підхід не є виправданим. Більш правильною та коректною з точки зору умов надання медичної допомоги буде така редакція: медичні обстеження (огляди) засуджених, проводяться поза межами чутності і видимості немедичного персоналу. За виключенням випадків, коли з метою забезпечення безпеки медичний працівник вимагає залишити засудженого, що оглядається в межах видимості немедичного персоналу.

Пункти 12, 13 того ж розділу визначають строки, протягом яких медичний працівник повинен підготувати документи для допуску обраного засудженим лікаря та строки безпосереднього допуску лікаря до засудженого. Вважаємо чинну редакцію Наказу неприйнятною з огляду на те, що вона не містить можливості розрахувати прогнозований строк допуску лікаря. Так, пункт 12 встановлює, що у разі звернення засудженого до лікаря закладу охорони здоров'я ДКВС з проханням про допуск обраного лікаря медичний працівник закладу охорони здоров'я ДКВС *протягом однієї доби* готує медичну довідку про стан здоров'я засудженого та запит до керівництва установи виконання покарань (далі - УВП). Зі змісту наведеного положення неможливо встановити з якого моменту відраховується доба, яка відведена на оформлення документів і що відбувається після спливу цієї доби.

Пункт 13 вказує на те, що керівництво УВП забезпечує допуск лікаря до засудженого протягом трьох робочих днів після представлення обраним лікарем паспорта громадянина, документа про освіту та сертифіката спеціаліста. Така редакція також не є прийнятною, оскільки, по-перше, не встановлено, який час проходить з моменту обрання засудженим лікаря до вивчення наданих лікарем документів особистих документів, а по-друге, незрозумілим є сам строк у три робочі дні, які необхідні для допуску лікаря

до засудженого. Навіщо адміністрації три робочі дні і чим вона наповнює цей час? Зважаючи на те, що своєчасність медичної допомоги нерідко буває найважливішим фактором у всьому процесі лікування, термін в три доби може стати іноді і фатальним.

**На нашу думку, редакція розглянутих пунктів повинна бути такою:**

12. у разі звернення засудженого до лікаря закладу охорони здоров'я ДКВС з проханням про допуск обраного лікаря медичний працівник закладу охорони здоров'я ДКВС протягом однієї доби з *моменту звернення засудженого*, готує медичну довідку про стан здоров'я засудженого та запит до керівництва установи виконання покарань (далі - УВП). Довідка та запит повинні бути передані керівництву установи не пізніше наступного робочого дня, після їх підготовки.

13 Отримавши довідку та запит про допуск обраного засудженим лікаря, керівництво УВП забезпечує його допуск протягом двох робочих днів з моменту отримання довідки та запиту. Під час безпосереднього допуску лікаря до засудженого уповноважений працівник УВП перевіряє у лікаря паспорт громадянина, документа про освіту та сертифіката спеціаліста.

Запропонована редакція дає змогу, у разі активних дій з боку засудженого і лікаря, забезпечити допуск обраного лікаря і, відповідно, надання медичної допомоги протягом трьох робочих днів.

Потребує уточнення п. 24 розділу 1 Наказу. В ньому встановлено, що документи, що містять відомості про стан здоров'я засудженої особи та надання їй необхідної медичної допомоги, повинні зберігатися з додержанням умов, що гарантують конфіденційність цих відомостей. Порядок доступу до медичної документації персоналу УВП визначається окремим наказом керівника цієї установи. Друге речення цього пункту потребує уточнення, метою якого повинно стати більш точне визначення меж правового регулювання наказу про доступ до медичної інформації

персоналу УВП і уникнення можливості для розширеного тлумачення повноважень керівника установи в цьому питанні. Пропонуємо викласти друге речення п. 24 розділу 1 Наказу в такій редакції: порядок доступу до медичної документації персоналу УВП визначається окремим наказом керівника цієї установи з урахуванням положень законодавства про конфіденційність такої інформації, обмеження щодо її використання, забезпечення недискримінації засуджених, щодо яких наявна медична документація, а також про відповідальність за розголошення, надання або ненадання такої інформації, неналежне її використання або використання з метою, яка відрізняється від медичної.

Крім того, потребує уточнення п. 12 розділу 4 Наказу «Амбулаторна допомога». На нашу думку, цей пункт може обмежувати видання на руки засудженого лише тієї документації, яка має обіг в середні УВП. Тобто оформлюється лише з метою забезпечення документообігу самої установи і не відноситься до фактів, які можуть мати юридичні або інші наслідки для засудженого за межами установи. Дійсно, до такої документації можуть бути віднесені, наприклад, довідки про звільнення від роботи. Але вся інша документація повинна міститися в медичній документації засудженого і видаватися на його запит на руки. Пояснити це можна тим, що у такій документації наявна інформація про порядок лікування засудженого, препарати, які йому призначалися і умови, в яких він тримався в цей час в установі. Тому редакція 12 повинна бути такою: Медична документація щодо засудженого може бути видана йому на руки за його письмовим запитом під розпис. Довідки про звільнення від роботи, які адресовані структурним підрозділам УВП і не відносяться до медичної документації на руки засудженим не видаються.

**Можливості захисника/адвоката при вирішенні питань отримання медичної допомоги для осіб, які живуть з ВІЛ і тримаються в місцях несвободи.**



Зважаючи на те, що адвокат є однією з тих процесуальних фігур, яка здатна впливати на здійснення і зміну правовідносин, пов'язаних з триманням особи в місцях несвободи, а також враховуючи, що медичні права ув'язнених є одними з найбільш вразливих з точки зору можливості їх порушення і відсутності ефективних механізмів їх захисту і забезпечення, саме питання забезпечення прав в сфері надання медичних послуг потребує уважного і прискіпливого відношення з боку адвоката. Тому, надаючи правову допомогу, адвокат повинен обов'язково стежити за дотриманням медичних права ув'язнених.

Виходячи з окреслених вище проблем, які існують в сфері забезпечення прав осіб, які живуть з ВІЛ під час їх знаходження в місцях несвободи, вважаємо за можливе звернути увагу на окремі моменти, які потребують обов'язкового опрацювання адвокатом.

Перше питання, яке підлягає обов'язковому з'ясуванню, це питання про те, чи потрібна ув'язненому медична допомога. Воно є ключовим і саме від відповіді на нього залежить подальший напрям дій адвоката. У зв'язку з цим, адвокат, виходячи зі своїх професійних пав та обов'язків, встановлених Законом «Про адвокатуру та адвокатську діяльність», повинен отримати від свого клієнта інформацію про те, чи наявні в нього захворювання, в тому числі хронічні, чи потребує клієнт постійного медичного догляду або медикаментозного лікування. Беручи до уваги, що нас цікавлять, перш за все, особи, які живуть з ВІЛ, отримання цієї інформації є надмірно важливим моментом. Адвокат повинен отримати від клієнта всю інформацію про його фактичний стан здоров'я, про лікування, яке він отримував під час знаходження на волі, в тому числі про необхідність АРТ, про заклад, в якому особа проходила лікування або перебувала на обліку тощо. Все це необхідно не лише з'ясувати, але й зафіксувати та підтвердити відповідними документами (копії яких адвокату доцільно, з дозволу клієнта, зберігати у себе).

І навіть якщо ув'язнений не має хвороб, фіксація цього факту є вкрай важливою, оскільки, зважаючи на умови тримання в місцях несвободи, стан здоров'я особи може погіршитися.

В світлі зазначеного вище важливим є первинний медичний огляд ув'язненого, який живе з ВІЛ. На цьому етапі адвокат повинен роз'яснити клієнту важливість первинного огляду, важливість необхідності інформування медичного працівника про наявну хворобу, її протікання та лікування, яке отримував ув'язнений і яке є прийнятним для нього, а також звернути увагу клієнта на необхідність фіксації цих фактів в медичній документації місця несвободи. Крім того, адвокат повинен пояснити клієнту зміст права на конфіденційність інформації про його стан здоров'я, про можливість доступу до такої інформації з боку третіх осіб, і про права ув'язненого на вільний доступ до лікаря і його обрання. Інформування ув'язненого про ці права надасть останньому можливість скористатися ними, або, принаймні, продемонструвати свою обізнаність працівникам місця несвободи, оскільки нерідко саме незнання своїх прав, замовчування їх з боку персоналу, приводить до нехтування ними. І навпаки, створення умов для користування правами є запорукою можливості їх реалізувати.

Якщо ув'язнений демонструє зацікавленість в користуванні медичними правами, отриманні лікування та медичної допомоги, адвокату доцільно порадити такій особі, а у разі необхідності, допомогти їй, документувати всі факти її звернення до медичного і службового персоналу місця несвободи за отриманням медичної допомоги, лікування, диспансеризації, тощо. Крім цього, адвокат надає клієнту допомогу у вирішенні питання обрання та залучення лікаря-інфекціоніста, якому довіряє ув'язнений і який є фахівцем у лікуванні ВІЛ. За дорученням клієнта адвокат здійснює дії, спрямовані на інформуванні адміністрації місць несвободи, про необхідність залучення обраного ув'язненим лікаря та сприяє у забезпеченні залучення цього лікаря адміністрацією місць несвободи. Зважаючи на те, що процедура залучення обраного ув'язненим

лікаря є доволі громіздкою та забюрократизованою, адвокат здійснює супровід цієї процедури, контролюючи її документальне оформлення та рух інформації про лікаря і його допуск між посадовими та службовими особами місця несвободи.

У разі виявлення фактів ненадання допомоги, несвоєчасного її надання або значного затягування вирішення питань щодо медичного обслуговування, адвокат має можливість подати до адміністрації відповідного місця несвободи письмове клопотання про негайне виконання відповідних зобов'язань, які стосуються надання медичної допомоги. Зрозуміло, що така дія не завжди може привести до прискорення процедур з надання медичної допомоги, але вона є необхідною з точки зору фіксації наявності порушення права ув'язненого на медичну допомогу. В цьому сенсі потрібно розрізняти два напрями роботи адвоката: перший, - це правова допомога, метою якої є забезпечення надання ув'язненому належних медичних послуг та лікування, і другий, - це оскарження дій або бездіяльності посадових та службових осіб відповідного місця несвободи. Отже, кожний з напрямів буде мати свою специфіку і свій арсенал засобів впливу на правовідносини.

Зосереджуючи зусилля на забезпечення надання ув'язненому медичних послуг належного рівня і якості, тим більше, якщо йдеться про особу, яка живе з ВІЛ, адвокату потрібно, як було зазначено вище, з'ясувати стан здоров'я клієнта, лікування, яке йому надавалося на волі і стан інформаційного забезпечення як самого ув'язненого, так і медичних працівників місць несвободи. Виходячи з зібраних даних, адвокат визначає напрями і стратегію своєї діяльності. У цю діяльність, залежно від конкретних обставин, адвокат може залучати прокурора, який здійснює нагляд за місцями виконання покарань або тих, що здійснюють процесуальне керівництво у відповідному кримінальному провадженні. Доцільним є використання впливу на існуючі порушення за допомогою

Національного превентивного механізму, функції якого здійснює в Україні Уповноважений Верховної Ради з прав людини.

Крім того, одним з актуальних напрямів діяльності адвоката, який надає послуги особам, що живуть з ВІЛ, є правова допомога при використанні дострокових підстав звільнення з місця несвободи. Це може бути клопотання про зміну запобіжного заходу щодо особи, яка тримається в СІЗО, дострокове звільнення від відбування покарання у зв'язку з хворобою засудженого тощо. В таких випадках адвокату потрібно не лише зібрати інформацію про стан здоров'я ув'язненого, але й зафіксувати порушення медичних прав, отримати інформацію про неможливість належного лікування у відповідному місці несвободи, а також підтвердження того, що перебування у місці несвободи є недоцільним з огляду на неможливість отримати позитивний ефект від реалізації його функціонального призначення (наприклад, стан здоров'я перешкоджає виконанню покарання, загрожує життю особи, суттєво зменшена суспільна небезпека и тощо). Практика використання вказаної вище інформації сьогодні існує у європейських країнах. Зазначається, що Європейський суд з прав людини, в контексті дотримання статей 2 та 3 Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод, виокремлює три складові, які необхідно розглядати під час вирішення питання про можливість звільнення засудженого за хворобою: медичний стан засудженого; адекватність медичної допомоги, яка надається в умовах утримання; доцільність утримання з огляду на стан здоров'я заявника.

*Одна із підтриманих Українською Гельсінською спілкою з прав людини в межах проекту “Розвиток мережі правової допомоги людям, що живуть з ВІЛ/СНІД, уразливим до зараження ВІЛ та хворим на туберкульоз” справ стосувалась ситуації, коли особу, що хворіла на ВІЛ, і при цьому була єдиним годувальником півторарічної дитини, утримували в СІЗО, не беручи до уваги саме ці два важливі фактори та не обираючи інший запобіжний захід. За допомогою адвоката УГСПЛ Наталії*

Гурковської (Вінниця), яка працювала в цій справі разом з призначеним від Центру БПД адвокатом вдалось досягнути зміни запобіжного заходу на такий, що не передбачає позбавлення волі. <https://nar.com.ua/2018/11/pytka-v-zakone-neizlechimo-bolnoj-nevinovnyj-otec-odinochka-poxudel-v-sizo-na-14-kilogrammov/?fbclid=IwAR2xgK9sIzZT1D6wrisECU9Icxt0yyoLpC1U5X-arzsCC9YZ9zc0xtPpdVA>

Прецедентна практика ЄСПЛ, яка підтверджує необхідність більш ретельного підходу до забезпечення медичних прав осіб, які живуть з ВІЛ і які знаходяться в місцях несвободи, є досить усталено і наявність цієї практики свідчить про ефективність зусиль, які докладають адвокати, надаючи правову допомогу ув'язненим, принаймні щодо підтвердження фактів катувань та неналежного поводження і отримання справедливої сатисфакції. Серед найбільш відомих справ ЄСПЛ можна назвати Мельник проти України (judgment of 26 March 2006), Яковенко проти України (judgment of 25 October 2007) тощо.

Підсумовуючи можна вказати, що допомога адвоката, яку він надає ЛЖВ, повинна базуватися на зборі інформації, фіксації фактів порушення або обмеження прав таких осіб, дотримання режиму конфіденційності отриманої інформації, як самим адвокатом, так і іншими особами, а також активного сприяння ЛЖВ під час залучення обраного лікаря, отримання належного лікування, АРТ, поміщення до спеціального медичного закладу.