

АНАЛІТИЧНИЙ ЗБІРНИК СУДОВОЇ ПРАКТИКИ У СФЕРІ ВІЛ/СНІДУ ТА ТУБЕРКУЛЬОЗУ В УКРАЇНІ



Аналітичний збірник судової практики у сфері ВІЛ/СНІДу та туберкульозу в Україні: практичний посібник для суддів / Програма розвитку ООН в Україні. – І.Я. Сенюта. – К., 2021. – 128 с.

Видання здійснено в рамках проекту ПРООН «Врядування з питань ВІЛ/СНІДу».

Коротка інформація про автора:

СЕНЮТА Ірина Ярославівна, д.ю.н., професор, завідувачка кафедри медичного права ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, адвокатка, голова Комітету медичного і фармацевтичного права та біоетики Національної асоціації адвокатів України, керівниця Центру медичного права Вищої школи адвокатури НААУ, членкиня Правління Європейської асоціації медичного права, президентка ГО «Фундація медичного права та біоетики України».

Програма розвитку Організації Об'єднаних Націй (ПРООН) є глобальною мережею ООН в галузі розвитку. ПРООН, допомагаючи розбудові країн, тісно співпрацює з усіма верствами суспільства, спроможними протистояти кризам, розвивати та підтримувати економічне зростання заради покращення життя кожної людини. Працюючи у 177 країнах світу, ми пропонуємо глобальне бачення з урахуванням специфіки місцевого розвитку, задля розширення прав і можливостей людей та підвищення життєздатності держав. В Україні є три головні сфери нашої діяльності в галузі розвитку: демократичне врядування та місцевий розвиток; подолання бідності, досягнення процвітання та українських Цілей розвитку тисячоліття; енергетика та навколишнє середовище. ПРООН працює в Україні з 1993 року.

Інтернет: www.undp.org.ua
www.facebook.com/UNDPUkraine

Електронна пошта: communications@undp.org.ua

Це видання підготовлене українською експерткою на замовлення Програми розвитку ООН в Україні.

Думки, висновки чи рекомендації належать авторці цього видання і не обов'язково відображають погляди ПРООН.

© Програма розвитку ООН в Україні, 2021

© Сенюта І.Я., 2021

ЗМІСТ

ПОДЯКИ	4
ВСТУП	5
УМОВНІ СКОРОЧЕННЯ	6
СЛОВНИК ОСНОВНИХ ТЕРМІНІВ	7
МІЖНАРОДНІ СТАНДАРТИ	20
ЗАКОНОДАВСТВО У СФЕРІ ВІЛ/СНІДУ ТА ТУБЕРКУЛЬОЗУ.	
СУДОВА ПРАКТИКА ОКРЕМИХ КРАЇН	37
ПРАКТИКА ЄВРОПЕЙСЬКОГО СУДУ З ПРАВ ЛЮДИНИ	45
ВІЛ/СНІД І ПРАВА ЛЮДИНИ У ПРАКТИЦІ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СУДУ З ПРАВ ЛЮДИНИ	46
ТУБЕРКУЛЬОЗ І ПРАВА ЛЮДИНИ У ПРАКТИЦІ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СУДУ З ПРАВ ЛЮДИНИ	66
НАЦІОНАЛЬНЕ ЗАКОНОДАВСТВО ТА СУДОВА ПРАКТИКА ЩОДО ВІЛ/СНІДУ І ПРАВ ЛЮДИНИ	74
I. СУДОВА ПРАКТИКА ЩОДО ЗАРАЖЕННЯ ВІЛ/СНІД	74
II. СУДОВА ПРАКТИКА ЩОДО ВІДШКОДУВАННЯ ШКОДИ	85
III. СУДОВА ПРАКТИКА ЩОДО РОЗГОЛОШЕННЯ КОНФІДЕНЦІЙНОЇ ІНФОРМАЦІЇ	92
НАЦІОНАЛЬНЕ ЗАКОНОДАВСТВО ТА СУДОВА ПРАКТИКА ЩОДО ТУБЕРКУЛЬОЗУ	
І ПРАВ ЛЮДИНИ	99
I. СУДОВА ПРАКТИКА ЩОДО ЗЛІСНОГО НЕВИКОНАННЯ ОБОВ'ЯЗКІВ ПО ДОГЛЯДУ ЗА ДИТИНОЮ І ТУБЕРКУЛЬОЗ	99
II. СУДОВА ПРАКТИКА ЩОДО ПРИМУСОВОЇ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ХВОРИХ НА ЗАРАЗНІ ФОРМИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ	102
III. СУДОВА ПРАКТИКА ЩОДО ПРОФЕСІЙНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ, ПОВ'ЯЗАНОГО З ТУБЕРКУЛЬОЗОМ.	110
IV. СУДОВА ПРАКТИКА ЩОДО РІЗНИХ ВИДІВ ПРАВОВІДНОСИН У СФЕРІ ТУБЕРКУЛЬОЗУ	114
ВИСНОВКИ	119
ДЖЕРЕЛА	122

ПОДЯКИ

Аналітичний збірник судової практики у сфері ВІЛ/СНІДу та туберкульозу в Україні підготовлений консультанткою ПРООН Іриною Сенютою.

Авторка висловлює щиру подяку зовнішнім рецензентам – членам групи з питань ВІЛ, охорони здоров'я та розвитку (ННД) в Стамбульському регіональному центрі (IRH), включаючи доктора Розмарі Кумвенду, Джона Макаулі та Тимура Абдулаєва, й Ользі Шаповаловій, начальниці відділу підготовки викладачів Національна школа суддів України, судді Верховного Суду України у відставці за поради та рекомендації при підготовці книги.

Сердечна вдячність авторки національним (Оксана Гарасимів, Ірина Каня, Христина Терешко) та зарубіжним колегам (Javier Garcia Amez, Tomasz Budnikowski, Stepan Holub), які сприяли в написанні цього видання.

Випуск публікації став можливим завдяки щедрій підтримці Стамбульського регіонального центру.

ВСТУП

Аналітичний збірник судової практики у сфері ВІЛ/СНІДу та туберкульозу в Україні покликаний стати професійним інструментом для мінімізації порушень прав людини з боку держави, зважаючи на особливий статус осіб, інфікованих ВІЛ, та осіб, які хворіють на туберкульоз. Збірник слугуватиме розробці алгоритму дій національним судовим та іншим правозастосовним органам в окресленій царині та зміцненню їхньої спроможності забезпечувати права та свободи осіб, які вступають у правовідносини, де ключовим аспектом є проблематика ВІЛ/СНІДу та туберкульозу.

Збірник поєднує доктрину та практику, аналіз міжнародних стандартів, законодавства зарубіжних країн, національних нормативних актів і практики їх застосування (а саме, національних судів, судів зарубіжних країн і практики ЄСПЛ) та рекомендації щодо більш ефективного впровадження найкращих практик в українське правозастосування, що слугуватиме захисту прав людини у сфері охорони здоров'я й утвердженню принципу верховенства права. Видання спрямоване на активізацію адвокатури з метою вдосконалення національного законодавства в цій галузі, а також на допомогу юристам, правозахисникам, сервісним і пацієнтським організаціям, медичним працівникам, сферою професійного інтересу яких є ВІЛ/СНІД, туберкульоз і права людини.

Збірник розділений на глави, в яких розкрито міжнародні, зокрема регіональні, стандарти, судову практику та законодавство окремих зарубіжних країн (Австрія, Іспанія, Нідерланди, Польща, ФРН, Чехія, Швейцарія), практику ЄСПЛ, а також національне законодавство та судову практику в досліджуваній сфері. Для зручності читачів кожен документ і судова практика мають QR-код, що оптимізує пошук необхідного матеріалу. Звертаємо увагу, що в розділі, в якому розміщено правові позиції ЄСПЛ, виокремлено у структурі прецеденту *ratio decidendi*, з метою правильного їх застосування.

Окрім того, аналіз національної судової практики проведено крізь призму дослідження рішень, які знаходяться в Єдиному державному реєстрі судових рішень, та формувались у збірник так: 1) рішення групувались за видами правовідносин і подібні тексти не дублювались, а лише позначалось їх найменування; 2) до кожної групи рішень чи окремого рішення є практичні коментарі та поради, що можуть сприяти оптимізації правозастосування. Збірник містить глосарій для кращого розуміння термінології та список скорочень для зручності використання, а також до нього включено каталог основних джерел для подальших досліджень.

Сформовані загальні висновки щодо захисту прав людини, зокрема в контексті охорони медичних даних з чутливою обробкою, впливу на законність судових процедур і вдосконалення законодавства України.

УМОВНІ СКОРОЧЕННЯ

АРТ	антиретровірусна терапія
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ЄС	Європейський Союз
ЄСПЛ	Європейський суд з прав людини
Конвенція	Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод
КК України	Кримінальний кодекс України
КПК України	Кримінальний процесуальний кодекс України
ЛЖВ	люди, які живуть з ВІЛ
МБТ	мікобактерії туберкульозу
МОЗ України	Міністерство охорони здоров'я України
ООН	Організація Об'єднаних Націй
Основи	Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»
СНІД	синдром набутого імунодефіциту
ТБ	туберкульоз
ЦК України	Цивільний кодекс України
ЦПК України	Цивільний процесуальний кодекс України
ЮНЕЙДС	Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІД

СЛОВНИК ОСНОВНИХ ТЕРМІНІВ*

Терміносполучення	Поняття	Посилання
Активна форма туберкульозу	хвороба, при якій бактерії ТБ розмножуються у різних частинах тіла. Симптоми активного ТБ включають кашель, слабкість, втрату ваги, лихоманку, втрату апетиту та нічну пітливість. Людина з активним захворюванням на ТБ може бути заразною та передавати бактерії ТБ іншим	Зміна парадигми: Світовий план щодо зупинення туберкульозу: 2018-2022. Партнерство «Стоп ТБ». URL: http://stoptb.org/assets/documents/global/plan/GPR_2018-2022_Digital.pdf (далі – Зміна парадигми: Світовий план щодо зупинення ТБ)
Антиретровірусні препарати	клас противірусних препаратів, які використовують для пригнічення реплікації ретровірусів (зокрема ВІЛ)	Глосарій термінології з епідеміологічного нагляду у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу. – Андрєєва Т. І., Марциновська В. А., Сергєєва Т. А., Хомич Л. С., Кузін І. В. – К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», К., ФД «Huss» 2015. – 240 с. URL: http://surl.li/gdvp (далі – Глосарій)
Антиретровірусна терапія	рекомендоване лікування ВІЛ-інфекції Антиретровірусна терапія має високу активність у придушенні реплікації вірусів, зменшенні кількості вірусу в крові до невизначуваних рівнів та уповільнення прогресу захворювання на ВІЛ. Звичайна схема антиретровірусної терапії поєднує три або більше різних лікарських засобів, таких як два інгібітори нуклеозидної зворотної транскриптази (NRTI) та інгібітор протеази, два інгібітори зворотної транскриптази-аналога та нуклеозидний інгібітор зворотної транскриптази (NNRTI) або інші комбінації. Зовсім недавно інгібітори вступу та інгібітори інтегрази приєдналися до ряду варіантів лікування. Субоптимальні схеми – це монотерапія та подвійна терапія. Термін високоактивна антиретровірусна терапія зазвичай застосовувався після демонстрації чудової вірусологічної та клінічної реакції на комбінації трьох (або більше) антиретровірусних препаратів. Однак означення «високоактивна» як кваліфікація такої терапії зараз не потрібне, а цей термін більше не використовується.	Глосарій Термінологічні рекомендації ЮНЕЙДС (2015). URL: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_en.pdf (далі – ЮНЕЙДС, 2015)
Антитіла	це імуноглобуліни (молекули білка) сироватки крові людини і тварин, що утворюються (синтезуються) у відповідь на потрапляння в організм різних антигенів, що специфічно взаємодіють з цими антитілами	Глосарій

* Вказівки ЮНЕЙДС щодо термінології. URL: https://www.iasociety.org/Web/WebContent/File/un aids_terminology_guide_en.pdf

Терміносполучення	Поняття	Посилання
Близький контакт	особа, яка мала тривалий, частий або інтенсивний контакт з особою зі заразною формою ТБ. До цієї групи належать люди, які живуть разом або проводять багато часу разом у безпосередній близькості. Близькі контакти або побутові контакти частіше заражаються мікобактеріями ТБ, ніж ті, хто рідше бачить особу з ТБ	Зміна парадигми: Світовий план щодо зупинення ТБ
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини, що зумовлює захворювання на ВІЛ-інфекцію вірус, який послаблює імунну систему, а вкінці призводить до СНІДу	Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» (далі – Закон про ВІЛ) ЮНЕЙДС, 2015
ВІЛ-1 (вірус імунодефіциту людини Тип 1)	ретровірус виділений та визнаний етіологічним (тобто таким, що викликає або сприяє причині захворювання) збудником СНІДу. ВІЛ-1 класифікується як лентівірус у підгрупі ретровірусів. Більшість вірусів і всіх бактерій, рослин і тварин мають генетичні коди, що складаються з ДНК, яка використовує РНК для побудови специфічних білків. Генетичним матеріалом такого ретровірусу, як ВІЛ, є саме РНК. ВІЛ вставляє власну РНК в ДНК клітини-господаря, не даючи клітині-господарю виконувати свої природні функції і перетворюючи її на виробника ВІЛ	ЮНЕЙДС, 2015
ВІЛ-2 (вірус імунодефіциту людини Тип 2)	вірус, тісно пов'язаний з ВІЛ-1, який також призводить до СНІДу. Хоча ВІЛ-1 та ВІЛ-2 подібні за своєю вірусною структурою, способами передачі та опортуністичних інфекцій, які виникають у підсумку, вони відрізняються географічними схемами зараження та схильністю до породження хвороб та смерті. Порівняно з ВІЛ-1, ВІЛ-2 зустрічається переважно у Західній Африці та має більш повільний та менш важкий клінічний перебіг	ЮНЕЙДС, 2015
ВІЛ-інфікована особа	особа, в організмі якої виявлено ВІЛ, але яка перебуває у стані безсимптомного носійства ВІЛ особа, докази наявності ВІЛ у якої були знайдені за допомогою аналізу крові або тканин термін, не рекомендований ЮНЕЙДС. Натомість необхідно вживати «ВІЛ-позитивна особа», або «особа, яка живе з ВІЛ».	Закон про ВІЛ Термінологічні рекомендації ЮНЕЙДС (2007). URL: https://www.iasociety.org/Web/WebContent/File/un aids_terminology_guide_en.pdf (далі – ЮНЕЙДС, 2007) ЮНЕЙДС, 2015

Терміносполучення	Поняття	Посилання
ВІЛ-негативна особа	особа, в аналізі крові або тканин якої не виявлено жодних доказів зараження ВІЛ (наприклад, відсутність антитіл проти ВІЛ). Синонім серонегативного. ВІЛ-негативна особа може бути зараженою у період «вікна» між часом взаємодії з ВІЛ та виявленням антитіл	ЮНЕЙДС, 2015
ВІЛ-позитивна особа	особа, в тесті крові або тканин якої присутні ознаки зараження ВІЛ (наприклад, наявність антитіл проти ВІЛ). Синонім серопозитивного. Тест може іноді показувати хибнопозитивні результати	ЮНЕЙДС, 2015
ВІЛ-статус особи	стан організму особи стосовно відсутності чи наявності в ньому ВІЛ: негативний ВІЛ-статус особи характеризується відсутністю в її організмі ВІЛ, позитивний ВІЛ-статус особи характеризується наявністю в її організмі ВІЛ	Закон про ВІЛ
	серостатус – загальний термін, який позначає наявність / відсутність антитіл у крові. Часто цей термін стосується статусу антитіл до ВІЛ	ЮНЕЙДС, 2007
Вірулентність	сума властивостей інфекційного агента, які визначають його хвороботворну дію; вірулентність відрізняється від патогенності	Глосарій
Вірус	неклітинні форми життя простої організації, які мають геном (ДНК або РНК, відповідно ДНК- або РНК-віруси, за класифікацією по Балтимору), ззовні оточені білковими молекулами, що створюють оболонку вірусу (капсид)	Глосарій
Вірусне навантаження	міра кількості вірусних частинок у певному об'ємі біологічної рідини; концентрація вірусу в біологічному субстраті, яка вимірюється кількістю копій вірусу в мілілітрі (наприклад, кількість копій РНК у мілілітрі крові/плазми)	Глосарій
Вразливість	стосується нерівних можливостей, соціальної ізоляції, безробіття чи нестабільної зайнятості (та інших соціальних, культурних, політичних, правових та економічних факторів), які роблять людину більш сприйнятливою до ВІЛ-інфекції та розвитку СНІДу. Фактори, що лежать в основі вразливості, можуть зменшити здатність окремих людей та громад уникати ризику ВІЛ, і вони можуть бути поза контролем останніх. Ці фактори можуть включати: відсутність знань і навичок, необхідних для захисту себе та інших; обмежена доступність, якість та охоплення послуг; та обмежувальні суспільні фактори, такі як порушення прав людини, каральні закони або шкідливі соціальні та культурні норми (включаючи практику, вірування та закони, які стигматизують і зневажають певні групи населення). Ці фактори, як окремо, так і в поєднанні, можуть створити або посилити індивідуальну та колективну вразливість до ВІЛ	ЮНЕЙДС, 2007

Терміносполучення	Поняття	Посилання
Гендер	<p>соціальна стать, що визначає поведінку людини в суспільстві й те, як ця поведінка сприймається</p> <p>стосується соціальних властивостей та можливостей, пов'язаних буттям з чоловіком чи жінкою, відносин між жінками та чоловіками, дівчатами та хлопцями, а також відносин між жінками та відносин між чоловіками. Ці атрибути, можливості та відносини побудовані соціально і засвоюються у процесі соціалізації. Вони специфічні для контексту/часу та змінюються. Гендер визначає, що очікується, дозволяється і цінується у жінці чи чоловікові в певному контексті. У більшості суспільств існують відмінності та нерівність між жінками та чоловіками в розподілених обов'язках, здійснених заходах, доступі до ресурсів і контролі над ними, а також можливостях ухвалення рішень</p>	<p>Глосарій</p> <p>ЮНЕЙДС, 2015</p>
Гендерна ідентичність	<p>стосується до глибоко пережитого людиною внутрішнього та індивідуального досвіду статі, який може відповідати або не відповідати статі, визначеній при народженні. Включає як особисте відчуття тіла, яке може включати, якщо буде вільно обрано, модифікацію зовнішнього вигляду чи функції тіла медичними, хірургічними чи іншими засобами, а також інші вираження статі, включаючи одяг, мову та манери поведінки</p>	<p>ЮНЕЙДС, 2015</p>
Генотип	<p>генетична конституція, тобто сукупність усіх генів організму</p>	<p>Глосарій</p>
Госпіталізація	<p>поміщення особи, хворої на туберкульоз, або особи, стосовно якої існує підозра захворювання на туберкульоз, до стаціонарного відділення протитуберкульозного закладу з метою діагностики, лікування чи ізоляції</p>	<p>Закон України «Про протидію захворюванням на туберкульоз» (далі – Закон про туберкульоз)</p>
Групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ	<p>групи населення, яким з урахуванням особливостей їх поведінки та поведінки їхнього оточення загрожує підвищений ризик контакту з джерелом ВІЛ. Визначення та перегляд переліку таких груп здійснюється центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, з урахуванням критеріїв та рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я</p> <p>слід уникати вживання подібних термінів, оскільки вони означають, що ризику піддаються члени конкретної групи, тоді як усі соціальні групи насправді взаємопов'язані. Використання терміну «група високого ризику» може створити хибне відчуття безпеки в людей з ризикованою поведінкою, але не ототожнюють себе з такими групами, а також може посилити стигму та дискримінацію щодо окреслених груп. Членство в групах не ставить людей під загрозу; а поведінка – може. У випадку подружжя та співмешканців, особливо жінок, ризикована поведінка сексуального партнера може поставити партнера, в якого така поведінка відсутня, у ситуацію ризику</p>	<p>Закон про ВІЛ</p> <p>ЮНЕЙДС, 2015</p>

Терміносполучення	Поняття	Посилання
Групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ	ці терміни слід використовувати з обережністю, оскільки вони можуть посилити стигму та дискримінацію. Вони також можуть спричинити хибне відчуття безпеки в людей, які не ототожнюють себе з такими групами. «Група високого ризику» також передбачає, що ризик міститься всередині групи, тоді як насправді всі соціальні групи взаємопов'язані. Часто більш точно буде безпосередньо вживати такі терміни як: «вищий ризик контакту з ВІЛ», «секс без презерватива», «незахищений секс» або «використання нестерильного обладнання для ін'єкцій», а не узагальнення, кажучи «група високого ризику». Членство в групах не ставить людей під загрозу, на відміну від їхньої поведінки. У випадку одружених і людей, які ведуть спільний побут, особливо жінок, можливо, ризикована поведінка статевого партнера ставить їх у «ситуацію ризику». Існує сильний зв'язок між різними видами мобільності та підвищеним ризиком зараження ВІЛ, залежно від причини мобільності та ступеня відсторонення людей від соціального контексту та норм	ЮНЕЙДС, 2007
Дискордантні пари	пари, де один із партнерів має ВІЛ-позитивний статус, інший – ВІЛ-негативний	Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини»: наказ МОЗ України №449 від 16.05.2016
Дискримінація	розрізнення у ставленні до людей на підставі їх дійсної або уявної належності до певної соціальної групи чи на підставі притаманних їм певних біологічних, фізичних чи соціальних ознак будь-яка форма довільного розмежування, виключення чи обмеження, що зачіпає людину, як правило (але не тільки) через невід'ємну особисту характеристику або членство в певній групі. Це порушення прав людини. У разі ВІЛ-інфекції – це може бути підтверджений або запідозрений ВІЛ-позитивний статус людини незалежно від того, чи є якесь обґрунтування цих заходів	Глосарій ЮНЕЙДС, 2015
Доконтактна профілактика	призначення антиретровірусних препаратів до контакту (або можливого контакту) з ВІЛ. Кілька досліджень продемонстрували, що добова пероральна доза відповідних антиретровірусних препаратів ефективна як для чоловіків, так і для жінок для зменшення ризику зараження ВІЛ-інфекцією шляхом передачі статевим шляхом або шляхом ін'єкції	ЮНЕЙДС, 2015

Терміносполучення	Поняття	Посилання
Елімінація	зниження рівня циркуляції збудника захворювання серед населення або окремої його групи до рівня показників, визначених ВООЗ	Про схвалення Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року: розпорядження Кабінету Міністрів України № 1415-р від 27.11.2019
Заклад охорони здоров'я	юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників	Основи
Здоров'я	стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних вад	Основи
Захворюваність на ВІЛ	виражається як кількість нових ВІЛ-інфікованих порівняно з кількістю людей, сприйнятливих до зараження за певний період часу. Сукупна захворюваність може бути виражена як кількість нових випадків, що виникли за певний період у визначеній сукупності	ЮНЕЙДС, 2015
Ізоляція	відокремлення від оточуючих особи, хворої на заразну форму туберкульозу, з метою унеможливлення передачі інфекції іншим особам, надання медичної допомоги та здійснення контролю за дотриманням протиепідемічного режиму цією особою	Закон про туберкульоз
Імунодефіцит	нездатність імунної системи до вироблення достатньої реакції на антиген – порушення імунологічної реактивності, пов'язане з випадінням одного або декількох елементів імунного апарату або неспецифічних факторів захисту організму, що тісно з ними взаємодіють (наприклад, система комплементу, фагоцитарних макрофагів)	Глосарій
Інфекційний контроль за туберкульозом	система організаційних, протиепідемічних та профілактичних заходів, встановлена центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, у стандарті інфекційного контролю за ТБ, спрямована на запобігання виникненню ТБ та зниження ймовірності інфікування мікобактеріями ТБ осіб у лікувально-профілактичних закладах, місцях довгострокового перебування людей та проживання хворих на ТБ	Закон про туберкульоз
Інфекція туберкульозу	також називається прихованою туберкульозною інфекцією. Це стан, при якому туберкульозні бактерії живі, але неактивні в організмі. Люди з туберкульозною інфекцією не мають симптомів; вони не відчуваються погано, не можуть поширювати туберкульозні бактерії для інших, і, як правило, позитивний тест на наявність інфекції – позитивний шкірний тест на туберкулін або спеціальний тест під назвою IGRA (аналіз гамма-вивільнення інтерферону)	Зміна парадигми: Світовий план щодо зупинення ТБ

Терміносполучення	Поняття	Посилання
Клінічний протокол	<p>нормативний документ, що визначає вимоги до медичної допомоги хворому при певному захворюванні, з певним синдромом або при певній клінічній ситуації; містить детальний опис кроків, які необхідно здійснювати при наданні медичної допомоги хворому</p> <p>уніфікований документ, який визначає вимоги до діагностичних, лікувальних, профілактичних методів надання медичної допомоги та їх послідовність</p>	<p>Глосарій</p> <p>Основи</p>
Ключові групи населення	<p>ЮНЕЙДС розглядає чоловіків-геїв та інших чоловіків, які мають статеві відносини з чоловіками, секс-працівників та їхніх клієнтів, трансгендерів, людей, які вживають наркотики, ув'язнених та інших осіб, які перебувають у місцях позбавлення волі, як основні ключові групи населення. Ці групи населення часто страждають від каральних законів або політики стигматизації, і вони є одними з найбільш схильних до ВІЛ-інфекції. Їхня участь має вирішальне значення для успішної відповіді на ВІЛ скрізь - вони є ключовими для епідемії та ключовими для відповіді. Країни повинні визначити конкретні групи населення, які є ключовими в їхньому випадку для епідемії та реагування, виходячи з епідеміологічного та соціального контексту.</p> <p>Термін «ключові групи населення з підвищеним ризиком» також може використовуватися ширше, включаючи додаткові групи населення, які найбільш схильні до ризику зараження або передачі ВІЛ, незалежно від законодавчих та політичних умов</p>	<p>ЮНЕЙДС, 2015</p>
Ко-інфекція	<p>поєднана, асоційована, змішана, мікст-інфекція; про ко-інфекцію говорять, коли інфекційний процес, викликаний спочатку одним збудником, у подальшому на різних етапах (або одночасно з початком першого) може асоціюватися з інфекційним процесом іншої етіології</p>	<p>Глосарій</p>
Конкордантна (сероконкордантна) пара	<p>сімейна або партнерська пара, в якій обидва партнери мають однаковий ВІЛ-статус (позитивний чи негативний)</p>	<p>Глосарій</p>
Контагіозність	<p>здатність поширювати інфекцію</p>	<p>Стандарт інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз: наказ МОЗ України №287 від 01.02.2019</p>
Контактна особа	<p>особа, яка перебуває та/або перебувала у контакті з людиною чи твариною, хворою на заразну форму ТБ, і внаслідок цього має ризик зараження ТБ</p> <p>особа, яка проводила час з особою зі заразною формою ТБ</p>	<p>Закон про туберкульоз</p> <p>Зміна парадигми: Світовий план щодо зупинення ТБ</p>

Терміносполучення	Поняття	Посилання
Латентність	вірус, який існує всередині організму в неактивному або спокійному (латентному) стані. Приховані віруси не продукують більше вірусів, і вони можуть існувати в клітинних басейнах, які часто називають резервуарами, в організмі людини, не викликаючи ніяких помітних симптомів протягом тривалого періоду часу, перш ніж знову прокинутися і стати активними. ВІЛ здатний до латентності, як це спостерігається у резервуарах латентно інфікованих ВІЛ клітин, які зберігаються, незважаючи на антиретровірусну терапію. Саме завдяки цій стійкості ВІЛ антиретровірусна терапія повинна прийматися довічно	ЮНЕЙДС, 2015
Люди, які живуть з ВІЛ	ВІЛ-інфіковані особи та особи, які страждають на хворобу, зумовлену ВІЛ	Закон про ВІЛ
Люди з туберкульозом	термін охоплює людей, хворих на активну форму ТБ. Цей термін спрямований на визнання того, що таких осіб не слід визначати виключно за їхнім станом. У деяких контекстах його вживання превалює над терміном «пацієнт» (наприклад, немедичні та громадські інституції)	Зміна парадигми: Світовий план щодо зупинення ТБ
Медична допомога	діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами	Основи
Мультирезистентний туберкульоз	це специфічна форма стійкого до лікарських засобів ТБ, спричинена паличкою, стійкою щонайменше до ізоніазиду та рифампіцину - двох препаратів, що становлять основу стандартного протитуберкульозного лікування захворювання, спричинене штамом бактерій ТБ, стійким щонайменше до ізоніазиду та рифампіцину (двох найбільш часто використовуваних протитуберкульозних препаратів)	ЮНЕЙДС, 2015 Зміна парадигми: Світовий план щодо зупинення ТБ
Носій	людина (тварина), яка має певний інфекційний агент за відсутності явних клінічних ознак захворювання і є потенційним джерелом збудника інфекції термін більше не використовується, оскільки він є неправильним, стигматизуючим та образливим для багатьох людей, які живуть з ВІЛ	Глосарій ЮНЕЙДС, 2015
Опіоїдна замісна терапія	рекомендована форма лікування для людей, залежних від опіоїдів рекомендована форма лікування наркотичної залежності для людей, які перебувають у залежності від опіоїдів. Вона виявилася ефективною в лікуванні опіоїдної залежності, у профілактиці передачі ВІЛ та в покращенні прихильності до антиретровірусної терапії	Глосарій ЮНЕЙДС, 2015
Опортуністичні інфекції	це інфекції, спричинені різними організмами, багато з яких, як правило, не породжують хвороб у людей зі здоровою імунною системою. Особи, які живуть із прогресуючою ВІЛ-інфекцією, можуть мати опортуністичні інфекції легенів, мозку, очей та інших органів	ЮНЕЙДС, 2015

Терміносполучення	Поняття	Посилання
Особа, інфікована мікобактеріями туберкульозу	особа, в якій за відсутності клінічних проявів захворювання виявлено позитивну імунну реакцію на туберкулін або антитіла до мікобактерії ТБ	Закон про туберкульоз
Особа, яка страждає на хворобу, зумовлену ВІЛ	особа, в якій за результатами медичного та лабораторного обстеження виявлено СНІД чи інші встановлені Міжнародною класифікацією хвороб клінічні прояви хвороби, зумовленої ВІЛ	Закон про ВІЛ
Особа, на яких впливає туберкульоз	термін охоплює людей, хворих на ТБ, та членів їхніх родин, утриманців, громад і медичних працівників, які можуть брати участь у догляді чи іншим чином постраждати від цієї хвороби	Зміна парадигми: Світовий план щодо зупинення ТБ
Охорона здоров'я	система заходів, що здійснюються органами державної влади та органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров'я, фізичними особами-підприємцями, які зареєстровані в установленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики, медичними та фармацевтичними працівниками, громадськими об'єднаннями і громадянами з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя	Основи
Паліативна допомога	підхід, що дає змогу поліпшити якість життя пацієнтів та їхніх сімей, перед якими постали проблеми смертельного захворювання, шляхом запобігання стражданню і їх полегшення завдяки ранньому виявленню, ретельній оцінці й лікуванню болю та інших фізичних симптомів, а також наданню психосоціальної і духовної підтримки	Стандарт інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз: наказ МОЗ України №287 від 01.02.2019
Партнер	статевий партнер ВІЛ-інфікованої особи або її партнер із вживання наркотичних засобів та психотропних речовин ін'єкційним способом	Закон про ВІЛ
Пацієнт	фізична особа, яка звернулася за медичною допомогою та/або якій надається така допомога термін використовується лише тоді, коли йдеться про клінічні умови. Зокрема: пацієнт із хворобою, пов'язаною з ВІЛ	Основи ЮНЕЙДС, 2007
Передача ВІЛ від матері до дитини (вертикальна трансмісія ВІЛ)	один із встановлених та попереджувальних шляхів інфікування збудником, який може передаватись під час вагітності, пологів і грудного вигодовування дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями	Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини»: наказ МОЗ України №449 від 16.05.2016

Терміносполучення	Поняття	Посилання
Передача ВІЛ від матері до дитини (вертикальна трансмісія ВІЛ)	передача збудника, такого як ВІЛ, від матері до плоду чи дитини під час вагітності чи пологів. Деякі країни віддають перевагу терміну «передача від батьків до дитини», щоб уникнути стигматизації вагітних жінок і заохотити участь чоловіків у профілактиці ВІЛ	ЮНЕЙДС, 2007
Постконтактна профілактика	короткостроковий курс антиретровірусного лікування, метою якого є зниження вірогідності інфікування ВІЛ особи, яка зазнала підвищеного ризику такого інфікування прийом антиретровірусних препаратів після контакту (або можливого контакту) з ВІЛ. Контакт може бути професійним (наприклад, травма голкою) або непрофесійним (наприклад, секс без презервативів із серопозитивним партнером)	Закон про ВІЛ ЮНЕЙДС, 2015
Поширеність ВІЛ	кількісно визначає частку осіб серед населення, які живуть з ВІЛ, у певний момент часу. Поширеність ВІЛ може також стосуватися кількості людей, які живуть з ВІЛ	ЮНЕЙДС, 2015
Протиепідемічний режим	спеціальні протиепідемічні заходи (правила поведінки особи, хворої на заразну форму ТБ), встановлені центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, спрямовані на захист населення, у тому числі медичних та інших працівників, від зараження збудником ТБ	Закон про туберкульоз
Протитуберкульозні заклади	лікувально-профілактичні заклади охорони здоров'я (протитуберкульозні диспансери, лікарні, санаторно-курортні, інші заклади) чи їх структурні підрозділи, в яких надається медична допомога хворим на ТБ. Перелік протитуберкульозних закладів затверджується центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я	Закон про туберкульоз
Протитуберкульозні заходи	комплекс соціально-економічних, організаційних, лікувально-профілактичних, санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів щодо захисту населення від ТБ, спрямованих на профілактику, виявлення, діагностику, лікування та реабілітацію хворих на ТБ	Закон про туберкульоз
Резистентність	стійкість мікроорганізмів до терапевтичних препаратів (а також до дезінфекційних засобів)	Глосарій
Ремісія	стадія захворювання, при якій спостерігається зменшення (послаблення) симптоматики	Глосарій
Санітарне та епідемічне благополуччя населення	стан здоров'я населення та середовища життєдіяльності людини, при якому показники захворюваності перебувають на усталеному рівні для даної території, умови проживання сприятливі для населення, а параметри факторів середовища життєдіяльності знаходяться в межах, визначених санітарними нормами	Закон України «Про забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення»

Терміносполучення	Поняття	Посилання
Синдром набутого імунодефіциту (СНІД)	<p>стадія розвитку хвороби, зумовленої ВІЛ (ВІЛ-інфекція), що характеризується клінічними проявами, спричиненими глибоким ураженням імунної системи людини під впливом ВІЛ</p> <p>позначення СНІДу як смертельного чи невиліковного захворювання може породжувати страх та посилювати стигму та дискримінацію. Посилання на нього як на керовану хронічну хворобу також може змусити людей думати, що при лікуванні СНІД не такий серйозний, як вважалося. СНІД залишається серйозним станом здоров'я. СНІД – це не просто випадок, коли хтось страждає імунною недостатністю. Це епідеміологічне визначення, засноване на клінічних ознаках і симптомах. Він викликаний ВІЛ, вірусом імунодефіциту людини. ВІЛ руйнує здатність організму боротися з інфекцією та хворобами, що в підсумку може призвести до смерті. Антиретровірусна терапія уповільнює реплікацію вірусу і може значно продовжити життя та покращити якість життя, але не усунути ВІЛ-інфекцію. Щоб уникнути помилкових уявлень, бажано уникати використання таких означень як смертельна, невиліковна хвороба; кероване, хронічне захворювання; імунна недостатність, коли йдеться про СНІД</p>	<p>Закон про ВІЛ</p> <p>ЮНЕЙДС, 2015</p>
Спостереження	<p>постійний аналіз, інтерпретація та зворотний зв'язок щодо систематично зібраних даних, як правило, з використанням методів, що відрізняються своєю практичністю, одноманітністю та швидкістю, а не точністю або повнотою</p>	<p>ЮНЕЙДС, 2015</p>
Спостереження другого покоління	<p>побудовані на основі існуючої в країні системи збору даних, системи нагляду за ВІЛ другого покоління, призначені для адаптації та модифікації з урахуванням конкретних потреб у контексті різних епідемій. Наприклад, спостереження за ВІЛ в країні з переважно гетеросексуальним поширенням епідемії кардинально відрізнятиметься від такого в країні, де ВІЛ-інфекція в основному виявляється серед чоловіків, які мають статеві стосунки з чоловіками, або споживачів ін'єкційних наркотиків. Ця форма спостереження має на меті покращити якість і різноманітність джерел інформації шляхом розробки та впровадження стандартних і суворих протоколів дослідження, використовуючи відповідні методи та інструменти</p>	<p>ЮНЕЙДС, 2015</p>
Стандартні запобіжні заходи	<p>стандартні практики боротьби з інфекцією, які широко застосовуються в медичних закладах, щоб мінімізувати ризик впливу патогенних мікроорганізмів, наприклад, використання рукавичок, бар'єрного одягу, масок та окулярів для запобігання впливу тканин, крові та рідин</p>	<p>ЮНЕЙДС, 2015</p>
Стигма	<p>спрощена, стереотипна думка про ту чи іншу суспільну групу або її представників; сприйняття особи чи соціальної групи крізь призму сконструйованих суспільством упереджених уявлень (стереотипів), що полягають у поширенні (перенесенні) реальних чи уявних якостей такої соціальної групи на кожного її представника; приписування індивіду як реальному чи уявному члену певної групи соціально негативних рис, характеристик, що сприймаються як ганебні, принизливі</p>	<p>Глосарій</p>

Терміносполучення	Поняття	Посилання
Стигма	<p>походить від грецького слова, що означає знак або пляму, і воно стосується вірувань та/або поглядів. Стигму можна охарактеризувати як динамічний процес знецінення, який суттєво дискредитує людину в очах інших, наприклад, коли певні атрибути використовуються в певних культурах або середовищах і визначаються як дискредитаційні або негідні. Коли діє стигма, результатом є дискримінація</p> <p>походить від грецького, що означає «знак або пляма». Стигму можна описати як динамічний процес знецінення, який суттєво дискредитує людину в очах інших. У певних культурах чи середовищах певні атрибути використовуються та визначаються іншими як дискредитаційні чи негідні. Коли діє стигма, результатом є дискримінація, яка може мати форму дій чи бездіяльності</p>	<p>ЮНЕЙДС, 2015</p> <p>Зміна парадигми: Світовий план щодо зупинення ТБ</p>
Стратегічне застосування антиретровірусних препаратів	<p>збірний термін, що позначає різні стратегії використання антиретровірусних препаратів для профілактики та лікування ВІЛ. До них належать такі: антиретровірусні ліки, призначені для лікування ВІЛ-позитивних осіб з метою зменшення захворюваності та смертності, пов'язаних з ВІЛ (антиретровірусна терапія); антиретровірусна профілактика для вагітних жінок, які живуть з ВІЛ, для запобігання передачі ВІЛ немовлятам; антиретровірусні ліки, що даються ВІЛ-позитивним особам з метою запобігання передачі ВІЛ (наприклад, при серодискордантних стосунках); та антиретровірусні ліки, що даються ВІЛ-негативним особам з метою запобігання зараженню ВІЛ. Застосування місцевих антиретровірусних препаратів для запобігання зараженню ВІЛ все ще вивчається, і воно, як правило, не входить до терміна стратегічне використання антиретровірусних препаратів</p>	<p>ЮНЕЙДС, 2007</p>
Туберкулінодіагностика	<p>діагностичний тест, що проводиться для своєчасного виявлення осіб, інфікованих мікобактеріями ТБ та хворих на ТБ, спеціально підготовленими медичними працівниками в порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я</p>	<p>Закон про туберкульоз</p>
Туберкульоз	<p>соціально небезпечна інфекційна хвороба, що викликається мікобактеріями ТБ</p> <p>основна ВІЛ-асоційована опортуністична інфекція в країнах з низьким та середнім рівнем доходу, і він є провідною причиною смерті у світі серед людей, які живуть з ВІЛ. Слід використовувати термін ВІЛ-асоційований ТБ, щоб відрізнити такі випадки від ТБ як такого. Основними стратегіями зменшення тягаря ВІЛ для хворих на ТБ є тестування на ВІЛ (для людей, ВІЛ-статус яких невідомий) та надання антиретровірусної терапії та профілактичної терапії котримоксазолом (для людей, які живуть з ВІЛ). Основними заходами щодо зменшення ТБ серед людей, які живуть з ВІЛ, є регулярний скринінг на ТБ і надання профілактичної терапії ізоніазидом та антиретровірусної терапії ВІЛ-позитивним людям без активного ТБ, які відповідають критеріям прийнятності</p>	<p>Закон про туберкульоз</p> <p>ЮНЕЙДС, 2007</p>

Терміносполучення	Поняття	Посилання
Туберкульоз	хвороба, при якій бактерії ТБ розмножуються і атакують частину тіла, як правило, легені. Симптоми активного захворювання на ТБ включають слабкість, втрату ваги, лихоманку, втрату апетиту та нічну пітливість. Інші симптоми ТБ залежать від того, де в організмі зростає кількість бактерій. Якщо захворювання в легенях (ТБ легень), симптоми можуть включати сильний кашель, біль у грудях і відкашлювання крові. Людина, що страждає на ТБ легень, може бути заразною та передавати бактерії ТБ іншим	Зміна парадигми: Світовий план щодо зупинення ТБ
Туберкульоз із розширеною медикаментозною стійкістю	виникає, коли бактерії, що викликають ТБ, стійкі до ізоніазиду, рифампіцину, фторхінолонів та принаймні одного ін'єкційного препарату другої лінії захворювання, спричинене штамом туберкульозних бактерій, стійким до ізоніазиду та рифампіцину (двох найбільш часто використовуваних протитуберкульозних препаратів), а також фторхінолону та хоча б одного з трьох ін'єкційних препаратів другої лінії (амікацин, канаміцин, капреоміцин)	ЮНЕЙДС, 2015 Зміна парадигми: Світовий план щодо зупинення ТБ
Туберкульоз, стійкий до ліків	захворювання, спричинене штамом бактерій ТБ, стійким до найбільш часто використовуваних протитуберкульозних препаратів	Зміна парадигми: Світовий план щодо зупинення ТБ
Хворий на заразну форму туберкульозу	хворий на ТБ, у мокротинні якого виявляються мікобактерії ТБ, який є джерелом інфекції для осіб, які з ним контактують	Закон про туберкульоз
Хворий на туберкульоз у стані ремісії	хворий на ТБ із неактивними залишковими проявами хвороби, який не несе загрози інфікування для контактних осіб, але потребує медичного (диспансерного) спостереження	Закон про туберкульоз
Хвороби, зумовлені ВІЛ (ВІЛ-інфекція)	комплекс визначених Міжнародною класифікацією хвороб уражень організму людини, зумовлених пов'язаними з впливом ВІЛ ушкодженнями імунної системи, який на початковому етапі свого розвитку має характер стану безсимптомного носійства ВІЛ, а за умови відсутності відповідного лікування та впливу інших несприятливих для організму ВІЛ-інфікованої особи обставин набуває клінічних проявів у вигляді різноманітних інфекційних, паразитарних захворювань, злоякісних пухлин, інших хвороб чи зумовленого ВІЛ синдрому набутого імунodefіциту	Закон про ВІЛ



МІЖНАРОДНІ СТАНДАРТИ

Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії та їхніми державами-членами, з іншої сторони (далі – Угода про асоціацію), закріпила обраний Україною вектор на інтеграцію до Європейського Союзу, в тому числі у сфері охорони здоров'я. У главі 22 «Громадське здоров'я» Угоди про асоціацію зазначено, що сторони розвивають співробітництво в галузі охорони здоров'я з метою підвищення рівня його безпеки та захисту здоров'я людини як передумови сталого розвитку та економічного зростання. У ст. 427 Угоди про асоціацію однією зі сфер для співробітництва визначено попередження і контроль над інфекційними хворобами, такими як ВІЛ/СНІД і туберкульоз (п. б ч. 1).

Важливе місце в системі міжнародних стандартів правового регулювання відносин займають міжнародні договори. Відповідно до ч. 1 ст. 2 Закону України «Про міжнародні договори України», міжнародний договір України – це укладений у письмовій формі з іноземною державою або іншим суб'єктом міжнародного права, який регулюється міжнародним правом, незалежно від того, міститься договір в одному чи декількох пов'язаних між собою документах, і незалежно від його конкретного найменування (договір, угода, конвенція, пакт, протокол тощо). У ст. 10 ЦК України передбачено загальне правило застосування міжнародних договорів при регулюванні цивільних правовідносин. Відповідно до цієї статті, чинний міжнародний договір, який регулює цивільні відносини, згода на обов'язковість якого надана Верховною Радою України, є частиною національного цивільного законодавства України. Якщо в чинному міжнародному договорі України, укладеному в установленому законом порядку містяться інші правила, ніж ті, що встановлені відповідним актом цивільного законодавства, застосовуються правила відповідного міжнародного договору України.

У книзі висвітлено як акти загальнообов'язкового характеру («тверде право»), так і міжнародні акти рекомендаційного характеру – акти «м'якого права», а також документи міжнародних неурядових організацій. На відміну від актів «м'якого права», які формуються міжнародними урядовими установами та організаціями, вони створюються та імплементуються міжнародними, як правило, професійними, неурядовими міжнародними організаціями.

Роль і значення актів «м'якого права» і документів міжнародних неурядових організацій є значною, з огляду на те, що «тверде право», яким є міжнародні договори, не завжди своєчасно і повною мірою відповідає реальним потребам розвитку досліджуваних сфер. Водночас, будучи результатом роботи міжнародних урядових інституцій, акти «м'якого права» та документи міжнародних неурядових організацій є більш динамічними і можуть ефективно та своєчасно реагувати на вирішення проблемних питань забезпечення прав людини.

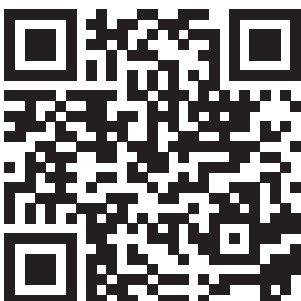
Загальні міжнародні стандарти і рекомендації



Загальна декларація прав людини (1948)¹

Загальна Декларація прав людини прийнята Генеральною Асамблеєю ООН 10.12.1948, яка є основним установчим документом ООН. У 1968 р. Міжнародна конференція ООН з прав людини повідомила, що Декларація «є зобов'язанням для членів міжнародного співтовариства» для всіх людей. Декларація слугувала основою для двох обов'язкових пактів ООН про права людини: Міжнародного пакту про громадянські і політичні права та Міжнародного пакту про економічні, соціальні та культурні права.

Преамбула Декларації прав людини проголошує віру в основні права людини, у гідність і цінність людської особи. Право на охорону здоров'я у цьому документі безпосередньо не закріплено, тому визначимо це право як похідне від інших прав, що містяться у цьому акті. Опосередковано регулювання охорони здоров'я знаходимо через норму ст. 3 Декларації, яка визначає право кожної людини на життя та ст. 5 Декларації, де мова йде про заборону тортур та нелюдського поводження чи покарання. У ст.25 Загальної декларації зазначено: «Кожна людина має право на такий життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та необхідне соціальне обслуговування, який є необхідним для підтримання здоров'я і добробуту її самої та її сім'ї».



Міжнародний пакт про громадянські і політичні права, прийнятий Генеральною Асамблеєю ООН (1966)²

Міжнародний пакт про громадянські і політичні права прийнятий Генеральною Асамблеєю ООН 16.12.1966, Україна ратифікувала Пакт 19.10.1973. Нагляд за виконанням пакту здійснює Комітет з прав людини ООН, розглядаючи доповіді країн-учасниць, публікуючи коментарі («загальні коментарі») до Пакту та розглядаючи скарги на порушення пакту країнами-учасницями Першого Факультативного протоколу. З-поміж прав, гарантовано право на життя (ст. 6), право не бути підданим катуванню чи жорсткому, нелюдському або принижуючому гідність поводженню чи покаранню (ст. 7).



Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права, прийнятий Генеральною Асамблеєю ООН (1966)³

Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права прийнятий Генеральною Асамблеєю ООН 16.12.1966, Україна ратифікувала Пакт 19.10.1973. Серед інших невід'ємних прав, ст. 12 цього Пакту закріплює право кожного на найвищий досяжний рівень фізичного та психічного здоров'я. Комітет з економічних, соціальних та культурних прав ООН розробляє загальні коментарі, в яких положення Пакту підлягають тлумаченню.

¹ URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_015#Text

² URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_043

³ URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_042#Text



Загальний коментар № 14 (2000) «Право на найвищий досяжний рівень фізичного та психічного здоров'я (стаття 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права)»⁴

У тексті згаданого коментаря зазначено, що з часу прийняття обох Міжнародних пактів у 1966 р. ситуація у світі зі здоров'ям різко змінилася, зокрема, раніше невідомі хвороби, такі як ВІЛ, СНІД та інші, які набули все більшого поширення, приміром, рак, а також швидке зростання світового населення створили нові перешкоди для реалізації права на охорону здоров'я, яке потрібно враховувати при тлумаченні ст. 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права. У зв'язку із цим особлива увага звертається на доступність права на охорону здоров'я, а зокрема, на його фізичну доступність. Так, заклади охорони здоров'я, товари та послуги повинні бути в безпечному фізичному доступі для всіх верств населення, особливо вразливих або маргіналізованих груп, таких як етнічні меншини та корінне населення, жінки, діти, підлітки, люди похилого віку, інваліди та особи, які живуть з ВІЛ/СНІДом.

Також наголошено, що профілактика, лікування та боротьба з епідемічними, ендемічними, професійними та іншими захворюваннями вимагає, зокрема, створення профілактичних та освітніх програм з питань поведінки, пов'язаних із проблемами здоров'я, такими як венеричні захворювання, ВІЛ/СНІД та ін., які негативно впливають на сексуальне та репродуктивне здоров'я; та сприяння соціальним детермінантам доброго здоров'я, таким як екологічна безпека, освіта, економічний розвиток і гендерна рівність. Контроль за хворобами стосується індивідуальних і спільних зусиль держав, зокрема, щодо надання відповідних технологій, використання та вдосконалення епідеміологічного нагляду та збору даних на дезагрегованій основі, впровадження або вдосконалення програм імунізації й інших стратегій боротьби з інфекційними захворюваннями.

Пакт забороняє будь-яку дискримінацію в доступі до медичної допомоги та основних факторів, що визначають стан здоров'я, а також щодо засобів і прав на їх придбання на підставі, зокрема, стану здоров'я (у т. ч. ВІЛ/СНІД), якщо це має на меті або наслідком зведення нанівець або погіршення рівного користування або здійснення права на охорону здоров'я. Комітет підкреслює, що багато заходів, таких як більшість стратегій та програм, спрямованих на усунення дискримінації, пов'язаної зі здоров'ям, можуть здійснюватися з мінімальними витратами ресурсів за рахунок прийняття, модифікації або скасування законодавства або розповсюдження інформації. Навіть у часи суворого обмеження ресурсів вразливі члени суспільства повинні бути захищені прийняттям відносно недорогих цільових програм.

Захист громадського здоров'я використовується державами як підстава для певних обмежень інших прав. Кожна держава-учасниця, яка, наприклад, обмежує переміщення або ув'язнює осіб з інфекційними захворюваннями, такими як ВІЛ/СНІД, відмовляє лікарям у лікуванні осіб, які, як вважається, в опорі до влади, або не забезпечує імунізацію проти основних інфекційних хвороб, з таких підстав, як національна безпека або збереження громадського порядку, несе тягар виправдання таких серйозних заходів щодо відповідності законодавству, включаючи міжнародні стандарти прав людини, сумісні з природою прав, що охороняються цим пактом, в інтересах законних цілей, що переслідуються, і суворо необхідні для сприяння загальному добробуту в демократичному суспільстві.

Серед обов'язків держав-учасниць визначено забезпечення державної, приватної або змішаної системи медичного страхування, яка є доступною для всіх, сприяння медичним дослідженням і медичній освіті, а також проведення інформаційних кампаній, зокрема щодо ВІЛ/СНІДу, сексуального та репродуктивного здоров'я, традиційних практик, домашнього насильства, зловживання алкоголем та тютюновими виробами, наркотиками та іншими шкідливими речовинами.

⁴ URL: <https://cutt.ly/Qjp6SqP>



Конвенція ООН про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок (1979)⁵

Конвенція прийнята Генеральною Асамблеєю ООН 18.12.1979 і ратифікована Україною 19.12.1980. Описується як міжнародний «біль про права» для жінок. Зокрема, у ст. 12 встановлює заборону дискримінації щодо жінок у галузі охорони здоров'я; у ст. 14 – право жінок, які проживають у сільських районах на доступ до відповідного медичного обслуговування. Нагляд за виконанням Конвенції здійснює Комітет з ліквідації дискримінації щодо жінок.



Конвенція ООН проти катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких що принижують гідність, видів поводження і покарання (1984)⁶

Конвенція прийнята 10.12.1984 і ратифікована Україною 26.01.1987. Конвенція забороняє катування за будь-яких обставин, забороняє видачу осіб у країни, де для них існує серйозна загроза катувань, і встановлює обов'язковість кримінального переслідування за катування. Нагляд за виконанням Конвенції здійснює Комітет ООН з питань катувань.



Конвенція ООН про права дитини (1989)⁷

Конвенція є першим і основним міжнародно-правовим документом обов'язкового характеру, що закріплює каталог прав дитини, прийнята резолюцією 44/25 Генеральної Асамблеї ООН від 20.11.1989 і ратифікована Україною 27.02.1991. Нагляд за виконанням Конвенції здійснює Комітет ООН з прав дитини.

Цей міжнародний документ у ст. 24 закріплює право дитини на користування найдосконалішими послугами системи охорони здоров'я і засобами лікування хвороб та відновлення здоров'я. Окрім того, у статті передбачено заходи, яких повинні вживати держави-учасниці для повного здійснення цього права, зокрема: 1) знижувати рівень смертності немовлят і дитячої смертності; 2) забезпечувати надання необхідної медичної допомоги і охорони здоров'я всіх дітей, приділяючи першочергову увагу розвитку первинної медико-санітарної допомоги; 3) боротися з хворобами і недоїданням, у тому числі в рамках первинної медико-санітарної допомоги; 4) надавати матерям належні послуги з охорони здоров'я у допологовий і післяпологовий періоди; 5) забезпечувати знаннями всіх прошарків суспільства, зокрема батьків і дітей, про здоров'я і харчування дітей, переваги грудного годування немовлят про основи гігієни, санітарії середовища перебування дитини; про запобігання нещасним випадкам, а також доступу до освіти та їхньої підтримки у використанні цих знань; 6) розвивати просвітницьку роботу і послуги у галузі профілактичної медичної допомоги та планування розміру сім'ї.

⁵ URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_207#Text

⁶ URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_085#Text

⁷ URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_021#Text



Конвенція про права людей з інвалідністю (2006)⁸

Конвенція прийнята Генеральною Асамблеєю ООН 13.12.2006 і ратифікована Україною 16.12.2009. Нагляд за виконанням Конвенції здійснює Комітет ООН з прав осіб з інвалідністю. Це міжнародний договір ООН про права людини, спрямований на захист прав і гідності людей з обмеженими можливостями. Сторони Конвенції зобов'язані сприяти, захищати та забезпечувати повне здійснення своїх прав людьми з обмеженими можливостями та гарантувати їхню рівність перед законом.



Мінімальні стандартні правила ООН поводження з в'язнями (Правила Нельсона Манделу) (2015)⁹

Правила Нельсона Манделу – перегануті Мінімальні стандартні правила ООН поводження з в'язнями, що були прийняті Генеральною Асамблеєю ООН 30.08.1955.

У переглянутих Правилах підкреслюється принцип гуманного поводження з особами, позбавленими волі, а також міститься абсолютна заборона на катування та інші жорстокі, нелюдські і такі, що принижують гідність, види поводження. Згідно з Правилами, особи, позбавлені волі, мають право на такі ж стандарти в сфері надання медичної допомоги, як і їхні співгромадяни не позбавлені волі. У Правилах відзначається право в'язнів, які живуть з ВІЛ, мати доступ до антиретровірусних препаратів. У документі також йдеться про необхідність забезпечувати засуджених лікуванням від туберкульозу та наркотичної залежності.



Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод (1950)¹⁰

Прийнята після Загальної декларації прав людини, ця Конвенція була покликана стати тим інструментом, який здатний реально захистити базовий каталог прав людини у європейських державах. Україна ратифікувала її 17.07.1997. Хоч Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод і не містить норм щодо прав людей, які живуть з ВІЛ, однак ЄСПЛ як єдиний орган, що має повноваження із тлумачення її загальних приписів, розглядає заяви щодо їхнього порушення на основі відповідних статей, залежно від характеру такого порушення. Про це детальніше йтиметься у розділі «Практика Європейського суду з прав людини».

⁸ URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71#Text

⁹ URL: https://www.un.org/ru/events/mandeladay/mandela_rules.shtml

¹⁰ URL: <https://rm.coe.int/1680063765>



Європейська соціальна хартія (1996, переглянута)¹¹

Хартія прийнята 18.10.1961, переглянута 03.05.1996, ратифікована Україною 14.09.2006. Це єдиний документ, який гарантує основні соціальні та економічні права повною мірою.

Безпосередньо присвячені правам у сфері охорони здоров'я ст. 11 (право на охорону здоров'я) та 13 (право на соціальну та медичну допомогу) (Хартія ратифікована із застереженнями, в обмежування потрапила ст. 13 Хартії)

Хартії. З метою забезпечення ефективної реалізації права на охорону здоров'я держави зобов'язані вжити заходів, спрямованих відповідно до ст. 11 Хартії, на: 1) усунення по можливості причин захворювань; 2) створення консультативних та освітніх закладів, що мають за мету сприяти зміцненню здоров'я населення і схвалення індивідуальної відповідальності людей за своє здоров'я; 3) запобігання по можливості епідеміям, іншим хворобам, а також нещасним випадкам.

Європейський комітет із соціальних прав здійснює аналіз відповідності заходів, що вживає кожна з держав, аби виконати вимоги цієї статті. Зокрема, при проведенні Комітетом оцінки відповідності заходів, що виконують держави, вимогам п. 1 ст. 11 Хартії, враховуються такі аспекти як: дії, спрямовані на надання медичних і парамедичних послуг на належному рівні; дії, що пов'язані із захистом навколишнього середовища та ті, що забезпечують безпеку продуктів харчування, зменшення забрудненості повітря, води тощо; дії, що спрямовані на лікування деяких захворювань, зокрема СНІДу, хвороб, пов'язаних з курінням, наркоманією, алкоголізмом, а також бере до уваги відомості про кількість лікувальних закладів, про чисельність працюючих у санітарних службах та ін.

Стаття 13 Європейської соціальної хартії з метою забезпечення ефективного здійснення права на соціальну і медичну допомогу зобов'язує держави: 1) створити умови, щоб кожна особа, яка опинилась без адекватних ресурсів і не здатна набути такі ресурси шляхом власних зусиль чи з інших джерел, зокрема, з фондів соціального забезпечення, змогла б одержати необхідну допомогу на випадок хвороби; 2) гарантувати, щоб така допомога не призвела б до скорочення політичних і соціальних прав осіб, що її одержують; 3) передбачити, щоб кожен міг дістати через відповідні державні і приватні служби відповідну пораду і особисту допомогу, які необхідні, щоб уникнути, ліквідувати або полегшити особисту чи сімейну потребу.



Конвенція про захист прав і гідності людини у зв'язку з використанням досягнень біології і медицини: Конвенція про права людини і біомедицину (1997)¹²

Конвенція прийнята Радою Європи 04.04.1997, підписана Україною 22.03.2002, проте нератифікована. У ст. 3 Конвенції про права людини і біомедицину гарантовано кожному рівноправний доступ до медичної допомоги, який передбачає, що сторони, які ратифікували Конвенцію вживають відповідних заходів для забезпечення в межах їхньої юрисдикції рівноправного доступу до

медичної допомоги належної якості. Крім того, Конвенцією передбачено, що будь-яке втручання у сферу здоров'я може здійснюватися тільки після добровільної та свідомої згоди на нього особи. Такій особі заздалегідь надається відповідна інформація про мету і характер втручання, а також про його наслідки та ризики.

¹¹ URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_062#Text

¹² URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_334#Text

ВІЛ/СНІД



Денверські принципи (1983)¹³

У заяві Дорадчого комітету людей, які живуть зі СНІДом вказано, що люди, які живуть зі СНІДом засуджують спроби визначити їх як «жертв» (термін, що означає поразку), також вони лише зрідка є «пацієнтами» (термін, який передбачає пасивність, безпомічність і залежність від турботи інших). Принципи містять рекомендації як для усіх людей, пов'язані із недопущенням стигматизації та з проханням про підтримку людей, які живуть зі СНІДом; так і для самих цих людей, а також права людей, які живуть зі СНІДом.



Декларація з питань СНІДу, прийнята на Паризькому саміті (1994)¹⁴

Заклик до активної та значущої участі людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, було офіційно зроблено в 1994 р., коли 42 країни підписали Паризьку декларацію. Ця Декларація проголошує, зокрема таке: «Більше залучення людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом або постраждали від цих захворювань, має вирішальне значення для етичного та ефективного національного реагування на епідемію», і вони погодились «підтримати активнішу участь людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом, на всіх ... рівнях... і... стимулювати створення сприятливого політичного, правового та соціального середовища».



Декларація про прихильність справі боротьби з ВІЛ/СНІДом, затверджена резолюцією S-26/2 спеціальної сесії Генеральною Асамблеєю ООН (2001)¹⁵

У п. 1 Декларації про прихильність справі боротьби з ВІЛ/СНІДом зазначено: «Ми, глави держав і урядів і представники держав і урядів, зібравшись в терміновому порядку в Організації Об'єднаних Націй в період з 25 до 27 червня 2001 р. на двадцять шосту спеціальну сесію Генеральної Асамблеї, скликану на виконання резолюції 55/13 для розгляду проблеми ВІЛ/СНІДу в усіх її аспектах, а також аби забезпечити глобальну прихильність зміцненню

координації і активізації національних, регіональних і міжнародних зусиль, спрямованих на ведення всебічної боротьби з нею.

Урочисто заявляємо про свою прихильність вирішенню проблем кризи ВІЛ/СНІДу шляхом вживання нижчеперерахованих заходів з урахуванням різних ситуацій і умов в різних регіонах та країнах світу».

Щодо запобігання поширенню ВІЛ/СНІДу в світі, то в аналізованому міжнародному документі вказано, що це має бути основою заходів реагування.

Ця та подальші аналогічні декларації сигналізують про прихильність країн до боротьби з ВІЛ відповідно до цілей ЮНЕЙДС та містять домовленість про звітування про прогрес виконання країнами їхніх цілей кожні два роки.

¹³ URL: https://data.unaids.org/pub/externaldocument/2007/gipa1983denverprinciples_en.pdf

¹⁴ URL: https://data.unaids.org/pub/externaldocument/2007/theparisdeclaration_en.pdf

¹⁵ URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_846#Text

У 2001 р. в межах підтримки Україною положень Декларації про прихильність справі боротьби з ВІЛ/СНІДом, ухваленої Спеціальною сесією Генеральної Асамблеї ООН, Кабінет Міністрів України своїм Розпорядженням «Про моніторинг і оцінку ефективності заходів, що забезпечують контроль стану епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу за національними показниками» № 890-р від 13.12.2004¹⁶ зобов'язав центральні органи виконавчої влади проводити моніторинг та оцінку ефективності заходів, що забезпечують контроль стану епідемії ВІЛ/СНІДу за національними показниками. На виконання цього розпорядження МОЗ України визначило перелік національних показників моніторингу й оцінки ефективності заходів у відповідь на епідемію ВІЛ/СНІДу згідно з рекомендаціями Керівництва ЮНЕЙДС. Такий крок передбачав регулярне звітування на основі набору показників, які були ухвалені багатьма країнами та дозволив відстежувати пандемію ВІЛ/СНІДу на глобальному рівні, а також порівнювати регіональні та національні тенденції.

Основним документом для отримання найбільш повних стандартизованих даних про стан епідемічного процесу та прогрес у відповідь на епідемію в Україні став Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Із змістом таких звітів можна ознайомитись на веб-сайті ЮНЕЙДС¹⁷.

Основні результати Національного звіту відображені в Переліку 25 національних показників моніторингу й оцінки ефективності заходів. Частина показників розраховується на основі даних з уже наявних джерел статистичної звітності. Для розрахунку інших проводяться спеціальні соціологічні й епідеміологічні дослідження, як серед населення в цілому, так і серед груп, уразливих до інфікування ВІЛ.



Політична декларація щодо ВІЛ/СНІДу, ухвалена резолюцією № 60/262 Генеральної Асамблеї ООН (2006)¹⁸

Підписуючи Політичну декларацію щодо ВІЛ/СНІДу, прийняту Генеральною Асамблеєю ООН (далі – Політична декларація 2006), країни зобов'язались до 2010 року надати універсальний доступ до послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки всіх, хто їх потребує. Відповідно до п. 11 Політичної декларації 2006, доступ до лікарських засобів у зв'язку з пандеміями як ВІЛ/СНІД, є одним з основних елементів поступового забезпечення повного здійснення права кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я. У п. 23 зазначено, що профілактика, лікування, догляд та підтримка інфікованих і хворих на ВІЛ/СНІД є взаємодоповнюючими елементами ефективного реагування і повинні бути частиною всеосяжного підходу до боротьби з пандемією.

Країни, що ратифікували міжнародний документ беруть на себе зобов'язання активізувати зусилля щодо прийняття, посилення або забезпечення дотримання, залежно від обставин, законодавства й інших заходів з метою ліквідації всіх форм дискримінації щодо всіх осіб і членів інших уразливих груп, хто живе з ВІЛ, і забезпечення умов для повного здійснення ними всіх прав людини і основних свобод, зокрема забезпечення їм доступу, серед іншого, до освіти, права спадкування, зайнятості, медичного обслуговування, соціальних і медичних послуг, профілактики, підтримки та лікування, інформації та юридичного захисту при дотриманні їхнього права на приватне життя і конфіденційність; і розробити стратегії боротьби з соціальним остракізмом і відторгненням у зв'язку з епідемією (п. 29).

Особливий акцент у документі зроблено на захисті прав дітей, зокрема в п. 32 вказано: «зобов'язуємося також насамперед вживати заходів щодо вирішення проблеми вразливості дітей, інфікованих ВІЛ і постраждалих від нього; надавати підтримку в реабілітації цих дітей та їхніх сімей, жінок і людей похилого віку, особливо з урахуванням їхньої ролі як осіб, які здійснюють догляд; заохочувати політику і програми по боротьбі з ВІЛ/СНІДом, орієнтовані на дітей, і розширювати захист дітей, які стали сиротами через ВІЛ/

¹⁶ URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/890-2004-p#Text>

¹⁷ URL: <http://unaids.mio.guru/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2019countries>

¹⁸ URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/aidsdecl.shtml

СНІД або постраждали від нього; забезпечити доступ до лікування та активізувати зусилля, спрямовані на розробку нових методів лікування для дітей; а також створювати, де це необхідно, системи соціального забезпечення, які захищають дітей, і надавати їм підтримку».

У Політичній декларації 2006 увага також приділена необхідності прискореного розширення масштабів спільної діяльності в боротьбі з туберкульозом і ВІЛ/СНІДом, відповідно до Світового плану дій у боротьбі з туберкульозом на 2006-2015 роки, а також необхідності інвестицій у розробку нових медичних препаратів, діагностики та вакцин, які можна було б використовувати для лікування хворих на туберкульоз, інфікованих ВІЛ (п. 33).



Міжнародні настанови щодо ВІЛ/СНІДу та прав людини (2006, консолідована версія)¹⁹

Опубліковані Офісом Уповноваженого ООН з прав людини та ЮНЕЙДС у 1998 р. як інструмент для держав щодо розробки, координації і реалізації ефективної національної політики та стратегій щодо ВІЛ/СНІДу. Настанови були розроблені експертами під час міжнародної консультації в 1996 р. та забезпечують основу для реагування на епідемію ВІЛ/СНІДу, засновану на правах людини, описуючи,

як застосовуються стандарти прав людини в контексті ВІЛ/СНІДу, та пристосовуючи їх до практичних заходів на національному рівні на основі трьох широких підходів:

- покращення державного потенціалу для міжгалузевої координації та підзвітності;
- реформування законодавства та служби правової підтримки з акцентом на боротьбу з дискримінацією, захист громадського здоров'я та покращення статусу жінок, дітей і маргіналізованих груп; і
- підтримка та посилення участі приватного сектору та громад для етичного й ефективного реагування на ВІЛ/СНІД.

Офіс Уповноваженого ООН з прав людини закликає уряди, національні правозахисні установи, неурядові організації та людей, які живуть з ВІЛ та СНІДом, використовувати Настанови для навчання, формулювання політики, адвокації та розробки законодавства з прав людини, пов'язаних з ВІЛ/СНІДом.



Рекомендація Міжнародної організації праці стосовно ВІЛ/СНІДу та сфери праці № 200 (2010)²⁰

Перший міжнародний стандарт щодо ВІЛ/СНІДу у сфері праці був прийнятий урядами, представниками роботодавців і працівників держав-членів МОП на Міжнародній конференції праці в червні 2010 р.

Пандемія ВІЛ стала однією з найважливіших проблем сучасності, в тому числі під час реалізації права на працю. На додаток до руйнівного впливу на працюючих жінок і чоловіків та їхні сім'ї, а також осіб, яких вони зобов'язані утримувати, ВІЛ/СНІД впливає на сферу праці багатьма способами. Стигма та дискримінація людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом та постраждали від них, загрожує основним правам на виробництві, підриваючи можливості для людей отримати гідну роботу та постійну зайнятість.

¹⁹ URL: <https://www.ohchr.org/documents/publications/hivaidsguidelinesen.pdf>

²⁰ URL: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/normativeinstrument/wcms_194088.pdf



Політична декларація щодо ВІЛ та СНІД: активізація зусиль щодо подолання ВІЛ та СНІД, ухвалена резолюцією № 65/277 Генеральної Асамблеї ООН (2011)²¹

На засіданні високого рівня 2011 року державами-членами ООН було одностайно прийнято нову Політичну декларацію щодо ВІЛ та СНІД: активізація зусиль щодо подолання ВІЛ та СНІД (далі – Політична декларація 2011), яка встановила амбіційні цілі та закликала держави до 2015 року подвоїти зусилля щодо забезпечення універсального доступу з наміром досягти Цілей Розвитку Тисячоліття.

Як зазначено в Політичній декларації 2011, профілактика ВІЛ-інфекції повинна бути наріжним каменем національних, регіональних і міжнародних дій у боротьбі з епідемією ВІЛ.

У п. 59 вказано: «зобов'язуємось подвоїти зусилля щодо профілактики ВІЛ-інфекції, вживаючи всі заходи для здійснення всеосяжних, науково обґрунтованих підходів до профілактики з урахуванням місцевих умов, етичних і культурних цінностей, у тому числі за допомогою, але не обмежуючись лише цим».

У п. 77 Політичної декларації 2011 зазначено про необхідність активізувати національні зусилля щодо створення сприятливих правових, соціальних і політичних меж у кожному національному контексті з метою ліквідації стигматизації, дискримінації та насильства, пов'язаних з ВІЛ, та сприяти розширенню доступу до профілактики, лікування, догляду та підтримки при ВІЛ-інфекції і забезпечення недискримінаційного доступу до освіти, медичного обслуговування, зайнятості та соціальних послуг, надавати правовий захист порушених прав ЛЖВ, зокрема, права на спадкування, права на їхнє особисте життя і конфіденційність, і дотримуватися та захищати всі права людини й основні свободи, приділяючи особливу увагу всім людям, схильним до ризику інфікування ВІЛ.

У документі йдеться про необхідність реалізовувати національні стратегії у боротьбі з ВІЛ/СНІД, які слугують дотриманню та захисту прав людини, зокрема програми, спрямовані на ліквідацію стигматизації та дискримінації щодо ЛЖВ та їхніх сім'ї, у тому числі шляхом підвищення інформованості співробітників поліції і суддів, підготовки медичних працівників з питань недискримінації, конфіденційності та інформованої згоди, підтримки національних навчальних кампаній з прав людини, правової грамотності та правових послуг, а також шляхом моніторингу впливу правового середовища на профілактику, лікування, догляд і підтримку при ВІЛ-інфекції (п. 80).



Перетворення нашого світу: Порядок денний в галузі сталого розвитку на період до 2030 року, затверджений резолюцією 70/1 Генеральної Асамблеї ООН (2015)²²

Так звані Цілі сталого розвитку, затверджені на політичній зустрічі високого рівня щодо сталого розвитку 25.09.2015, прийшли на зміну цілям, проголошеним у Декларації тисячоліття, прийнятій 189 країнами на Саміті ООН у вересні 2000 р.²³

У Порядку денному було задекларовано прискорення темпів прогресу в

боротьбі з малярією, ВІЛ/СНІДом, туберкульозом, гепатитом, Еболою та іншими інфекційними хворобами та епідеміями, в тому числі шляхом вирішення зростаючої протимікробної стійкості та проблеми захворювань, що не спостерігаються, які вражають країни, що розвиваються.

Заходи сталого розвитку мають проводитись з думкою про всіх людей, а особливо тих, які піддаються постійній дискримінації та стигматизації. Люди, які живуть з ВІЛ нерідко входять до вразливих, маргіналізованих верств населення, які страждають від соціальної нерівності.

²¹ URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/aids_decl2011.shtml

²² URL: https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E

²³ URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_621#Text

10 з 17 Цілей сталого розвитку так чи інакше пов'язані з боротьбою проти епідемії ВІЛ/СНІДу²⁴:

1. Ціль 1: покінчити з бідністю;
2. Ціль 2: покінчити з голодом;
3. Ціль 3: забезпечити здорові умови життя;
4. Ціль 4: забезпечити якісну освіту;
5. Ціль 5: досягнути гендерної рівності;
6. Ціль 8: сприяти економічному зростанню;
7. Ціль 10: зменшити прояви нерівності;
8. Ціль 11: зробити міста безпечними;
9. Ціль 16: сприяти розвитку мирних та інклюзивних суспільств;
10. Ціль 17: посилити засоби імплементації.

У резолюції зазначено, що Цілі Порядку денного можуть бути реалізовані лише шляхом досягнення Глобального партнерства, об'єднуючи уряди, громадянське суспільство, приватний сектор, систему ООН та інших суб'єктів та мобілізуючи всі наявні ресурси. В Україні було розроблено проєкт розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛінфекції/СНІДу на 2019-2023 роки»²⁵, який, однак, так і не був прийнятий. Увагу також слід звернути на те, що, на противагу Цілям сталого розвитку, положення Декларації тисячоліття були імplementовані в національне законодавство. Так, Законом України «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки» від 20.10.2014²⁶ затверджено програму, метою якої є зниження рівня захворюваності та смертності від ВІЛ-інфекції/СНІДу, надання якісних і доступних послуг з профілактики та діагностики ВІЛ-інфекції, насамперед представникам груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, послуг з лікування, медичної допомоги, догляду і підтримки людей, які живуть з ВІЛ, у рамках реформування системи охорони здоров'я.



*Зведені настанови щодо використання антиретровірусних препаратів для лікування та профілактики ВІЛ-інфекції: рекомендації щодо підходу до охорони здоров'я (ВООЗ, 2016)*²⁷

Наставови містять вказівки щодо діагностики ВІЛ, використання антиретровірусних препаратів для лікування і профілактики ВІЛ-інфекції та догляду за людьми, які живуть з ВІЛ. Вони структуровані за хронологією: тестування, профілактика, лікування і догляд.

Друге видання оновило Зведені настанови щодо використання антиретровірусних препаратів 2013 р. після ґрунтовного дослідження доказів і проведення консультацій протягом 2015 р. Їх опублікування зумовлено мінливими світовими тенденціями щодо ВІЛ і здоров'я в цілому.

Цілі цих Наставов полягають у забезпеченні:

- оновлених, обґрунтованих фактичними даними клінічних рекомендацій, що окреслюють підхід до охорони здоров'я до надання антиретровірусних препаратів для лікування та профілактики ВІЛ у контексті надання медичної допомоги при ВІЛ, з акцентом на умови з обмеженими можливостями та ресурсами в системі охорони здоров'я;

²⁴ URL: https://www.unaids.org/en/AIDS_SDGs

²⁵ URL: https://moz.gov.ua/uploads/1/5670-pro_20180621_1.pdf

²⁶ URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1708-18#Text>

²⁷ URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208825/9789241549684_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- керівництва з ключових питань надання послуг, які необхідно вирішити, щоб розширити доступ до медичної допомоги при ВІЛ, зміцнити безперервність медичної допомоги при ВІЛ та додатково інтегрувати надання антиретровірусних препаратів в системи охорони здоров'я;
- програмних вказівок для осіб, які ухвалюють рішення і розробників планів на національному рівні щодо адаптації, встановлення пріоритетів і реалізації клінічних та оперативних рекомендацій та моніторингу їхнього виконання і впливу.



Політична декларація з питань ВІЛ/СНІДу «Прискореними темпами до активізації боротьби з ВІЛ та припинення епідемії СНІДу до 2030 року», ухвалена резолюцією 70/228 Генеральної Асамблеї ООН (2016)²⁸

Політична декларація з ВІЛ/СНІДу «Прискореними темпами до активізації боротьби з ВІЛ і припинення епідемії СНІДу до 2030 р.» (далі – Політична декларація 2016) прийнята Генеральною Асамблеєю ООН у 2016 р. У Політичній декларації 2016 держави-члени ООН підкреслили незмінну важливість комплексного підходу до боротьби зі СНІДом, туберкульозом, гепатитами В і С, зокрема такі глобальні цілі:

- скорочення кількості смертей, спричинених ко-інфекцією туберкульозу та СНІДу на 75% до 2020 р.;
- охоплення лікуванням від туберкульозу 90% всіх людей, які його потребують, у тому числі 90% представників груп підвищеного ризику, і досягнення до 2020 року, принаймні 90% ефективності лікування;
- скорочення до 2020 р. кількості нових випадків хронічного вірусного гепатиту В і С на 30%;
- забезпечення до 2020 р. лікуванням 3 мільйонів осіб з хронічним гепатитом С.

Політична декларація 2016 конкретно перелічує спеціальні профілактичні заходи, зокрема: інформаційно-роз'яснювальну роботу за допомогою традиційних і соціальних мереж, і механізмів під керівництвом представників тієї ж соціальної групи; програми поширення чоловічих і жіночих презервативів; добровільне медичне чоловіче обрізання; програми замісної терапії; забезпечення шприцями та голками для ін'єкцій; доконтактну профілактику для людей, які знаходяться у зоні підвищеного ризику інфікування ВІЛ; антиретровірусну терапію й інші відповідні заходи. Вона обіцяє «активізувати зусилля щодо досягнення мети всеосяжної профілактики, програм лікування, догляду та підтримки, які допоможуть значно скоротити кількість нових випадків інфікування, збільшити тривалість і підвищити якість життя, сприяти заохоченню, захисту та дотриманню прав і гідності всіх людей, які хворі на ВІЛ та СНІД, людей, які знаходяться у зоні ризику, та членам їхніх сімей». У пункті 62 (а) Політичної декларації 2016 зазначено: «визнаємо, що досягнення цілей Стратегії прискореної боротьби з ВІЛ можливе лише при збереженні і розширенні доступу до належних, якісних, заснованих на фактичних даних інформації, освіти й послугах у сфері ВІЛ».

У червні 2016 р. Генеральною асамблеєю ООН під час зустрічі високого рівня з питань боротьби з ВІЛ/СНІДом проголошено Стратегію прискореного подолання епідемії ВІЛ-інфекції Fast-Track²⁹, яка поставила перед міжнародною спільнотою амбітні цілі: до 2020 року виявити 90% ЛЖВ, надати 90% з них антиретровірусну терапію (АРТ) та забезпечити ефективність лікування для 90% осіб, які отримують АРТ³⁰. Застосування підходу ЮНЕЙДС дасть змогу попередити до 2030 року приблизно 28 млн нових випадків ВІЛ-інфекції, 21 млн. смертей, обумовлених СНІДом, уникнути додаткових витрат, пов'язаних із ВІЛ у розмірі 24 млрд доларів США та взагалі ліквідувати глобальну пандемію ВІЛ-інфекції.

Варто зазначити, що станом на 1 січня 2018 р. на обліку в закладах охорони здоров'я України перебувала 141 371 ВІЛ-позитивна особа (або 333,3 особи на 100 тис. населення), 43 816 з них – із діагнозом «СНІД» (103,3 особи на 100 тис. населення).

²⁸ URL: <https://phc.org.ua/news/zasidannya-visokogo-rivnya-z-pitan-borotbi-z-vil-snid-genasamblei-oon>

²⁹ URL: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016HighLevelMeeting_en.pdf

³⁰ URL: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016HighLevelMeeting_en.pdf

Водночас за період реалізації Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки в 2017 р. спостерігається тенденція до стабілізації епідемічної ситуації порівняно з вихідними показниками 2013 року: зокрема, за даними офіційної статистики, на 38% зменшилась кількість захворювань на ВІЛ-інфекцію у віковій групі від 15 до 24 років (з 1 534 до 944 випадків); майже в два рази знизилася частота передачі ВІЛ від матері до дитини (з 3,9% до 2,2% (показник 2017 року розрахований за результатами ранньої діагностики)); поступово зменшується поширеність ВІЛ серед вагітних (з 0,87% до 0,71%); протягом останніх п'яти років стабілізувалася захворюваність на СНІД (на рівні 19,8 – 22,8 випадки на 100 тис. населення); поширеність ВІЛ-інфекції серед секс-працівників знизилась з 7,3 до 5,2 відсотка; стабілізувалася на рівні 19-22% поширеність ВІЛ серед людей, які вживають наркотики ін'єкційно; охоплення антиретровірусною терапією зросло в 1,8 рази (з 55 784 до 98 237 осіб); утримання на терапії через 12 і більше місяців від її початку зросло з 69 до 88 відсотків.

У 2018 році Кабінет Міністрів України оприлюднив для громадського обговорення проєкт розпорядження «Про схвалення Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2019-2023 роки», який розроблено МОЗ України. Концепція розроблена з метою зупинення епідемії ВІЛ-інфекції в державі, запобігання новим випадкам інфікування ВІЛ, зниження смертності від хвороб, зумовлених ВІЛ, що потребує забезпечення широкомасштабних і комплексних заходів профілактики, діагностики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ЛЖВ.

У проєкті нормотворці пропонують два способи подолання епідемії ВІЛ/СНІДу:

- перший передбачає продовження фінансування комплексу заходів, спрямованих на протидію епідемії, який є основою Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки. Однак такий підхід не враховує сучасних тенденцій розвитку епідемії ВІЛ у державі в цілому та окремих регіонах, не забезпечує дотримання зобов'язань країни щодо значного уповільнення темпів розповсюдження ВІЛ-інфекції до 2020 року, як необхідного проміжного етапу для припинення епідемії до 2030 року.
- другим оптимальним та науково обґрунтованим шляхом вирішення проблеми, який дозволить виконати міжнародні зобов'язання України, досягти поставлених цілей та сприятиме реалізації реформи системи охорони здоров'я України є перехід на принципи та підходи громадського здоров'я, включаючи посилення первинної медичної допомоги, децентралізацію, пріоритетне фінансування заходів з доведеною ефективністю, як-от: лікування, послуги з тестування на наявність антитіл до ВІЛ, профілактичні програми для ключових щодо інфікування ВІЛ груп, включаючи нові групи, яких торкнулась епідемія, послуги з догляду та підтримки ЛЖВ, їхнього найближчого оточення та виконання Стратегії забезпечення сталої відповіді епідеміям туберкульозу, в тому числі хіміорезистентного, та ВІЛ/СНІДу на період до 2020 року, схваленої Кабінетом Міністрів України у 2017 р.



Консолідовані настанови щодо людиноцентрованого моніторингу пацієнтів, хворих на ВІЛ та спостереження відповідних випадків (BOO3, 2017)³¹

Такі настанови стосуються моніторингу та спостереження за ВІЛ-інфекцією в межах зведених національних систем моніторингу, що підтримує догляд за пацієнтами та дозволяє звітувати про більшість програмних, національних та глобальних показників. Наставови описують, як розробити стійку, злагоджену систему моніторингу та спостереження за пацієнтами, яка може доповнюватися необхідними опитуваннями та спеціальними дослідженнями за необхідності.

Ці настанови консолідують вказівки щодо систем моніторингу пацієнтів та усіх випадків ВІЛ як частини нагляду за охороною здоров'я. Вони відповідають основним положенням Цілей сталого розвитку, що

³¹ URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255702/9789241512633-eng.pdf?sequence=1>

орієнтовані на людей, і розроблені за принципом «не залишати нікого позаду». Зокрема, дві конкретні Цілі сталого розвитку (17.18 та 17.19) вимагають збільшення доступності дезагрегованих даних та розширеного аналізу та спроможності використовувати дані для вдосконалення програм. Ці настанови застосовують вказані цілі на практиці.

Загальною метою цих настанов є підтримка країн у впровадженні підходу «лікувати всіх» та включенні стратегічних інформаційних показників ВООЗ щодо ВІЛ у національні системи управління інформацією про здоров'я.

Настанови спрямовані, зокрема, на:

- оновлення засобів моніторингу та звітності щодо людей, які живуть з ВІЛ, на рівні закладу охорони здоров'я та розширення використання засобів інтегрованого моніторингу в тих місцях, де інтегровані лікування та догляд (наприклад, там, де АРТ надається в установах щодо здоров'я матері, новонародженого та дитини та туберкульозу). Однією з цілей є також посилення зв'язків, подальшого спостереження, коли пацієнти переміщуються між різними медичними закладами;
- розширення існуючих систем нагляду за ВІЛ, щоб застосувати або посилити підходи до нагляду за ВІЛ, які регулярно фіксують та пов'язують окремі дані про всі зареєстровані випадки ВІЛ з часом та з різних джерел. Сюди входять сайти тестування на ВІЛ, медичні установи, лабораторії та ін.;
- інвестування у прийняття або розширення унікальних ідентифікаторів пацієнтів, щоб пов'язати окремі записи історії хвороби пацієнтів у межах закладів, програм і між різними службами охорони здоров'я.

Україна підтримує ключові напрями міжнародної політики щодо забезпечення основних прав людини у сфері ВІЛ/СНІДу, зокрема імплементуючи міжнародні стандарти в національне законодавство.



Міжнародні настанови з прав людини та політики у сфері наркотичних речовин (2019)³²

Контроль за обігом наркотичних речовин перетинається з більшою частиною Порядку денного сталого розвитку до 2030 р. та зобов'язанням держав-членів ООН нікого не залишати позаду. Відповідно до Порядку денного, Стратегічного плану ПРООН на 2018-2021 рр. та Стратегії щодо ВІЛ, охорони здоров'я та розвитку на 2016-2021 рр.: «З'єднуючи крапки», Міжнародні настанови з прав людини та політики у сфері наркотичних речовин забезпечують повний

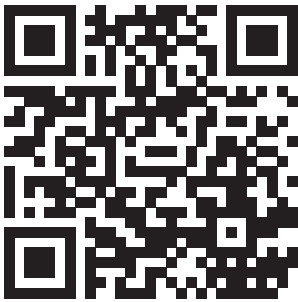
набір міжнародно-правових стандартів щодо розміщення людської гідності та сталого розвитку в центрі реагування держав-членів на незаконний обіг наркотичних речовин. Настанови охоплюють різноманітний набір основних питань, починаючи від розвитку, закінчуючи кримінальним судочинством та охороною здоров'я. Вони були розроблені коаліцією держав-членів ООН, ВООЗ, ЮНЕЙДС, ПРООН і провідними експертами з прав людини та політики у сфері наркотичних речовин. Настанови є прикладом підтримки, яку ПРООН надає для практичної інтеграції міжнародних зобов'язань з прав людини в національну, регіональну та глобальну політику та програми.

Відповідно до Настанов, кожен має право користуватися перевагами наукового прогресу та його застосувань. Для забезпечення цього права держави повинні, зокрема, вживати законодавчих та інших відповідних заходів для забезпечення того, щоб наукові знання та технології та їх застосування, у т. ч. науково обґрунтовані, науково підтверджені заходи для лікування наркотичної залежності, запобігання передозуванню та запобігання, лікування та контролю ВІЛ, гепатиту С та інших захворювань, були фізично та фінансово доступними без дискримінації.

³² URL: <https://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/international-guidelines-on-human-rights-and-drug-policy.html>

У контексті права кожного на життя держави зобов'язані вживати позитивних заходів для збільшення тривалості життя людей, які вживають наркотики, включаючи адекватні кроки для надання науково обґрунтованої інформації, засобів, товарів та послуг щодо запобігання вживанню наркотиків, запобігання передозуванню та реагування на них і зменшення шкоди, в тому числі для зменшення такої шкоди як передозування, ВІЛ, вірусного гепатиту та інших інфекцій і травм, іноді пов'язаних із вживанням наркотиків.

Зважаючи на захист прав осіб, які позбавлені свободи, держави зобов'язані, зокрема, забезпечити для усіх осіб, позбавлених волі, доступ до добровільних та доказових медичних послуг, у т. ч. послуг зі зменшення шкоди та лікування наркотичної залежності, а також до основних ліків, послуг з лікування ВІЛ та гепатиту С за стандартом, еквівалентним такому, що зазвичай прийнятий в громаді.



«Поновлення нашого голосу»: Кодекс належної практики для Неурядових організацій, які реагують на ВІЛ/СНІД³³

Цей Кодекс закріплює низку Керівних принципів, які застосовують праволюдський підхід до спектру роботи, пов'язаної з ВІЛ/СНІДом, а саме з питань охорони здоров'я, розвитку та гуманітарної діяльності, що проводиться неурядовими організаціями, що реагують на ВІЛ/СНІД. Такі принципи забезпечують загальну основу, застосовну до всіх неурядових організацій, що займаються реагуванням на ВІЛ / СНІД, і втілюються у межах принципів належної практики, які визначають як вони працюють як неурядові організації (глава 3 - Організаційні принципи), так і те, чим вони займаються (глава 4 - Програмні Принципи). Глава 5 включає такі ключові ресурси, як інструментарій та посібники, які можуть допомогти застосувати ці принципи на практиці. Вона також включає інформацію про процес «підписання» Кодексу та про імплементацію Кодексу.

ТУБЕРКУЛЬОЗ



Московська декларація щодо ліквідації туберкульозу прийнята на Першій глобальній міністерській конференції ВООЗ (2017)³⁴

У преамбулі Московської декларації щодо ліквідації туберкульозу зазначено: «кожен день туберкульоз забирає життя більше п'яти тисяч дітей, жінок і чоловіків і не обходить стороною жодну країну світу. Ця хвороба є ключовою причиною смерті людей працездатного віку, яка може призводити до катастрофічних соціальних і економічних наслідків для сімей, спільнот і країн». Міністри охорони здоров'я та члени інших відомств, які брали участь у підписанні аналізованого документу, зобов'язались від імені країни, яку вони представляють:

- розширювати масштаби застосування заходів профілактики, діагностики, лікування і допомоги щодо туберкульозу та прагнути до досягнення мети загального охоплення послугами охорони здоров'я за допомогою державних і приватних надавачів медичних послуг, щоб забезпечити виявлення не менше 90% випадків і забезпечити успішне лікування не менше 90% виявлених випадків захворювання у всіх країнах за допомогою засобів швидкої діагностики (включно з молекулярною діагностикою), належного лікування, надання допомоги та підтримки, орієнтованої

³³ URL: <https://www.who.int/3by5/partners/NGOcode/en/>

³⁴ URL: https://www.who.int/tb/features_archive/Russian_MoscowDeclarationtoEndTB.pdf?ua=1

на пацієнта, застосування рекомендованих ВООЗ стандартів надання допомоги і використання технологій цифрової охорони здоров'я;

- приділяти пріоритетну увагу на недискримінаційній основі групам високого ризику і групам населення, які перебувають в уразливому становищі, як-от жінки та діти, корінні народи, працівники охорони здоров'я, люди похилого віку, мігранти, біженці, внутрішньо переміщені особи, ув'язнені, ЛЖВ, особи, що вживають наркотики, шахтарі та недостатньо охоплені медичними послугами верстви міського й сільського населення, без якого досягнення мети ліквідації туберкульозу буде неможливим;
- вживати заходів щодо проблеми ТБ як кризової ситуації у сфері охорони здоров'я у всьому світі, зокрема, в межах національних заходів екстреного реагування, в усіх країнах з високим рівнем захворювання на ТБ, забезпечуючи при цьому стійке функціонування надійних систем у всіх країнах для запобігання виникненню та поширенню випадків стійкості до лікування;
- забезпечувати розширення доступу до орієнтованих на пацієнта комплексних послуг щодо лікування ТБ та ВІЛ і здійснювати спільну діяльність, щоб покласти край випадкам смерті від ТБ серед ЛЖВ;
- забезпечувати досягнення синергізму у веденні випадків ТБ, поєднаних інфекцій і відповідних неінфекційних захворювань, недостатнього харчування, порушень психічного здоров'я і шкідливого вживання алкоголю, а також зловживання іншими психоактивними речовинами, включно з ін'єкційними наркотиками;
- вживати заходів щодо розширення, у разі необхідності, доступу до нових і ефективних протитуберкульозних препаратів в умовах суворого програмного контролю та подальшого спостереження;
- забезпечувати, за необхідності, наявність адекватних кадрових ресурсів для профілактики, лікування і надання допомоги при ТБ;
- вживати заходів з метою скорочення випадків стигматизації, дискримінації та соціальної ізоляції і сприяти наданню допомоги, орієнтованої на пацієнта, включаючи схеми лікування на рівні місцевих громад, а також надання психологічної та соціально-економічної підтримки.



Політична декларація з питань боротьби з туберкульозом, ухвалена резолюцією 73/3 Генеральної Асамблеї ООН (2018)³⁵

26 вересня 2018 р. у Нью-Йорку відбулася перша в історії Нарада високого рівня Генеральної Асамблеї ООН під назвою «Об'єднані для викорінення туберкульозу: заходи реагування на глобальну епідемію». Нарада високого рівня з питань подолання ТБ є найважливішим і безпрецедентним кроком для урядів і всіх партнерів, які беруть участь у боротьбі з туберкульозом.

Нарада продовжила роботу, розпочату на Міністерській конференції з ліквідації ТБ, що відбулася у Москві 16–17 листопада 2017 р. і завершилася прийняттям міністрами та іншими лідерами зі 120 країн зобов'язань високого рівня щодо прискорення прогресу у сфері ліквідації ТБ.

Підсумком Наради високого рівня стало ухвалення главами держав масштабної Політичної декларації з питань боротьби з туберкульозом, затвердженої резолюцією Генеральної Асамблеї ООН від 10.10.2018 (далі – Політична декларація 2018), яка сприятиме посиленню заходів щодо ліквідації недуги і нарощуванню інвестицій у цій сфері, а також порятунку мільйонів життів.

³⁵ URL: <https://undocs.org/ru/A/RES/73/3>

У документі задеклароване зобов'язання виконати завдання до 2030 р. щодо ліквідації епідемії туберкульозу в усьому світі відповідно до Цілей Розвитку Тисячоліття, реалізації спільних зусиль з метою активізації на національному рівні глобальних колективних дій щодо подолання епідемії, а також інвестицій та інновацій в інтересах якнайшвидшої ліквідації захворювання.

Туберкульоз, зокрема в формах, що набули медикаментозної стійкості, становить серйозну проблему і є провідним інфекційним захворюванням, що викликає смерть, найпоширенішою в світі хворобою зі стійкістю збудника до протимікробних препаратів і основною причиною смерті ЛЖВ та тих, що живуть за межею бідності. Гендерна нерівність, вразливість, дискримінація і маргіналізація посилюють ризик захворювання на туберкульоз і його руйнівні наслідки, включаючи стигматизацію та дискримінацію, в будь-якому віці, внаслідок чого боротьба з цим захворюванням вимагає комплексного підходу, зокрема, що забезпечує загальне охоплення медичним обслуговуванням і враховує соціально-економічні чинники цієї епідемії, захищає та забезпечує права людини.

У п. 14 Політичної декларації 2018 зазначено про серйозні соціально-економічні та фінансові проблеми, з якими стикаються хворі на туберкульоз, у тому числі складність отримання своєчасної діагностичної допомоги, необхідність проходження надзвичайно тривалих курсів лікування препаратами з важкими побічними ефектами і труднощі з отриманням комплексної підтримки.

У документі підкреслено необхідність захищати і заохочувати право на найвищий досяжний рівень фізичного та психічного здоров'я з метою забезпечення загального доступу до якісних і недорогих послуг з профілактики, діагностики, лікування, догляду та надання підтримки тим, хто отримав інвалідність у результаті захворювання на туберкульоз, на комплексній основі в межах системи охорони здоров'я в інтересах забезпечення загального охоплення послугами охорони здоров'я та усунення бар'єрів для догляду за хворими; розглянути економічні та соціальні детермінанти захворювань; а також сприяти припиненню стигматизації та дискримінації в усіх її формах, зокрема шляхом скасування дискримінаційних законів, правил і програм щодо осіб, хворих на туберкульоз, за допомогою захисту прав людини та людської гідності, а також застосування стратегій і методів, які сприяють більш ефективному здійсненню інформаційнопропагандистської та просвітницької діяльності (п. 37).

Країни, що підписали аналізований документ у п. 39 взяли на себе зобов'язання забезпечувати і здійснювати міжсекторальне співробітництво на глобальному, регіональному, національному та місцевому рівнях у галузях охорони здоров'я та харчування, фінансів, праці, соціального захисту, освіти, науки і техніки, правосуддя, сільського господарства, охорони навколишнього середовища, житла, торгівлі, розвитку та інших сферах з метою гарантувати, щоб всі зацікавлені сторони діяли з метою викорінення туберкульозу і щоб при цьому ніхто не залишився поза увагою.



ЗАКОНОДАВСТВО У СФЕРІ ВІЛ/СНІДУ ТА ТУБЕРКУЛЬОЗУ І СУДОВА ПРАКТИКА ОКРЕМИХ КРАЇН



Австрія

ЗАКОН ПРО СНІД BGBl. NR. 728/1993 (витяги)³⁶

Відповідальним за контроль ситуації з ВІЛ/СНІДом визначено Федерального міністра охорони здоров'я, спорту та захисту прав споживачів.

Заклади охорони здоров'я звітують перед ним про: випадки виявлення ВІЛ-інфекції, смерті від СНІДу. Такі повідомлення надсилаються протягом одного тижня з моменту встановлення діагнозу або констатації смерті.

Якщо в особи виявлено ВІЛ-інфекцію, медичний працівник зобов'язаний повідомити їй про це. Медичний працівник зобов'язаний також поінформувати її про типи інфекції та правила поведінки щодо уникнення такої інфекції.

Експертизи на виявлення ВІЛ-інфекції можуть проводитись лише відповідно до сучасних методів і лише відповідно до встановлених критеріїв забезпечення якості.

Рішення Федерального адміністративного суду Австрії

від 25.04.2019 у справі № I412 2142541-2³⁷.

Обставини справи.

Скаржник, громадянин Нігерії, ВІЛ-інфікований. У 1997 р. незаконно в'їхав на територію Австрії за підробленими документами.

Протягом 1999–2016 рр. він був неодноразово засуджений у зв'язку із вчинюваними ним правопорушеннями, зокрема, за заподіяння тілесних ушкоджень (як умисно, так і з необережності), погрози насильством і зараженням інфекційними хворобами, опір при затриманні, шахрайство, злочини проти власності.

³⁶ URL: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010768>

³⁷ URL: https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?ResultFunctionToken=dd980fe9-c8d2-4147-9890-ecdfdb9734a9&Abfrage=Gesamtabfrage&SearchInAsylGH=&SearchInAvn=&SearchInAvsv=&SearchInBegut=&SearchInBgblAlt=&SearchInBgblAuth=&SearchInBgblPdf=&SearchInBks=&SearchInBundesnormen=&SearchInDok=&SearchInDsk=&SearchInErlaesse=&SearchInGbk=&SearchInGemeinderecht=&SearchInJustiz=&SearchInBvwg=&SearchInLvwg=&SearchInLgbl=&SearchInLgblNO=&SearchInLgblAuth=&SearchInLandesnormen=&SearchInNormenliste=&SearchInPruefGewO=&SearchInKmGer=&SearchInPvak=&SearchInRegV=&SearchInSpg=&SearchInUbas=&SearchInUmse=&SearchInUvs=&SearchInVerg=&SearchInVfgh=&SearchInVwgh=&ImRisSeitVonDatum=&ImRisSeitBisDatum=&ImRisSeit=Undefined&ResultPageSize=100&Suchworte=aids+Infektion+Diskriminierung&Dokumentnummer=BVWGT_20190425_I412_2142541_2_00

Після звільнення з місць відбування покарання, органи влади зобов'язали скаржника покинути територію Австрії. Він не погодився з таким рішенням, а свою позицію мотивував тим, що він був залежний від антиретровірусної терапії, а країна його громадянства характеризується негативною статистикою зараження ВІЛ та обмеженим доступом до лікування. У відповідь на це твердження представниками держави було надіслано йому інформаційний бюлетень про ВІЛ в Нігерії, у якому містились свідчення позитивної динаміки щодо випадків зараження та щодо лікування.

Також заявник просив надати йому міжнародний захист у зв'язку з можливим поганим поведінням з ним у країні його громадянства, зважаючи на його ВІЛ-позитивний статус.

Висновок та наслідки рішення.

Скаржника було депортовано до Нігерії. При ухваленні рішення суд керувався такими аргументами.

В інформаційному бюлетені, виданому країною громадянства скаржника, не містилось жодних доказів, що скаржника було б позбавлено найосновніших засобів до існування, якби він повернувся до Нігерії. Так, він був повнолітньою працездатною особою, володів мовою своєї країни, а в Нігерії законом заборонена дискримінація в трудових правах осіб, інфікованих ВІЛ.

Інформаційний бюлетень містив доступні варіанти терапії проти ВІЛ. Скаржник мав можливість звернутися за консультацією до численних закладів охорони здоров'я, а в окремих випадках, відповідні ліки надавались пацієнтам безоплатно. Таким чином, скаржник мав можливість шукати роботу, яка йому підходить, та забезпечити собі засоби для існування.

Федеральний суд також посилався на Конвенцію про захист прав людини і основоположних свобод і констатував, що в разі повернення скаржника в країну його громадянства, такі його права як право на життя та на заборону катування, нелюдського чи такого, що принижує гідність поведіння або покарання, будуть забезпечені відповідно до інформації, що містилась в офіційних документах Нігерії.



Іспанія

НАКАЗ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ВІД 24.06.1987 (витяг)³⁸

Усі донорські анатомічні матеріали підлягають тестуванню на наявність ВІЛ-маркерів.

Позитивний результат тесту означатиме неможливість використання таких анатомічних матеріалів.

Якщо відповідні анатомічні матеріали отримані з-за кордону та не підлягали тестуванню на ВІЛ, такий тест має бути проведений закладами охорони здоров'я Іспанії, або ж, їх використання буде неможливим.

КОРОЛІВСЬКИЙ УКАЗ 2210/1995 ПРО СТВОРЕННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ МЕРЕЖІ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО НАГЛЯДУ (витяг)³⁹

Складовою національної мережі епідеміологічного нагляду є, зокрема, спеціальні системи епідеміологічного нагляду, засновані на реєстрації випадків, обстеженні, які можуть застосовуватися для епідеміологічного нагляду за поширенням ВІЛ/СНІДу.

Національні та регіональні реєстри СНІДу фіксують випадки зараження, наявність захворювань, що свідчать про СНІД. Суб'єктами таких повідомлень є лікарі, що виявили захворювання. Повідомлення здійснюється шляхом подачі анкети. Анкета не містить персональних даних пацієнта, а є лише реєстрацією випадку інфікування. Персональні дані пацієнтів зберігаються в закладі охорони здоров'я.

³⁸ URL: <https://www.boe.es/eli/es/o/1987/06/24/2>

³⁹ URL: <https://www.boe.es/buscar/act.php?lang=en&id=BOE-A-1996-1502&tn=&p=>

Рішення Верховного Суду Іспанії від 30.01.2015**Обставини справи.**

Обвинуваченому було встановлено діагноз ВІЛ у квітні 2000 р. У 2007 р. він розпочав відносини з потерпілою, які тривали до 2012 р. Протягом цього часу обвинувачений приховував від своєї партнерки, що він є ВІЛ-позитивним, і мав з нею незахищені статеві контакти. У 2011 р. жінка почала підозрювати, що її партнер може бути ВІЛ-інфікованим, тому здала аналіз, який підтвердив її ВІЛ-позитивний статус.

Висновок та результати рішення.

Верховний Суд встановив, що обвинувачений умисно приховував свій позитивний ВІЛ-статус від потерпілої. Саме ця обставина була покладена в основу рішення Суду.

Суд наголосив на необхідності повідомлення ВІЛ-інфікованими особами свого статусу потенційним партнерам. В іншому випадку, наставатиме кримінальна відповідальність.

**Нідерланди****КОНСТИТУЦІЯ**

У ст. 1 зазначено, що дискримінація за будь-якими ознаками не допускається.

ЗАКОН ПРО ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я ТА ЗАПОБІГАННЯ ЗАГРОЗАМ ГРОМАДСЬКОМУ ЗДОРОВ'Ю ВІД 09.10.2008

У Законі покладено відповідальність на муніципальну (селищну чи міську) ради за сприяння і здійснення колективної профілактики. Муніципальні органи влади зобов'язані впроваджувати цей Закон за допомогою свого муніципального управління охорони здоров'я щодо колективної профілактики стосовно інфекційних захворювань, як-от туберкульоз, ВІЛ/СНІД та інші, або у випадку епідемії. У ст. 2а зазначено, що муніципальна рада повинна розробляти меморандум щодо політики в галузі охорони здоров'я кожні чотири роки.

ЗАКОН ПРО СПЕЦІАЛЬНІ МЕДИЧНІ ПРОЦЕДУРИ ВІД 24.10.2007

Лікування ВІЛ підпадає під дію Закону про спеціальні медичні процедури. Відтак, ВІЛ може лікуватися лише у 22 лікарнях, центрах лікування ВІЛ. Вимоги, яким повинні відповідати центри лікування ВІЛ, перелічені у цьому Законі.

ЗАКОН ПРО МЕДИЧНІ ОГЛЯДИ ВІД 05.07.1997

Заборонено тестування на ВІЛ як частину медичних оглядів потенційних працівників.

Пітер М., який працював медбратом, був засуджений до 8 років позбавлення волі за зараження чоловіків ВІЛ-інфікованою кров'ю шляхом ін'єкцій у Гронінгені. Після відбування покарання він знову почав працювати за спеціальністю. Інспекція охорони здоров'я дізналася про це та передала справу до дисциплінарного суду.

М. був головним фігурантом у справі про зараження ВІЛ у Гронінгені. Він та інший підозрюваний обвинувачувалися у введенні чоловіків у наркотичне сп'яніння і подальше інфікування їх зараженою кров'ю. М. був ув'язнений у 2007 р. та достроково був звільнений наприкінці 2012 р. Після звільнення М. влаштувався працювати медбратом у два закладах охорони здоров'я. Обидва роботодавці не вимагали довідки про добру поведінку, коли наймали його, і М. мовчав про своє минуле. Однак, до Інспекції охорони здоров'я надійшли скарги на М. Його колеги скаржились на його образливу поведінку щодо них.

Інспекція передала цю справу до дисциплінарного суду. М. відмовився від психіатричного огляду. Суд вирішив, що є великі сумніви щодо того, чи можуть пацієнти М. довіряти йому, і тому вирішив виключити його з реєстру медичних працівників, а отже, він більше не зможе працювати медбратом.



Німеччина

Згідно із Кримінальним кодексом, умисне чи необережне зараження ВІЛ кваліфікується як тілесне ушкодження. Хоча ВІЛ-позитивна особа не зобов'язана повідомляти свого партнера про наявність інфекції, від такого повідомлення та висловленої у зв'язку із ним згоди залежатиме, чи особу буде покарано.

Рішення Конституційного Суду 2 BvR 1541/15⁴⁰

Обставини справи.

Засуджений до довічного позбавлення волі скаржився на те, що під час відбування покарання йому було зроблено аналіз на ВІЛ без його згоди. Судами загальної юрисдикції таке втручання було визнано незаконним.

Скаржник також просив в адміністрації в'язниці надати йому повний доступ до його медичної документації, в чому йому було відмовлено. Скаржник звернувся до суду. Він зазначав, що під час перебування у в'язниці багато разів здавав кров, і доступ до медичної документації може виявити й інші випадки проведення незаконних аналізів на ВІЛ.

Обласний суд відмовив у задоволенні позову скаржника, вказавши, якщо ув'язнений запитував доступ до певної документації, він мав довести, що такий доступ йому необхідний для захисту його прав, а не просто для одержання інформації.

Висновок та наслідки рішення.

Конституційний Суд встановив, що у цьому випадку йшлося про право особи на інформаційне самовизначення, а саме можливість розпоряджатись своїми персональними даними, зокрема ухвалювати рішення щодо їх розголошення. Це право надає суб'єкту персональних даних, серед іншого, можливість доступу до таких даних, які зберігаються у третіх осіб.

Обласний суд не врахував той факт, що положення Конституції ФРН надають пацієнту право перевіряти медичну документацію, яка стосується його чи її. Скаржник пояснив, що бажає всебічного доступу до своєї медичної документації, щоб реалізувати своє право на інформаційне самовизначення та перевірити законність свого лікування і ведення обліку. Право скаржника на самовизначення може бути обмежене лише у виняткових випадках. Однак і в такому разі необхідно збалансувати конкуруючі інтереси з правом скаржника на самовизначення. Проте обласний суд не вказав аспектів, які можуть переважати інтерес скаржника до інформації.

Конституційний Суд встановив, що рішення суду загальної юрисдикції не відповідало Конституції ФРН.

Конституційний Суд також посилався на ст. 8 Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод і вказував, що пацієнт не зобов'язаний вказувати причини свого бажання ознайомитись з медичною документацією, таке право повинне гарантуватись йому.

Відповідно до міжнародних документів, пацієнтам, позбавленим волі, слід надати всю релевантну інформацію про стан здоров'я, курс лікування та призначені ліки; бажано, щоб вони мали право ознайомлюватися зі змістом медичних записів у в'язницях, якщо це не доцільно обмежити з терапевтичних причин.

⁴⁰https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2016/12/rk20161220_2bvr154115.html



КРИМІНАЛЬНИЙ КОДЕКС РЕСПУБЛІКИ ПОЛЬЩА (витяги)

Стаття 161.4 Захист людини від зараження

- § 1. Хто, знаючи, що він заражений ВІЛ, безпосередньо піддає небезпеці зараження цією інфекцією іншу людині, карається позбавленням волі на строк від 6 місяців до 8 років.
- § 2. Той, хто, знаючи, що він або вона уражений венеричною або інфекційною хворобою, важкою невиліковною або справді небезпечною для життя хворобою, безпосередньо піддає небезпеці зараження цією інфекцією іншу людині, карається позбавленням волі на строк від 3 місяців до 5 років.
- § 3. Якщо злочинець, зазначений у § 2, піддає небезпеці зараження цією інфекцією багатьох людей, то він карається позбавленням волі строком від одного року до 10 років.
- § 4. Притягнення до відповідальності за злочин, зазначений у параграфах 1 та 2, відбувається за клопотанням потерпілої сторони.

Вирок Конституційного Трибуналу Республіки Польща

від 23.11.2009 у справі № 150/10/A/2009⁴¹

Обставини справи.

Воєводська медична комісія МВС у своєму рішенні від 08.02.2007 № 90/I/07 вказала, що працівник поліції не може виконувати покладені на нього професійні обов'язки через те, що він є носієм ВІЛ-інфекції. До подібного висновку дійшла й Окружна медична комісія м. Гданська. З жовтня 2007 р. працівника поліції було звільнено із займаної посади на підставі висновків обох комісій. Працівник поліції, не погоджуючись з ухваленим рішенням, звернувся до суду за захистом порушених прав, вказавши, що пункт 57 (4) додатку № 2 Статуту застосовується «механічно» («автоматично»), що, вважає, суперечить ст. 32, ст. 31 розділу 3 та ст. 60 Конституції та § 11 та § 12 п. 1 Положення. На його думку, реальною підставою звільнення зі служби є сам факт зараження ВІЛ, незважаючи на відсутність симптомів СНІДу. Це суперечить принципу, що впливає із ст. 25-1 Закону про поліцію та § 11 та § 12 п. 1 Положення про те, що здатність до служби в поліції повинна визначатися тяжкістю захворювання та його впливом на психофізичний стан поліцейського.

Висновок та наслідки рішення.

Конституційний Трибунал вирішив поставити під сумнів конституційність пункту 4 статті 57 Додатку 2 Статуту через непропорційний характер обмеження доступу до публічної служби, запровадженого цим положенням.

Причиною негативної оцінки оскаржуваного рішення було не просто визнання статусу носія ВІЛ-інфекції як одного з факторів, що визначають придатність до служби в поліції, а надмірна суворість наслідків, пов'язаних із цим. Це виражається в обмеженні можливості оцінки реальної психофізичної спроможності поліцейських у зв'язку із висновками медичних комісій, які вказали, що носій ВІЛ без будь-яких симптомів СНІДу та з хорошим станом здоров'ям не може працювати в поліції на будь-якій посаді. Безпосередньою причиною такого підходу є автоматичне віднесення таких осіб до категорії здоров'я D (непридатний), яка міститься в оскаржуваному положенні, і неможливість ухвалення іншого рішення, приміром, «придатний до служби з обмеженням».

Постанова Конституційного Трибуналу дозволяє визнати безпідставність звільнення зі служби ВІЛ-позитивного поліцейського, справу якого розглядає Губернський адміністративний суд у м. Гданську.

⁴¹ <https://www.saos.org.pl/judgments/109043>

Відповідно до цих положень, звільнений працівник поліції має право бути поновленим на рівноцінну посаду за умови, що він готовий приступити до виконання професійних обов'язків протягом семи днів. Поновлений працівник поліції також має право на грошову компенсацію за час вимушеного прогулу в розмірі максимальної суми заробітної плати за шість місяців на посаді, яку обіймав до звільнення.

Суд зазначив, що до моменту внесення змін до законодавства про поліцію, медичні комісії можуть оцінити вплив передачі ВІЛ на здоров'я працівника поліції та оцінити його придатність до служби на основі загальних положень регламенту.

Конституційний Трибунал вважає за необхідне зазначити, що подібні конституційні сумніви породжує також пункт 57 пункту 5 додатка 2 Статуту, що призводить до автоматичного визнання людей, хворих на СНІД, непридатними до служби в поліції. Ця хвороба може мати різний перебіг, зокрема легкий характер, і симптоми, що виникають, не завжди означають, що людина абсолютно не здатна служити в поліції. Наприклад, сучасне лікування СНІДу дає можливість повноцінно працювати особі, не відчуваючи наслідків хвороби.



Чеська Республіка

ЗАКОН ПРО ОХОРОНУ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я № 258/2000 (витяги)

§ 53 (1) Фізичні особи, заражені ВІЛ, фізичні особи, які страждають від інфекційних хвороб, за винятком патогенних мікробів черевного тифу та паратифу, та фізичні особи з хронічним вірусним гепатитом В і С, якщо вони або їхні законні представники були поінформовані про цей факт лікарем (далі – носії), зобов'язані:

- (а) пройти лікування, медичний нагляд, необхідне лабораторне обстеження та інші протиепідемічні заходи;
- (б) дотримуватися вказівок лікаря щодо захисту інших фізичних осіб від передачі інфекційного захворювання, носіями якого вони є;
- (в) не здійснювати діяльності, за якої вони загрожуватимуть здоров'ю інших фізичних осіб;
- (г) інформувати лікаря перед обстеженням або лікуванням і після госпіталізації до закладу охорони здоров'я, про свій статус; якщо носій без свідомості, то він повинен зробити це, щойно його стан здоров'я дозволить.

КРИМІНАЛЬНИЙ КОДЕКС ЧЕХІЇ не містить спеціальних норм про зараження ВІЛ або туберкульозом. Обвинувачення пред'являються за загальними статтями (зараження інфекційною хворобою: умисне (ст. 152) та з необережності (ст. 153)).

Рішення Верховного Суду № 8 Tdo 1163/2015

Верховний Суд обґрунтував так звану «доктрину нульової концентрації».

Так, суди, ухвалюючи рішення, мають обов'язково звертати увагу на кількість ВІЛ в крові особи. Ця доктрина зумовлена тим, що шанс передати ВІЛ сексуальному партнеру у таких осіб дорівнює нулю доти, поки концентрація ВІЛ у біологічних рідинах залишається на такому рівні, що її неможливо виявити.

Ефективне лікування ВІЛ (антиретровірусна терапія) пригнічує кількість ВІЛ у біологічних рідинах настільки, що стандартні тести не дають змоги виявити ВІЛ або можуть знайти лише незначний його слід.

Це не означає, що особа вилікувалась від ВІЛ. Якщо припинити лікування, концентрація ВІЛ знову збільшиться.

Невизнана вірусна концентрація означає, що в біологічних рідинах недостатньо ВІЛ для передачі статевим шляхом, а отже, особа не є заразною.

Рішення Верховного Суду № 6 Тдо 378/2018

ВІЛ-інфекцію слід вважати серйозним ушкодженням здоров'я, оскільки вона передбачає певні обмеження для пацієнта, зокрема, у вигляді регулярних оглядів, дотримання режиму лікування, а також існує від моменту зараження протягом усього подальшого життя.



Швейцарія

КРИМІНАЛЬНИЙ КОДЕКС ШВЕЙЦАРІЇ

ВІЛ-позитивні особи, які не повідомляють своїх статевих партнерів про свій ВІЛ-статус до незахищеного статевого акту, можуть підлягати кримінальній відповідальності за напад (ст. 122).

У 2006 році Федеральний Верховний Суд постановив, якщо особі не відомо про її ВІЛ-позитивний статус, але вона могла про нього знати і не попередила свого партнера про можливість зараження, вона буде нести відповідальність за злочин, вчинений з необережності.

Рішення Федерального Верховного Суду Швейцарії у справі № 6В_337/2012⁴²

Федеральний Верховний Суд Швейцарії постановив, що ВІЛ-інфекція більше не може автоматично розглядатися як заподіяння серйозної шкоди через покращення результатів тривалості життя за умови проходження антиретровірусної терапії. Так, Федеральний Верховний Суд Швейцарії переглянув свою усталену практику щодо серйозності зараження ВІЛ-інфекцією.

Починаючи з 1999 р., будь-яка передача або спроба передачі ВІЛ вважалася причиною чи спробою заподіяння серйозної шкоди і, таким чином, кваліфікувалася як злочин за ст. 122 Кримінального кодексу Швейцарії («Тяжкі тілесні ушкодження», що є серйозним посяганням у розумінні кримінального законодавства Швейцарії).

Апелянт оскаржував вирок Верховного суду кантону Цюрих, винесений на основі статей 122 та 231 («Поширення хвороб людини») Кримінального кодексу, за передачу ВІЛ сексуальному партнеру. Вищий суд призначив покарання у вигляді позбавлення волі на 30 місяців (частково умовно). Апелянт заперечував проти кваліфікації передачі ВІЛ як серйозного ушкодження здоров'я на тій підставі, що, незважаючи на невиліковний хронічний стан, ВІЛ-інфекцією вдається керувати завдяки поточному лікуванню. Очікувана тривалість життя осіб, які живуть з ВІЛ, зараз майже дорівнює тривалості життя осіб, які не інфіковані, і в результаті цього прогресу передача повинна кваліфікуватися як звичайне посягання згідно зі ст. 123 Кримінального кодексу.

⁴² URL: http://relevancy.bger.ch/php/aza/http/index.php?highlight_docid=aza%3A%2F%2F19-03-2013-6B_337-2012&lang=de&type=show_document

Федеральний Верховний Суд Швейцарії зазначив, що сучасний науковий прогрес та відповідні варіанти лікування дозволяють дійти висновку, що ВІЛ-інфекція не обов'язково становить серйозну загрозу для життя. Суд проте постановив, що ВІЛ-інфекція все ще спричиняє складні фізіологічні та психологічні зміни впродовж життя інфікованої особи, які в деяких випадках можуть призвести до серйозних або навіть небезпечних для життя ушкоджень.

Рішення, яке набрало законної сили, скасувало попередню судову практику Федерального суду, згідно з якою ВІЛ-інфекція вважалась тяжким тілесним ушкодженням, яке кваліфікується як серйозне посягання. Актуальне рішення дозволяє кваліфікувати зараження ВІЛ як серйозне посягання лише за умови, якщо цього вимагають обставини конкретної справи. Отож, суди повинні обґрунтовувати в кожному рішенні, кваліфікацію передачі чи спробу передачі ВІЛ-інфекції як звичайне посягання за ст. 123 чи серйозне посягання за ст. 122 Кримінального кодексу.

За серйозне посягання передбачено покарання у вигляді позбавлення волі, яке не перевищує 10 років, тоді як максимальне покарання за звичайне посягання – 3 роки. Це рішення, безумовно, обмежить деякі вирoki максимум на 3 роки за звичайне посягання, тоді як середнє покарання за передачу або спробу передачі ВІЛ раніше варіювалось від 2 до 4 років у випадках, коли статті 122 та 231 застосовувались одночасно.

На відміну від серйозного посягання, яке переслідується *ex officio* (у порядку публічного обвинувачення) (без скарги), звичайне посягання переслідується *ex officio* лише за винятками, передбаченими в пункті 2 ст. 123, які стосуються використання отрути або зброї, посягань на осіб, які перебувають під опікою обвинуваченого або не в змозі захиститися, або у разі посягання на життя іншого з подружжя, особи, з якою винний перебуває у зареєстрованих відносинах або партнера, з яким винна особа проживає разом.

Федеральний суд відхилив інші твердження апелянта, а саме, що суд нижчої інстанції відхилив аргумент апелянта щодо згоди потерпілої особи на незахищені сексуальні стосунки; а також про те, що суд нижчої інстанції помилився, визначивши, що апелянт справді був тим, хто заразив потерпілу особу. Федеральний суд не погодився з позицією обвинуваченого щодо того, що існували достатні сумніви щодо показань потерпілого проти обвинуваченого.

Справу було передано на розгляд Вищого суду для визначення кваліфікації діяння як звичайного чи серйозного посягання.



ПРАКТИКА ЄВРОПЕЙСЬКОГО СУДУ З ПРАВ ЛЮДИНИ

Відповідно до національного законодавства (Закон України «Про виконання рішень та застосування практики Європейського суду з прав людини» від 23.02.2006 № 3477-IV) практика ЄСПЛ є джерелом права в Україні. Ратифікувавши Конвенцію, Україна взяла на себе зобов'язання виконувати норми цього міжнародного договору. Практика ЄСПЛ є водночас актами офіційного тлумачення Конвенції та практикою її застосування. ЄСПЛ, здійснюючи так зване динамічне тлумачення, застосовує загальні норми Конвенції до конкретних обставин справи, а також приводить їх у відповідність з «реаліями сьогодення». Такий підхід дає Конвенції можливість залишатись і досі актуальною, незважаючи на те, що прийнята вона була у 1950 р. Отож, практика ЄСПЛ невід'ємно йде за Конвенцією, що підтверджується також нормами Віденської конвенції про право міжнародних договорів.

Щодо виконання рішень і застосування практики ЄСПЛ, варто відзначити, що це поняття, які наділені різним змістом. Під виконанням рішень ЄСПЛ розуміється вжиття державою заходів індивідуального та загального характеру, визначених ЄСПЛ, виключно в рішеннях проти неї. Об'єктивно, виконати рішення проти іншої держави неможливо. Однак, практика ЄСПЛ, зокрема проти інших держав, підлягає застосуванню як чинник можливого удосконалення правової системи тієї чи іншої держави. Відтак, вона діє, так би мовити, превентивно, не чекаючи винесення ЄСПЛ аналогічного рішення проти неї та забезпечуючи реалізацію конвенційних прав і застосування Конвенції на своїй території.

Ще одним аргументом на користь застосування усього масиву практики ЄСПЛ, а не лише тієї, яка викладена в рішеннях проти конкретної держави, є те, що національний законодавець, закріплюючи визначення такої практики, не обмежив її лише практикою Суду у справах проти України. Таке формулювання повністю узгоджується з позицією ЄСПЛ, викладеною ним у рішенні «Оруз проти Туреччини» (2009). ЄСПЛ зазначає, що необхідно враховувати його правові позиції, викладені не тільки у справах проти держави-відповідача, а й проти інших держав. В Інтерлакенській декларації від 19.02.2010 закріплено, що держави-учасниці РЄ повинні взяти на себе зобов'язання зважати на розвиток прецедентного права ЄСПЛ з урахуванням висновків, що випливають з його рішень про порушення Конвенції іншою державою, якщо така сама проблема існує в їхній правовій системі.

У преамбулі до Конвенції закріплений принцип верховенства права, який ЄСПЛ у своєму рішенні у справі «Klass та інші проти Німеччини» (1978) називає одним із фундаментальних принципів демократичного суспільства. Згідно з цим принципом, втручання державної адміністрації у сферу особистих прав людини має бути об'єктом ефективного контролю, зокрема судового.

Цей Розділ ілюструє основні проблеми, виявлені ЄСПЛ, приклади збалансування ним публічних і приватних інтересів у надзвичайно делікатній та сенситивній сфері, а саме щодо ВІЛ/СНІДу та туберкульозу і прав людини.

ВІЛ/СНІД і права людини у практиці Європейського суду з прав людини

У сфері прав осіб-носіїв ВІЛ/СНІДу ЄСПЛ виділяє такі проблемні аспекти:

- стигматизація та дискримінація осіб, інфікованих ВІЛ:
 - незаконне звільнення працівника з огляду лише на його ВІЛ-позитивний статус;
 - відмова у видачі посвідки на проживання;
 - відмова в повторному в'їзді у країну особі, що постійно проживала там, але не була громадянином;
 - невиправдане позбавлення свободи ВІЛ-інфікованих;
- проблеми, пов'язані з лікуванням:
 - безпідставне позбавлення життєво необхідного лікування;
 - надання неналежного лікування, яке призвело до ускладнень або навіть смерті потерпілої особи;
- розголошення інформації про ВІЛ-позитивний статус особи:
 - шляхом публікації відомостей про неї в засобах масової інформації;
 - шляхом недостатнього захисту медичної документації особи;
 - неналежна перевірка донорської крові та плазми;
 - проведення неналежного розслідування у справах щодо зараження ВІЛ у закладах охорони здоров'я;
 - недостатня виплата компенсації за порушення конфіденційності.

Отже, розглядаючи справи щодо порушення прав ВІЛ-інфікованих осіб, ЄСПЛ виявив порушення ст.ст. 2, 5, 6, 8, 13, ст. 14 у поєднанні зі ст. 8 Конвенції.

ЄСПЛ наголошує, що жодна зі статей, порушення яких він визнав у контексті прав ВІЛ-інфікованих, не є абсолютною. Тобто, права, гарантовані ними, можуть підлягати обмеженням з боку держави. Однак такі обмеження повинні ґрунтуватись на законі, який відповідає критеріям якості, визначеним ЄСПЛ, а всі рішення, ухвалені в контексті цих обмежень мають бути об'єктивним і мотивованими та оцінювати кожну ситуацію індивідуально; переслідувати легітимну мету та бути необхідними в демократичному суспільстві.

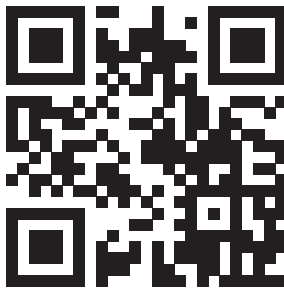
Саме так буде забезпечено баланс інтересів ВІЛ-інфікованих, як однієї з найбільш уразливих груп осіб з інтересами окремих осіб, громадського здоров'я та держави. Окремо ЄСПЛ зазначає, що коли така особа перебуває під контролем держави (зокрема, в місцях несвободи), остання несе відповідальність за її життя і має вжити всіх необхідних заходів для його збереження.

Межі розсуду держави щодо неоднакового ставлення до ВІЛ-інфікованих порівняно з іншими особами мають бути вузькими з огляду на особливу вразливість цієї категорії осіб.


Розгорнуті правові позиції щодо кожного питання висвітлені в *Таблиці 1*.

Таблиця 1.


Правові позиції ЄСПЛ у справах, які стосуються ВІЛ-інфікованих

Назва, номер, посилання на рішення	Z. проти Фінляндії (Заява № 22009/93) http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-58033	
Дата ухвалення та остаточного набуття	25.02.1997	
Факти	<p>Заявниця була ВІЛ-інфікована, як і її колишній чоловік Х.</p> <p>10.03.1992 міський суд Гельсінкі визнав Х. винним у зґвалтуванні О., вчиненому 12.12.1991, та призначив йому покарання у вигляді позбавлення волі з відтермінуванням строку його відбування. Суд слухав справу з фіксуванням за допомогою відеозапису та ухвалив рішення, що документи подані у справі, не підлягають розголошенню протягом 10 років.</p> <p>19.03.1992 Х. повідомили про результати аналізу крові, проведеного 06.03.1992, які вказували, що він ВІЛ-інфікований.</p> <p>У березні 1992 р., за результатами скарги, поданої М. проти Х. у вчиненні статевого злочину, поліція розпочала розслідування (порушила кримінальну справу) у справі про замах на вбивство, підозрюючи Х. в тому, що він 01.03.1992 свідомо поставив М. у небезпеку зараження ВІЛ. Згідно з фактами, які встановлено Комісією, під час допиту в поліції 05.03.1992 М. впізнала Х. як злочинця та була повідомлена, що дружина Х., заявниця, є ВІЛ-інфікованою. 10.04.1992 поліція повідомила М. про те, що Х є також ВІЛ-інфікованим.</p>	
Правова позиція	<p>ЄСПЛ констатував, що внаслідок розгляду справи Х. судами було здійснено втручання в особисті права заявниці. Отже, необхідно проаналізувати, чи було таке втручання здійснено на основі закону, чи переслідувало воно легітимну мету і чи було необхідним у демократичному суспільстві. Щодо перших двох складових, то ЄСПЛ вказав на їх дотримання національними судовими органами.</p> <p>Що ж до необхідності в демократичному суспільстві, ЄСПЛ зазначив таке. Загальні принципи щодо важливості дотримання конфіденційності даних про здоров'я особливо актуальні щодо захисту конфіденційності інформації про ВІЛ-інфекцію людини, розголошення якої не сумісне зі ст. 8 Конвенції, якщо це не обґрунтовано значним суспільним інтересом. Державні заходи, що розголошують таку інформацію без згоди пацієнта, вимагають найбільш ретельного контролю з боку ЄСПЛ, як і гарантії, призначені для забезпечення ефективного захисту. У цьому випадку необхідно досягти справедливого балансу між інтересом гласності судових процесів та інтересами щодо конфіденційності персональних даних.</p> <p>(а) Розпорядження, які вимагають від лікарів і психіатра заявниці давати свідчення, були застосовані через те, що заявниця користується правом не давати показання проти свого чоловіка, Х.</p> <p>Отже, національні суди мали на меті з'ясувати, чи Х. знав або мав підстави підозрювати про свій ВІЛ-позитивний статус. Ця обставина могла бути вирішальною у кваліфікації його злочинів як вчинених на сексуальному ґрунті, чи замаху на вбивство.</p> <p>Без сумніву, вагомі суспільні інтереси на користь розслідування та притягнення до відповідальності Х. за замах на вбивство значно обмежили особисті права заявниці.</p>	

	<p>При цьому ЄСПЛ зазначає, що провадження було конфіденційним та надзвичайно винятковим, оскаржувані розпорядження навряд чи стримували потенційних чи фактичних носіїв ВІЛ здавати аналіз крові та звертатись за лікуванням. У цьому аспекті ЄСПЛ не виявив порушення ст. 8 Конвенції.</p> <p>(б) Вилучення медичної документації заявниці та включення її до матеріалів справи: ці заходи доповнювали зазначені розпорядження, їх мета була однаковою та ґрунтувалася на тих же вагомих суспільних інтересах. Таке вилучення було санкціоноване прокуратурою, а не судом, однак цей факт сам по собі не міг породжувати жодних порушень, оскільки умови вилучення були такими ж, як і умови розпорядження для медичних працівників надати свідчення. ЄСПЛ не мав сумніву в необхідності долучення вказаної документації до матеріалів справи, а відтак, не знайшов порушення ст. 8 Конвенції.</p> <p>(в) Тривалість наказу про зберігання конфіденційних медичних даних: десятирічний термін, протягом якого матеріали судового засідання не могли бути розголошені, не відповідав інтересам судових дебатів. Розголошення конфіденційної інформації про ВІЛ-позитивний статус заявниці після спливу цього терміну був би необґрунтованим і становив би серйозне втручання в її приватне та сімейне життя, яке не було підтримано переконливими причинами. У цьому аспекті ЄСПЛ констатував порушення ст. 8 Конвенції. Додатково ЄСПЛ зазначив, що розкриття особи заявниці не було підкріплено жодними поважними причинами.</p>
<p>Констатоване порушення (стаття)</p>	<p>Відсутність порушення ст. 8 Конвенції в частині розпоряджень суду щодо дачі показань, які стосувались ВІЛ-позитивного статусу заявниці, медичними працівниками та розпоряджень прокуратури щодо долучення до справи медичної документації заявниці.</p> <p>Порушення ст. 8 Конвенції щодо обмеженого строку дії судової заборони розголошення матеріалів справи.</p> <p>Заявниці присуджено 160 000 фінських марок компенсації.</p>

<p>Назва, номер, посилання на рішення</p>	<p>Enhorn проти Швеції (Заява № 56529/00) http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-68077</p>	
<p>Дата ухвалення та остаточного набуття</p>	<p>25.01.2005</p>	
<p>Факти</p>	<p>У 1994 р. заявник, гомосексуаліст, виявив, що він інфікований ВІЛ і що він передав його 19-річному чоловікові, з яким мав перший статевий контакт у 1990 р. На цих підставах окружний уповноважений з охорони здоров'я видав заявникові низку інструкцій, щоб уникнути поширення хвороби, включаючи заборону йому статевих актів без попереднього інформування партнерів про свою ВІЛ-інфекцію, а також зобов'язання проводити зустрічі з окружним уповноваженим з охорони здоров'я. Оскільки заявник не дотримався графіку деяких зустрічей, окружний уповноважений з охорони здоров'я звернувся до суду з проханням розпорядитись про тримання заявника в примусовій ізоляції.</p>	

	<p>У рішенні від лютого 1995 р. окружний адміністративний суд, згідно із Законом про інфекційні хвороби 1988 р., зобов'язав утримувати заявника в примусовій ізоляції до трьох місяців. Розпорядження набрало чинності негайно, але оскільки заявник не повідомив про це в лікарню, він був доставлений туди поліцією у березні 1995 р. Строк ізоляції неодноразово продовжувався на періоди по шість місяців. Наказ про позбавлення заявника свободи діяв до 2001 р., майже сім років.</p> <p>Однак, оскільки заявник ухилявся від ізоляції кілька разів, його фактичне позбавлення волі тривало загалом близько півтора року. Скарги заявника були відхилені апеляційним адміністративним судом. У задоволенні скарги до Вищого адміністративного суду також відмовили. У 2001 р. окружний адміністративний суд відхилив клопотання про подальше продовження примусової ізоляції. Він стверджував, що місцезнаходження заявника невідоме, і тому немає інформації про його поведінку, стан здоров'я тощо. З 2002 р. про місце знаходження заявника відомо, але окружний уповноважений з охорони здоров'я встановив, що немає підстав для подальшого примусового розміщення заявника в ізоляції.</p>
<p>Правова позиція</p>	<p>ЄСПЛ переконався, що затримання мало підставу в національному законодавстві (Закон про інфекційні хвороби 1988 р., який наділяв консультуючого лікаря широким розсудом при видачі практичних інструкцій, необхідних для запобігання поширенню інфекції). Два найважливіші критерії для оцінки «законності» затримання полягали в тому, чи було поширення інфекційної хвороби небезпечним для здоров'я чи безпеки населення та чи таке позбавлення було останнім заходом для запобігання поширенню захворювання, оскільки менш суворі заходи були визнані недостатніми. Безперечно, перші критерії були виконані. Щодо другого, то, незважаючи на те, що заявник ухилявся кілька разів під час виконання примусових доручень, він загалом залишався позбавленим волі півтора року. Уряд не надав жодних прикладів менш суворих заходів, які могли б бути розглянуті. Серед декількох інструкцій, які були видані заявнику, одна від 01.09.1994 забороняла йому статеві акти без попереднього повідомлення партнера про ВІЛ-інфекцію.</p> <p>ЄСПЛ зазначає, що в період з лютого 1995 р. до грудня 2001 р. не було жодних доказів або вказівки на те, що заявник передав вірус кому-небудь у цей період або що він вступив у статевий акт, не повідомивши партнера про свою хворобу. Щодо зараження 19-річного чоловіка у 1990 р., то не було вказівок на те, що заявник передав вірус умисно чи з грубої недбалості. Сам він дізнався про свою інфекцію в 1994 р. У цих умовах примусова ізоляція була не останнім заходом для запобігання поширенню хвороби, оскільки менш жорсткі заходи були визнані та виявлені недостатніми для захисту суспільних інтересів. Подовживши затримання на майже сім років, що призвело до примусової госпіталізації заявника майже на півтора року, влада не змогла досягти справедливого балансу між необхідністю забезпечити поширення ВІЛ і правом заявника на свободу.</p>
<p>Констатоване порушення (стаття)</p>	<p>Порушення ст. 5 Конвенції (п. 1). 12 083 євро компенсації.</p>


<p>Назва, номер, посилання на рішення</p>	<p>I проти Фінляндії (Заява № 20511/03) http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-87510</p>	
<p>Дата ухвалення та остаточного набуття</p>	<p>17.07.2008 17.10.2008</p>	

<p>Факти</p>	<p>Справа стосувалась неспроможності надати достатній захист медичній документації ВІЛ-позитивної медичної сестри від несанкціонованого доступу. Заявниця працювала медичною сестрою в державній лікарні. З 1987 р. вона регулярно відвідувала поліклініку з приводу інфекційних захворювань у цій же лікарні, після того як їй поставили ВІЛ-позитивний діагноз. На початку 1992 р. вона почала підозрювати, що її колеги знають про її хворобу. На той час персонал лікарні мав вільний доступ до реєстру пацієнтів, який містив інформацію про діагнози пацієнтів та лікування. Вона розповіла про свої підозри своєму лікареві, і лікарняний реєстр був змінений так, що лише лікуючий персонал мав доступ до обліку своїх пацієнтів.</p> <p>Заявниця була зареєстрована під псевдонімом та отримала новий номер соціального страхування. Пізніше вона подала скаргу до адміністративної ради округу з метою встановлення того, хто отримав доступ до її конфіденційних персональних даних як пацієнта. За запитом директор, відповідальний за архіви лікарні, подав до окружної адміністративної ради заяву, згідно з якою не вдалося з'ясувати, хто (чи справді хтось) звертався до персональних даних заявниці, оскільки система обробки даних відображала лише п'ять останніх консультацій (за відділом, а не конкретною особою) і навіть цю інформацію було видалено після повернення файлу до архівів.</p> <p>Позов заявниці про відшкодування шкоди було відхилено судами в порядку цивільного судочинства через відсутність належних доказів, що з її документацією проходилися незаконні дії.</p>
<p>Правова позиція</p>	<p>ЄСПЛ зауважує, що заявниця скаржилася на нездатність лікарні гарантувати безпеку її даних від несанкціонованого доступу, або, з погляду Конвенції, порушення позитивного зобов'язання держави забезпечити повагу до приватного життя за допомогою системи правил та гарантій щодо захисту даних. Захист персональних даних, зокрема медичних даних, має фундаментальне значення для здійснення людиною свого права на повагу до приватного і сімейного життя, гарантованого ст. 8 Конвенції. Повага до конфіденційності даних про здоров'я є життєво важливим принципом у правових системах усіх Договірних Сторін Конвенції. Дуже важливо не тільки поважати почуття приватності пацієнта, але й зберегти його впевненість у медичній професії та в медичному обслуговуванні взагалі. Особливо актуальною з погляду захисту конфіденційності інформації є інформація про ВІЛ-інфекцію людини, враховуючи делікатні питання, що стосуються цієї хвороби.</p> <p>Внутрішнє законодавство повинно встановлювати відповідні гарантії для запобігання будь-якого такого повідомлення або розголошення особистих медичних даних, які можуть суперечити гарантіям, викладеним у ст. 8 Конвенції. Відтак, суворе застосування закону стало б суттєвою гарантією права заявниці, забезпеченого ст. 8 Конвенції, що дозволило б, зокрема, суворий нагляд за доступом до можливості розкриття медичних даних. ЄСПЛ вважав, що заявниця програла в цивільному провадженні, оскільки вона не змогла довести фактичне існування причинно-наслідкового зв'язку між недоліками правил безпеки щодо доступу до даних і поширенням інформації про її стан здоров'я.</p> <p>Проте покласти на заявника такий тягар доведення означає проігнорувати визнані недоліки у веденні реєстру даних у лікарні на час розслідування. Зрозуміло, що якби лікарня забезпечила більший контроль над доступом до медичної документації шляхом обмеження доступу колом медичних працівників, які безпосередньо беруть участь у лікуванні заявниці або шляхом реєстрації всіх осіб, які використовували доступ до медичної картки заявниці, то заявниця була би в більш сприятливому становищі перед національними судами. ЄСПЛ вказує, що вирішальним є те, що система обробки даних у лікарні явно не відповідає юридичним вимогам, що містяться у ст. 26 Закону «Про персональні дані», чому не було приділено належної уваги національними судами.</p>

	<p>ЄСПЛ зазначав, що сам факт, що національне законодавство передбачало можливість заявниці вимагати відшкодування шкоди, спричиненої передбачуваним незаконним розголошенням особистих даних, не було достатнім захистом для її приватного життя.</p> <p>Отож, необхідний практичний і ефективний захист, насамперед, аби виключити будь-яку можливість несанкціонованого доступу. Такого захисту забезпечено не було.</p>
Констатоване порушення (стаття)	<p>Порушення ст. 8 Конвенції. 8 000 євро відшкодування моральної шкоди.</p>

Назва, номер, посилання на рішення	Armonienė проти Литви (Заява № 36919/02) http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-89823	
Дата ухвалення та остаточного набуття	25.11.2008 25.02.2009	
Факти	<p>Справа стосувалась недостатньої виплати компенсації за порушення конфіденційності. Найбільша щоденна газета Литви опублікувала на першій сторінці статтю про загрозу СНІДу у віддаленій частині Литви. Зокрема, медичні працівники місцевої лікарні посилаються на підтвердження того, що п. Армонас та п. Бірюк були ВІЛ-позитивними. Було сказано, що в п. Бірюк, яку називають «горезвісно розбещеною», з п. Армонасом було двоє незаконних дітей.</p> <p>Згодом вони окремо подали позов до газети за порушення їхнього права на приватне життя. У липні 2001 р. та квітні 2002 р. суди ухвалили рішення на їхню користь, встановивши, що стаття є принизливою і що газета опублікувала інформацію про їхнє приватне життя без їхньої згоди чи законних суспільних інтересів. Однак в обох випадках суди встановили, що не було з'ясовано, що інформація була опублікована умисно. Тому вони застосували законодавче положення, що обмежило максимально можливу нагороду за відсутності наміру до 10 000 LTL (приблизно 2900 євро).</p> <p>Заявниця була дружиною померлого чоловіка, про якого йшлося у згаданій публікації.</p>	
Правова позиція	<p>ЄСПЛ вважає, що поняття «приватне життя» за змістом ст. 8 Конвенції є ємним за обсягом, включає, зокрема, право на встановлення і розвиток відносин з іншими людьми і, безсумнівно, особисту інформацію, що стосується пацієнта. Завжди необхідний справедливий баланс, який повинен існувати між конкуруючими інтересами особистості та суспільства в цілому. Захист приватного життя повинний бути збалансований із свободою вираження думок, гарантованою ст. 10 Конвенції.</p> <p>Публікація статті про стан здоров'я чоловіка заявниці, а саме, що він був ВІЛ-інфікованим, а також твердження, що він був батьком двох дітей від іншої жінки, яка також хворіла СНІДом, мали суто приватний характер і тому підпадали під захист ст. 8 Конвенції. ЄСПЛ особливо відзначає той факт, що сім'я жила не в місті, а в селі, що посилювало вплив публікації на можливість того, що про хворобу чоловіка дізналися його сусіди і найближчі родичі, що призвело до публічного приниження та виключення з суспільного життя села.</p>	

	<p>ЄСПЛ погоджувався з висновком міського суду, який постановив, що оприлюднення інформації про стан здоров'я чоловіка з зазначенням його повного імені, прізвища та місця проживання не відповідає жодним законним суспільним інтересам. ЄСПЛ вважає, що жорсткі законодавчі обмеження дискреційних повноважень судових органів щодо відшкодування шкоди, заподіяної жертві, достатньою мірою стримують повторення таких зловживань, проте не забезпечили заявниці захист, який можна було б на законних підставах очікувати відповідно до ст. 8 Конвенції. ЄСПЛ дійшов висновку, що держава не забезпечила заявниці права на повагу до приватного життя її сім'ї.</p>
Констатоване порушення (стаття)	<p>Порушення ст. 8 Конвенції. 6 500 євро відшкодування моральної шкоди.</p>

Назва, номер, посилання на рішення	Кац та інші проти України (Заява № 29971/04) http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-90362	
Дата ухвалення та остаточного набуття	18.12.2008 18.03.2009	

Факти	<p>Справа стосувалась неналежного надання медичної допомоги доньці заявників під час тримання її під вартою, що призвело до її смерті, а також подальшого неефективного розслідування обставин смерті.</p> <p>Заявники скаржились на те, що українські органи влади були відповідальними за смерть їхньої дочки, оскільки вони не змогли забезпечити її адекватною медичною допомогою під час утримання її під вартою або ж звільнити її з огляду на стан здоров'я. Після її арешту та прибуття до СІЗО її оглянув лікар, який дійшов висновку, що вона здорова.</p> <p>Проте під час утримання під вартою вона хворіла на різні хронічні захворювання: виразку шлунку, бронхіт, пієлонефрит та інші хвороби, які, будучи ускладненими ВІЛ, потребували постійного медичного догляду та відповідного лікування. Батько загиблої надсилав листа адміністрації СІЗО з проханням госпіталізувати його дочку, оскільки з 1999 р. вона була носієм ВІЛ. Однак адміністрація відмовилася направити підозрювану до спеціальної лікарні, а також не госпіталізувала її у лікарню СІЗО. Висновок судово-медичної експертизи зафіксував, що вона померла від захворювань, ускладнених ВІЛ, зокрема через септичну пневмонію. Відразу ж після її смерті заявники подали заяву про порушення кримінальної справи проти адміністрації СІЗО через недбале виконання службових обов'язків. Відповідно до висновку Київського міського бюро судово-медичних експертиз від 17.11.2006, неправильно поставлений лікарями СІЗО діагноз призвів до того, що їй не було надано необхідної медичної допомоги, а тому адміністрація СІЗО не була безпосередньо відповідальною за смерть дочки заявників. Слідчі органи тричі відмовлялись порушувати кримінальну справу проти адміністрації СІЗО на тій підставі, що не було жодних доказів, що причиною смерті було насильство або ж недбалість медичних представників. Ці рішення пізніше були скасовані, а справа була направлена на додаткове розслідування, яке триває досі.</p>
--------------	--

Правова позиція


Особи, які тримаються під вартою, перебувають в уразливому становищі, і органи влади несуть відповідальність за поведінку з такими особами. Визнавши, що Конвенція вимагає від держави охороняти здоров'я та фізичний добробут осіб, позбавлених свободи, зокрема, шляхом надання їм необхідної медичної допомоги, ЄСПЛ вважає, що у випадку смерті ув'язненої особи внаслідок проблеми зі здоров'ям, держава повинна надати пояснення як щодо причини її смерті, так і щодо лікування, яке їй було призначено до того, як вона померла. За загальним правилом, один лише той факт, що особа померла за підозрілих обставин під час тримання її під вартою, має слугувати підставою для з'ясування, чи виконала держава свій обов'язок із забезпечення захисту права цієї особи на життя. ЄСПЛ зазначає, що з 14.04.2003 і до моменту смерті 01.02.2004 дочка заявників утримувалася під вартою і, відповідно, перебувала під контролем відповідних органів. Протягом усього періоду перебування під вартою вона страждала через загострення різних хронічних хвороб і їх перебіг ускладнювався через наявність у неї ВІЛ-інфекції. У зв'язку з цим вона потребувала постійного медичного нагляду та відповідного лікування. Враховуючи цей висновок та уразливість ВІЛ-позитивних осіб перед іншими серйозними хворобами, ЄСПЛ вважає шокуючим той факт, що їй не приділяли відповідної медичної уваги з огляду на її стан здоров'я. Незважаючи на загострення багатьох серйозних хвороб, надана допомога була досить поверховою. До того ж адміністрація СІЗО не лише відмовилася перевести доньку заявників до спеціалізованої лікарні, але також не перевела її до медичної частини установи. Вона залишалася в загальній камері навіть після 22.01.2004, коли адміністрація СІЗО визнала необхідність її госпіталізації і попросила у слідчих органів дозволу на звільнення її з-під варти у зв'язку зі станом здоров'я. ЄСПЛ зазначає, що згідно з висновком від 17.11.2006 опосередкованою причиною її смерті було ненадання їй належної медичної допомоги під час тримання її під вартою.

ЄСПЛ повторює, що у випадку втрати людського життя за обставин, які можуть бути підставою для порушення питання про відповідальність держави, ст. 2 Конвенції покладає на державу обов'язок забезпечити всіма доступними їй засобами адекватне реагування – судове або будь-яке інше, – щоб належним чином реалізувати відповідні законодавчі й адміністративні процедури, запроваджені задля захисту права на життя, і відтак, домогтися припинення того чи іншого порушення цього права та призначення відповідного покарання.

Зокрема, у випадку, якщо особа, яка утримувалася під вартою, померла за підозрілих обставин, органи влади повинні з власної ініціативи провести «офіційне та ефективне розслідування», спроможне забезпечити встановлення причин смерті, встановлення осіб, які несуть за це відповідальність, та їхнє покарання.

Система, функціонування якої вимагає ст. 2 Конвенції, повинна забезпечувати проведення незалежного й безстороннього офіційного розслідування, яке задовольняє певні мінімальні стандарти щодо ефективності. У зв'язку з цим відповідні органи повинні діяти зі зразковою ретельністю та оперативністю і з власної ініціативи повинні розпочати розслідування, спроможне, по-перше, забезпечити з'ясування обставин, за яких стався такий інцидент, з виявленням тих чи інших недоліків у функціонуванні регуляторної системи та, по-друге, забезпечити встановлення посадових осіб чи органів влади, причетних до цих подій. Значущою в цьому контексті є також вимога відкритості розслідування для контролю. Повертаючись до обставин справи, що розглядається, ЄСПЛ доходить висновку, що в цій справі існував процесуальний обов'язок за ст. 2 Конвенції провести розслідування обставин смерті родички заявників. ЄСПЛ вважає, що у кримінальному розслідуванні її смерті спостерігаються серйозні суперечності та недоліки. ЄСПЛ передусім зазначає, що тривалість розслідування скарг заявників вже становить 4 роки і дев'ять місяців і тривало під час провадження в ЄСПЛ. Упродовж цього періоду слідчі органи відмовлялися порушити кримінальну справу, але в подальшому ці їхні постанови скасовувалися національними судами, і справа направлялася для додаткової перевірки.

	<p>Постанови про відмову в порушенні кримінальної справи були винесені до отримання важливих доказів у справі – результатів додаткової перевірки та додаткових медичних доказів. Обидві ці постанови є надзвичайно стислими за змістом і обмежуються лише посиланням на те, що за відсутності зазначених вище доказів немає жодних ознак, що смерть була спричинена насильством чи медичною недбалістю. Слідчі органи так і не вирішили належним чином основного питання, порушеного у скаргах заявників, – питання якості медичної допомоги, яка надавалася родичці заявників, з точки зору виявлених у неї захворювань. До того ж деякі частини розслідування не відповідають мінімальній вимозі щодо незалежності. Зокрема, частина показань свідків, а саме – показання співкамерників були відібрані посадовими особами установи, які безпосередньо мали відношення до справи. Органи прокуратури не доклали жодних зусиль, щоб повторно допитати цих осіб або перевірити достовірність їхніх показань яким-небудь іншим чином. Це видається особливо вражаючим, якщо зважити на той факт, що ці показання виявилися подібними між собою, хоча давали їх вісім різних осіб. ЄСПЛ зазначає, що протягом усього розслідування заявникам здебільшого не надавали можливості брати участь у провадженні. Оскільки заявники не мали офіційного статусу в провадженні, їх позбавляли доступу до матеріалів справи і ніколи не інформували та не враховували їхні пропозиції щодо доказів чи свідків.</p>
<p>Констатоване порушення (стаття)</p>	<p>Порушення ст. 2 Конвенції (матеріальний та процесуальний аспекти). 7000 євро відшкодування моральної шкоди кожному із заявників.</p>

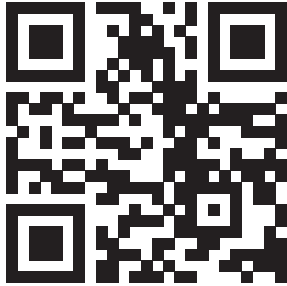
<p>Назва, номер, посилання на рішення</p>	<p>Оуал проти Туреччини (Заява № 4864/05) http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-97848</p>	
<p>Дата ухвалення та остаточного набуття</p>	<p>23.03.2010 23.06.2010</p>	
<p>Факти</p>	<p>Заявниками була сім'я Оял. Перший заявник, син, був заражений ВІЛ незадовго після його народження у лікарні внаслідок переливання крові та плазми, придбаних його батьком. Цей факт був виявлений приблизно через 4 місяці після такого переливання.</p> <p>Первинні витрати на лікування першого заявника компенсувались Фондом соціальної солідарності та взаємодопомоги Ізміра. Щодо подальших регулярних витрат, то держава відмовилась їх компенсувати. Однак першому заявникові було призначено стипендію на навчання.</p> <p>07.05.1997 заявники подали скаргу в прокуратуру Ізміра. Вони стверджували, що їм було надано заражену кров, і звинувачували Міністерство охорони здоров'я у недбалості при проведенні необхідної перевірки та аналізів відповідно до національного законодавства.</p> <p>Вони звернулися з проханням про порушення кримінального провадження щодо дій лікарів і працівників лабораторії, які брали участь у процесі переливання крові, а також проти директора Департаменту охорони здоров'я Ізміра і директора Ізмірського відділення Кизилай.</p>	

	<p>Представники органів державної влади стверджували, що донорську кров було перевірено на ВІЛ, однак антитіла у цього конкретного донора на час перевірки ще не виробились. Отже, виявити ВІЛ в цій одиниці плазми шляхом звичайних аналізів було неможливо.</p> <p>З огляду на це і на підставі пояснень медичних працівників та експертних висновків у доповіді Міністерства охорони здоров'я із цього питання сформульовано висновок про те, що не було жодної недбалості з боку медичних працівників, які брали участь у переливанні крові.</p> <p>Було також зазначено, що в усьому світі за рекомендацією Всесвітньої організації охорони здоров'я аналіз на ВІЛ-інфекцію проводиться із застосуванням анти-ВІЛ тестів ELISA, обладнанням для здійснення яких ця лабораторія не була оснащена.</p> <p>Першого заявника не прийняли в жодну школу з огляду на його статус.</p> <p>Заявники також подали позов про відшкодування моральної шкоди в розмірі 54 930 703 000 турецьких лір, який був задоволений національними судами.</p>
<p>Правова позиція</p>	<p>ЄСПЛ наголошує, що ст. 2 Конвенції не обов'язково вимагає порушення кримінальної справи у випадках ненавмисного втручання у право на життя або особисту недоторканність, як у цьому випадку, пов'язаному з медичною недбалістю. ЄСПЛ повинен упевнитися в тому, що правова система Туреччини забезпечувала заявникам достатній захист у порядку цивільного судочинства.</p> <p>Суди, які розглядали цю справу в порядку цивільного та адміністративного судочинства, постановили, що лабораторія винна у наданні ВІЛ-інфікованої крові першому заявнику і що Міністерство охорони здоров'я також несе відповідальність за службову недбалість свого персоналу. На підставі цього обидві установи були визнані відповідальними за шкоду, заподіяну заявникам.</p> <p>Крім того, суд Анкари в порядку цивільного судочинства встановив, що ВІЛ-інфікована кров, надана першому заявнику, не була належним чином перевірена медичними працівниками, оскільки проведення такого аналізу є занадто дорогим.</p> <p>ЄСПЛ встановив, що до цього інциденту не існувало жодних норм, які б вимагали, аби донори крові надавали інформацію про своє сексуальне життя, що, своєю чергою, могло б допомогти визначити, чи мають вони право здавати кров. Через ці недоліки і через те, що відповідачі не дотрималися вже чинних норм, суди присудили виплатити заявникам 54 930 703 000 і 15 936 949 турецьких лір як компенсацію моральної шкоди, а також відсотки пені.</p> <p>Отже, видається, що заявники мали доступ до судів, які встановили відповідальність осіб, винних у зараженні першого заявника ВІЛ, і присудили виплатити компенсацію шкоди в порядку цивільного судочинства. Однак, на думку ЄСПЛ, відшкодування не було достатнім.</p> <p>Відшкодування моральної шкоди заявникам охоплює лише один рік лікування і придбання медикаментів для першого заявника. Водночас сім'я має борги та відчуває фінансові труднощі і тому не в змозі оплатити подальше лікування першого заявника, а це щомісяця майже 6800 євро, що не заперечує Уряд. Попри обіцянки влади оплачувати медичні витрати першого заявника прохання заявників з цього приводу були відхилені. Зелена карта, видана заявникам, була скасована відразу ж після оголошення рішення про обов'язок відповідачів виплатити заявникам компенсацію. З цього випливає, що заявники змушені самі сплачувати величезні суми за лікування та ліки для першого заявника.</p>


	<p>З огляду на викладене, хоча ЄСПЛ визнає позитивний підхід національних судів до визначення відповідальності Кизилай і Міністерства охорони здоров'я й обґрунтованість рішень про виплату компенсації заявникам, він вважає, що найбільш відповідним засобом правового захисту за таких обставин було б рішення про те, що відповідачі, на додаток до компенсації моральної шкоди, повинні оплачувати лікування і придбання медикаментів для першого заявника протягом усього його життя.</p> <p>Суд доходить висновку, що компенсації, призначеної заявникам, не достатньо для виконання зобов'язання відповідно до ст. 2 Конвенції.</p>
Констатоване порушення (стаття)	<p>Порушення ст. 2, 6 13 Конвенції. Присуджено компенсацію в розмірі 381 000 євро.</p>

Назва, номер, посилання на рішення	Kiyutin проти Росії (Заява № 2700/10) http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-103904	
Дата ухвалення та остаточного набуття	10.03.2011 15.09.2011	
Факти	<p>У 2002 р. заявник переїхав з Узбекистану до Росії. У 2003 р. одружився, і в нього народилась дитина. Також у 2003 р. він подав запит на отримання посвідки на проживання в Росії.</p> <p>Унаслідок свого запиту заявник був змушений пройти медичний огляд, де виявився його позитивний ВІЛ-статус. Його запит на отримання посвідки на проживання в Росії був відхилений через цю обставину.</p> <p>Відмова у видачі посвідки була підтверджена національними судами, а також міграційною службою. Проживання заявника на території Росії було визнано незаконним, оскільки він не міг підтвердити свій ВІЛ-негативний статус, а отже, він підлягав депортації.</p> <p>У задоволенні його скарг було відмовлено спочатку районним, а потім обласним судом (який діяв як апеляційна інстанція).</p>	
Правова позиція	<p>ЄСПЛ наголосив, що в цьому випадку було втручання у сімейне життя заявника, оскільки останній перебував у зареєстрованому шлюбі з громадянкою Росії, а також мав родичів у цій країні.</p> <p>Щодо оцінки за ст. 14 Конвенції, то ЄСПЛ нагадав, що в частині захисту від дискримінації вона лише доповнює інші основні положення Конвенції та протоколів до неї. Вона не має самостійної дії, оскільки стосується тільки «здійснення прав і свобод», гарантованих цими основними положеннями.</p> <p>ЄСПЛ підкреслив, що перелік ознак, за якими заборонена дискримінація, наведених у ст. 14 Конвенції, не є вичерпним, а отже, ВІЛ-позитивний статус заявника може підпадати під визначення «іншої ознаки».</p>	


	<p>У контексті цієї справи ЄСПЛ мав проаналізувати такі питання: чи була ситуація заявника аналогічною з тією, в якій перебували інші іноземці, чи були розбіжності у ставленні об'єктивними й обґрунтованими.</p> <p>ЄСПЛ зазначив, що оскільки в заявника були родинні зв'язки на території Росії, він мав право подавати клопотання про отримання посвідки на проживання, а отже, знаходився в аналогічній ситуації з іншими іноземцями. Однак органи влади здійснили втручання у це його право, яке не було виправданим за цих конкретних обставин. Межі розсуду держави-відповідача у цьому випадку є значно вужчими, оскільки ВІЛ-інфіковані належать до вразливої групи населення, яка підлягає стигматизації та дискримінації з часу появи цього вірусу і до сьогодні. Уряд не зміг обґрунтувати неоднакове ставлення до заявника порівняно з іншими іноземцями з огляду лише на його ВІЛ-позитивний статус та за інших рівних умов.</p> <p>Уряд мотивував свою відмову в наданні посвідки на проживання охороною громадського здоров'я. ЄСПЛ визнав цю ціль законною, однак вказав водночас, що не було досягнуто справедливого балансу між інтересами громадського здоров'я та особистими правами заявника, оскільки сама по собі присутність у країні ВІЛ-інфікованої особи не є загрозою для здоров'я населення.</p> <p>Заборона в'їзду та/або проживання ВІЛ-інфікованих осіб, які не є громадянами, з метою запобігання передачі ВІЛ-інфекції заснована на припущенні, що вони будуть небезпечно поводитись, і що громадяни будуть не в змозі захистити себе.</p> <p>Це припущення зводиться до узагальнення, яке не ґрунтується на реальності, не враховує індивідуальні ситуації, такі, як ситуація заявника. На користь своєї позиції ЄСПЛ наводить також той факт, що така заборона відсутня щодо короткострокових і туристичних поїздок.</p> <p>Враховуючи той факт, що заявник належить до особливо вразливої групи осіб, що відхилення його запиту національними органами влади не мало розумного й об'єктивного обґрунтування, і що оспорювані законодавчі положення не передбачають оцінку ситуації в кожному випадку, ЄСПЛ вважає, що Уряд вийшов за вузькі межі розсуду, які надаються йому в подібних випадках. Отже, заявник став жертвою дискримінації через його стан здоров'я.</p>
Констатоване порушення (стаття)	Порушення ст. 8 у поєднанні зі ст. 14 Конвенції. Компенсація 15 000 євро немайнових збитків, 350 євро майнових.


Назва, номер, посилання на рішення	I.B. проти Греції (Заява № 552/10) http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-127055	
Дата ухвалення та остаточного набуття	03.10.2013 03.01.2014	
Факти	У лютому 2005 р., перебуваючи в щорічній відпустці, заявник дізнався, що заразився ВІЛ. Ця новина поширилася серед його співробітників, які почали скаржитися роботодавцеві на необхідність працювати з ВІЛ-позитивною особою та закликали звільнити заявника. Роботодавець запросив практикуючого лікаря для пояснення персоналу суті ВІЛ-інфекції та способів її передачі. Лікар намагався заспокоїти працівників і пояснив, яких заходів безпеки потрібно вжити.	

	<p>Втім, близько половини працівників надіслали листа роботодавцю, в якому закликали звільнити заявника, щоб «зберегти здоров'я та право на працю» трудового колективу, і заявивши, що гармонійна атмосфера, яка панує в компанії, може погіршитися у разі невиконання їхніх вимог. За два дні до повернення заявника з відпустки роботодавець звільнив його, виплативши компенсацію, передбачену грецьким законодавством. Заявник звернувся до національних судів. Суд першої інстанції виніс рішення на користь роботодавця, а суд апеляційної інстанції – на користь заявника. Скасовуючи рішення апеляційного суду, Касаційний суд постановив, що заявника не було звільнено з посади неправомірно, а роботодавець діяв у межах закону.</p>
<p>Правова позиція</p>	<p>ЄСПЛ наголосив, що ситуацію заявника необхідно порівняти з ситуацією інших працівників компанії, оскільки саме це було важливо при оцінці його скарги на різницю в ставленні. Безперечно, що до заявника ставилися менш сприятливо, ніж до іншого працівника, виключно на основі його ВІЛ-позитивного статусу. Незнання щодо поширення цієї хвороби породило забобони, які, своєю чергою, стигматизували або маргіналізували тих, хто переносив вірус. Отже, ЄСПЛ вважає, що люди, які живуть з ВІЛ, є вразливою групою, і що державам слід надавати лише вузькі межі розсуду щодо вибору заходів, які могли б виділити цю групу для неоднакового ставлення на основі їхнього ВІЛ-статусу. Однак роботодавець звільнив заявника через тиск, на який на нього чинили певні працівники, і цей тиск був наслідком ВІЛ-статусу заявника та занепокоєння, яке він викликав серед цих осіб. Крім того, працівники компанії були поінформовані лікарем, що немає ризику зараження у контексті їхніх виробничих відносин із заявником.</p> <p>Апеляційний суд прямо визнав, що ВІЛ-позитивний статус заявника не впливає на його здатність виконувати свою роботу, і немає жодних доказів, що це призведе до негативного впливу на його трудовий договір, що могло б виправдати негайне припинення останнього. Він також визнав, що самому існуванню компанії не загрожував тиск працівників. Передбачувані або висловлені упередження працівників не можуть використовуватися як привід для звільнення ВІЛ-позитивного працівника. У таких випадках необхідність захисту інтересів роботодавця повинна бути ретельно збалансована з потребою захисту інтересів працівника, який був слабшою стороною договору, особливо, якщо цей працівник був ВІЛ-позитивним. Однак Касаційний суд не зважив конкуруючі інтереси настільки детально і поглиблено, як апеляційний суд. У мотиваційній частині, яка була відносно короткою, враховуючи важливість та безпрецедентний характер питань, порушених справою, було встановлено, що звільнення було повністю виправдане інтересами роботодавця, оскільки воно було прийняте, щоб відновити спокій всередині компанії та забезпечити її безперебійну роботу.</p> <p>Незважаючи на те, що Касаційний суд також не заперечував факту, що хвороба заявника не мала негативного впливу на виконання його трудового договору, він, однак, виправдовував побоювання працівників, які ґрунтувались на явно недостовірній інформації, а саме щодо «заразного» характеру хвороби заявника.</p> <p>Відтак, він приписав безперебійному функціонуванню компанії той самий сенс, який прагнули йому надати працівники, і прирівняв його до суб'єктивного сприйняття цього питання працівників. Нарешті, єдиним питанням, що ставив заявник перед Касаційним судом, була компенсація, яку йому присудив апеляційний суд, оскільки його первісне прохання про відновлення на посаді було відхилено і судами першої інстанції, і апеляційним судом. Також Касаційний суд не надав належного пояснення того як інтереси роботодавця переважили інтереси заявника, і не зміг збалансувати права двох сторін відповідно до Конвенції.</p>
<p>Констатоване порушення (стаття)</p>	<p>Порушення ст. 14 Конвенції у поєднанні зі ст. 8.</p>

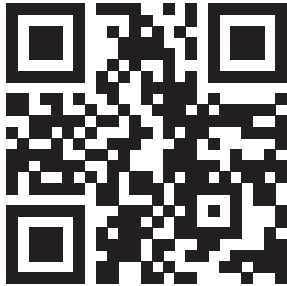
Назва, номер, посилання на рішення	S.J. проти Бельгії (заява № 70055/10) http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-153361	
Дата ухвалення та остаточного набуття	19.03.2015 (видалено у зв'язку із мирним врегулюванням)	
Факти	<p>30.07.2007, коли заявниця, громадянка Нігерії, була на восьмому місяці вагітності, вона подала заяву про надання притулку, в якій зазначила, що втекла зі своєї країни після того, як сім'я батька дитини намагалася примусити її до аборту. У травні 2010 р. Генеральний комісар у справах біженців та осіб без громадянства відхилив заяву про надання притулку через невідповідності банківського рахунку заявниці. Це рішення підтримала Комісія з розгляду заяв іноземців.</p> <p>У серпні 2007 р. заявниці було поставлено ВІЛ-позитивний діагноз, і з цього часу вона проходить лікування.</p> <p>Тим часом заявниця подала заяву, щоб залишитись у Бельгії за медичними показаннями, яка була відхилена на підставі того, що вона могла лікуватися в Нігерії. Їй було вручено наказ залишити країну. Заявниця подала клопотання за надзвичайною невідкладною процедурою про зупинення виконання заходу, разом із заявою про скасування відповідних рішень. Прохання про зупинення заходу було відхилено Комісією з розгляду заяв іноземців. Заявниця подала апеляцію на рішення Комісії з розгляду заяв іноземців до Державної ради, стверджуючи, що існує ризик нанесення серйозної та безповоротної шкоди в разі її повернення до Нігерії. Також наголошувала, що наявність у неї двох дітей: 2009 р.н. та 2012 р.н. спеціально не враховувались і що звернення до Комісії з розгляду заяв іноземців були неефективними. 24.12.2010 строк виїзду з країни було продовжено Службою іноземців на один місяць. 06.01.2011 Державна рада оголосила апеляцію на рішення Комісії з розгляду заяв іноземців неприйнятною.</p> <p>У рішенні від 27.02.2014 Палата ЄСПЛ одноголосно постановила, що мало місце порушення ст. 13 у поєднанні зі ст. 3, оскільки заявниця не мала ефективного засобу правового захисту в тому сенсі, який мав автоматичний призупиняючий ефект і за допомогою якого вона могла б отримати ефективний перегляд своїх аргументів, що стверджують про порушення ст. 3 Конвенції, враховуючи, що заяви до Комісії з розгляду заяв іноземців про скасування наказу про виїзд з країни або відмова в задоволенні заяви про залишення не зупиняють виконання наказу про видворення. Далі Палата більшістю голосів постановила, що примусове виконання рішення про депортацію заявниці до Нігерії не спричинить порушення ст. 3. Вона одноголосно постановила, що, навіть припустивши, що ЄСПЛ має юрисдикцію розглядати скаргу про порушення ст. 8 Конвенції, порушення цього положення не було.</p> <p>07.07.2014 справа була передана на розгляд Великої палати на прохання уряду та заявниці.</p>	
Правова позиція	<p>У серпні 2014 р. ЄСПЛ отримав від уряду пропозицію про мирне врегулювання, в якій останній наголосив на суттєвих гуманних міркуваннях, що свідчать на користь врегулювання статусу заявниці та її дітей.</p> <p>У вересні 2014 р. заявниця вирішила прийняти пропозицію уряду, в разі виконання таких трьох умов: надати їй та трьом дітям беззастережний та безстроковий дозвіл залишатись у Бельгії, призначити їй компенсацію у розмірі 7000 євро майнової та моральної шкоди, яку вона зазнала, та надання їй дозволу на проживання. Уряд поінформував Суд, що вони погодились з умовами, встановленими заявницею, і 06.01.2015 заявниці та її дітям були надані посвідки на проживання, що дозволяли їм залишатися на невизначений час.</p>	

	Далі ЄСПЛ вважав, що таке врегулювання засноване на повазі прав людини, що відповідає Конвенції та протоколам до неї.
Констатоване порушення (стаття)	—

Назва, номер, посилання на рішення	Сергій Антонов проти України (заява № 40512/13) http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-157970	
Дата ухвалення та остаточного набуття	22.10.2015 22.01.2016	
Факти	<p>У 2012 р. заявник, який відбував покарання у в'язниці та мав діагностований ВІЛ, скаржився, що після арешту він не отримував адекватної медичної допомоги, зокрема, АРТ. Він також скаржився, що його залякували органи СІЗО та їх медичний персонал, щоб спонукати його зробити заяву, що отримана ним медична допомога була адекватною і що можливі недоліки, такі як відсутність АРТ, були виною самого заявника.</p> <p>Після зустрічі зі своїм адвокатом заявник безуспішно скаржився на цей нібито тиск до прокуратури.</p>	
Правова позиція	<p>Уряд надав рукописну заяву, підписану заявником, в якій зазначається, що він не скаржився на медичний персонал, що суперечить його поданням до ЄСПЛ, як до, так і після дати на заяві. Уряд не вказав обставин, за яких було отримано цю заяву. Однак ЄСПЛ був стурбований тим, що її було отримано через десять днів після того, як ЄСПЛ спонукав Уряд відповідно до правила 39 Регламенту ЄСПЛ, забезпечити надання заявнику відповідної медичної допомоги.</p> <p>Уряд також зазначав, що твердження заявника про психологічний тиск на нього були належним чином перевірені та не підтвердились. Однак ЄСПЛ вказав, що скарги заявників були передані прокурором адміністрації в'язниці, працівників якої підозрювали в залякуванні заявника. Крім того, всі докази, подані урядом, походять або від персоналу в'язниці, або від ув'язнених, які знаходились під контролем адміністрації в'язниці. Тому ЄСПЛ не був переконаний аргументами Уряду.</p> <p>З огляду на послідовні твердження заявника та за відсутності будь-яких інших достовірних пояснень щодо походження згаданої заяви, ЄСПЛ визнав, що влада справді зверталася до заявника, щоб спонукати його зробити заяви, які підірвали б його заяву в ЄСПЛ. За цих обставин він встановив, що держава не виконала свого зобов'язання не перешкоджати ефективному здійсненню права на індивідуальну заяву.</p> <p>ЄСПЛ також одноставно визнав порушення ст. 3 Конвенції через неможливість органів СІЗО оперативно діагностувати стан заявника та надати оперативну і всебічну медичну допомогу, яка становила нелюдське та таке, що принижує гідність, поводження і порушення вимог ст. 13 Конвенції через відсутність ефективного та доступного засобу правового захисту за скаргою заявника щодо відсутності відповідної медичної допомоги.</p>	
Констатоване порушення (стаття)	Порушення статей 3, 13 та 34 Конвенції 7000 євро на відшкодування моральної шкоди.	

Назва, номер, посилання на рішення	Novruk та інші проти Росії (заяви № 31039/11, 48511/11, 76810/12, 14618/13 та 13817/14) http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=002-10909	
Дата ухвалення та остаточного набуття	15.03.2016 15.06.2016	
Факти	<p>У період між 2008 та 2012 роками п'ятеро заявників подали документи на отримання дозволу на тимчасове проживання в Росії, але їхні заявки було відхилено відповідно до чинного національного законодавства на тій підставі, що їм був поставлений ВІЛ-позитивний діагноз. Їхні звернення до національних судів усіх інстанцій не мали успіху.</p>	
Правова позиція	<p>Перші троє заявників були одружені з громадянами Росії, а їхні діти набули російського громадянства від народження. Що стосується п'ятого заявника, він проживав зі своїм одностатевим партнером з 2007 р. Незважаючи на відмову національних судів визнати, що їхні відносини були сімейними або хоча б соціальними зв'язками, ЄСПЛ переконався, що пара живе у стабільному фактичному партнерстві, що підпадає під поняття як приватного, так і сімейного життя. Четверта заявниця приєдналася до своєї сестри та її сина, які постійно жили в Росії, розділяла витрати на домашнє господарство з сім'єю сина та не мала друзів і родичів за межами Росії. Отож, її ситуація була охоплена поняттям приватного життя. Факти справи підпадають під дію статті 8 Конвенції. Оскільки розмежування, проведене з огляду на стан здоров'я особи, включаючи ВІЛ-інфекцію, охоплювалось терміном «інший статус», застосовувалася ст. 14 Конвенції, поряд із ст. 8 Конвенції.</p> <p>ЄСПЛ також зазначив, що влада базувала свою відмову в наданні заявникам дозволу на проживання лише на підставі їхнього ВІЛ-позитивного статусу.</p> <p>Щодо того, чи різниця у ставленні була об'єктивно та обґрунтовано виправданою, ЄСПЛ спочатку зазначив, що на міжнародному та національному рівнях спостерігається помітне покращення становища людей, які живуть з ВІЛ, щодо обмежень на в'їзд, перебування та проживання в іноземній державі. Оскільки відмова у в'їзді ВІЛ-позитивних осіб не відображала встановленого європейського консенсусу та не мала підтримки в інших державах-членах, держава-відповідач зобов'язана була надати особливо вагоме обґрунтування неоднакового ставлення до заявників.</p> <p>На відміну від позиції у справі «Ndangoya проти Швеції», заявників у цій справі не підозрювали та не звинувачували в незахищеному статевому акті з іншими людьми, без повідомлення про їхній ВІЛ-позитивний статус. Що стосується п'ятого заявника, національна влада визначила підвищений ризик небезпечної поведінки з його боку через відмову назвати своїх колишніх партнерів, попри те, що: (а) він сказав владі, що повідомив про свій ВІЛ-позитивний статус своїм попереднім партнерам; і (б) він жив у стабільних відносинах. Отож, передбачуваний ризик небезпечної поведінки з його боку становив лише припущення, не підкріплене фактами чи доказами.</p> <p>Нарешті, рішення про визнання присутності третього-п'ятого заявників небажаними, не встановлюють часових рамок щодо заборони їхнього перебування на території Росії. Оскільки такі рішення були прийняті у зв'язку з їхнім ВІЛ-позитивним статусом, що за сучасними медичними стандартами було довічною умовою, наслідком стала постійна заборона на повторний в'їзд до Росії, що було непропорційно до переслідуваної мети.</p>	

	З огляду на переважний європейський та міжнародний консенсус, спрямований на скасування спірних обмежень на в'їзд, перебування та проживання ВІЛ-позитивних негромадян, які становлять особливо вразливу групу, ЄСПЛ встановив, що держава-відповідач не наводила вагомих причин або будь-якого об'єктивного обґрунтування неоднакового ставлення до заявників.
Констатоване порушення (стаття)	Порушення ст. 14 Конвенції у поєднанні зі ст. 8 Конвенції. 15 000 євро кожному заявнику на відшкодування моральної шкоди; 2000 євро пану Новруку, 4000 євро пані Кравченко, 4320 євро пану Халупі, 850 євро пані Островській та 850 євро пану В.В.

Назва, номер, посилання на рішення	Ustinova проти Росії (Заява № 7994/14) http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-168370	
Дата ухвалення та остаточного набуття	08.11.2016 06.03.2017	

Факти	<p>Заявниця, громадянка України, переїхала жити до Росії на початку 2000 р. Справа стосувалася рішення щодо відмови у повторному в'їзді п. Устінової до Росії, зважаючи на її ВІЛ-позитивний статус. Заявниця була заміжня за громадянином Росії.</p> <p>У березні 2013 р. п. Устінової було відмовлено у повторному в'їзді до Росії після візиту в Україну з двома дітьми (сином від другого шлюбу, який був громадянином Росії, та дочкою від попереднього шлюбу) на підставі рішення, виданого Управлінням захисту прав споживачів у червні 2012 р. Унаслідок цього вона була змушена залишитися в Україні з дочкою, поки її восьмимісячний син був під опікою чоловіка в Росії. Згодом з'ясувалося, що підставою для відмови у в'їзді було те, що під час вагітності у 2012 р. у пані Устінової виявили ВІЛ.</p> <p>Її чоловік оскаржив рішення до Центрального районного суду та Краснодарського обласного суду, але обидва суди відхилили позов та залишили рішення Управління захисту прав споживачів без змін, вказавши при цьому, що присутність п. Устінової в Росії становить загрозу для здоров'я населення. Заяви про перегляд, адресовані Краснодарському обласному суду, а згодом і Верховному Суду, також були відхилені.</p> <p>У березні 2015 р. п. Устінова подала клопотання до Конституційного Суду проти відповідних міграційних законів. Суд визнав ці закони несумісними з російською Конституцією; він базував свої висновки на твердженні, що ВІЛ не становить загрози для здоров'я населення.</p> <p>Спираючись на нову прецедентну практику Конституційного Суду, чоловік п. Устінової просив Центральний районний суд переглянути своє попереднє рішення; проте його позов було відхилено.</p> <p>Згодом він подав апеляційну скаргу до Краснодарського обласного суду, а в жовтні 2015 р. було постановлено, що оскаржуване рішення є незаконним, і суд наказав місцевим органам влади виправити ситуацію з п. Устіновою.</p> <p>Хоча п. Устінова відтоді змогла повернутись до Росії через білорусько-російський кордон, оскільки там не проводилось відповідного контролю, її ім'я, очевидно, не було остаточно викреслено зі списку небажаних осіб, який веде Служба прикордонного контролю.</p>
--------------	---

Правова позиція

ЄСПЛ вказав, що держава має право, відповідно до норм міжнародного права та своїх договірних зобов'язань, контролювати в'їзд іноземців на свою територію та їхнє проживання там.

Що стосується імміграції, ст. 8 Конвенції не може розглядатися як така, що покладає на державу загальне зобов'язання поважати вибір подружніх пар країни їхнього подружнього проживання та санкціонувати об'єднання сімей на її території. Однак заборона особі в'їзду до країни, де проживають близькі члени сім'ї, може бути порушенням права на повагу до сімейного життя, гарантованого п. 1 ст. 8 Конвенції.

Найкращі інтереси дітей повинні бути враховані, а національні органи, що ухвалюють рішення, зобов'язані оцінювати докази щодо практичності, доцільності та пропорційності будь-якого обмеження спілкування батьків з дітьми.

Російська влада визнала присутність заявниці в Росії небажаною, і їй було відмовлено у повторному в'їзді до Росії на початку 2013 р. Як наслідок, вона не змогла продовжувати жити з чоловіком та їхнім сином у Росії, що порушило її сімейне життя там. Суд вважає, що ці заходи російської влади є втручанням у її право на повагу до її сімейного життя.

Законодавча база та практика постановлення рішень про заборону в'їзду відповідно до внутрішнього законодавства не забезпечували належного захисту від свавільного втручання, оскільки органи влади могли ухвалювати такі рішення, не враховуючи аргументів відповідного іноземного громадянина і не наводячи конкретних причин або згадуючи конкретні факти, які могли б зробити присутність особи в Росії небажаною.

Суд зазначає, що заявницю не повідомляли про провадження у справі, що призвело до заборони її в'їзду до Росії, їй не дозволялося висловлювати свою точку зору в будь-якій формі до ухвалення відповідного рішення, а інформація, на якій ґрунтувалося рішення, не повідомлялася їй.

Суд визнав, що положення російського законодавства, відповідно до яких ВІЛ-позитивні іноземці визнаються небажаними, мають імперативний характер, не залишаючи місця для індивідуальної оцінки фактів конкретної справи. Єдині відомості, які піддаються перевірці, – це медичні дані, що людина заражена інфекційною хворобою.

Суд підкреслює, що рішення, засноване на визначенні цілої групи вразливих осіб – людей, що живуть з ВІЛ, – як загрози для здоров'я населення виключно через їхній стан, без оцінки їхніх індивідуальних ситуацій, не може розглядатися як сумісне з вимогами Конвенції.

ЄСПЛ звертає увагу також на неналежний розгляд справи заявниці російськими судами. Спочатку вони застосували формалістичний та неприйнятний підхід, вважаючи себе пов'язаними оцінкою, зробленою Управлінням захисту прав споживачів, і залишаючи його рішення без змін без зазначення належної мотивації. Обидві заяви про перегляд справи, адресовані спочатку до обласного суду, а пізніше – до Верховного Суду, були відхилені, при цьому суди не наводили детальних юридичних аргументів, що стосуються встановленої судової практики Конституційного Суду та Конвенції. Російські суди не намагалися встановити баланс інтересів, що відповідає практиці ЄСПЛ. ЄСПЛ вважає, що, незважаючи на формальну можливість вимагати судового перегляду дій відповідних державних органів, у розпорядженні заявниці не було належної процедури перегляду її справи, яка б забезпечувала необхідні процесуальні гарантії проти свавілля з боку держави.

	ЄСПЛ вказав, що ні процедура, яка застосовувалася органом виконавчої влади для постановлення рішення про заборону в'їзду, ні подальший судовий перегляд не надали заявниці необхідний ступінь захисту від свавілля у розумінні Конвенції.
Констатоване порушення (стаття)	Порушення ст. 8 Конвенції. 15 500 євро компенсації.

Назва, номер, посилання на рішення	Karakhanyan проти Росії (Заява № 24421/11) http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-171094	
Дата ухвалення та остаточного набуття	14.02.2017 14.05.2017	
Факти	<p>Чоловік заявниці (п. Грабарчук) помер у травні 2010 р. під час відбування 11-річного тюремного ув'язнення за пограбування. Подальша аутопсія показала, що він помер від ВІЛ та туберкульозу.</p> <p>Йому був встановлений діагноз ВІЛ після затримання та поміщення в слідчий ізолятор у 2003 р. Згодом у нього також виявили туберкульоз та його було передано на лікування на 7 місяців у 2009 р. до в'язничної лікарні. Відповідно до записів у його медичній документації (без його особистого підпису), лікування туберкульозу було припинено між 22.03.2010 та 13.04.2010, а антиретровірусну терапію не проводили з 13.03.2010 до моменту смерті. Уряд стверджував, що лікування було перервано, оскільки п. Грабарчук відмовився від нього. Його дружина стверджувала, що її чоловік, якому було постановлено неправильний діагноз під час затримання, втратив віру в лікарів, які його лікували, відмовився виконувати певні рекомендації. Було проведено кримінальне розслідування за фактом загибелі п. Грабарчука.</p> <p>Однак він наполегливо просив змінити лікування проти ВІЛ, а не скасувати. Його здоров'я різко погіршилося в травні 2010 р., і він помер у в'язничній лікарні, незважаючи на спроби дружини перевести його до цивільної лікарні.</p> <p>Слідчі органи отримали протокол розтину та допитали двох лікарів, які його лікували, але в жовтні 2011 р. вони відмовилися порушувати кримінальну справу. Згодом національні суди скасували це рішення, встановивши, що слідчі не надали значення твердженню дружини п. Грабарчука про навмисну байдужість медичного персоналу до стану її чоловіка, і постановили провести подальше розслідування для усунення цього недоліку. Однак відтоді не проводилося жодного розслідування.</p>	

<p>Правова позиція</p>	<p>ЄСПЛ вказав, що органи влади повинні нести відповідальність за смерть п. Грабарчука, оскільки вони не змогли надати йому життєво важливу, всебічну та адекватну медичну допомогу, порушуючи позитивні зобов'язання держави відповідно до ст. 2 Конвенції.</p> <p>При цьому ЄСПЛ наголошує на тому, що чоловік заявниці помер, перебуваючи під вартою, а отже – під контролем держави. Від державних органів вимагалось зробити все можливе, добросовісно та своєчасно, щоб запобігти летальному результату.</p> <p>При цьому відсутність підпису п. Грабарчука під відмовою в лікуванні, а також його та його дружини неодноразові прохання щодо зміни лікування ставлять під сумнів належність такої відмови. ЄСПЛ вважає, що фізична особа не може реалізовувати своє право на відмову від лікування належним чином, якщо в неї немає достатньої інформації про наслідки, які може спричинити відмова.</p> <p>За відсутності таких знань, обґрунтоване рішення щодо прийняття чи відхилення лікування неможливе.</p> <p>З огляду на викладене, ЄСПЛ дійшов висновку, що чоловіка заявниці позбавили життєво необхідного лікування без достатніх підстав. Він також зазначає, що навіть коли стан пацієнта став критичним, його знову не запитували про відновлення лікування від ВІЛ.</p> <p>З боку держави було порушено і процесуальний аспект ст. 2 Конвенції, у зв'язку з непроведенням ефективного розслідування у цій справі.</p>
<p>Констатоване порушення (стаття)</p>	<p>Порушення ст. 2 Конвенції. 24 000 євро компенсації.</p>

Туберкульоз і права людини у практиці Європейського суду з прав людини

У сфері прав осіб, які страждають від туберкульозу, ЄСПЛ наголошує на відсутності належних умов утримання та медичної допомоги для осіб, хворих на туберкульоз, у закладах позбавлення волі. Такі ситуації зумовлюються, зокрема, відсутністю необхідних ліків, спеціально обладнаних приміщень і медичних працівників у закладах відбування покарань, зволікань щодо початку лікування. У справах проти України ЄСПЛ неодноразово зазначає, що наша держава є однією з країн, які повідомили про найвищий рівень невдач у лікуванні туберкульозу. Причинами поширення туберкульозу, резистентного до медичних препаратів, були: постійна нестача ліків та відсутність доступу до повних схем лікування, особливо в умовах відбування покарань. Також Суд наголошує на відсутності будь-якої законодавчої бази для забезпечення паліативної допомоги в закладах відбування покарань.

Отже, розглядаючи справи щодо порушення прав осіб, хворих на ТБ, ЄСПЛ виявив порушення ст.ст. 2 та 3, 13 Конвенції.


Стаття 3 Конвенції, порушення якої констатував ЄСПЛ і яка гарантує заборону катування, нелюдського або такого, що принижує гідність, поводження або покарання, є абсолютною та не може підлягати жодним обмеженням з боку держави.

У справах, що стосуються оцінки дотримання прав осіб, які хворіють на ТБ, ЄСПЛ закликає держави до комплексної оцінки важливих факторів, які мають вирішальне значення для констатації наявності або відсутності порушення прав людини, а саме: стан здоров'я особи (на предмет необхідності надання медичної допомоги), доцільність ув'язнення з огляду на цей стан та адекватність медичної допомоги та догляду, які надаються в умовах ув'язнення.


Розгорнуті правові позиції щодо кожного питання висвітлені в Таблиці 2. Окрім зазначених справ, досліджуваної тематики стосується також рішення ЄСПЛ у справі «Karakhanyan проти Росії», проаналізоване в попередній рубриці.

Таблиця 2.


Правові позиції ЄСПЛ у справах, які стосуються осіб, що страждають на туберкульоз

Назва, номер, посилання на рішення	Мельник проти України (Заява № 72286/01) http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-72886	
Дата ухвалення та остаточного набуття	28.03.2006	
Факти	У вересні 2000 р. заявника було засуджено до позбавлення волі за злочини, пов'язані з наркотиками. Медичні огляди, здійснені у місці відбування покарання, показали, що він здоровий. Через місяць його перевели до іншої в'язниці, де йому не було здійснено обов'язкового медичного огляду на можливий ТБ.	


	<p>У квітні 2001 р. він скаржився лікарю в'язниці, що відчуває задишку і відкашлює мокроту. Після того, як двічі неправильно встановлювали діагноз рак легенів, його з червня 2001 р. перевели в протитуберкульозну лікарню для засуджених. З березня 2004 р. у нього діагностували виліковний ТБ.</p> <p>Заявник скаржився, зокрема, на те, що він не отримав необхідного лікування та допомоги щодо ТБ. Він стверджував, що його утримували в брудних і переповнених камерах, де одночасно з ним перебували в'язні, хворі на ТБ і СНІД. Він стверджував, що ув'язнені зобов'язані були по черзі спати на металевих двоярусних ліжках, позбавлялися доступу до денного світла та свіжого повітря і не отримували належного харчування. Крім того, спеціальні поїзди, які використовувались для перевезення затриманих, були переповнені, не мали доступу до денного світла, а затриманим не було забезпечено достатній запас їжі та питної води.</p>
Правова позиція	<p>Суд зазначив, що ТБ заявника був виявлений майже через два з половиною місяці після того, як він почав скаржитися на свої проблеми зі здоров'ям. Два неправильні діагнози підтвердили скаргу заявника на неадекватність наданої медичної допомоги, неспроможність швидко виявити його ТБ і виділення та надання належного, своєчасного лікування. Крім того, йому не було зроблено обов'язкової перевірки наявності ТБ, коли він був переміщений до іншого закладу відбування покарання. Здоров'я його почало покращуватися лише в жовтні 2001 р. і його тривале лікування змусило його страждати від порушення зору та запаморочення. Заявнику не було надано належної або своєчасної медичної допомоги, враховуючи серйозність захворювання та його наслідки для його здоров'я.</p> <p>ЄСПЛ також зазначив, що умови гігієни та санітарії у місці відбування покарання були незадовільними та слугували погіршенню стану здоров'я заявника. Такі умови, мабуть, спричинили йому значні душевні та фізичні страждання, принижуючи його людську гідність.</p> <p>ЄСПЛ також зазначив, що в заявника не було ефективного національного засобу захисту проти порушень його прав з боку держави.</p> <p>У цій та аналогічних справах ЄСПЛ закликає держави до комплексної оцінки важливих факторів, які мають вирішальне значення для констатації наявності або відсутності порушення прав людини, а саме: стан здоров'я особи (на предмет необхідності надання медичної допомоги), доцільність ув'язнення з огляду на цей стан та адекватність медичної допомоги та догляду, які надаються в умовах ув'язнення.</p>
Констатоване порушення (стаття)	<p>Порушення ст. 3 та ст. 13 Конвенції. 10 000 євро компенсації.</p>

Назва, номер, посилання на рішення	<p>Яковенко проти України (Заява № 15825/06) http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-82987</p>	
Дата ухвалення та остаточного набуття	<p>25.10.2007 25.01.2008</p>	


<p>Факти</p>	<p>Справа стосувалась неспроможності забезпечити заявника належною медичною допомогою та поганого поводження, якому було його піддано під час перевезення до слідчого ізолятора. Заявника було заарештовано за підозрою у вчиненні розбою. Він стверджував, що зізнався у вчиненні злочину тільки через те, що до нього застосували незаконні методи слідства, коли він перебував під вартою. Заявник відзначив те, що умови, в яких його перевозили з Сімферопольського СІЗО до Севастопольського ІТТ, були такими, що принижували людську гідність. Заявник стверджував, що упродовж поїздки йому доводилося або знаходитися 36 годин у тісному відсіку автомобіля для перевезення в'язнів або 48 годин тіснитися у переповненому пасажирами купе з недостатнім освітленням і майже без вентиляції. До того ж, упродовж таких перевезень заявнику не давали ані пити, ані їсти. Власне в час згаданих поїздок здоров'я заявника почало погіршуватися. Однак він не міг отримувати медичну допомогу під час перебування у Севастопольському ІТТ через відсутність серед персоналу ІТТ медичного працівника.</p> <p>Заявник стверджував, що ВІЛ-позитивний статус і діагноз ТБ йому встановили ще 21.02.2006 під час відвідин заявником медпункту. І хоча відповідальні працівники СІЗО знали про результати аналізів, вони тривалий час не повідомляли їх заявнику, а зробили це тільки 20.04.2006 Незважаючи на погіршення стану здоров'я, йому відмовляли в госпіталізації. Матір заявника звернулася до Генерального прокурора зі скаргою на те, що адміністрація Севастопольського ІТТ незаконно відмовилася надати дозвіл на госпіталізацію її сина. Зрештою 28.04.2006 заявника таки було переведено до Севастопольського протитуберкульозного медичного центру. Втім, це сталося за вказівкою ЄСПЛ у межах застосування надзвичайних заходів на підставі правила 39 Регламенту Суду. 08.05.2007 Олег Яковенко помер.</p>
<p>Правова позиція</p>	<p>ЄСПЛ нагадує, що на органи влади покладено обов'язок забезпечувати охорону здоров'я осіб, позбавлених свободи. Ненадання належної медичної допомоги може становити поводження, несумісне з гарантіями ст. 3 Конвенції.</p> <p>Щодо медичної допомоги, то заявник скаржився, що він як ВІЛ-інфікований і хворий на ТБ не отримував належної медичної допомоги. Попри те, що адміністрація дізналась про його діагноз у лютому, жодних медичних заходів не було вжито.</p> <p>Заявника не доправили до лікаря-інфекціоніста і не здійснювали контролю щодо можливості його зараження супутніми захворюваннями. Уряд доводив, що відсутність лікаря у штаті Севастопольського ІТТ компенсувалась можливістю виклику швидкої медичної допомоги щоразу, коли стан заявника потребував медичного втручання. З цього приводу ЄСПЛ нагадує, аби викликати швидку, адміністрація ІТТ мала дати відповідний дозвіл, а це для неї було складним завданням за відсутності професійної медичної поради. До того ж обладнання в машині швидкої, яку йому викликали, було явно не придатним для встановлення точного діагнозу, і лікар запропонував направити заявника до спеціалізованої лікарні, проте адміністрація відмовилась зробити це. Друге обстеження заявника відбулось в інфекційній лікарні.</p> <p>Зважаючи на лист головного лікаря цього закладу, ЄСПЛ не може погодитись з Урядом, що лікарі не рекомендували госпіталізацію. Однак заявника перевели до протитуберкульозного диспансеру лише після запиту, який ЄСПЛ надіслав відповідно до правила 39 Регламенту ЄСПЛ. Відтак, ЄСПЛ вважає, що ненадання заявникові вчасної і належної медичної допомоги становило нелюдське і таке, що принижувало гідність, поводження у розумінні ст. 3 Конвенції.</p>
<p>Констатоване порушення (стаття)</p>	<p>Порушення ст. 3 Конвенції. 10 000 євро відшкодування моральної шкоди.</p>

Назва, номер, посилання на рішення	Похлебін проти України (Заява № 35581/06) http://hudoc.echr.coe.int/eng/?i=001-98798	
Дата ухвалення та остаточного набуття	20.05.2010 20.08.2010	
Факти	<p>За твердженням заявника, він заразився на ТБ у червні 2004 р., коли його тримали в камері для затриманих у Київському райвідділі міліції м. Сімферополя.</p> <p>У листопаді 2004 р., коли заявник перебував під вартою протягом досудового слідства, медична комісія склала висновок, яким було підтверджено, що заявник хворіє на СНІД (з 1997 р.), ТБ легенів (з 2004 р.), хронічний гепатит і кандидоз. Комісія також дійшла висновку, що лікування, яким заявника забезпечували під час тримання під вартою, було неефективним. Тому запобіжний захід стосовно заявника у вигляді тримання під вартою було замінено іншим запобіжним заходом, не пов'язаним із триманням під вартою, і 24.12.2004 заявника було звільнено з-під варти.</p> <p>У лютому 2005 р. заявник пройшов медичне обстеження, з огляду на наявні у нього хвороби, йому було встановлено другу групу інвалідності.</p> <p>Під час тримання заявника в Сімферопольському ІТТ (з 16.11.2005 до 20.07.2006) медичні працівники цієї установи забезпечували заявника лікуванням у зв'язку з його хворобами. Починаючи з лютого 2006 р. заявник скаржився на оніміння ніг.</p> <p>20.07.2006 заявника перевели з Сімферопольського ІТТ до Сімферопольського СІЗО, де він продовжив лікування.</p> <p>11.08.2006 заявника направили до лікарні при Дар'ївській виправній колонії (ВК № 10), де він проходив лікування до 07.09.2006. Наприкінці зазначеного періоду заявник все ще хворів на ТБ, який на той час уразив його ліву легеню, а також на інші згадувані раніше хвороби.</p> <p>У період із 07.09.2006 до 30.01.2007 заявника тримали в Сімферопольському СІЗО, Софіївській ВК № 45 та Дніпропетровському СІЗО, де медичні працівники продовжували забезпечувати заявника лікуванням з огляду на його численні хвороби.</p> <p>30.01.2007 з огляду на подальше погіршення стану здоров'я заявника було знову поміщено до лікарні при Дар'ївській ВК № 10, де його тримали до 14.03.2007.</p> <p>Після прибуття до лікарні заявникові, крім усіх зазначених вище хвороб, було діагностовано ТБ хребта, гострий гайморит і хронічний періодонтит. Наприкінці свого перебування в цій установі заявник усе ще мав ці хвороби, до того ж було встановлено, що він втрачає вагу.</p> <p>З 14.03.2007 до 21.12.2007 заявник перебував у лікарні при Голопристанській ВК №7, в якій проходив спеціальний курс лікування ТБ та СНІДу. За цей час ТБ хребта прогресував настільки, що заявник втратив здатність самостійно пересуватися. За інформацією Уряду, в зазначений період заявник відмовлявся від призначеного лікування. Уряд посилався на акт, складений медичними працівниками 23.05.2007, яким було задокументовано таку відмову заявника.</p> <p>06.06.2007 медична комісія рекомендувала дострокове звільнення заявника через погіршенням стану його здоров'я.</p> <p>Після того як 21.12.2007 заявника звільнили, він пройшов медичне обстеження, у зв'язку з наявними у нього хворобами йому встановили першу групу інвалідності.</p>	

<p>Правова позиція</p>	<p>Крім того, йому діагностували наявність токсичної поліневропатії та інших менш серйозних захворювань. Тому медичні працівники вирішили за необхідне переглянути стратегію подальшого лікування заявника.</p> <p>ЄСПЛ наголосив, що, враховуючи поганий стан здоров'я заявника та, зокрема, наявність у нього СНІДу, ТБ, хронічного гепатиту та кандидозу, він потребував регулярного, систематичного і комплексного забезпечення спеціальним медичним доглядом.</p> <p>ЄСПЛ визнав, що в місцях тримання під вартою та лікарнях виправних колоній заявника забезпечували певним лікуванням, однак зауважив, що за час, який заявник провів під вартою, стан його здоров'я значно погіршився: у нього з'явилося кілька нових проблем зі здоров'ям, зокрема, періодичне оніміння ніг, токсична поліневропатія, гострий гайморит, хронічний періодонтит і втрата ваги. Крім того, ТБ у заявника прогресував настільки, що вразив хребет, внаслідок чого заявник втратив на певний час здатність самостійно пересуватися.</p> <p>Аналізуючи твердження Уряду, що заявникові можна було б дорікнути за відмову від лікування в травні 2007 р., ЄСПЛ зазначив, що така відмова мала місце на більш пізньому етапі тримання заявника під вартою, коли йому вже було діагностовано ТБ хребта та всі інші набуті захворювання і коли попередні тривалі курси лікування виявилися неефективними, а отже, неможливо перекласти відповідальність за погіршення його стану здоров'я на заявника.</p> <p>Суд також вказав, що заявника звільнили з-під варти через погіршенням стану здоров'я та що після звільнення йому встановили першу групу інвалідності, яка згідно з національним законодавством вказує на найвищий ступінь втрати працездатності.</p> <p>Отже, враховуючи серйозність хвороб заявника, а також положення національного закону, яке вимагає забезпечувати в'язнів, хворих на ТБ, лікуванням у спеціалізованих закладах кримінально-виконавчої служби, ЄСПЛ наголосив, що заходи, вжиті національними органами, не були достатніми.</p>
<p>Констатоване порушення (стаття)</p>	<p>Порушення ст. 3 Конвенції. 7000 євро відшкодування моральної шкоди.</p>

<p>Назва, номер, посилання на рішення</p>	<p>Мakshakov проти Росії (Заява № 52526/07) http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-163101</p>	
<p>Дата ухвалення та остаточного набуття</p>	<p>24.05.2016 24.08.2016</p>	
<p>Факти</p>	<p>Справа стосується умов утримання та медичного обслуговування ув'язненого, який страждає на ТБ. Заявник був засуджений в травні 2007 р. Незабаром після ув'язнення він був поміщений до в'язничної лікарні з діагнозом ТБ.</p>	

	<p>Його скарга стосувалася переповненості лікарні, поганого освітлення і вентиляції, а також поганих санітарно-гігієнічних умов у період його перебування в лікарні з березня до жовтня 2007 р. Він також стверджував, що, заразившись ТБ у місцях позбавлення волі, він не отримував регулярної та систематичної медичної допомоги. Зокрема, він не отримував жодної спеціальної протитуберкульозної терапії в початковий період перебування у лікарні з березня 2007 до березня 2008 р., йому виписували лише жарознижуючі та знеболюючі препарати. Він стверджує, що в цей період, виписаних йому ліків часто не було в наявності. Однак, з кінця 2009 р. до кінця 2010 р. його стан взяли під контроль. Він подав численні скарги в різні інстанції з 2006 до 2010 рр., які були відхилені.</p>
<p>Правова позиція</p>	<p>При аналізі твердження заявника, що під час тримання під вартою він був заражений ТБ, ЄСПЛ зазначає, що навіть якщо це відповідало дійсності, це само по собі не означало б порушення ст. 3 Конвенції, за умови, що він отримав належне лікування. Також різні фактори можуть впливати на прогрес захворювання, тому необхідно вивчити всі обставини справи в сукупності.</p> <p>Хоча при постановленні діагнозу хвороба заявника перебувала на початковій стадії і не була хронічною, для того, щоб взяти її під контроль, знадобилось більше семи років.</p> <p>Оскільки національний уряд не надав інформації про лікування заявника у період з березня 2007 р. до березня 2008 р., ЄСПЛ врахував аргумент заявника про відсутність у його лікуванні спеціальних протитуберкульозних засобів. Нездатність держави забезпечити регулярне, безперебійне постачання необхідних протитуберкульозних препаратів пацієнтам є ключовим фактором у визнанні недостатності лікування ТБ.</p> <p>Також заявнику протягом семи років не проводився тест на резистентність до ліків, що було необхідним для обрання схеми лікування, зважаючи на тривалість такого лікування, періодичні перерви та відсутність чітких ознак покращення стану заявника протягом значного періоду часу.</p> <p>ЄСПЛ наголошує, що факти переривання лікування з ініціативи заявника були несуттєвими у цьому випадку, оскільки таке лікування довело свою неефективність з огляду на відсутність покращення стану заявника. ЄСПЛ вважає, що рішення заявника про переривання лікування було законною спробою звернути увагу держави на низьку якість медичної допомоги. Враховуючи, що така перерва мала місце через півтора року після початку лікування і тривала менше місяця, вона не могла суттєво вплинути на якість лікування.</p> <p>ЄСПЛ зазначає, що тривалий період хвороби заявника на ТБ був спричинений відсутністю будь-якого лікування на початковому етапі та неповним лікуванням на пізніх етапах. У результаті заявник зазнавав постійних психічних і фізичних страждань, що принижувало його людську гідність. Незабезпечення владою необхідної медичної допомоги стало негуманним та принижуючим гідність поведінням за змістом ст. 3 Конвенції.</p>
<p>Констатоване порушення (стаття)</p>	<p>Відсутнє порушення ст. 3 Конвенції в частині неналежних умов тримання у в'язничній лікарні.</p> <p>Порушення ст. 3 Конвенції в частині ненадання необхідної медичної допомоги.</p> <p>Порушення ст. 13 Конвенції.</p>

Назва, номер, посилання на рішення	Іванов і Кашуба проти України (заява № 12258/09 та 54754/10) http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-189619	
Дата ухвалення та остаточного набуття	29.01.2019	
Факти	<p>Заявники, які перебували під вартою, стверджували, що вони не були забезпечені належною медичною допомогою у зв'язку із наявними в них інфекційними захворюваннями. Другий заявник також стверджував, що під час перебування під вартою захворів на ТБ, проте не отримав належного лікування; заявляв, що в зв'язку з цим він не мав ефективного правового захисту щодо своїх скарг на неналежну медичну допомогу. Окрім того, скаржився на неналежні умови відбування покарання в колонії. Так, під час кожного виходу із камери на нього одягали наручники та його супроводжував конвой зі службовими собаками.</p>	
Правова позиція	<p>Характер захворювань заявників безсумнівно загрожував їхньому життю.</p> <p>Щодо заяви «Іванов проти України» ЄСПЛ зазначає, що в 1996 р. після проведення низки аналізів крові під час тримання заявника під вартою в Одеському СІЗО було встановлено наявність у нього антитіл до ВІЛ. Це також підтверджувалося записами в його медичній картці. У зв'язку з цим вбачається, що державні органи не відреагували належним чином на захворювання заявника.</p> <p>До того ж після повторного підтвердження ВІЛ-позитивного статусу в червні 2008 р. під час тримання під вартою у Житомирській виправній колонії, заявник не отримував курс АРТ до березня 2009 р. З огляду на серйозність ВІЛ-інфекції вкрай важливо було розпочати курс АРТ без затримки. Уряд не навів жодних переконливих аргументів для виправдання цієї затримки. Крім того, він не заперечив проти підтвердженого матеріалами справи аргументу заявника, що він не проходив планових оглядів або тести на ВІЛ-інфекцію.</p> <p>Щодо заяви «Кашуба проти України» ЄСПЛ зазначає, що після прибуття у вересні 2000 р. до Луцького СІЗО та потім у вересні 2001 р. до Вінницького СІЗО, другий заявник був визнаний особою, яка раніше вже перенесла ТБ. Проте Уряд не заперечував, що після медичного огляду в березні 2003 р. йому діагностували ТБ. Він десятки разів оглядався лікарями установи виконання покарань та вочевидь отримував певне лікування. Проте цих обставин не достатньо, щоб переконати ЄСПЛ, що лікування включало в себе комплексну терапевтичну стратегію, а все надане йому лікування та догляд відповідали вимогам ст. 3 Конвенції.</p> <p>Зокрема, ЄСПЛ зазначає, що з червня до серпня 2003 р. другий заявник не отримував жодного лікування ТБ та з лютого 2007 р. до квітня 2014 р. йому неодноразово було діагностовано залишкові зміни після ТБ верхньої частки лівої легені. Уряд також наголосив, що заявник мав доступ до належної медичної допомоги. Проте він не уточнив характер лікування, яке другий заявник отримував у зазначений період. Він також не надав жодного документального підтвердження, такого як копія медичної картки заявника або перелік медичних призначень.</p> <p>З огляду на зазначене ЄСПЛ вважає, що надана заявникам медична допомога була неналежною. У результаті надання їм неналежної медичної допомоги, вони зазнали душевних страждань і труднощів, які перевищували невідворотний рівень страждання, притаманного триманню під вартою, а їхня гідність була припинена.</p>	

Констатоване порушення (стаття)	<p>Порушення ст. 3 Конвенції (щодо відсутності належного медичного лікування під час перебування заявників під вартою). Порушення ст. 3 Конвенції (щодо застосування наручників до другого заявника). Порушення ст. 13 Конвенції.</p> <p>Компенсація: 7500 євро першому заявнику, 9800 євро сину другого заявника, 650 євро першому заявнику, в якості відшкодування судових та інших витрат.</p>
--	---

Назва, номер, посилання на рішення	<p>Петухов проти України (№2) (Заява № 41216/13) http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-191703</p>	
Дата ухвалення та остаточного набуття	<p>12.03.2019 09.09.2019</p>	
Факти	<p>Заявника засудили до довічного позбавлення волі. Серед іншого, він скаржився на неналежну медичну допомогу в ув'язненні.</p> <p>Заявник зазнав незворотного погіршення стану здоров'я. Упродовж розглядуваного періоду він зазнав рецидиву ТБ легень і було виявлено, що подальше медикаментозне лікування позбавлене будь-яких перспектив успіху.</p>	
Правова позиція	<p>ЄСПЛ вказав, що заявника регулярно оглядали різні лікарі та піддавали різним скринінговим і лабораторним дослідженням. Тому не можна сказати, що держава-відповідач залишила його без нагляду. Однак залишалося питання, чи виявилася реакція держави на хворобу заявника ефективною. Національна влада неодноразово визнавала, що у в'язниці бракувало протитуберкульозних препаратів. Нездатність влади забезпечити регулярне безперебійне постачання пацієнтів основними протитуберкульозними препаратами була ключовим фактором невдачі лікування ТБ.</p> <p>Раніше ЄСПЛ аналізував докази неналежної медичної допомоги та захисту від ТБ в українських ізоляторах. Україна була однією з країн, які повідомили про найвищий рівень невдач у лікуванні туберкульозу. ТБ, резистентний до медичних препаратів, продовжував поширюватися, і причини цього полягали в постійному браку ліків і відсутності доступу до повних схем лікування, особливо в умовах місць відбування покарання. Крім того, відсутня будь-яка законодавча база для забезпечення паліативної допомоги у в'язницях, і для заявника в цьому плані не було вжито жодних конкретних медичних заходів.</p>	
Констатоване порушення (стаття)	<p>Порушення ст. 3 Конвенції. 20 770 євро компенсації.</p>	



НАЦІОНАЛЬНЕ ЗАКОНОДАВСТВО ТА СУДОВА ПРАКТИКА ЩОДО ВІЛ/СНІДУ І ПРАВ ЛЮДИНИ

(проблеми правозастосування
у сфері ВІЛ/СНІДУ і прав людини)

I. Судова практика щодо зараження ВІЛ/СНІД

Свідоме поставлення іншої особи в небезпеку зараження ВІЛ, зараження іншої особи ВІЛ, у т. ч. умисне зараження, є кримінально караними діяннями за ст. 130 КК України. Відповідно до ч. 1 ст. 12 Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ», до обов'язків людей, які живуть з ВІЛ, належать: вжиття заходів для запобігання поширенню ВІЛ-інфекції, запропонованих органами охорони здоров'я; повідомлення осіб, які були їхніми партнерами до виявлення факту інфікування, про можливість їх зараження; відмова від донорства крові, її компонентів, інших біологічних рідин, клітин, органів і тканин для їх використання у медичній практиці.

Справа №1

При розгляді справ цієї категорії може бути поєднання різних складів кримінальних правопорушень, зокрема пов'язаних із злісним невиконанням обов'язків по догляду за дитиною або за особою, щодо якої встановлена опіка чи піклування.



Вирок Колегії суддів судової палати у кримінальних справах Апеляційного суду Миколаївської області (справа № 11-596/11 від 15.09.2011).

*Категорія: ч. 3 ст. 130, ст. 166 КК України. Відкрите судове засідання
<https://reyestr.court.gov.ua/Review/21305697>*

Вироком суду ОСОБА_3 визнана винною в тому, що з 2008 р., знаючи достовірно, що має небезпечне для здоров'я та життя інших людей захворювання на ВІЛ-інфекцію, не вживала жодних заходів для попередження зараження чоловіка ОСОБА_6. У результаті зараження в ОСОБА_6 в 2009 р. був виявлений діагноз

ВІЛ-інфекція, у зв'язку з чим він знаходився на лікуванні в Миколаївській інфекційній лікарні. З 29.01.2010 ОСОБА_6 знаходився на обліку у ВІЛ-центрі як ВІЛ-інфікований 4 клінічної стадії, від цього захворювання останній помер 20.03.2010.

Своїми діями, які розцінюються як неналежне виконання матір'ю своїх обов'язків по догляду за дитиною, ОСОБА_3 порушила вимоги чинного законодавства, а саме: ст. ст. 21, 51, 52 Конституції України, ст. ст. 150-157 Сімейного кодексу України, а також ст. 12 Закону України «Про охорону дитинства».

В апеляції потерпілий ОСОБА_5 просить вирок суду щодо ОСОБА_3 скасувати та постановити новий вирок, яким засудити ОСОБА_3 за ч. 3 ст. 130, ст. 166 КК України до позбавлення волі реально. Посилається на неправильне звільнення засудженої від відбування покарання на підставі ст. 75 КК України. Вважає, що її виправлення можливе лише в умовах ізоляції від суспільства. Вказує на те, що суд безпідставно послався на відсутність обтяжуючих покарання обставин, не врахувавши, що ОСОБА_3 вчинила злочин щодо малолітньої, яка знаходилась в безпорадному стані, її злочинні дії потягли смерть двох людей. Зазначає, що суд не врахував, що ОСОБА_3 вчинила злочин щодо близьких людей: своєї новонародженої дитини та чоловіка, не працює. На його думку, дані обставини, а також аморальний спосіб життя ОСОБА_3 становлять загрозу для життя та здоров'я інших людей. Тому вважає, що іспитовий строк і покладені судом на засуджену обов'язки не можуть забезпечити її належної поведінки.

Заслухавши доповідь судді, пояснення засудженої та її захисника, які заперечували проти задоволення апеляції і просили залишити вирок без змін, прокурора, який підтримав апеляцію потерпілого, вивчивши матеріали справи та обговоривши доводи апеляції, колегія суддів вважає, що апеляція підлягає задоволенню з таких підстав.

За встановленими судом фактичними обставинами вчинення злочинів, викладеними у вирокі, кваліфікація дій ОСОБА_3 за ч. 3 ст. 130, 166 КК України, є правильною, що апелянт не оспорує.

При призначенні ОСОБА_3 покарання суд з дотриманням вимог ст. 65 КК України врахував ступінь тяжкості вчинених злочинів, обставини, що пом'якшують покарання, особу винної, та правильно призначив їй покарання у вигляді позбавлення волі в межах санкцій статей кримінального закону, за якими вона засуджена, та остаточно визначив покарання за правилами ст. 70 КК України.

Проте, суд першої інстанції неправильно дійшов висновку про можливість виправлення засудженої від відбування покарання з випробуванням на підставі ст. 75 КК України.

Відповідно до ч. 2 ст. 65 КК України, особі, яка вчинила злочин, має бути призначене покарання, необхідне й достатнє для її виправлення та попередження нових злочинів.

Як вбачається, засуджена вчинила два умисних злочини – тяжкий та середньої тяжкості щодо близьких їй людей – новонародженої дитини та чоловіка.

Крім того, тяжкий злочин вчинений щодо малолітньої особи, яка знаходилась в безпорадному стані. Даним злочином завдані тяжкі наслідки – смерть двох людей. Ці обставини відповідно до ст. 67 КК України є обставинами, що обтяжують покарання, та їх необхідно враховувати при вирішенні питання про соціальну небезпеку поведінки засудженої при знаходженні її на волі.

Колегія суддів вважає, що за таких обставин, незважаючи на каяття засудженої, є підстави вважати, що іспитовий строк та покладені на засуджену судом обов'язки, не можуть попередити можливість вчинення нових злочинів, її виправлення можливе лише в умовах ізоляції її від суспільства.

Виходячи з викладеного, колегія суддів вважає за необхідне вирок суду 1-ої інстанції скасувати у зв'язку з неправильним звільненням ОСОБА_3 від відбування покарання з випробуванням і постановити свій вирок у цій частині на підставі ч. 1 п. 4 ст. 378 КПК України.

Керуючись ст. ст. 365, 366, 378 КПК України, колегія суддів вирок Заводського районного суду м. Миколаєва від 16 лютого 2011 р. щодо ОСОБА_3 в частині звільнення її від відбування призначеного цим вироком покарання з випробуванням з іспитовим строком на 3 роки на підставі ст. 75 КК України, з покладенням на засуджену обов'язків, передбачених п. п. 2, 3, 4 ч.1 ст. 76 КК України, скасувала та ухвалила новий вирок, за яким ОСОБА_3 вважається засудженою за ч. 3 ст. 130, ст. 166, ч. 1 ст. 70 КК України на 4 роки позбавлення волі.

Звертаємо увагу, що суд першої інстанції – Заводський районний суд м. Миколаєва при розгляді справи № 1-228/11 призначав судово-медичну експертизу з метою встановлення причинно-наслідкового зв'язку (медичної оцінки) між захворюванням засудженої та захворюванням її доньки та чоловіка. Згідно з висновками судово-медичної експертизи №2723/2671-10 р від 07.12.2010: «Між наявністю ВІЛ-інфекції у ОСОБА_3 та розвитком ВІЛ-інфекції у дочки ОСОБА_2 є прямий причинно-наслідковий зв'язок. Між наявністю ВІЛ-інфекції у ОСОБА_3 та розвитком ВІЛ-інфекції у чоловіка ОСОБА_б не виключається прямий причинно-наслідковий зв'язок. При виконанні всіх призначень і рекомендацій лікарів (прийняття АРВ-терапії в період вагітності, пологів, після пологів, штучне вигодовування) можливо було виключити інфікування дитини ОСОБА_2. З огляду на відмову матері від проведення АРВ-терапії дитині, вигодовування дитини грудьми, при неодноразових бесідах про доцільність штучного вигодовування, у дитини летального результату не уникнути. При наявності ВІЛ-інфекції у ОСОБА_3 та при відмові від спеціалізованого лікування настання летального результату уникнути неможливо... Одним із шляхів передачі ВІЛ-інфекції є вертикальний шлях від інфікованої матері до плоду, при гемотранфузіях крові, зараженої ВІЛ, при статевих контактах без використання захисних засобів. При статевому контакті з ВІЛ-інфікованим партнером не завжди другий партнер є ВІЛ-інфікованим, деякий проміжок часу він може залишатися ВІЛ-негативним».

На нашу думку, доречно в мотивувальній частині вироку застосовувати спеціальне законодавство, що жодна з судових інстанцій не зробила. Попри Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» також, приміром, в наведеній ситуації можна було використати Інструкцію про порядок профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, яка затверджена Наказом Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Державного департаменту України з питань виконання покарань, Міністерства праці та соціальної політики України від 23.11.2007 № 740/1030/4154/321/614а, Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини», затверджений наказом МОЗ України від 16.05.2016 № 449.

Звернемо увагу, що в судовій практиці є також випадки притягнення до кримінальної відповідальності за моносклади, тобто лише за ст. 166 КК України, проте пов'язані з погіршенням стану у зв'язку з ВІЛ. Вироком Біловодського районного суду Луганської області (справа № 408/2361/19-к від 09.08.2019) затверджено угоду про примирення, укладену між обвинуваченою ОСОБА_1 та законним представником потерпілого ОСОБА_4 у кримінальному провадженні № 12018130430000224. ОСОБА_1 визнано винною у вчиненні кримінального правопорушення, передбаченого ст. 166 КК України, та призначено їй покарання у вигляді обмеження волі строком на 4 (чотири) роки.

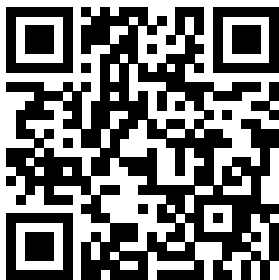
Згідно з висновком комісійної судово-медичної експертизи Луганського обласного бюро судово-медичної експертизи № 11/25 від 19.03.2019, з моменту останнього лікування у КЗ «Біловодська ЦРЛ», тобто з 23.01.2018, до моменту вилучення дитини у матері 07.06.2018 стан перебігу захворювання у ОСОБА_2 погіршився. З огляду на погіршення стану здоров'я дитини було проведено додаткове спеціалізоване обстеження в умовах Луганської обласної дитячої клінічної лікарні та Луганського обласного протитуберкульозного диспансеру і 23.06.2018 було діагностовано захворювання – ТБ легень. У зв'язку з виникненням у ОСОБА_2 ТБ, хвороба ВІЛ перейшла у ІV, більш тяжку, клінічну стадію.

Отож, після вилучення дитини в матері 07.06.2018 був встановлений діагноз: ВІЛ-хвороба (ІV клінічна стадія). Дитячий церебральний параліч, спастичний тетрапарез (V рівень). Вторинні змішані контрактири обох верхніх і нижніх кінцівок з різким порушенням руху. Тяжка мозкова відсталість. Імбецильність. Вперше діагностований ТБ (23.06.2018) верхньої долі правої легень (інфільтрований). Деструкція +МБТ 0.

Неналежні умови догляду за дитиною, відсутність систематичного медичного догляду і лікування, неналежне повноцінне лікування слугувало погіршенню стану здоров'я дитини та виникненню ТБ легень.

Справа №2

При розгляді справ цієї категорії може бути поєднання різних складів кримінальних правопорушень, зокрема пов'язаних із статевою свободою та статевою недоторканністю. Важливо звернути увагу на те, що зараження ВІЛ, яке сталось внаслідок зґвалтування потерпілої особи або насильницького задоволення статевої пристрасті неприродним способом, охоплюється ч. 5 ст. 152 або ч. 5 ст. 153 КК України за ознакою спричинення тяжких наслідків і додаткової кваліфікації за ст. 130 КК України не потребує.



Ухвала Колегії суддів судової палати з розгляду кримінальних справ Харківського апеляційного суду (справа №635/8410/115-к від 27.02.2020).
Категорія: ч. 3 ст. 153, ч. 4 ст. 152, ч. 1 ст. 130 КК України.
Закрите судове засідання. <https://reyestr.court.gov.ua/Review/88320457>

ОСОБА_1, раніше судимий, засуджений за: ч. 3 ст. 153 КК України до 14 років позбавлення волі; ч. 4 ст. 152 КК України до 13 років 6 місяців позбавлення волі; ч. 1 ст. 130 КК України до 2 років позбавлення волі. Відповідно до ч. 1 ст. 70 КК України, за сукупністю злочинів шляхом поглинання менш суворих покарань більш суворим, визначено остаточне покарання 14 років позбавлення волі. Згідно з вироком, ОСОБА_1, 15.09.2015, близько 03 год 30 хвилин прийшов до своєї знайомої ОСОБА_2, 1989 року народження, яка разом із дітьми мешкає за адресою: АДРЕСА_2, де ОСОБА_1, перелізши через паркан до двору вказаного домоволодіння, постукав у вікно.

ОСОБА_2 на той момент вдома не було, але в будинку за вказаною адресою знаходились малолітні ОСОБА_3, ІНФОРМАЦІЯ_2, разом із братом ОСОБА_4, ІНФОРМАЦІЯ_3. Дівчина на прохання ОСОБА_1 відчинити йому двері, раніше знаючи останнього, підкорилась і відімкнула зсередини замок, впустивши його в будинок. Крім того, ОСОБА_1, близько 03 год. 30 хв., 15.09.2015, знаходячись у домоволодінні за адресою: АДРЕСА_2, усвідомлюючи, що ОСОБА_3 є малолітньою і в силу свого віку не може чинити йому належного опору, тобто перебуває в безпорадному стані, скоївши насильницьке задоволення статевої пристрасті неприродним способом, вчинив зґвалтування ОСОБА_3 в природний спосіб. Усвідомлюючи, що ОСОБА_3 є малолітньою і в силу свого віку не зможе чинити йому належного опору, тобто перебуває в безпорадному стані, ОСОБА_1 вирішив зґвалтувати її неприродним способом.

Крім того, ОСОБА_1, з 03.08.2012, перебуваючи на диспансерному обліку в КЗОЦ «Обласний центр профілактики і боротьби зі СНІДом» з діагнозом ВІЛ-інфекція, III клінічна стадія, переметуючий орофарингіальний кандидоз; хронічний вірусний гепатит С, достовірно знаючи про свої захворювання та попереджений при постановці на облік про обов'язок вживати заходів щодо запобігання поширенню ВІЛ-інфекції, що є небезпечною для життя людини, ігноруючи той факт, свідомо поставив малолітню ОСОБА_3 ІНФОРМАЦІЯ_2, у небезпеку зараження хворобою, на яку страждає сам. Так, знаходячись близько 03 год. 30 хв. 15.09.2015 в домоволодінні за адресою: АДРЕСА_, де в ході задоволення своєї статевої пристрасті природним та неприродним способами із малолітньою ОСОБА_3, ІНФОРМАЦІЯ_2, умисно не застосував захисні бар'єрні методи контрацепції із метою запобігання зараженню своєю венеричною хворобою, тим самим вчинив всі дії, спрямовані на свідоме поставлення потерпілої в небезпеку зараження ВІЛ.

Необхідно звернути увагу, що в цьому випадку помилково зазначено про венеричне, хоча йде мова про інфекційне захворювання, адже ВІЛ – це соціально небезпечне інфекційне захворювання, що розвивається внаслідок інфікування вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), довготривалого переживання (персистенції) ВІЛ в лімфоцитах, макрофагах та клітинах нервової тканини. Хвороба характеризується прогресуючою дисфункцією імунної, нервової, лімфатичної та інших систем організму. Відповідно до сучасних уявлень, ВІЛ-інфекція відноситься до невиліковних хвороб, має тривалий хронічний перебіг і, в разі відсутності ефективної терапії, закінчується смертю хворого.

Справа №3

При розгляді справ цієї категорії може бути поєднання різних складів кримінальних правопорушень, зокрема пов'язаних із злочинами проти власності.



Вирок Шевченківського районного суду м. Чернівці

(справа № 727/2573/15-к від 30.06.2015). Категорія: ч. 1 ст. 125, ч. 1 ст. 130, ч. 2 ст. 186, ч. 2 ст. 15 КК України. Відкрите судове засідання.

<https://reyestr.court.gov.ua/Review/49764820>

ОСОБА_2 04.03.2015 близько 16:00 год., перебуваючи на ринку «Центральний» по вул. Загули, 9 в м. Чернівці, відкрито викрав із торговельного кіоску НОМЕР_2, в якому здійснює свою підприємницьку діяльність ОСОБА_9, грошові кошти в сумі 1700 грн., які знаходилися у картонній коробці на прилавку. Відтак, він був помічений ОСОБА_10 після чого почав тікати та був нею затриманий.

Цього ж дня о 16:00 год., з метою втечі з місця події де вчинив злочин, умисно вкусив ОСОБА_11, який утримував його за руки до приїзду працівників міліції, достовірно знаючи, що він заражений хворобою (СНІД).

У судовому засіданні обвинувачений ОСОБА_2 свою вину визнав повністю, щиро розкався у скоєному, вчинене пояснив тим, що такими своїми діями хотів покращити матеріальний стан.

Суд вважає кваліфікацію дій обвинуваченого за ч. 1 ст. 130 КК України правильною, оскільки він скоїв свідоме поставлення іншої особи в небезпеку зараження вірусом імунодефіциту людини, що є небезпечним для життя людини.

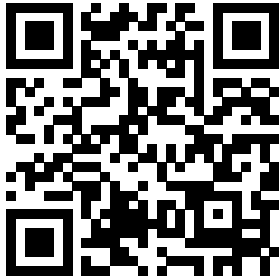
Призначаючи обвинуваченому вид та міру покарання, суд враховує характер і ступінь тяжкості скоєних ним кримінальних правопорушень, всі обставини справи, спосіб скоєння правопорушень, причини та умови, що спонукали його до цього та сприяли цьому, об'єм його обвинувачення, а також дані про його особу, те, що він раніше судимий, інфікований вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), стан його здоров'я, те що він є осудним, вину свою визнав повністю і щирозсердно кається у скоєному, шкода, завдана ним потерпілому ОСОБА_11, відшкодована. Суд ухвалив ОСОБА_2 визнати винним за ст. 125 ч. 1, ст. 130 ч. 1, ч. 2 ст. 186, ч. 2 ст. 15, ч. 2 ст. 186 КК України і визначити остаточно покарання шляхом часткового складання у вигляді 4-х років 8-ми місяців позбавлення волі.

Звертаємо увагу, що відповідно до п. 3 ч. 1 ст. 65 КК України, при призначенні покарання враховується особа винного, зокрема з-поміж критеріїв може бути і стан здоров'я. З рішень ЄСПЛ у справах «Мельник проти України» та «Mouisel проти Франції», можна зрозуміти позицію ЄСПЛ щодо оцінки ситуацій, пов'язаних з перебуванням в ув'язненні хворої людини без належних умов. ЄСПЛ наголошує, що складовими, які необхідно розглядати щодо сумісності стану здоров'я заявника та умов його утримання, є такі: медичний стан в'язня, доцільність ув'язнення з огляду на стан здоров'я в'язня та адекватність медичної допомоги та піклування, які надається у умовах ув'язнення.

Подібним за правовою ситуацією є вирок Богунського районного суду м. Житомира (справа № 295 / 6778 / 14-к від 13.07.2015).

Справа №4

При розгляді цієї категорії справ слід враховувати, що злочин за ч. 1 ст. 130 КК України належить до формальних складів і визнається закінченим з моменту вчинення дій, які створюють реальну небезпеку зараження іншої особи ВІЛ. Для притягнення особи до відповідальності за ч. 1 ст. 130 КК України не важливо чи потерпілий знав про хворобу суб'єкта злочину, чи погоджувався він на вчинення щодо нього дій, які ставлять у небезпеку зараження ВІЛ.



Вирок Рубіжанського міського суду Луганської області

(справа № 425/1514/13-к від 10.06.2013).

Категорія: ч. 1 ст. 130 КК України. Відкрите судове засідання.

<https://reyestr.court.gov.ua/Review/32125804>

ОСОБА_2, ІНФОРМАЦІЯ_1, уродженка м. Рубіжне Луганської області, громадянка України, українка, з середньою освітою, не працююча, незаміжня, раніше не судима, обвинувачена у вчиненні злочину за ч. 1 ст. 130 КК України. У судовому засіданні обвинувачена ОСОБА_2 свою провину у вчиненні кримінального правопорушення визнала повністю і щиро розкалася, суду пояснила, що з листопада 2012 р. до січня 2013 р. вона знаходилась під диспансерним наглядом в амбулаторному відділенні з надання допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД м. Рубіжне, з 14.06.2012 з діагнозом ВІЛ-інфекція 3-я клінічна стадія.

Її попереджали в закладі охорони здоров'я про її права та обов'язки і про заходи недопущення поширення на інших людей цієї хвороби. Вона спільно проживала з ОСОБА_3, усвідомлювала наявність в неї невиліковної інфекційної хвороби, що є небезпечною для життя людини, вступала з останнім у статеві зносини без застосування запобіжних заходів.

Крім повного визнання своєї провини, винність ОСОБА_2 у скоєнні інкримінованого їй злочину також підтверджується іншими доказами щодо обставин провадження, які не оспорується жодним з учасників судового розгляду, тому суд, керуючись ст. 349 КПК України, визнав недоцільним їх дослідження. При цьому судом з'ясовано, що обвинувачена та інші учасники судового розгляду правильно розуміють зміст цих обставин, відсутні сумніви у добровільності та істинності їхніх позицій, а також роз'яснено, що в такому випадку вони будуть позбавлені права оспорювати ці обставини справи в апеляційному порядку.

Оцінивши всі наявні докази в їх сукупності, суд вважає, що дії обвинуваченої ОСОБА_2 правильно кваліфіковані за ст. 130 ч. 1 КК України як свідоме поставлення іншої особи в небезпеку зараження вірусом імунодефіциту людини.

Суд визнав винною ОСОБА_2 у вчиненні злочину, передбаченого ст. 130 ч. 1 КК України та призначив їй покарання по цьому закону у вигляді позбавлення волі строком на 2 роки. На підставі ст.ст. 75, 76 КК України, звільнено ОСОБА_2 від відбування призначеного покарання з випробуванням, встановивши їй іспитовий строк на 2 роки, зобов'язавши її періодично з'являтися в органи виконання покарання за місцем проживання на реєстрацію.

На нашу думку, при конкордантній парі (сімейній чи партнерській) не виникатиме складу злочину, адже обидві особи мають однаковий ВІЛ-статус (позитивний чи негативний). Проте при дискордантній парі, тобто парі, в якій один з партнерів є ВІЛ-позитивним, а інший – ВІЛ-негативним виникає чимало проблем, адже навіть у сімейних парах може настати ризик кримінальної відповідальності за ч. 1 ст. 130 КК України.

Такі пари стикаються з чималою кількістю проблем: від збереження відносин до можливості народження здорових дітей. Одним з нормативних кроків до вирішення проблем в аспекті народження власних здорових дітей у конкордантних пар з ВІЛ-позитивним статусом і дискордантних пар є Наказ МОЗ від 22.04.2019 № 933, яким внесені зміни до додатка 1 до Порядку направлення жінок для проведення першого курсу лікування безплідності методами допоміжних репродуктивних технологій за абсолютними показаннями за бюджетні кошти, затвердженого наказом МОЗ України від 29.11.2004 № 579.

Справа №5



Вирок Центрального районного суду міста Миколаєва

(справа № 490/11163/14-к від 15.10.2015). Категорія: ч. 1 ст. 130 КК України.

Відкрите судове засідання

<https://reyestr.court.gov.ua/Review/53086423>

ОСОБА_1, яка народилась ІНФОРМАЦІЯ_2 року в м. Миколаєві, є українкою, громадянином України, здобула неповну середню освіту, займалась торгівлею, не є одруженою, має доньку ОСОБА_3, ІНФОРМАЦІЯ_1, раніше не судилась, обвинувачена у вчиненні злочину за ч. 1 ст. 130 КК України.

09.07.2010 ОСОБА_1 після проходження медичних обстежень, пов'язаних з її вагітністю, була направлена до центру з профілактики та боротьби зі СНІДом Миколаївської області, що знаходиться за адресою: місто Миколаїв, вул. Потьомкінська, 138-б. 19.07.2010 ОСОБА_1, перебуваючи в кабінеті центру боротьби та профілактики ВІЛ/СНІД Миколаївської області, відповідно до Закону України «Про запобігання захворювання на синдром набутого імунodefіциту людини (СНІД) та соціальний захист населення» від 03.03.1998, була поставлена до відома про те, що вона інфікована вірусом імунodefіциту людини.

19.07.2010 ОСОБА_1 була поставлена на диспансерний облік як особа, інфікована вірусом імунodefіциту людини, що викликає особливо-небезпечне захворювання – синдром набутого імунodefіциту людини (СНІД), яке через відсутність на сьогодні специфічних методів профілактики й ефективних методів лікування призводить до смерті. Після проведення дообстеження ОСОБА_1 був встановлений діагноз: ВІЛ-інфекція, безсимптомне носійство.

Також ОСОБА_1, як інфікована вірусом імунodefіциту людини, в той же день була під розпис попереджена, що вона може бути джерелом зараження ВІЛ для інших осіб, тобто лікування не буде запобігати можливості зараження нею інших осіб, і вона свідомо поставить іншу особу в небезпеку зараження ВІЛ.

Незважаючи на це, ОСОБА_1, діючи умисно, усвідомлюючи небезпечний характер своїх діянь, передбачаючи їх суспільно небезпечні наслідки, ігноруючи попередження особи інфікованої вірусом імунodefіциту людини, яке нею було підписано 19.07.2010 в Центрі з профілактики та боротьби зі СНІДом Миколаївської області, в період часу з січня 2013 до серпня 2013 р. регулярно здійснювала статеві контакти зі своїм співмешканцем ОСОБА_4 без застосування запобіжних заходів, не поставивши його до відома про наявність у неї ВІЛ та поставивши його в небезпеку зараження ВІЛ.

Враховуючи викладене, своїми умисними, протиправними діями ОСОБА_1 свідомо поставила потерпілого ОСОБА_4 в небезпеку зараження ВІЛ.

Під час судового розгляду справи обвинувачена свою вину у вчиненні злочину за вказаних вище обставин не визнала.

Вона засвідчила, що дійсно в період вагітності сином ОСОБА_5 у 2010 р. проходила обстеження та лікування у Миколаївському обласному центрі з профілактики та боротьби зі СНІДом, але після пологів стан її здоров'я був нормальним, через що з 2010 р. цей центр вона не відвідувала, жодного лікування не отримувала. Про ці обставини вона розповідала ОСОБА_4 і той на статеві стосунки із нею за таких обставин був згоден. Обвинувачена також пояснювала, що перебувала у стосунках з ОСОБА_4, оскільки кохала його та бажала від нього дитину, в жодному разі не мала на меті поставити його в небезпеку або заразити захворюванням на СНІД.

Відповідно до ч. 1 ст. 130 КК України, яка згадується в обвинувальному акті, відповідальність настає за свідоме поставлення іншої особи в небезпеку зараження інфекційною хворобою.

Оцінюючи наведені обставини у їх сукупності, суд вважає недоведеним той факт, що, перебуваючи у статевих стосунках з ОСОБА_1, ОСОБА_4 перебував у небезпеці. Твердження прокурора, ніби ОСОБА_1 не повідомляла ОСОБА_4 про стан свого здоров'я, також є недоведеними.

Оцінюючи наведені обставини у їх сукупності, суд вважає недоведеним той факт, що, перебуваючи у статевих стосунках з ОСОБА_4 ОСОБА_1 діяла протиправно. Наведені вище дані щодо наявності елементів об'єктивної сторони складу злочину дають підстави дійти висновку, що органами досудового розслідування та прокурором не доведене й те, що ОСОБА_1 усвідомлювала протиправний характер своїх дій та можливі протиправні наслідки таких дій.

Таке свідчить про недоведеність наявності в діях ОСОБА_1 суб'єктивної сторони злочину, передбаченого ч. 1 ст. 130 КК України. Матеріали справи не містять доказів того, що ОСОБА_4 на цей час є особою, яка інфікована ВІЛ. Отже, жодних негативних наслідків від дій, про які йдеться в обвинувальному акті, не настало. Таке виключає можливість притягнення будь-яких осіб до відповідальності за вчинення неумисного злочину.

Суд, частково погоджуючись із прокурором, вважає за необхідне відзначити, що встановлені судом обставини свідчать про те, що відносини, які склались між ОСОБА_1 та ОСОБА_4, створювали загрозу виникнення небезпеки зараження на ВІЛ.

Але, по-перше, склад злочину утворюють не дії щодо створення загрози небезпеки, але лише дії, що безпосередньо створюють небезпеку. По-друге, орган досудового розслідування та прокурор хибно покладають відповідальність за створення загрози такої небезпеки на ОСОБА_1.

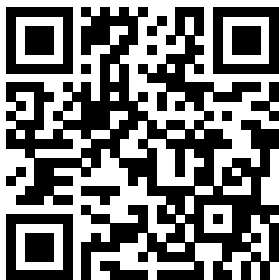
Так, ОСОБА_1 засвідчила, що перебувала у статевих стосунках з ОСОБА_4, адже бажала мати від нього дитину, та ці її свідчення є підтвердженими матеріалами справи, що обвинувачена дійсно має дитину від таких стосунків.

Побудова ж стосунків задля народження дитини ані нормам діючого законодавства, ані загально визнаним вимогам моралі не суперечить. З урахуванням наведеного вище, дії ОСОБА_1 у цій частині відносин з потерпілим не є ані протиправними, ані аморальними. Водночас ОСОБА_4, як свідчать матеріали справи, є на 16 років старшим за ОСОБА_1, через що об'єктивно має більший досвід, зокрема, у стосунках з жінками; він має дітей від різних жінок, має родину в Азербайджані, через що не уклав та й не міг укласти шлюб з ОСОБА_1; власних дітей не доглядає, веде невпорядковане статеве життя. Це свідчить, що у створенні загрози небезпеки зараження СНІДом його провина є більшою, ніж провина ОСОБА_1.

Оцінюючи наведені вище обставини у їх сукупності, суд доходить висновку, що органи досудового розслідування та прокурор не довели, що в діях ОСОБА_1 є склад кримінального правопорушення, передбаченого ч. 1 ст. 130 КК України, через що за пред'явленим обвинуваченням її слід визнати невинуватою та виправдати.

Звернемо увагу, що об'єктивна сторона злочину за ч. 1 ст. 130 КК України, характеризується: а) протиправною дією (бездіяльністю); б) її наслідками у вигляді створення для іншої особи небезпеки бути зараженою інфекційною хворобою; в) причинним зв'язком між протиправною дією та наслідками. Суб'єктивна сторона цього злочину характеризується умислом, тобто тим, що особа: а) усвідомлює, що діє протиправно; б) передбачає, що її дії є небезпечними для інших осіб, адже можуть мати наслідки у вигляді зараження іншої особи невиліковною хворобою; в) бажає або свідомо допускає настання таких наслідків.

Важливо, аби на момент вчинення кримінального правопорушення за цією статтею особа: 1) мала встановлений діагноз. Згідно з п. 2.2. Порядку встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції, затвердженого Наказом МОЗ України від 10.07.2013 №585, діагноз ВІЛ-інфекції пацієнту встановлюється лікарем-інфекціоністом Центру (відділення) СНІДу або закладом охорони здоров'я, в якому функціонує кабінет «Довіра», який пройшов тематичне удосконалення з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу у вищих медичних навчальних закладах післядипломної освіти, за місцем проживання пацієнта; 2) була поінформована про свій ВІЛ-позитивний статус відповідно до вимог ч. 2 ст. 7 Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ»; 3) надала письмове підтвердження про отримання інформації про свій ВІЛ-позитивний статус. У п. 2.4. зазначеного Порядку вказано, що пацієнт при встановленні діагнозу ВІЛ-інфекції зобов'язаний надати письмове підтвердження у довільній формі за власним підписом щодо отримання інформації про профілактичні заходи, необхідні для підтримання здоров'я ВІЛ-інфікованої особи, запобігання подальшому поширенню ВІЛ, про гарантії дотримання прав і свобод людей, які живуть з ВІЛ, а також про кримінальну відповідальність за свідоме поставлення іншої особи в небезпеку зараження та/або зараження ВІЛ відповідно до ч. 4 ст. 7 Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ».



Вирок Апеляційного суду Миколаївської області

(справа № 490/11163/14-к від 28.12.2016)

<https://reyestr.court.gov.ua/Review/63763966>

Апеляційний суд вважає, що виправдувальний вирок суду першої інстанції підлягає скасуванню через неповноту судового розгляду та невідповідність висновків суду першої інстанції фактичним обставинам кримінального провадження. З показань обвинуваченої ОСОБА_2, наданих нею в суді першої інстанції та при апеляційному перегляді провадження, випливає, що вона дійсно в період вагітності сином ОСОБА_9 у 2010 р. проходила обстеження та лікування у Миколаївському обласному центрі з профілактики та боротьби зі СНІДом.

Їй було відомо, що вона інфікована ВІЛ, але після пологів стан її здоров'я був нормальним, через що з 2010 р. цей Центр вона не відвідувала, жодного лікування не отримувала. Про ці обставини вона розповідала співмешканцю ОСОБА_5. Пояснила, що перебувала у стосунках з ОСОБА_5, оскільки кохала його та бажала народити від нього дитину, та в жодному разі не мала на меті поставити його в небезпеку або заразити захворюванням на СНІД.

Їй було відомо, що вона інфікована ВІЛ, але після пологів стан її здоров'я був нормальним, через що з 2010 р. цей Центр вона не відвідувала, жодного лікування не отримувала. Про ці обставини вона розповідала співмешканцю ОСОБА_5. Пояснила, що перебувала у стосунках з ОСОБА_5, оскільки кохала його та бажала народити від нього дитину, та в жодному разі не мала на меті поставити його в небезпеку або заразити захворюванням на СНІД.

У суді апеляційної інстанції ОСОБА_2 вказала, що розуміла, що своєю поведінкою ставить ОСОБА_5 у небезпеку, але той на статеві стосунки із нею за таких обставин погоджувався. Зазначала, що ОСОБА_5 її обмовляє, заявивши про те, що про її ВІЛ-статус він дізнався від слідчого при дачі показань у рамках іншого кримінального провадження, перебуваючи в СІЗО м. Миколаєва, оскільки в них із серпня 2013 р. склалися неприязні відносини.

Згідно з обвинувальним актом, ОСОБА_2 обвинувачується у тому, що діючи умисно, усвідомлюючи небезпечний характер своїх діянь, передбачаючи їх суспільно небезпечні наслідки, ігноруючи попередження особи, інфікованої ВІЛ, яке нею підписано 19.07.2010 в Центрі профілактики та боротьби зі СНІДом Миколаївської області, в період часу з січня по серпень 2013 р. регулярно здійснювала статеві контакти зі своїм співмешканцем ОСОБА_5 без застосування контрацептивних заходів, не поставивши його до відома про наявність у неї ВІЛ, тобто свідомо поставила потерпілого ОСОБА_5 в небезпеку зараження ВІЛ, чим вчинила кримінальне правопорушення, передбачене ч. 1 ст. 130 КК України.

Виправдовуючи ОСОБА_2, суд першої інстанції послався на відсутність доказів, які б свідчили про обізнаність ОСОБА_2 про наявний в неї діагноз ВІЛ та той факт, що остання свідомо та протиправно поставила ОСОБА_5 у небезпеку зараження ВІЛ. Суд дійшов висновку, що до серпня 2013 р. попередження про наявність у неї ВІЛ не могло бути складене та вручене ОСОБА_2. Проте аналіз матеріалів кримінального провадження дає підстави стверджувати про протилежне. До того ж судом не надана належна оцінка показанням свідка ОСОБА_6 і матеріалам з амбулаторної картки хворої ОСОБА_2.

Згідно з повідомленням МОЦПБС від 11.03.2016 (а.с. 150), у вилученій судом медичній картці амбулаторного хворого ОСОБА_2 відсутність попередження особи, інфікованої вірусом імунодефіциту людини (форма № 503-3/о), пояснюється тим, що пацієнтка проходила обстеження на ВІЛ в іншому закладі, а саме в жіночій консультації № 1 м. Миколаєва, де всі результати обстеження підтвердили у неї наявність ВІЛ-інфекції та було проведено післятестове консультування. Відповідно до п.п. 4.3.2.4 п. 4.3.2 р. 4.3 після тестового консультування лікар пропонує заповнити форму № 503-3/о, яка заповнюється у 2 примірниках: 1 примірник – обстеженій особі, 2 примірник залишається у лікувальному закладі, який обстежував пацієнта та інформував про позитивний результат. Враховуючи вказане, попередження при постановці на диспансерний облік в МОЦПБС ОСОБА_2 вдруге не оформлялося. Вказані обставини підтвердила в судовому засіданні суду апеляційної інстанції лікар вищевказаного центру – ОСОБА_6, зазначивши, що позитивний результат на ВІЛ у ОСОБА_2 був установлений в їхньому закладі в 2010 р., та вона була попереджена, як особа інфікована ВІЛ, однак як породілля подальше дообстеження проходила в жіночій консультації.

Крім того, ОСОБА_2 була попереджена про кримінальну відповідальність за свідоме поставлення іншої особи в небезпеку зараження ВІЛ та зараження іншої особи вірусом імунодефіциту людини (ст. 130 КК України). Вона особисто підписала це попередження і відмовилася отримати його копію, що відображено в попередженні.

Судом апеляційної інстанції достовірно встановлено, що дату попередження ОСОБА_2 про те, що вона інфікована вірусом імунодефіциту людини, є 10 серпня 2010 р., що засвідчено особистим підписом останньої у попередженні.

19.07.2010 ОСОБА_2 була поставлена на диспансерний облік як особа, інфікована ВІЛ, що викликає особливо-небезпечне захворювання синдром набутого імунодефіциту людини (СНІД), яке через відсутність сьгодні специфічних методів профілактики й ефективних методів лікування, призводить до смерті. Після проведення дообстеження ОСОБА_2 був встановлений діагноз: ВІЛ-інфекція, безсимптомне носійство. Також ОСОБА_2, як інфікована вірусом імунодефіциту людини, 10 серпня 2010 р. в приміщенні жіночої консультації № 1 м. Миколаєва була під особистий підпис попереджена, що вона може бути джерелом зараження ВІЛ для інших осіб, тобто лікування не буде запобігати можливості зараження нею інших осіб, і вона свідомо поставить іншу особу в небезпеку зараження ВІЛ.

Незважаючи на це, ОСОБА_2, діючи умисно, усвідомлюючи небезпечний характер своїх діянь, передбачаючи їх суспільно небезпечні наслідки, ігноруючи попередження особи, інфікованої вірусом імунодефіциту людини, яке нею підписано 10.08.2010 в жіночій консультації № 1 м. Миколаєва, в період часу з січня до серпня 2013 р. регулярно здійснювала статеві контакти зі своїм співмешканцем ОСОБА_5 без застосування засобів захисту, не поставивши його до відома про наявність у неї ВІЛ і поставивши його в небезпеку зараження ВІЛ.

Так, для кваліфікації діяння за ч. 1 ст. 130 КК України належить лише встановити, що особа достовірно знала (усвідомлювала) про наявність у неї ВІЛ ще до вступу в статеві відносини, але свідомо поставила іншу особу в небезпеку зараження цим вірусом. Згода особи на такі відносини й те, що вона не захворіла на ВІЛ, не має значення для кваліфікації діяння за ч. 1 ст. 130 КК України.

Враховуючи наведені вище докази в їх сукупності, апеляційний суд вважає повністю доведеною вину ОСОБА_2 у вчиненні вказаного кримінального правопорушення і кваліфікує її дії за ч. 1 ст. 130 КК України як свідоме поставлення потерпілого ОСОБА_5 в небезпеку зараження ВІЛ. Апеляційний суд ухвалив вирок Центрального районного суду м. Миколаєва від 15.10.2015 відносно ОСОБА_2, яким вона визнана невинуватою та виправдана за ч. 1 ст. 130 КК України за відсутністю в діях складу кримінального правопорушення, скасувати. Ухвалити новий вирок, яким ОСОБА_2 визнати винуватою за ч. 1 ст. 130 КК України та призначити покарання у виді позбавлення волі на строк 1 рік.

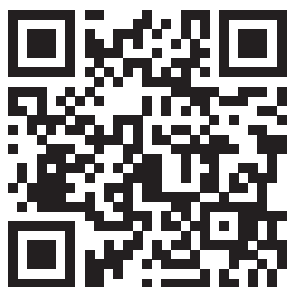
Ухвалою від 22.06.2017 Колегії суддів судової палати у кримінальних справах Вищого спеціалізованого суду України з розгляду цивільних і кримінальних справ Вирок Апеляційного суду Миколаївської області від 28.12.2016 щодо ОСОБА_2 залишити без змін.

Злочин, передбачений ч. 1 ст. 130 КК України, вважається закінченим з моменту поставлення в небезпеку зараження. Злочин передбачає усвідомлення, тобто знання особою про наявність у неї ВІЛ-інфекції чи іншої невиліковної інфекційної хвороби, що є небезпечною для життя людей, а також усвідомлення нею того, що вона своїми діями ставить потерпілого в небезпеку зараження. Для кваліфікації діяння за ч. 1 ст. 130 КК України належить лише встановити, що особа достовірно знала (усвідомлювала) про наявність у неї ВІЛ ще до вступу в статеві відносини, але свідомо поставила іншу особу в небезпеку зараження цим вірусом. Згода особи на такі відносини й те, що вона не захворіла на ВІЛ, не мають значення для кваліфікації діяння за ч. 1 ст. 130 КК України.

Наведена справа загострює питання щодо можливості декриміналізації в українському законодавстві у сфері ВІЛ/СНІДу певних дій, пов'язаних із зараженням ВІЛ. Межа між діями, що створюють загрозу безпеки, і діями, що безпосередньо створюють небезпеку, як елемент об'єктивної сторони склад злочину, що вказував суд першої інстанції, є тонкою, дії – оцінними. Визначальним є наявність знання (усвідомлення) особи, що вона має захворювання на ВІЛ-інфекцію, але свідомо ставить іншу особу в небезпеку зараження. Суб'єктивна сторона злочину, передбаченого ч. 1 ст. 130 КК України, характеризується непрямим умислом або злочинною самовпевненістю. Суб'єктивна сторона інших складів злочину за ст. 130 КК України різняться. Для суб'єктивної сторони злочину, передбаченого ч. 2 ст. 130 КК України, характерна необережність у вигляді злочинної самовпевненості, а суб'єктивна сторона злочину, передбаченого ч. 4 ст.130 КК України, характеризується прямим або непрямим умислом. Деякі держави відходять від криміналізації як запобіжника зараженню ВІЛ, враховуючи наукові досягнення у цій царині, зокрема позитивний вплив антиретровірусної терапії на людей, які живуть з ВІЛ, (приміром, Данія) чи враховують при притягненні до кримінальної відповідальності певні нормативно визначені обставини, зокрема, згода партнера на інтимні відносини з особою, яка живе з ВІЛ (приміром, Німеччина). В Україні кримінальне законодавство реформується, триває розробка нового кодексу, отож, законодавець обиратиме модель держаницьких дій у сфері ВІЛ/СНІДу, аби дотриматись праволюдського балансу.

Подібним за правовою ситуацією є вирок Тернівського міського суду Дніпропетровської області (справа № 440/2098/12 від 28.11.2012).

Справа №6



Вирок Гайсинського районного суду Вінницької області

(справа №1-192-2007 р від 04.07.2007). Категорія: ч. 1 ст. 130 КК України.

Відкрите судове засідання

<https://reyestr.court.gov.ua/Review/2409486>

ОСОБА_1, перебуваючи на обліку з 19.02.2001 в кабінеті інфекційних захворювань Гайсинської ЦРЛ, як особа, інфікована вірусом імунодефіциту людини, 29.01.2007 у відділенні трансфузіології Гайсинської ЦРЛ здав кров як донор, не повідомивши медичних працівників про наявність у нього ВІЛ-інфекції, чим свідомо поставив у небезпеку зараження ВІЛ інших осіб. У судовому засіданні ОСОБА_1 вину в скоєнні злочину визнав повністю, просив суд його суворо не карати, пояснив, що на його утриманні знаходиться вагітна співмешканка, яка, як і він, є особою, інфікованою вірусом імунодефіциту людини, він не працевлаштований, має тимчасові заробітки, їхня сім'я знаходиться в скрутному матеріальному становищі.

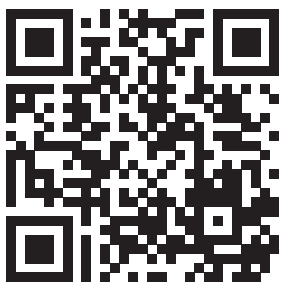
Крім повного визнання вини самим підсудним, його винуватість доводиться показаннями допитаних у судовому засіданні свідків і зокрема: анкетю особи, яка виявила бажання здати кров від 29.01.2007, відповідно до якої ОСОБА_1 вказав відомості про відсутність хвороби на ВІЛ/СНІД (а.с. 38); попередження особи, інфікованої вірусом імунодефіциту людини від 19.02.2001 (а. с. 39). Дії ОСОБА_1 кваліфікуються за ч. 1 ст. 130 КК України як свідоме поставлення іншої особи в небезпеку зараження вірусом імунодефіциту людини.

Суд ухвалив ОСОБА_1 визнати винуватим у скоєнні злочину, передбаченого ч. 1 ст. 130 КК України, призначивши покарання у виді позбавлення волі, строком на два роки. На підставі ст. 75 КК України звільнити ОСОБА_1 від відбування покарання з випробуванням, встановити іспитовий строк тривалістю один рік.

Слід звернути увагу, що відповідно до ч. 1 ст. 12 Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ», до обов'язків людей, які живуть з ВІЛ, зокрема, належить: відмова від донорства крові, її компонентів, інших біологічних рідин, клітин, органів і тканин для їх використання у медичній практиці.

II. Судова практика щодо відшкодування шкоди

Справа №1



Рішення Шевченківського районного суду м. Києва

(справа № 761/24076/15-ц від 21.12.2017). Відкрите судове засідання

<https://reyestr.court.gov.ua/Review/71401786>

У серпні 2015 р. ОСОБА_1, яка діє в інтересах свого неповнолітнього сина ОСОБА_6 (далі по тексту – позивач), звернулась до Шевченківського районного суду міста Києва із позовом до Київського міського центру крові Департаменту охорони здоров'я Виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської

державної адміністрації) (далі по тексті – відповідач-1) та Київської міської державної адміністрації (далі по тексті – відповідач-2), третя особа: Головне управління Державної казначейської служби України в місті Києві (далі по тексті – третя особа-1) про відшкодування моральної шкоди та матеріальної шкоди, завданої внаслідок зараження дитини ВІЛ-інфекцією.

Зараження ВІЛ-інфекцією від батьків дитини виключається, оскільки останні 26.01.2012 та 27.01.2012 пройшли перевірку на ВІЛ, результати якої виявились негативними.

Позивач вважала, що Київським міським центром крові зазначений законодавством порядок медичного обстеження донора ОСОБА_8 на ВІЛ не був дотриманий, а його кров як донора була обстежена неналежним чином з використанням тест-систем вітчизняного виробництва, внаслідок чого заражена смертельною хворобою кров під час переливання потрапила в організм сина позивача ОСОБА_6.

А тому позивач зазначала, що внаслідок недбалих дій відповідача-1 фактично відбулось зараження дитини невиліковною хворобою, що спричинило тяжкі душевні хвилювання для неї як для мами, так і для самої дитини, яка поставила своє життя під загрозу смертельної хвороби та вимушена весь час вживати ліки за суворим графіком.

Посилаючись на викладене, ОСОБА_1 просила суд стягнути солідарно з відповідачів Київського міського центру крові Департаменту охорони здоров'я Виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) та Київської міської державної адміністрації на її користь, яка діє в інтересах свого неповнолітнього сина ОСОБА_6 моральну шкоду в сумі 3 000 000,00 грн. та матеріальну шкоду в сумі 5 000,00 грн.

11.12.2015 представник позивача ОСОБА_2 звернувся до суду із новою редакцією позовної заяви, в якій притягнув до участі у справі як співвідповідача Міністерство охорони здоров'я України, та просив суд стягнути солідарно з Київського міського центру крові Департаменту охорони здоров'я Виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації), Київської міської державної адміністрації та Міністерства охорони здоров'я України на її користь, яка діє в інтересах свого неповнолітнього сина ОСОБА_6 моральну шкоду в сумі 3000 000,00 грн. та матеріальну шкоду в сумі 5 000,00 грн.

Заслухавши пояснення учасників судового розгляду, допитавши свідка, дослідивши матеріали справи, оцінивши зібрані по справі докази, судом встановлено такі обставини та відповідні їм правовідносини.

Судом встановлено, що ІНФОРМАЦІЯ_1 у позивача та її чоловіка ОСОБА_10 народився син – ОСОБА_6, що підтверджується копією свідоцтва про народження, яка міститься у матеріалах справи (а.с. 4). ОСОБА_6 народився у результаті штучного запліднення по програмі ІКСІ в результаті передчасних пологів (а.с. 5).

Стан дитини був розцінений лікарями як важкий, через що для подальшого лікування ОСОБА_6 26.07.2011 був переведений у відділення реанімації новонароджених НДСЛ «Охматдит», де пробув до 04.08.2011, що підтверджується випискою із карти розвитку новонародженого та випискою із історії хвороби № 128, копії яких також містяться у матеріалах справи (а.с. 7, 8-10, 11).

У подальшому, 04.08.2011, через закриття відділення реанімації новонароджених у НДСЛ «Охматдит» ОСОБА_6, для продовження лікування був переведений до відділення анестезіології та інтенсивної терапії новонароджених Київської міської дитячої клінічної лікарні № 2. 17.08.2011 ОСОБА_6 без інформованої згоди батьків, за медичними показниками, було здійснено переливання відмитих еритроцитів з контейнеру консервованої крові № 26.52.2002264, заготовленої Київським міським центром крові 15.08.2011 від донора ОСОБА_8.

06.09.2011 р ОСОБА_6, для подальшого виходжування і лікування був переведений до відділення інтенсивного виходжування недоношених дітей НДСЛ «Охматдит», де пробув з 06.09.2011 р до 18.10.2011 р та виписаний у задовільному стані під нагляд дільничного педіатра, а також дитячих лікарів невролога, офтальмолога та кардіохірурга.

25.01.2012 в ОСОБА_6 був виявлений ВІЛ, внаслідок чого останній 31.01.2012 був поміщений на лікування до Центру для лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД дітей НДСЛ «Охматдит», де пробув до 02.02.2012 та де йому був встановлений остаточний діагноз – ВІЛ-інфекція (В 23.8), IV клінічна стадія та 20.02.2012 оформлена інвалідність.

Згідно з Довідкою щодо перевірки обставин інфікування ВІЛ дитини через компоненти донорської крові у місті Києві від 13-14.09.2012, яка складена комісією щодо дослідження виявлених випадків інфікування ВІЛ дітей при наданні медичної допомоги на виконання наказу МОЗ України від 11.09.2012 № 712, встановлено, що найбільш ймовірним джерелом інфікування на ВІЛ дитини були відмиті еритроцити, отримані від кроводачі донора ОСОБА_8, заготовлені Київським міським центром крові від 16.08.2011, який, ймовірно, знаходився в періоді «сероконверсійного вікна», та надано пропозиції щодо впровадження в службу крові України обов'язкового тестування донорської крові методом полімеразної ланцюгової реакції на наявність нуклеїнових кислот збудників інфекційних захворювань, що передаються гемотрасмісивним шляхом (а.с. 84-88).

Відповідно до результатів аналізів від 16.08.2011 крові ОСОБА_8, № флакона 26.52.2002264, антитіла ВІЛ значаться як негативні (а.с. 75).

Згідно зі свідоцтвом про державну реєстрацію № 8844/2009, внесено до Державного реєстру медичної техніки та виробів медичного призначення України і дозволено до застосування в медичній практиці тестсистеми імуноферментні для діагностики ВІЛ-інфекції, виробництва ТОВ «Діагностичні системи – Україна». Термін дії свідоцтва – до 11.08.2014 (а.с. 77).

У даному випадку щодо зараження у лікувальному закладі дитини позивача невиліковною хворобою суд доходить висновку, що вказане сталося через неналежну організацію проведення обстеження крові донора ОСОБА_8 на наявність антитіл до ВІЛ, відмиті еритроцити з якої потрапили в кров ОСОБА_6, яка здійснювалась Київським міським центром крові.

Вказане стало можливим через незастосування Київським міським центром крові тестування донорської крові методом полімеразної ланцюгової реакції на наявність нуклеїнових кислот збудників інфекційних захворювань, що передаються гемотрасмісивним шляхом під час здійснення обстеження донора ОСОБА_8, внаслідок чого заражена ВІЛ кров потрапила до Київського міського центру крові та в подальшому син позивача ОСОБА_6 був заражений смертельно небезпечною хворобою.

Відповідно до п. 1 Положення про Міністерство охорони здоров'я України, яке затверджене Указом Президента України від 13.04.2011 N 467/2011 (редакція на момент виникнення спірних правовідносин), Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ України) є центральним органом виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України. МОЗ України є головним органом у системі центральних органів виконавчої влади у формуванні та забезпеченні реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, формуванні державної політики у сферах санітарного та епідемічного благополуччя населення, створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів, медичних імунобіологічних препаратів і медичних виробів, протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням.

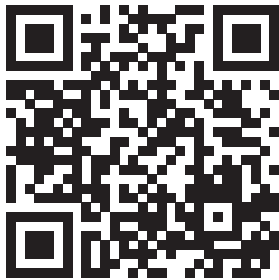
Таким чином, Держава в особі МОЗ України не забезпечила свого позитивного обов'язку щодо охорони життя ОСОБА_6 та його здоров'я від можливого зараження смертельно небезпечною хворобою в лікувальній установі, що є неприпустимим.

За таких обставин, наявні підстави для покладення на відповідача-1 та відповідача-3 відповідальності за заподіяння позивачу моральної шкоди, яку вона зазнала в результаті зараження її дитини ВІЛ-інфекцією.

Суд ухвалив позов ОСОБА_1, яка діє в інтересах свого неповнолітнього сина ОСОБА_6 до Київського міського центру крові Департаменту охорони здоров'я Виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації), Міністерства охорони здоров'я України та Київської міської державної ад-

міністрації, треті особи: Головне управління Державної казначейської служби України в місті Києві, Київська міська дитяча клінічна лікарня № 2, Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками, Державна казначейська служба України, ОСОБА_8 про відшкодування моральної шкоди та матеріальної шкоди, завданої внаслідок зараження дитини ВІЛ-інфекцією – задовольнити частково.

Стягнути з Київського міського центру крові Департаменту охорони здоров'я Виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) та Міністерства охорони здоров'я України на користь ОСОБА_1, яка діє в інтересах свого неповнолітнього сина ОСОБА_6 1 000 000,00 грн. у відшкодування моральної шкоди по 500 000,00 грн. з кожного. Стягнути з Київського міського центру крові Департаменту охорони здоров'я Виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) та Міністерства охорони здоров'я України на користь ОСОБА_1 5000,00 грн. вартості проведеного психологічного дослідження по 2500,00 грн. з кожного.



Постанова Апеляційного суду міста Києва у складі колегії суддів Судової палати з розгляду цивільних справ

(справа № 761/24076/15-ц від 15.03.2018). Відкрите судове засідання.

<https://reyestr.court.gov.ua/Review/72819776>

Заслухавши доповідь судді Ратнікової В.М., пояснення учасників справи, перевіривши матеріали справи, обговоривши доводи апеляційних скарг, колегія суддів доходить висновку, що апеляційні скарги не підлягає задоволенню, з таких підстав.

Задовольняючи позовні вимоги частково, стягуючи з Київського міського центру крові та Міністерства охорони здоров'я України на користь ОСОБА_5 у відшкодування моральної шкоди по 500 000, 00 грн. з кожного та у відшкодування матеріальної шкоди по 2500, 00 грн. з кожного, суд першої інстанції виходив з того, що в ході розгляду справи було встановлено факт зараження сина позивача ОСОБА_7 ВІЛ-інфекцією в результаті операції по переливанню відмитих еритроцитів, тобто з вини відповідачів як установи по відбору донорської крові та центрального органу, що реалізує державну політику в сфері охорони здоров'я, а тому наявні правові підстави для відшкодування моральної і матеріальної шкоди, якої зазнала матір дитини ОСОБА_5 через зараження її сина невиліковною хворобою в медичному закладі.

Колегія суддів погоджується з таким висновком суду першої інстанції, вважає, що цей висновок повною мірою відповідає вимогам закону та наявним у справі доказам, а доводи апеляційних скарг його правильність не спростовують.

Як встановлено в ході розгляду справи, Київським міським центром крові не було вчинено необхідного обсягу дій для встановлення реципієнта, якому перелито відмиті еритроцити, отримані з крові ОСОБА_6, та не повідомлено його законних представників про необхідність обстеження дитини на можливе зараження інфекційним захворюванням у результаті проведеної медичної процедури.

Факт зараження малолітнього ОСОБА_7 ВІЛ-інфекцією було виявлено випадково, під час лікування та обстеження в іншому медичному закладі – Національній дитячій спеціалізованій лікарні «Охматдит», в січні 2012 р. Тобто, з моменту виявлення позитивного результату на наявність антитіл до ВІЛ у донора ОСОБА_6, а саме з 06 жовтня 2011 р. до дати випадкового виявлення інфекції у ОСОБА_7 – 21 січня 2012 р., лікування дитини не відбувалося.

У рекомендаціях Всесвітньої організації охорони здоров'я «Зведене керівництво по використанню антиретровірусних препаратів для лікування і профілактики ВІЛ-інфекції» наголошено на важливості своєчасного діагностування ВІЛ-інфекції і призначення правильного лікування, що значно підвищує тривалість життя інфікованого та знижує ризик зараження для оточуючих.

Тобто через те, що Київським міським центром крові не було забезпечено інформування медичної установи – одержувача крові та законних представників дитини – реципієнта про виявлений несприятливий випа-

док, пов'язаний із взяттям крові в донора ОСОБА_6, малолітній ОСОБА_7 не пройшов обстеження та йому не було призначено лікування негайно після зараження.

Враховуючи малий вік дитини, її слабкий стан здоров'я у зв'язку з народженням внаслідок передчасних пологів та особливий характер хвороби, якою її було інфіковано, наслідки такої бездіяльності Київського міського центру крові, в будь-якому випадку, розцінюються як такі, що завдали шкоди здоров'ю малолітньої дитини.

Враховуючи специфічний невиліковний характер інфекції, якою було інфіковано ОСОБА_7, неможливість чіткого прогнозування перебігу цього захворювання і наслідків того, що лікування не було призначено негайно, посилення позивача на те, що діями Київського міського центру крові було заподіяно їй моральну шкоду, яка полягає в переживаннях, які вона зазнала внаслідок інфікування її дитини та через байдужість і відсутність розуміння з боку співробітників державних медичних установ, є обґрунтованими.

Відтак, вбачається, що по закінченню періоду, на який було розраховано впровадження і реалізацію Програми розвитку донорства крові та її компонентів на 2002-2007 роки, координація робіт з виконання якої покладалася на МОЗ України, ним не було розроблено надійного порядку тестування донорської крові на ВІЛ-інфекцію та не оснащено лабораторії закладів служби крові лабораторним обладнанням для використання різних типів тест-систем.

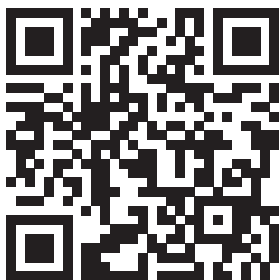
Незважаючи на особливе акцентування у Програмі розвитку донорства крові та її компонентів на 2002-2007 рр. на проблему інфекційної безпеки компонентів донорської крові та виготовлених з неї препаратів, МОЗ України не вчинено мінімальних, передбачених програмою, заходів для забезпечення можливості тестування відібраної донорської крові за допомогою кількох тест-систем.

Підсумовуючи, можна дійти висновку, що розроблений та впроваджений МОЗ України порядок контролю безпеки та якості донорської крові, її компонентів та виготовлюваних з них препаратів не відповідає сучасному рівню розвитку науки, не забезпечує реально дієвого запобігання поширення інфекційних хвороб через застосування крові, не створює достатніх умов для максимально ефективного і своєчасного виявлення інфікування відібраної донорської крові.

Оскільки наслідком такої недосконалої нормативної бази стала можливість потрапляння в обіг і передача для використання медичним закладам донорської крові, яка інфікована ВІЛ і заражає реципієнтів смертельною невиліковною хворобою, вбачається вина МОЗ України як центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, у зараженні малолітнього ОСОБА_7 ВІЛ-інфекцією і наявність прямого причинно-наслідкового зв'язку між цією подією та неналежним виконанням відповідачем своїх функцій і повноважень у сфері охорони здоров'я.

У цій справі підставою для покладення на МОЗ України та Київський міський центр крові відповідальності за заподіяну позивачу моральну шкоду є встановлення причинно-наслідкового зв'язку між реалізацією ними своїх функцій, як органів та установ, що діють у медичній сфері, та встановленим фактом зараження дитини невиліковною інфекційною хворобою.

Апеляційний суд прийняв постанову, якою апеляційну скаргу представника відповідача Міністерства охорони здоров'я України залишив без задоволення та апеляційну скаргу відповідача Київського міського центру крові Департаменту охорони здоров'я Виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) залишив без задоволення.



Постанова Верховного Суду у складі колегії суддів Другої судової палати Касаційного цивільного суду (справа № 761/24076/15-ц від 15.11.2018)
<https://reyestr.court.gov.ua/Review/77910974>

Касаційні скарги Міністерства охорони здоров'я України та Київського міського центру крові Департаменту охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) залишити без

задоволення. Рішення Шевченківського районного суду міста Києва від 21.12.2017 та постанову Апеляційного суду міста Києва від 15.03.2018 залишити без змін.

Звертаємо увагу на кілька зауваг: 1) в одному з рішень застосовано Європейську хартію прав пацієнтів, яка є документом групи міжнародних неурядових організацій. Ця Хартія є документом, що може бути прирівняним до документів «м'якого права» та наділений квазірекомендаційним характером.

Отже, в рішенні такі акти не варто використовувати; 2) право на охорону здоров'я є гарантією права на життя; реалізація права на життя не можлива без реалізації права на охорону здоров'я, адже нормальне біологічне та соціальне функціонування людини не можливе без здоров'я. Реалізація права на життя у повному об'ємі можливо лише при гарантуванні права на охорону здоров'я. Право на життя захищається у ст. 2 Конвенції, за якою право кожного на життя охороняється законом. При цьому згідно зі сталою практикою ЄСПЛ це право вважається порушеним не тільки у разі позбавлення життя, але і при серйозних пошкодженнях організму людини, які не спричинили його смерть, але представляли серйозну загрозу його життю. Отож, ненадання належної медичної допомоги, що призвело до смерті особи або поставило її життя під загрозу (приміром, зараження ВІЛ) підпадає під дію ст. 2 Конвенції.

Справа №2



Рішення Київського районного суду м. Одеси

(справа № 520/10475/17 від 03.09.2018). Відкрите судове засідання.

<https://reyestr.court.gov.ua/Review/76195256>

Позивач ОСОБА_4 05.09.2017 звернулась до Київського районного суду міста Одеси з позовом до ОСОБА_3 про відшкодування моральної шкоди, в якому просить суд стягнути з відповідачки на свою користь у відшкодування матеріальної шкоди – 100 000 гривень 00 копійок. В обґрунтування позовних вимог позивач посилається на те, що вона, ОСОБА_4, з малолітньою дитиною ОСОБА_6 мешкає в комунальній квартирі АДРЕСА_1.

Також позивачка зазначила, що в цій квартирі з 14.09.2015 мешкала ОСОБА_7, яка, як стверджує позивачка, була раніше судимою, наркотично залежною людиною, що страждала на низку небезпечних інфекційних хворіб, а саме: ТБ, ВІЛ, гепатит, а також вела аморальний спосіб життя. Позивачка зазначила, що про захворювання ОСОБА_7 була обізнана її бабка, ОСОБА_3, яка за час життя ОСОБА_7 в кімнаті комунальної квартири АДРЕСА_1, її не відвідувала, однак була присутня під час придбання ОСОБА_7 вказаної кімнати. На цей час, вона, ОСОБА_4, перебуває в базі даних туберкульозних закладів, як особа, яка контактувала з носієм небезпечної інфекції та проходить медичне обстеження.

У зв'язку з чим, як зазначено позивачкою, оскільки відповідачка, будучи обізнаною про хвороби, на які страждала ОСОБА_7, не здійснила дій для повідомлення її сусідів, повинна нести відповідальність за свідоме поставлення її, ОСОБА_4, її малолітньої дитини, ОСОБА_6, в небезпеку зараження вірусом імунодефіциту людини, ТБ та гепатитом.

Суд вважає посилення позивача в обґрунтування позовних вимог безпідставними, оскільки позивачем не надано до суду жодних доказів на підтвердження того, що: а) ОСОБА_7 дійсно хворіла на низку інфекційних хвороб, а саме: ТБ, ВІЛ, гепатит; б) ОСОБА_7, маючи вказані хвороби, дійсно мешкала в кімнаті комунальної квартири АДРЕСА_1, поруч з ОСОБА_4; в) ОСОБА_7 померла ІНФОРМАЦІЯ_2 р.; г) низка захворювань і проведені медичні обстеження ОСОБА_4 пов'язані у зв'язку з контактуванням з ОСОБА_7; г) ОСОБА_3 є родичкою ОСОБА_7; д) ОСОБА_3 була обізнана про вищевказані захворювання ОСОБА_7.

Суд зазначає, що надання з боку позивача копій вказаних медичних документів про проведене обстеження стану здоров'я позивача та її малолітньої доньки, не є належними і переконливими доказами у підтвердження того, що ОСОБА_4 має інфекційне захворювання, та її медичне обстеження пов'язане у зв'язку з контактуванням і мешканням поруч з ОСОБА_7.

Щодо посилань позивачки на те, що відповідачка ОСОБА_3, будучи обізнаною про хвороби ОСОБА_7, не сповістила сусідів, чим поставила під загрозу життя, у тому числі позивачки, через що повинна нести відповідальність з відшкодування моральної шкоди, суд вважає необґрунтованим в повному обсязі, оскільки позивачем, як вже зазначалось, не надано до суду жодних доказів, що ОСОБА_7 дійсно хворіла на низку інфекційних захворювань, а також доказів, що відповідачка, ОСОБА_3, є родичкою ОСОБА_7 і була обізнана про хвороби останньої.

Крім того, в судовому засіданні, позивачка особисто підтвердила, що в неї немає письмових доказів на підтвердження того, що ОСОБА_7 хворіла на низку інфекційних захворювань, ОСОБА_3 була обізнана про хвороби, на які хворіла ОСОБА_7, а також доказів на підтвердження причинного зв'язку, що захворювання, на які хворіє позивачка та її малолітня дочка отримані внаслідок контактування з ОСОБА_7.

Отже, на підстави наданих до суду доказів, суд вважає посилання позивача в обґрунтування позовних вимог необґрунтованим, оскільки заподіяння відповідачем позивачу моральної шкоди не знайшло жодного підтвердження та причинного зв'язку.

Суд вирішив у задоволенні позову ОСОБА_2 (місце проживання: 65070, АДРЕСА_1) до ОСОБА_3 (місце проживання: 65080, АДРЕСА_3) про відшкодування моральної шкоди відмовити.

Звертаємо увагу на кілька важливих аспектів: 1) згідно з ч. 3 ст. 13 Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ», відомості про результати тестування особи з метою виявлення ВІЛ, про наявність або відсутність в особи 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; 2) передача медичним працівником відомостей, що є конфіденційними, іншим третім особам – лише за рішенням суду в установлених законом випадках. Отже, для здобуття таких доказів, що міститимуть інформацію з обмеженим доступом, має бути звернення позивача до суду з клопотанням, при задоволенні якого лише суд буде управнений скеровувати ухвалу про отримання даних, що становлять лікарську таємницю і стосуються ВІЛ-позитивного статусу; 3) для підтвердження причинно-наслідкового зв'язку (медичної оцінки) між захворюваннями особи з ВІЛ-позитивним статусом і загрозою захворювання чи захворюванням іншої особи необхідно проводити судово-медичну експертизу.

III. Судова практика щодо розголошення конфіденційної інформації

Справа №1



Вирок Кіровського районного суду міста Кіровограда

(справа № 404/652/18 від 24.07.2019). Категорія: ч. 1, ст. 368, ст. 132 КК України. Закрите судове засідання.

<https://reyestr.court.gov.ua/Review/83242144>

Інформація заборонена для оприлюднення згідно з пунктом 4 ч. 1 ст. 7 Закону України «Про доступ до судових рішень» у частині обставин ст. 132 КК України.

Суд ухвалив ОСОБА_1 визнати невинуватою у пред'явленому обвинуваченні та виправдати за ч. 1 ст. 368 КК України, у зв'язку з недоведеністю вчинення нею даного злочину та за ІНФОРМАЦІЯ_3 України – через відсутність в її діях складу злочину.



Ухвала Кропивницького апеляційного суду у складі колегії суддів судової палати у кримінальних справах

(справа № 11-кп/4809/550/19 від 21.11.2019). Відкрите судове засідання.

<https://reyestr.court.gov.ua/Review/85924854>

Згідно з обвинувальним актом, ОСОБА_1 висунуто обвинувачення в одержанні службовою особою неправомірної вигоди для себе за вчинення в інтересах третьої особи будь-якої дії з використанням службового становища, а також у розголошенні відомостей про проведення медичного огляду особи на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби, що є небезпечною для життя людини, або захворювання на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та його результатів, що стали їй відомі при виконанні службових обов'язків.

Всупереч встановлених норм законодавства, порушуючи службові обов'язки та лікарську таємницю, ОСОБА_1 15.12.2017, об 11:20 год., під час проведення огляду місця події у її службовому кабінеті, який розташований у приміщенні КЗ «Кіровоградська центральна районна лікарня» за адресою: вулиця Аерофлотська, 5, місто Кропивницький, у присутності слідчого Балацького В.П. та понятих ОСОБА_4 та ОСОБА_5, повідомила про наявність у ОСОБА_2 вірусу імунодефіциту людини (СНІД), внаслідок чого про захворювання ОСОБА_2 стало відомо особам, які не мають права за законом знати зазначену інформацію.

Щодо обвинувачення ОСОБА_1 у розголошенні відомостей про проведення медичного огляду особи на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини, або захворювання на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та його результатів, що стали їй відомі при виконанні службових обов'язків, суд першої інстанції зазначив таке.

Згідно з обвинуваченням, ОСОБА_1 «15.12.2017, об 11:20 годині, під час проведення огляду місця події у її службовому кабінеті, який розташований у приміщенні КЗ «Кіровоградська центральна районна лікарня», у присутності слідчого ОСОБА_30 та понятих ОСОБА_4 і ОСОБА_5, повідомила про наявність у ОСОБА_2 вірусу імунодефіциту людини (СНІД), внаслідок чого про захворювання ОСОБА_2 стало відомо особам, які не мають права за законом знати зазначену інформацію».

Відомості про результати медичного огляду, наявність чи відсутність ВІЛ-інфекції в особи, яка пройшла медичний огляд, є конфіденційними та становлять лікарську таємницю. Передача таких відомостей дозволяється тільки особі, якої вони стосуються, а у випадках, передбачених законодавством, також законним представникам цієї особи, закладам охорони здоров'я, органам прокуратури, слідства та суду за рішенням суду.

Розголошення відомостей означає, що особа, яка зобов'язана зберігати відповідну інформацію в таємниці, незаконно ознайомлює з нею сторонніх осіб або своєю поведінкою створює умови, які надають стороннім особам можливість ознайомитись з відповідними відомостями.

У рішенні Конституційного Суду України від 30.10.1997 у справі щодо офіційного тлумачення Закону України «Про інформацію» зазначено, що медична інформація, тобто свідчення про стан здоров'я людини, історію її хвороби, про мету запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, у тому числі про наявність ризику для життя і здоров'я, за своїм правовим режимом належить до конфіденційної, тобто інформації з обмеженим доступом.

Відповідно до положень ст.ст. 1, 11 та 21 Закону України «Про інформацію», інформація про фізичну особу (персональні дані) – це конфіденційні відомості чи сукупність відомостей про фізичну особу, яка ідентифікована або може бути конкретно ідентифікована.

З відеозапису огляду місця події від 15.12.2017 вбачається, що слідчий СУ ГУНП в Кіровоградській області та працівники відділу УЗЕ в Кіровоградській області ДЗЕ НП України зайшли до кабінету завідувачої акушерсько-гінекологічним відділенням С. В.В., з метою проведення огляду місця події.

Після запрошення до кабінету ОСОБА_1 понятих, остання звернулась до працівників поліції та запитала: «чому вони не прийшли до операції, коли вона там «купалася у СНІДі»? На запитання слідчого чому ОСОБА_1 «купалася у СНІДі», остання відповіла, щоб вони пішли та запитали «у неї». На це слідчий запитав: «у кого є захворювання на СНІД»? і зазначив, що вона, як лікар, не має права розголошувати медичну таємницю про наявність у людини такого захворювання. ОСОБА_1 відповіла, що не розголошувала жодної інформації.

З досліджених доказів вбачається, що обвинувачена «у присутності слідчого Б. В.П. та понятих ОСОБА_4 і ОСОБА_5» не повідомляла про наявність саме в ОСОБА_2 вірусу імунодефіциту людини або захворювання на синдром набутого імунодефіциту, а вищевказані твердження обвинуваченої з приводу «купання у СНІДі», не були пов'язані в той час, в тій конкретній обстановці саме з ОСОБА_2 і, на переконання суду, були емоційними висловлюваннями з приводу тяжкості та особливого характеру роботи самої обвинуваченої, яка обурилась проникненням до її кабінету.

З огляду на викладене, дотримуючись меж висунутого обвинувачення, суд дійшов висновку, що ОСОБА_1 підлягає виправданню за ч. 1 ст. 368 КК України через недоведеність вчинення нею цього злочину та за ст.132 КК України у зв'язку з відсутністю в її діях складу злочину.

Також суд першої інстанції належним чином мотивував у вирокі, за яких обставин у діях ОСОБА_1 відсутня об'єктивна сторона складу злочину, передбаченого ст. 132 КК України.

Отже, вимоги прокурора щодо надання йому часу на підготовку нового обвинувачення з виключенням обвинувачення за ст. 132 КК України були безпідставними, що також підтверджуються резолютивною частиною апеляційної скарги, в якій прокурор просить призначити покарання ОСОБА_1 як за ч. 1 ст. 368, так і за ст. 132 КК України.

Апеляційний суд постановив: апеляційну скаргу прокурора прокуратури Кіровоградської області залишити без задоволення, а вирок Кіровського районного суду м. Кіровограда від 24.07.2019, щодо ОСОБА_1, – без змін.



**Ухвала Верховного Суду колегії суддів Третньої судової палати
Касаційного кримінального суду (справа № 404/652/18 від 13.04.2020)**
<https://reyestr.court.gov.ua/Review/88739681>

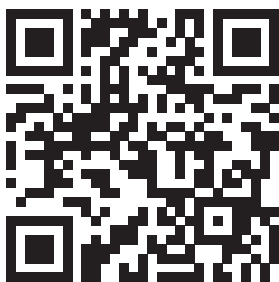
Верховний Суд постановив Касаційну скаргу першого заступника прокурора Кіровоградської області на вирок Кіровського районного суду м. Кіровограда від 24.07.2019 та ухвалу Кропивницького апеляційного суду від 21.11.2019 у кримінальному провадженні № 1201712000000214 щодо ОСОБА_1, повернути особі, яка її подала.

Звертаємо увагу, що:

- 1) об'єктивна сторона злочину, передбаченого ст. 132 КК України, полягає у розголошенні відомостей про: а) проведення медичного огляду особи на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи вірусом іншої невиліковної інфекційної хвороби, що є небезпечною для життя людини або захворювання на синдром набутого імунодефіциту (СНІД); б) його результати;
- 2) законодавча система координат і нормативна гарантія щодо захисту інформації про позитивний ВІЛ-статус людини від розголошення та розкриття третім особам регламентована в ст. 13 Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ»;
- 3) з-поміж принципів добровільного консультування на ВІЛ-інфекцію є конфіденційність, тобто інформація, яка стала відома консультанту чи особі, яка проводила тестування, під час надання послуг ДКТ (факт звернення особи, зміст отриманих послуг, дані про особисте життя пацієнта, контактні реквізити, результати тесту тощо), є конфіденційною.

Перед- та післятестове консультування, а також повідомлення про результат тесту слід здійснювати з дотриманням конфіденційності. Враховуючи, що відомості про результат тесту на ВІЛ, наявність чи відсутність ВІЛ-інфекції в особі, яка пройшла медичний огляд, є конфіденційними та становлять лікарську таємницю, повідомлення про них дозволяється тільки особі, якої вони стосуються, а у випадках, передбачених законами України, також законним представникам цієї особи, закладам охорони здоров'я, органам прокуратури, слідства, дізнання та суду (Порядок добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (протокол), затверджений наказом МОЗ України від 19.08.2005 № 415).

Справа №2



Рішення Центрального районного суду м. Сімферополя
(справа № 122/9610/2012 від 22.01.2013). Категорія: ст. 132 КК України.
Закрите судове засідання.
<https://reyestr.court.gov.ua/Review/33251278>

Інформація заборонена для оприлюднення згідно з пунктом 4 ч. 1 ст. 7 Закону України «Про доступ до судових рішень». На батьківських зборах класний керівник розповіла батькам дітей про нового учня. Мати одного з однокласників хлопчика працювала медичною сестрою у дитячому будинку, де раніше виховувалася дитина. Від неї батьки і дізналися про ВІЛ-статус сина заявниці.

Справа №3



Рішення Приморського районного суд міста Одеси

(справа № 2/1522/2897/11 від 03.11.2011). Відкрите судове засідання.

<https://reyestr.court.gov.ua/Review/19544850>

Позивачка звернулася з позовом до суду, посилаючись на те, що з 28.04.2000 до 20.02.2006 вона проходила військову службу за контрактом у військовій частині 2524 Державної прикордонної служби України на посаді молодшого інспектора в званні сержанта, в 2002 р. їй вперше було поставлено діагноз хронічний гепатит «С». 15.11.2005 до 04.12.2005 вона перебувала в госпіталі, для проходження щорічного профілактичного медичного огляду на професійну придатність.

При виписці їй не повідомили про те, що вона хворіє на ВІЛ-інфекцію, на руки видали лише виписку епікриз з діагнозом гепатит «С», але співмешканцю лікар повідомив про хворобу. Пізніше їй стало відомо, що вона хворіє на інфекційну хворобу, а також те, що з госпіталю було направлено листа до місця її служби про її непридатність, з огляду на ці обставини їй було завдано велику непоправну моральну шкоду, внаслідок незаконного розголошення медичної таємниці посадовими та службовими особами госпіталю ця інформація стала відома за місцем служби та проживання, що фактично зруйнувало її життя, подальше її працевлаштування стало неможливим, що погіршило її матеріальний стан, були розірвані фактичні шлюбні відносини з співмешканцем. Крім того, не знаючи про свою хворобу, вона деякий час була загрозою для оточуючих, що також спричинило їй моральну шкоду.

Представники відповідача за довіреностями позов не визнавали та просили суд у задоволенні вказаного позову відмовити в повному обсязі, вказуючи, що відомості про результати медичного огляду ОСОБА_2 розголошені не були, ці відомості були доведені до позивачки та до її батьків, а з її згоди були надані до Центральної військово-лікарської комісії Державної прикордонної служби України.

Судом встановлено, що позивачка була направлена до госпіталю, для проходження профілактичного огляду на професійну придатність, де добровільно надала згоду на проходження тестування на ВІЛ-інфекцію, результати яких їй були повідомлені.

Слідчим військової прокуратури Одеського гарнізону від 29.10.2008 винесено постанову про відмову в порушенні кримінальної справи, з тексту якої вбачається, що відносно посадових осіб Клінічного госпіталю Державної прикордонної служби України в м. Одесі відмовлено в порушенні кримінальної справи за відсутністю складу злочину.

Отже, посадовими особами виконано всі вимоги, які передбачені законодавством, а саме був забезпечений доступний, якісний, добровільний медичний огляд з метою виявлення ВІЛ-інфекції, позивачці було повідомлено про результати огляду, надана консультативна допомога, кваліфіковані рекомендації, її попередили про необхідність дотримання профілактичних заходів, гарантії дотримання прав і свобод ВІЛ-інфікованих, про кримінальну відповідальність за зараження інших осіб; що стосується анонімного медичного огляду, то воно проводиться за бажанням особи, позивачка при наданні згоди на проведення тестування не наполягала на анонімності.

Суд ухвалив: у задоволенні позову ОСОБА_2 до Госпіталю Південного регіонального управління Державної прикордонної служби України, третя особа – Головне Управління державного казначейства України про відшкодування моральної шкоди відмовити.

Звертаємо увагу:

- 1) батьки та законні представники мають право бути присутніми під час проведення тестування на ВІЛ дітей віком до 14 років, ознайомлені з його результатами та зобов'язані забезпечити збереження умов конфіденційності даних про ВІЛ-статус осіб, інтереси яких вони представляють (ст. 6 Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ»);
- 2) відповідно до ч. 5 ст. 13 Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ», розкриття медичним працівником відомостей про позитивний ВІЛ-статус особи партнеру (партнерам) дозволяється, якщо:
 - людина, яка живе з ВІЛ, звернеться до медичного працівника з відповідним письмово підтвердженням проханням;
 - людина, яка живе з ВІЛ, померла, втратила свідомість або існує ймовірність того, що вона не опритомніє та не відновить свою здатність надавати усвідомлену інформовану згоду.

Справа №4



Рішення Самарського районного суду м. Дніпропетровськ
(справа № 205/9115/19 від 27.10.2020). Відкрите судове засідання.
<https://reyestr.court.gov.ua/Review/92828293>

ОСОБА_1 звернулась до суду з позовом до ОСОБА_2, Комунального некомерційного підприємства «Дніпровський центр первинної медико санітарної допомоги № 10» Дніпровської міської ради про визнання незаконними дій медичного працівника та стягнення моральної шкоди в розмірі 200000 грн. Моральна шкода пов'язана з обмеженням прав унаслідок розголошення/розкриття інформації про позитивний ВІЛ-статус.

В обґрунтування вказаного позову зазначено, що 17.04.2018 лікарем-невропатологом УПМСД № 10 ОСОБА_2 було видано ОСОБА_3 та ОСОБА_4 направлення на ім'я ОСОБА_1 до психіатра ПНД, в якому було зазначено діагноз «последствия перенесенн. Лейкоэнцефалита (прогрессирующая мультифокальная на фоне приобретенного иммунодефицита В20...)». Тим самим лікарем було розголошено діагноз позивача її чоловікові ОСОБА_3, ОСОБА_4 (вітчим ОСОБА_3) та психіатру ПНД. Інформованої згоди на розголошення діагнозу позивач не надавала. Видача зазначеного направлення слугувала тому, що позивач більше року була позбавлена можливості безперешкодно спілкуватися зі своїми дітьми, оскільки її чоловік мотивував тим, що вона та її діагноз створює загрозу дітям та оточуючим.

Свідок ОСОБА_3 суду пояснив, що позивач ОСОБА_1 є його колишньою дружиною. Під час одруження у 2006 р. йому нічого не було відомо про захворювання ОСОБА_1. Про позитивний ВІЛ-статус ОСОБА_1 йому стало відомо влітку 2016 р. У той час в ОСОБА_1 паралізувало мову, її направили на обстеження до інфекційного відділення, де і було встановлено діагноз ВІЛ. Після того, як він дізнався про діагноз дружини, він не відмовився від неї. ОСОБА_1 пояснила, що приховувала він нього позитивний ВІЛ-статус. ОСОБА_1 знаходилась на стаціонарному лікуванні до 2017 р., а після виписки лікування продовжувалось у домашніх умовах. Влітку 2017 р. в неї був епілептичний напад, викликана бригада швидкої допомоги, ОСОБА_1 стала буйно себе поводити, лікарі швидкої допомоги вкололи їй транквілізатори. Також пояснив, що ОСОБА_1 перебувала на обліку у відповідача лікаря-невропатолога ОСОБА_2. Він, як чоловік позивача, особисто займався її лікуванням, отримував направлення на енцефалограму в

ОСОБА_2. Станом на 2017 р., ОСОБА_2 вже була обізнана про діагноз позивача. Після епілептичного нападу ОСОБА_1 стала агресивною, не слідувала за собою. У квітні 2018 р. ОСОБА_2 видала йому на руки направлення ОСОБА_1 на консультацію із зазначенням діагнозу останньої «В-20». Після отримання направлення від ОСОБА_2, він звернувся до лікаря ОСОБА_8, який обслуговує їх район. Він особисто їздив зі своїм вітчимою (ОСОБА_4) до цього лікаря та пояснював всю ситуацію. ОСОБА_1 тоді не було на прийомі. Наступного разу вона погодилась приїхати та з'явилась на прийом до лікаря психіатра разом зі своєю сестрою. ОСОБА_1 була згодна з тим, щоб він надавав та отримував від лікарів усю медичну документацію стосовно неї. Також пояснив, що їхні спільні діти з позивачем проживають разом із ним за рішенням виконкому. ОСОБА_1 приїздить 3-4 рази на рік, влаштовує скандали та викликає поліцію, оскільки їй не дають дітей з причини агресивного поведіння внаслідок психічних розладів.

Як зазначала представник відповідача ОСОБА_2 у судовому засіданні та у відзиві на позовну заяву, позивач ОСОБА_1, під час особистого прийому в лікаря-невролога ОСОБА_2, в присутності чоловіка ОСОБА_3, самостійно повідомила лікарю наявність у неї позитивного ВІЛ-статусу. Вказані події відбувались задовго до видачі відповідачем направлення на огляд до лікаря-психіатра. Дана обставина також знайшла своє підтвердження і в показах свідка ОСОБА_3.

Крім того, як показав свідок ОСОБА_3, він звернувся до лікаря-невролога ОСОБА_2 у зв'язку з погіршенням психічного стану позивача ОСОБА_1 та надав лікарю результати обстеження МРТ (магнітно-резонансної терапії), де було зазначено діагноз: «прогресуюча мультифокальна лейкоенцефалопатія та тлі В-20».

За результатами ознайомлення з висновком МРТ ОСОБА_1 та наданої інформації ОСОБА_3 про поведінку та погіршення психічного стану хворої, ОСОБА_2 дійшла висновку, що хвороба прогресуюча та може призвести до тяжкого психічного розладу, в зв'язку з чим дійшла висновку про необхідність залучення іншого медичного спеціаліста в галузі психіатрії.

При цьому, ОСОБА_2 виписала направлення на ім'я ОСОБА_1 на огляд до лікаря-психіатра, вбачаючи реальну загрозу здоров'ю хворої та необхідність залучення медичного спеціаліста в галузі психіатрії для встановлення подальшої тактики ведення та лікування ОСОБА_1, переписавши діагноз з вказаного висновку МРТ та зазначивши мету: тактика ведення хворої невропатологом.

Виходячи з вищевикладених обставин, суд не вбачає у діях відповідача ОСОБА_2 факту розголошення діагнозу позивача, оскільки чоловік останньої ОСОБА_3 був достеменно обізнаний про позитивний ВІЛ-статус ОСОБА_1, а зазначений в направленні діагноз ОСОБА_2 перенесла з наданої первинної документації результатів МРТ, оскільки вважала, що ця інформація є професійно необхідною для лікаря-психіатра (іншого спеціаліста), який залучається для надання медичної допомоги ОСОБА_1.

Крім того, свідок ОСОБА_3 в судовому засіданні наголошував, що він дійсно обмежував можливість спілкування позивача з їхніми спільними дітьми, оскільки вбачав небезпеку для них у зв'язку з погіршенням психічного стану ОСОБА_1 та її агресивного поведіння, а не у зв'язку з позитивним ВІЛ-статусом останньої.

Таким чином, суд не вбачає причинно-наслідкового зв'язку між діями відповідача ОСОБА_2 та завданням моральної шкоди, яка виразилася в обмеженні права позивача у спілкуванні з її дітьми.

У задоволенні позову ОСОБА_1 до ОСОБА_2, Комунального некомерційного підприємства «Дніпровський центр первинної медико санітарної допомоги № 10» Дніпровської міської ради про визнання незаконними дій медичного працівника та стягнення моральної шкоди відмовити повністю.

Звертаємо увагу: 1) відповідно до ч. 4 ст. 13 Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ», передача медичним працівником відомостей, зазначених у частині третій цієї статті (відомості про результати тестування особи з метою виявлення ВІЛ, про наявність або відсутність в особи ВІЛ-інфекції), дозволяється лише, зокрема, іншим медичним працівникам та закладам охорони здоров'я – винятково в зв'язку з лікуванням цієї особи. Передача відомостей, зазначених у частині третій цієї статті, 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. З огляду на аналізовану законодавчу норму було допущено порушення прав людини, адже позивачка наголошувала, що інформованої згоди не надавала. Отож, суд у даному випадку не перевінив наявність такої згоди в письмовій формі, не встановив порушення прав людини в цьому сегменті.



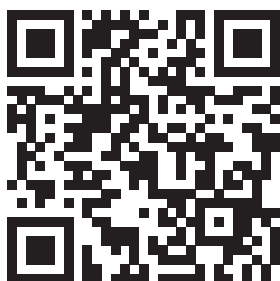
НАЦІОНАЛЬНЕ ЗАКОНОДАВСТВО ТА СУДОВА ПРАКТИКА ЩОДО ТУБЕРКУЛЬОЗУ І ПРАВ ЛЮДИНИ

(проблеми правозастосування у сфері
ТБ і прав людини)

I. Судова практика щодо злісного невиконання обов'язків по догляду за дитиною і туберкульоз

Відповідно до ч. 3 ст. 20 Закону України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», хворі на ТБ та інфіковані мікобактеріями ТБ зобов'язані: 1) дотримуватися призначеного їм відповідно до стандарту медичної допомоги режиму лікування; 2) дотримуватися правил внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я під час стаціонарного чи санаторнокурортного лікування; 3) проходити у встановлені строки обов'язкові медичні огляди та обстеження на ТБ, визначені відповідними галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я; 4) дотримуватися вимог протиепідемічного режиму. Хворим на заразні форми ТБ забезпечується госпіталізація до протитуберкульозних закладів, а в разі відмови хворих на заразні форми ТБ від госпіталізації їх лікування може проводитися амбулаторно за можливості їх ізоляції в домашніх умовах (ст. 10 цього ж Закону).

Справа №1



Вирок Міжгірського районного суду Закарпатської області

(справа № 302/1080/17 від 29.01.2018).

Категорія: ст. 166 КК України

<https://reyestr.court.gov.ua/Review/71913490>

ОСОБА_2, є батьком малолітньої дитини ОСОБА_5, ІНФОРМАЦІЯ_4, всупереч вимог ч. 2 ст.150 Сімейного кодексу України, згідно з якими батьки зобов'язані піклуватися про здоров'я дитини, її фізичний розвиток, злісно ухилявся від виконання цих обов'язків, що виразилось у такому.

ОСОБА_2, знаючи та усвідомлюючи те, що з вересня 2012 р. перебуває на «Д» обліку при фтизіатричному кабінеті Міжгірської районної лікарні з діагнозом мультирезистентний ТБ, дистрикція+мікобактерії ТБ виявлені методом мікроскопічного мазка категорії 4.1.А (мультирезистентний ТБ, що підтверджений ТМЧ загальнолікувальної форми), будучи суспільно небезпечним для оточуючих, протягом двох років, а саме 2012-2014

р.р., відмовлявся від стаціонарного лікування і весь період часу контактував зі своєю малолітньою дочкою ОСОБА_5, ІНФОРМАЦІЯ_4, мешканкою с. Верхній Бистрий, вул. Рози Лаптевої № 52, Міжгірського району Закарпатської області, що призвело до тяжких наслідків, а саме поставлення на «Д» облік при фтизіатричному кабінеті Міжгірської районної лікарні 29.05.2014 з діагнозом ВДПБ ПТБ (вперше діагностований позалегеновий ТБ) внутрішніх лімфатичних вузлів справа малолітньої ОСОБА_2, причиною якого є прямиий контакт з батьком ОСОБА_2.

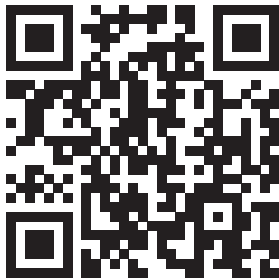
Обвинувачений ОСОБА_2 в інкримінованому злочині за ст. 166 КК України винним себе визнав в суді повністю, щиро кається і показав, що йому було відомо, що він хворий, однак хотів бути разом із своєю сім'єю, а тому постійно спілкувався з дитиною.

Суд вважає за можливе при призначенні покарання застосувати ст. 69 КК України і призначити покарання нижче від найнижчої межі санкції, передбаченої ст. 166 КК України обвинуваченому ОСОБА_2, враховуючи наявність пом'якшуючих покарання обставин, а саме: щире каяття, активне сприяння розкриттю злочину, визнання вини, а також те, що є інвалідом II групи, продовжує хворіти на мультирезистентний ТБ.

Суд ухвалив ОСОБА_2 визнати винуватим у пред'явленому обвинуваченні за ст. 166 КК України із застосуванням ст. 69 КК України призначити йому покарання у вигляді позбавлення волі строком на 1 (один) рік.

Подібними за правовою ситуацією є вирок Волочеського районного суду Хмельницької області (справа № 671/745/16-к від 04.07.2016), вирок Жовтоводського міського суду Дніпропетровської області (справа № 0414/896/2012 від 04.05.2012), вирок Тернівського міського суду Дніпропетровської області (справа № 194/115/18 від 06.03.2018).

Справа №2



Вирок Краснокутського районного суду Харківської області
(справа № 627/1358/15-к від 09.12.2015). Категорія: ст. 166 КК України
<https://reyestr.court.gov.ua/Review/54304040>

ОСОБА_1, будучи матір'ю малолітніх ОСОБА_2, ІНФОРМАЦІЯ_6, та ОСОБА_3, ІНФОРМАЦІЯ_7, незважаючи на неодноразові попередження з боку Качалівської сільської ради, як органу опіки та піклування, та служби у справах дітей Краснокутської РДА, в період з 19.03.2014 до 13.01.2015, злісно не виконує обов'язки по догляду за дітьми, що виразилось у перебуванні дітей в неохайному вигляді, відсутності продуктів харчування, залишенні дітей на самоті без догляду, відсутності одягу, засобів особистої гігієни.

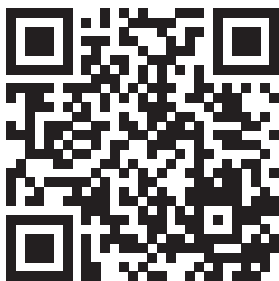
У результаті невиконання ОСОБА_1 обов'язків по догляду за власною дитиною ОСОБА_2, в останнього є тяжкі наслідки захворювання, які згідно з висновком судово-медичної експертизи №364ал/15 виражаються у загальному переохолодженні, відмороженні пальців обох рук першого ступеня, яке відобразилося у результаті дії низької температури у зв'язку з незабезпеченням ОСОБА_1 належних побутових умов проживання малолітньої дитини. За ступенем тяжкості відмороження, що є в ОСОБА_2, згідно з висновком додаткової судово-медичної експертизи №21-КК/15, кваліфікуються як легкі тілесні ушкодження. Крім того, в ОСОБА_2 є неодноразові простудні захворювання, опіки тулуба, нижніх кінцівок. Також ОСОБА_1 не приділяла уваги вихованню та способу життя ОСОБА_2, що насамперед виразилось у неналежних умовах психологічного та соціального розвитку дитини, а незадовільні умови проживання малолітнього негативно вплинули на його стан здоров'я, що потягло за собою тяжкі наслідки – захворювання на ТБ, неодноразові простудні захворювання, кишкову інфекцію, алергічний дерматит, поприлість, пітницю.

Допитана в судовому засіданні обвинувачена ОСОБА_1 винною себе у вчиненні кримінального правопорушення, передбаченого ст. 166 КК України, визнала повністю, не заперечувала факту його вчинення при вищевикладених обставинах, пояснивши, що дійсно не доглядала за дітьми та зловживала спиртними напоями. Суд ухвалив ОСОБА_1, визнати винною у вчиненні кримінального правопорушення, передбаченого ст. 166 КК України, і призначити їй покарання за цим законом у виді 2 (двох) років позбавлення волі. На підставі ст. 75 КК України ОСОБА_1 від відбування призначеного покарання звільнити з випробуванням, встановивши іспитовий термін тривалістю 2 (два) роки.

Подібним за правовою ситуацією є вирок Первомайського районного суду Автономної Республіки Крим (справа № 1/0115/18/2012 від 17.02.2012).

Необхідно звернути увагу за таке: 1) злісне невиконання обов'язків по догляду за дитиною або за особою, щодо якої встановлена опіка чи піклування, становить склад злочину за ст. 166 КК України лише при настанні тяжких наслідків. Тяжкі наслідки – оцінне поняття, проте вважаємо за можливе використати обсяг поняття «тяжкі наслідки», яке застосовується у злочинах проти життя і здоров'я. Як свідчить аналіз наведеної практики, все злісне ухилення батьками від виконання обов'язків призводить до тяжких наслідків зі здоров'ям дітей. У п. 6.4. «Склади злочинів проти життя особи в медичній сфері» Узагальнення Вищого спеціалізованого суду України з розгляду цивільних і кримінальних справ «Про судову практику розгляду кримінальних проваджень щодо злочинів проти життя і здоров'я особи за 2014» від 03.06.2016 зазначено, що тяжкі наслідки в контексті злочинів проти життя та здоров'я особи становлять смерть потерпілого, його каліцтво, зараження інфекційною, тяжкою або іншою хворобою, яка істотним чином впливає на нормальний перебіг життя потерпілого та потребує тривалого лікування, отримання потерпілим тяжких тілесних ушкоджень, виникнення психічного розладу або захворювання, суттєве погіршення стану здоров'я особи. Для визначення змісту поняття «тяжка хвороба» має бути застосований Перелік хронічних захворювань, затверджений наказом МОЗ УРСР від 08.02.1985 № 52. Також поняття «тяжка хвороба» охоплює захворювання, які зумовлюють встановлення групи інвалідності. У зазначеному Переліку є ТБ легень та інших органів; 2) обов'язковим елементом об'єктивної сторони складу цього кримінального правопорушення є причинний зв'язок між тяжкими наслідками для дітей (чи особою, за якою встановлена опіка чи піклування) і діями батьків (опікунів чи піклувальників). Відтак, вважаємо, що в такій категорії справ слід призначати судово-медичну експертизу, аби встановити безпосередність причинно-наслідкового зв'язку (медичну оцінку) між злісним невиконанням батьками своїх обов'язків і тяжкими наслідками для дітей.

Справа №3



Вирок Павлоградського міськрайонного суду Дніпропетровської області
(справа № 194/441/16-к від 25.07.2016).

Категорія: ч. 3 ст. 186, ст. 166 КК України.

<https://reyestr.court.gov.ua/Review/61485491>

У період часу з квітня 2015 р. до 17 січня 2016 р., ОСОБА_1., будучи матір'ю свого малолітнього сина ОСОБА_4., ІНФОРМАЦІЯ_3, умисно, злісно не виконувала встановлені законами батьківські обов'язки по догляду за дитиною, які виразилися у спільному проживанні з ним за АДРЕСА_2 спільно з ОСОБА_8., який є хворим на ІТБ (ТБ) легенів десимінована форма, про що вона достовірно знала, та, будучи 12.06.2015 належним чином попередженою лікарем-фтизіатром КЗ «Тернівська центральна міська лікарня» ДОР» 3.

В.В. про те, що 08.06.2015 реакція Манту її малолітнього сина ОСОБА_4 дала позитивний результат і необхідне проведення додаткового обстеження і консультації у КЗ «ДОКЛПО» Фтизіатрія» ДОР», про що їй не-

одноразово повідомлялось протягом тривалого часу по телефону зазначеним лікарем, а саме 22.06.2015, 21.08.2015, 15.09.2015, 26.10.2015, 22.12.2015, та особисто під час прийому лікарем 09.12.2015, на вказані виклики не реагувала, легковажно поставилася до можливих наслідків, зумовлених спільним проживанням її сина ОСОБА_4, та ОСОБА_8, який хворіє на ІТБ (ТБ) легенів десимінованої форми. У результаті умисного ухилення ОСОБА_1 від покладених на неї обов'язків по догляду за здоров'ям своєї дитини, не забезпечення її належного догляду за фізичним станом, настали тяжкі наслідки у вигляді отримання її малолітнім сином ОСОБА_4, ІНФОРМАЦІЯ_2, відповідно до протоколу засідання ЦЛКК/ЦЛКК ХР ТБ № 193 від 02.02.2016, захворювання на ТБ внутрішньо грудних лімфовузлів.

Виявлені відхилення у стані здоров'я ОСОБА_4, ІНФОРМАЦІЯ_2 за відсутності нормальних умов життя, раціонального харчування, належного догляду і постійного медичного спостереження, загрожували його життю та заподіяли істотну шкоду його здоров'ю, тобто спричинили тяжкі наслідки, які знаходяться у причинному зв'язку з умисним, злісним невиконанням ОСОБА_1, своїх батьківських обов'язків.

У судовому засіданні обвинувачена ОСОБА_1 повністю визнала свою провину в скоєнні кримінальних правопорушень, передбачених ч. 3 ст. 186, ст. 166 КК України.

Будучи належним чином проінформованою лікарями про небезпеку, що загрожує її дитині, ігноруючи повідомлення лікарів про позитивну реакцію Манту в її сина та нехтуючи вимогами лікарів пройти додаткове обстеження й лікування, вона легковажно поставилась до можливих тяжких наслідків, у результаті чого її малолітній син захворів на ІТБ (ТБ) внутрішніх грудних лімфовузлів. Наразі вона лікує сина власним коштом, належним чином дбає про нього й усунула умови, що стали причиною захворювання сина на ТБ.

ОСОБА_1 визнати винуватою у пред'явленому обвинуваченні за ч. 3 ст. 186, ст. 166 КК України.

II. Судова практика щодо примусової госпіталізації хворих на заразні форми туберкульозу

Згідно зі ст. 1 Закону України «Про протидію захворюванню на туберкульоз» від 05.07.2001 № 2586-III (далі – Закон № 2586), госпіталізація – це поміщення особи, хворої на ТБ, або особи, стосовно якої існує підозра захворювання на ТБ, до стаціонарного відділення протитуберкульозного закладу з метою діагностики, лікування чи ізоляції. У ст. 10 Закону № 2586 йдеться про обов'язкові умови проведення протитуберкульозного лікування, якими є: а) надання письмової інформованої згоди хворого (пацієнта) або його законного представника чи піклувальника на проведення лікування; б) письмове попередження хворого про необхідність і умови дотримання протиепідемічного режиму.

Відповідно до ч. 1 ст. 11 Закону № 2586, у разі якщо хворі на заразні форми ТБ, в тому числі під час амбулаторного чи стаціонарного лікування, порушують протиепідемічний режим, що створює небезпеку зараження ТБ інших осіб, з метою запобігання поширенню ТБ за рішенням суду вони можуть бути примусово госпіталізовані до протитуберкульозних закладів, що мають відповідні відділення (палати) для розміщення таких хворих.

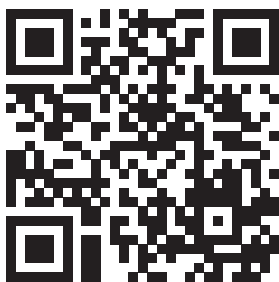
Відтак, аби здійснити примусову госпіталізацію, слід дотримуватися чітких законодавчих вимог. Єдиною умовою застосування примусової госпіталізації є порушення протиепідемічного режиму, що створює небезпеку зараження ТБ інших осіб. Під протиепідемічним режимом розуміють спеціальні протиепідемічні

заходи (правила поведінки особи, хворої на заразну форму ТБ), встановлені МОЗ України, спрямовані на захист населення, у тому числі медичних та інших працівників, від зараження збудником ТБ. Дотримання протиепідемічного режиму є обов'язком хворого на ТБ згідно з пунктом 4 частини третьої статті 20 Закону № 2586.

Нормотворець неодноразово у різних актах використовує терміносполучення «протиепідемічний режим», проте МОЗ України уніфікованих протиепідемічних заходів не визначило, отож, кожен протитуберкульозний заклад має розробити локальні правила поведінки особи, хворої на заразну форму ТБ, розмістити їх у закладі та ознайомити з ними пацієнта перед підписанням згоди. Крім того, лікуючий лікар та інші медичні працівники відповідно до професійних обов'язків (приміром, на чергуванні) мають належним чином фіксувати порушення протиепідемічного режиму, зокрема шляхом здійснення відповідних записів у первинній обліковій документації хворого, написання рапортів до адміністрації закладу, що можуть слугувати доказом у разі необхідності примусової госпіталізації.

Окрім того, відповідно до ч. 2, 4 ст. 293 ЦПК України, розгляд справ про примусову госпіталізацію до протитуберкульозного закладу проводиться судом у складі одного судді та двох присяжних.

Справа №1



Рішення Ірпінського міського суду Київської області

(справа № 367/9034/18 від 21.12.2018). Відкрите судове засідання

<https://reyestr.court.gov.ua/Review/78764454>

До Ірпінського міського суду Київської області звернулася із заявою Київська міська туберкульозна лікарня №2 про обов'язкову госпіталізацію до протитуберкульозного закладу ОСОБА_4. Заявник зазначив, що відповідно до висновку № 1267 лікарсько-консультативної комісії КМТЛ №2» від 30.08.2018, ОСОБА_4 встановлений діагноз: РРТБ (14.06.2018) верхніх часток обох легень (інфільтративний) Дестр+, МБТ+, М+, МГО, РИФО, К+, Рез (HRSE), Рез II(Et Km Lfx), гіст0, КАТ 4 (інші), КОГ2 Я (2018).

ОСОБА_4 потребує обов'язкової госпіталізації до протитуберкульозного закладу до припинення бактеріовиділення, починаючи з дня фактичної госпіталізації. Хворому необхідно пройти курс лікування проти ТБ, дотримуватися режиму лікування, виконувати призначення лікаря протитуберкульозного закладу, проходити в установлені строки необхідні медичні огляди на обстеження, дотримуватись вимог санітарно-гігієнічних і санітарно-протиепідемічних правил і норм у лікувальнопрофілактичних закладах.

Враховуючи, що на цей час від лікування хворий відмовляється, згоди на госпіталізацію не дає, але становить загрозу для себе й оточуючих, у зв'язку з чим йому рекомендоване обов'язкове лікування.

На підставі наведеного заявник просить: застосувати щодо ОСОБА_4, ІНФОРМАЦІЯ_1, який зареєстрований за адресою: АДРЕСА_1, фактично проживає за адресою: АДРЕСА_1, примусову госпіталізацію до протитуберкульозного закладу – Київської міської туберкульозної лікарні №2 (08290 Київська область, смт. Гостомель), строком на три місяці.

Суд, заслухавши учасників процесу, дослідивши матеріали справи, вважає заяву такою, що підлягає до задоволення.

Враховуючи, що на цей час від лікування хворий відмовляється, згоди на госпіталізацію не дає, але становить загрозу для себе й оточуючих, у зв'язку з чим йому рекомендоване обов'язкове лікування відповідно до п. 12 ч. 1 ст. 1 Закону України «Про протидію захворюванню на туберкульоз». Враховуючи викладені обставини, оскільки ОСОБА_4 був виписаний із КМТЛ №2 зі стаціонарного лікування у зв'язку із порушенням

протиепідемічного режиму, суд вважає заяву Київської міської туберкульозної лікарні №2 обґрунтованою та такою, що підлягає до задоволення. Суд ухвалив заяву задовольнити.

Застосувати стосовно ОСОБА_4, ІНФОРМАЦІЯ_1, який зареєстрований за адресою: АДРЕСА_1, фактично проживає за адресою: АДРЕСА_1, примусову госпіталізацію до протитуберкульозного закладу – Київської міської туберкульозної лікарні №2 (08290 Київська область, смт. Гостомель), строком на три місяці, починаючи з дня фактичної госпіталізації. Копію рішення суду направити для відома та виконання до Київської міської туберкульозної лікарні №2, територіального медичного об'єднання «Фтизіатрія» та до Печерського управління поліції Головного управління Національної поліції у м. Києві.

Подібним за правовою ситуацією є Рішення Оболонського районного суду м. Києва (справа № 756/16159/18 від 10.12.2018), Ухвала Апеляційного суду м. Києва колегії суддів судової палати з розгляду цивільних справ (справа № 757/20496/14 від 20.09.2014), Рішення Апеляційного суду Сумської області колегії суддів судової палати у цивільних справах (справа № 587/247/14-ц від 03.03.2014), рішення Черкаського районного суду Черкаської області (справа № 707/2563/18 від 30.11.2018), рішення Московського районного суду м. Харкова (справа № 643/17573/18 від 05.12.2018), рішення Голосіївського районного суду м. Києва (справа № 752/7250/20 від 28.05.2020), рішення Самарського районного суду міста Дніпропетровська (справа № 201/13059/18 від 15.01.2019), рішення Голосіївського районного суду м. Києва (справа № 752/25787/18 від 04.01.2019), рішення Зміївського районного суду Харківської області (справа № 621/3211/18 від 20.12.2018), рішення Кіровського районного суду м. Кіровограда (справа № 404/8310/18 від 04.12.2018), рішення Хмельницького міськрайонного суду Хмельницької області (справа № 686/22941/18 від 27.11.2018), рішення Хмельницького міськрайонного суду Хмельницької області (справа № 686/22939/18 від 27.11.2018), рішення Хмельницького міськрайонного суду Хмельницької області (справа № 686/25633/18 від 28.11.2018), рішення Хмельницького міськрайонного суду Хмельницької області (справа № 686/25631/18 від 28.11.2018), рішення Валківського районного суду Харківської області (справа № 615/1087/19 від 08.10.2020), рішення Саксаганського районного суду м. Кривого Рогу Дніпропетровської області (справа № 214/8419/20 від 09.12.2020), рішення Новоушицького районного суду Хмельницької області (справа № 680/535/20 від 13.07.2020), рішення Саксаганського районного суду м. Кривого Рогу Дніпропетровської області (справа № 214/7798/20 від 24.11.2020), рішення Саксаганського районного суду м. Кривого Рогу Дніпропетровської області (справа № 214/4655/20 від 02.07.2020), рішення Козятинського міськрайонного суду Вінницької області (справа № 133/1816/20 від 10.07.2020), рішення Вінницького міського суду Вінницької області (справа № 127/22524/20 від 03.11.2020).

Звертаємо увагу: 1) показання до госпіталізації пацієнтів із захворюванням на ТБ, з-поміж яких примусова госпіталізація як винятковий захід, закріплені в Додатку 2 до Стандарту охорони здоров'я при ТБ, що затверджений 25.02.2020 № 530; 2) примусова госпіталізація осіб, стосовно яких судом ухвалено відповідне рішення, здійснюється з урахуванням висновку лікаря на строк до трьох місяців; строк госпіталізації обов'язково має бути зазначений в резолютивній частині рішення; 3) нечастою є практика викладу в судових рішеннях (резолютивній частині) положень щодо зобов'язальних дій, спрямованих на виконання рішення. Це насамперед стосується органів Національної поліції, які за зверненням керівника протитуберкульозного закладу надають у межах своїх повноважень допомогу в забезпеченні виконання рішення суду згідно з ч. 5 ст. 11 Закону України «Про протидію захворюванню на туберкульоз». Аналіз рішень дає підстави стверджувати, що чимало рішень не містять жодного положення в цьому контексті. Проте є і ті, в яких зазначено, приміром: «зобов'язати орган поліції виконати примусову доставку особи до протитуберкульозного закладу» чи «копію рішення направити до відома та виконання до протитуберкульозного закладу та до органу поліції». Видається, що для ефективного забезпечення виконання рішення суду все ж доречно було б вказувати зобов'язальне положення для органу поліції, а в ст. 346 ЦПК України слід внести зміни, які б давали суду імперативну

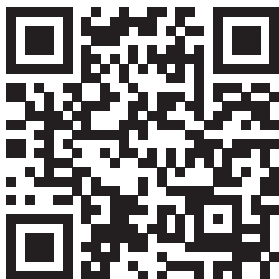
вказівку надсилати для виконання органу поліції рішення суду. У ч. 3 ст. 346 ЦПК України зазначено, що суд надсилає рішення відповідному органу місцевого самоврядування для вжиття заходів щодо охорони майна особи, стосовно якої ухвалено рішення суду про примусову госпіталізацію після набрання ним законної сили.

Практично відсутні рішення, в яких суд виконує вимогу щодо положення у тексті щодо скерування рішення суду до органу місцевого самоврядування; 4) у заяві вказуються встановлені законом підстави для госпіталізації. Додатком до заяви має бути вмотивований висновок лікаря про необхідність примусової госпіталізації чи про продовження строку примусової госпіталізації із зазначенням строку, протягом якого буде проведено лікування.

Вважаємо, що: 1) висновок, з буквального тлумачення норми, може бути складений одним лікарем, проте на практиці найчастіше вони комісійні; 2) для обґрунтованості рішення суду необхідно прописувати в тексті висновок лікаря, який є обов'язковим для цієї категорії справ.

Справа №2

Єдиний нормативно встановлений спосіб захисту – примусова госпіталізація, що нерідко має спектральне викладення у рішеннях суду, хоча термін «госпіталізація» має законодавчу дефініцію.



**Постанова Апеляційного суду Дніпропетровської області
у складі колегії суддів судової палати з розгляду цивільних справ**
(справа № 182/2873/17 22-ц/774/964/К/18 від 19.06.2018).

Відкрите судове засідання

<https://reyestr.court.gov.ua/Review/74909783>

08.06.2016 ОСОБА_1 заклад «Нікопольський протитуберкульозний диспансер» Дніпропетровської обласної ради звернувся до суду із заявою про обов'язкову госпіталізацію ОСОБА_2 до протитуберкульозного закладу. Заява мотивована тим, що ОСОБА_2, ІНФОРМАЦІЯ_1 (проживає за адресою: ІНФОРМАЦІЯ_2) з 17.02.2017 перебуває на обліку в КЗ «Нікопольський протитуберкульозний диспансер» Дніпропетровської обласної ради» як така, що хворіє на активну форму ТБ легень.

ОСОБА_2 порушує протиепідемічний режим, не з'являється на стаціонарне лікування з 21.03.2017, що ставить під загрозу зараження і захворювання на ТБ інших осіб.

Про необхідність дотримання протиепідемічного режиму та режиму лікування в КЗ «Нікопольський протитуберкульозний диспансер» Дніпропетровської обласної ради» хвора була проінформована.

Заявник просив суд: зобов'язати ОСОБА_2 з'явитися на госпіталізацію для проходження курсу лікування у стаціонарних умовах КЗ «Нікопольський протитуберкульозний диспансер» Дніпропетровської обласної ради», виконувати призначення лікаря протитуберкульозного закладу, проходити у встановлені строки необхідні медичні огляди та обстеження, дотримуватися санітарно-гігієнічних і санітарно-протиепідемічних правил і норм у КЗ «Нікопольський протитуберкульозний диспансер» Дніпропетровської обласної ради».

Рішенням Нікопольського міськрайонного суду Дніпропетровської області від 15.06.2017 заяву задоволено та зобов'язано ОСОБА_2, ІНФОРМАЦІЯ_1 (проживає за адресою: ІНФОРМАЦІЯ_2), з'явитися для лікування в умовах стаціонару ОСОБА_1 закладу «Нікопольський протитуберкульозний диспансер» Дніпропетровської обласної ради», що знаходиться за адресою: м. Нікополь, вул. Електрометалургів, 17-а, виконувати

призначення лікаря протитуберкульозного закладу, проходити в установлені строки необхідні медичні огляди й обстеження та дотримуватися санітарно-гігієнічних і санітарно-протиепідемічних правил і норм у ОСОБА_1 закладі ««Нікопольський протитуберкульозний диспансер» Дніпропетровської обласної ради».

Проте з таким висновком суду першої інстанції погодитись не можна. Зобов'язуючи ОСОБА_2, ІНФОРМАЦІЯ_1, з'явитися для лікування в умовах стаціонару КЗ «Нікопольський протитуберкульозний диспансер» Дніпропетровської обласної ради», виконувати призначення лікаря протитуберкульозного закладу, проходити в установлені строки необхідні медичні огляди та обстеження та дотримуватися санітарногігієнічних і санітарно-протиепідемічних правил і норм у КЗ ««Нікопольський протитуберкульозний диспансер» Дніпропетровської обласної ради», суд першої інстанції вищевикладеного не врахував та не взяв до уваги, що єдиним судовим заходом запобігання поширенню туберкульозу, дозволеним чинним законодавством України, є примусова госпіталізація хворого на строк до трьох місяців.

Таким чином, колегія суддів дійшла висновку, що заявником КЗ ««Нікопольський протитуберкульозний диспансер» Дніпропетровської обласної ради» обрано неналежний спосіб захисту, у зв'язку з чим заявлені вимоги не підлягають задоволенню.

Колегія суддів не може вирішувати питання про примусову госпіталізацію ОСОБА_2 на певний строк, оскільки під час розгляду справи в апеляційному порядку апеляційний суд перевіряє законність і обґрунтованість рішення суду першої інстанції в межах доводів і вимог апеляційної скарги та заявлених позовних вимог у суді першої інстанції, а таких вимог у суді першої інстанції заявлено не було.

Подібними за правовою ситуацією є рішення Апеляційного суду Хмельницької області (справа № 675/1356/14-ц від 28.07.2014), рішення Чемеровецького районного суду Хмельницької області (справа 687/1460/18 № від 17.12.2018), рішення Олександрійського міськрайонного суду Кіровоградської області (справа № 398/4386/18 від 28.11.2018).

Слід звернути увагу, що єдиним способом захисту, а відтак, законним рішенням як підставою примусової госпіталізації, відповідно до ст. 11 Закону України «Про протидію захворюванню на туберкульоз» та ст.ст. 343-346 ЦПК України, є рішення про примусову госпіталізацію строком до 3 місяців. Отже, неприпустимо, приміром, зазначати про примусову госпіталізацію в палати спеціального призначення стаціонару з обмеженням права вільного пересування та примусового стаціонарного лікування терміном не менше трьох місяців. На практиці нерідко заявник вказує про призначення обов'язкової госпіталізації, хоча коректно лише зазначати примусову госпіталізацію.

Справа №3

Рідким явищем у такій категорії справ є зміна заявника від традиційного суб'єкта подання заяви – протитуберкульозного закладу, який здійснює відповідний медичний (диспансерний) нагляд за хворим, на прокурора, який представляє в суді законні інтереси держави.



Ухвала Апеляційного суду Херсонської області колегія суддів судової палати з розгляду цивільних справ (справа № 648/3511/15-ц від 02.11.2015).
Відкрите судове засідання.
<https://reyestr.court.gov.ua/Review/53218846>

23.09.2015 прокурор Білозерського району Херсонської області звернувся до суду з заявою про примусове направлення ОСОБА_5 на примусову госпіталізацію до протитуберкульозного закладу – Херсонського протитуберкульозного диспансеру строком на три місяці.

Ухвалою судді Білозерського районного суду Херсонської області від 02.10.2015 заяву прокурора визнано неподаною та повернуто заявнику. 24.09.2015 заява прокурора залишена без руху та надано заявнику строк для виправлення вказаних судом недоліків.

При цьому судом зазначено, що заява не відповідає вимогам ст.ст. 119, 284 ЦПК України, а саме: а) у заяві не зазначено представника особи, стосовно якої вирішується питання про примусову госпіталізацію із зазначенням його місця проживання та засобів зв'язку; б) заява не містить обґрунтувань, передбачених ст. 23 Закону України «Про прокуратуру», підстав для здійснення прокурором представництва держави в суді, зокрема подання прокурором заяви в інтересах комунального підприємства; в) до заяви не додано мотивованого висновку лікарської комісії про необхідність обов'язкової госпіталізації особи до протитуберкульозного закладу з зазначенням строку, протягом якого буде проведено її лікування.

На виконання вказаної ухвали на адресу суду прокурором направлено листа зі змісту якого він вважає, що заява відповідає вимогам процесуального закону. Ухвалою судді Білозерського районного суду Херсонської області від 02.10.2015 заяву прокурора визнано неподаною та повернуто заявнику.

Судом правильно встановлено, що ні заява прокурора, ні його лист не містять обґрунтувань, передбачених ст. 23 Закону України «Про прокуратуру», належних підстав для здійснення прокурором представництва держави в суді та повідомлення про це відповідному суб'єкту владних повноважень у порядку, закріпленому ч. 4 ст. 23 Закону України «Про прокуратуру». Також прокурором не обґрунтовано подання заяви в інтересах комунального підприємства (Білозерської центральної районної лікарні) та відсутні докази віднесення його до протитуберкульозного закладу, що може бути заявником по цій справі. В заяві не зазначено представника особи, стосовно якої вирішується питання про госпіталізацію.

Апеляційний суд ухвалив апеляційну скаргу прокурора Білозерського району Херсонської області відхилити. Ухвалу судді Білозерського районного суду Херсонської області від 02.10.2015 залишити без змін.

Звертаємо увагу: 1) при з'ясуванні коректності виконання своїх повноважень прокурором у суді, зокрема щодо представництва в суді законних інтересів держави у разі порушення або загрози порушення інтересів держави (у т. ч. державних і комунальних закладів охорони здоров'я) прокурором має бути надане належне обґрунтування щодо порушення інтересів держави та необхідність їх захисту в конкретній справі; 2) у Рішенні Конституційного Суду України від 08.04.1999 № 3-рп/99 Конституційний Суд України, з'ясовуючи поняття «інтереси держави», висловив міркування, що інтереси держави відрізняються від інтересів інших учасників суспільних відносин. В основі перших завжди є потреба у здійсненні загальнодержавних (політичних, економічних, соціальних та інших) дій, програм, спрямованих на захист суверенітету, територіальної цілісності, державного кордону України, гарантування її державної, економічної, інформаційної, екологічної безпеки, охорони землі як національного багатства, захисту прав усіх суб'єктів права власності та господарювання тощо.

Отже, захищати інтереси держави повинні насамперед відповідні суб'єкти владних повноважень, а не прокурор. Щоб інтереси держави не залишилися незахищеними, прокурор виконує субсидіарну роль, замінює в судовому провадженні відповідного суб'єкта владних повноважень, який всупереч вимог закону не здійснює захисту або робить це неналежно. Прокурор не може вважатися альтернативним суб'єктом звернення до суду і замінювати належного суб'єкта владних повноважень, який може і бажає захищати інтереси держави; 3) аналогічні висновки містяться у постановках Верховного Суду від 25.04.2018 (справа № 806/1000/17); від 07.05.2018 (справа № 910/18283/17); від 10.05.2018 (справа № 918/323/17); від 19.07.2018 (справа №822/1169/17); від 20.09.2018 (справа №924/1237/17).

Справа №4

На практиці непоодинокі випадки, коли особи, які страждають на ТБ, мають супутні патології, зокрема психічні розлади. Отож, є дисонанс з обранням закладу для надання допомоги хворим із ТБ. Вважаємо, що, з огляду на ч. 6 ст. 11 Закону України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», гл. 11 ЦПК України, таким закладом є протитуберкульозний заклад, а не заклад з надання психіатричної допомоги.



Рішення Апеляційного суду Харківської області колегії суддів судової палати у цивільних справах (справа №623/2272/14-ц від 17.09.2014).

Відкрите судове засідання

<https://reyestr.court.gov.ua/Review/40561574>

У липні 2014 р. комунальний заклад охорони здоров'я Обласний протитуберкульозний диспансер № 4 (Обласний протитуберкульозний диспансер № 4) звернувся до суду із заявою, в якій посилаючись на те, ОСОБА_2, який є хворим на заразну форму ТБ, під час стаціонарного лікування порушив протиепідемічний режим – 12.02.2014 самовільно покинув Обласний протитуберкульозний диспансер № 4, що ставить під загрозу зараження ТБ інших осіб, просив на підставі ст. 11 Закону України «Про протидію захворюванню на туберкульоз» примусово госпіталізувати ОСОБА_2 до комунального закладу охорони здоров'я Обласного психоневрологічного диспансеру № 1 (Обласний психоневрологічний диспансер № 1) для продовження лікування строком на три місяці.

Рішенням Ізюмського міськрайонного суду Харківської області від 25.07.2014 заяву Обласного протитуберкульозного диспансеру № 4 задоволено. Примусово, строком на 3 місяці, госпіталізовано ОСОБА_2 Обласного психоневрологічного диспансеру № 1. В апеляційній скарзі ОСОБА_1, яка діє в інтересах ОСОБА_2, посилаючись на порушення судом першої інстанції норм матеріального та процесуального права, просила рішення змінити, примусово госпіталізувавши ОСОБА_2 не до Обласного психоневрологічного диспансеру № 1, який знаходиться на відстані більше ніж 200 км. від місця його проживання, а до Обласного протитуберкульозного диспансеру № 4, в якому той проходив лікування.

Заслухавши доповідь судді, перевіривши законність і обґрунтованість рішення у межах доводів апеляційної скарги та вимог, заявлених у суді першої інстанції, колегія суддів дійшла висновку про наявність підстав для задоволення апеляційної скарги. Отже, встановивши, що ОСОБА_2, який є хворим на заразну форму ТБ, під час стаціонарного лікування порушив протиепідемічний режим, що ставить під загрозу зараження ТБ інших осіб, колегія суддів дійшла висновку про наявність передбачених законом підстав для примусової госпіталізації ОСОБА_2 до протитуберкульозного закладу, що має відповідні палати для розміщення таких хворих, а саме до Обласного протитуберкульозного диспансеру № 4.

Суд ухвалив апеляційну скаргу ОСОБА_1, яка діє в інтересах ОСОБА_2, задовольнити. Рішення Ізюмського міськрайонного суду Харківської області від 25.07.2014 змінити. Примусово госпіталізувати ОСОБА_2 для продовження лікування строком на три місяці до комунального закладу охорони здоров'я Обласного протитуберкульозного диспансеру № 4.

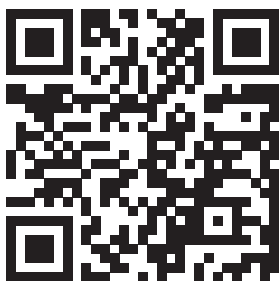
Подібними за правовою ситуацією є рішення Зміївського районного суду Харківської області (справа № 621/450/17 від 22.03.2017), рішення Зміївського районного суду Харківської області (справа № 621/2863/18 від 30.11.2018), рішення Зміївського районного суду Харківської області (справа № 621/3211/18 від 20.12.2018). Варто пам'ятати, що, відповідно до ч. 6 ст. 11 Закону України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», примусова госпіталізація хворих на заразні форми ТБ, які

страждають на психічні розлади, здійснюється в установленому цим Законом порядку з урахуванням законодавства про психіатричну допомогу.

З аналізованого рішення випливає, що ОСОБА_2 мав супутнє захворювання, як видається психічне захворювання, з огляду на рішення лікарсько-консультативної комісії та рішення суду першої інстанції. У Законі є імперативний припис, що примусова госпіталізація здійснюється у порядку, встановленому Законом України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», отож, безальтернативно примусова госпіталізація є до протитуберкульозного закладу, що підтверджується гл. 11 ЦПК України.

Справа №5

Нерідко на практиці в цій категорії справ виникає питання строку примусової госпіталізації незалежно від імперативності норми ч. 3 ст. 11 Закону України «Про протидію захворюванню на туберкульоз»: три місяці – гранична максимальна межа.



Рішення Голопристанського районного суду Херсонської області

(справа № 654/1638/15-ц від 12.06.2015)

<https://reyestr.court.gov.ua/Review/45680104>

КП «Голопристанська ЦРЛ» звернулося до суду із заявою про примусову госпіталізацію до протитуберкульозного закладу ОСОБА_2, яку представник заявника підтримав і пояснив, що ОСОБА_2 знаходиться на обліку в тубкабінеті Голопристанської ЦРЛ з діагнозом: ТБ легень (з травня 2015 р.) МРТБ (23.05.2014) в/ч лівої легені (інфільтр) Дестр+МБТ+М+К+Резист+(S,R,E,H) Резист ІІ0 Гист0

Кат4.1А(ВДТБ, Ір) Ког2(2014). Хвора з травня до червня 2014 р. лікувалась у Херсонському обласному протитуберкульозному диспансері, згодом самовільно залишила стаціонар.

Виїхала до Кіровоградської області в м. Мала Віска, на облік до лікаря фтизіатра не ставала, ліки купувала самостійно. На сьогодні ОСОБА_2 не лікується, у стаціонар не поступила, перебуває на 27 тижні вагітності.

На підставі вищенаведеного просить застосувати до ОСОБА_2 примусову госпіталізацію до протитуберкульозного закладу КЗ «Херсонський обласний протитуберкульозний диспансер» строком не менше, ніж на вісім місяців.

Згідно з витягом із протоколу № 3 засідання лікарської комісії Голопристанської ЦРЛ від 12.05.2015, хвора ОСОБА_2 має відкриту форму ТБ та створює загрозу розповсюдження цього небезпечного захворювання серед здорового населення і потребує обов'язкової госпіталізації та тривалого лікування у тублікарні строком не менше, ніж 8 місяців.

Суд ухвалив заяву Комунального підприємства «Голопристанська центральна районна лікарня» задовольнити частково. Примусово госпіталізувати хвору ОСОБА_2, ІНФОРМАЦІЯ_1, до КЗ «Херсонський обласний протитуберкульозний диспансер», строком не менше, ніж на вісім місяців.

Подібними за правовою ситуацією є рішення Апеляційного суду Кіровоградської області колегії суддів судової палати у цивільних справах (справа № 22-ц/1190/2769/12 від 09.10.2012), рішення Сакаганського районного суду м. Кривого Рогу Дніпропетровської області (справа № 214/8544/18 від 27.12.2018).

Звертаємо увагу, що відповідно до ч. 3 ст. 11 Закону України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», примусова госпіталізація осіб, стосовно яких судом ухвалено відповідне рішення, здійснюється з урахуванням висновку лікаря на строк до трьох місяців. У ч. 2 ст. 346 ЦПК України зазначено, що рішення про задоволення заяви або продовження строку примусової госпіталізації особи в протитуберкульозному закладі підлягає на встановлений законом строк. Отож, мова йти про інший, аніж імперативно встановлений строк через визначення граничної максимальної межі, не може. Аналіз судових рішень дає підстави стверджувати, що апеляційна інстанція здійснює корекцію строку в разі помилки суду першої інстанції, або суд першої інстанції корегує заявника, частково задовольняючи заяву.

III. Судова практика щодо професійного захворювання, пов'язаного з туберкульозом

Відповідно до Переліку професійних захворювань, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 08.11.2000 № 1662, ТБ включено до переліку професійних захворювань. Одним із складних питань у цій категорії справ є відшкодування моральної шкоди. Відповідно до п. 8 ст. 36 Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування», відшкодування моральної (немайнової) шкоди потерпілим від нещасних випадків на виробництві або професійних захворювань і членам їхніх сімей не є страховою виплатою та здійснюється незалежно від часу настання страхового випадку відповідно до положень Цивільного кодексу України та Кодексу законів про працю України.

Наголосимо, що жоден з цих Кодексів не містить граничних мінімальних чи максимальних меж для відшкодування шкоди. Прикметною є Постанова Великої Палати Верховного Суду (справа № 210/5258/16-ц від 05.12.2018), в якій чітко визначено основоположні засади для формування компенсаторного механізму, та зазначено:

«89. Моральна шкода відшкодовується грошми, іншим майном або в інший спосіб. Розмір грошового відшкодування моральної шкоди визначається судом залежно від характеру правопорушення, глибини фізичних та душевних страждань, погіршення здібностей потерпілого або позбавлення його можливості їх реалізації, ступеня вини особи, яка завдала моральної шкоди, якщо вина є підставою для відшкодування, а також з урахуванням інших обставин, які мають істотне значення. При визначенні розміру відшкодування враховуються вимоги розумності і справедливості (частина третя статті 23 ЦК України).

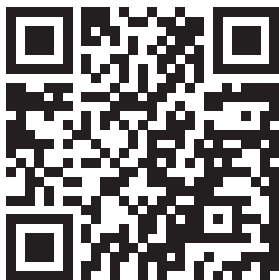
90. У справах щодо відшкодування моральної шкоди, завданої у зв'язку з каліцтвом або іншим ушкодженням здоров'я, суди, встановивши факт завдання моральної шкоди, повинні особливо ретельно підійти до того, аби присуджена ними сума відшкодування була домірною цій шкоді. Сума відшкодування моральної шкоди має бути аргументованою судом з урахуванням, зокрема, визначених у частині третій статті 23 ЦК України критеріїв і тоді, коли таке відшкодування присуджується у сумі суттєво меншій, аніж та, яку просив потерпілий».

Суд постановив касаційну скаргу Відділення виконавчої дирекції Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України в м. Кривому Розі Дніпропетровської області задовольнити частково.

Рішення Апеляційного суду Дніпропетровської області від 12.04.2017 в частині розподілу судових витрат у справі скасувати; у цій частині залишити в силі рішення Держинського районного суду м. Кривого Рогу Дніпропетровської області від 08.02.2017. В іншій частині рішення Апеляційного суду Дніпропетровської області від 12.04.2017 та рішення Держинського районного суду м. Кривого Рогу Дніпропетровської області від 08.02.2017 змінити, стягнувши на користь ОСОБА_3 275 000 грн замість 70 000 грн.

У рішенні «Кучерук проти України» ЄСПЛ наголошує на ймовірнісному вимірі моральної шкоди, що, врешті-решт, як зазначається у юридичній доктрині, має спонукати вітчизняні суди замислитись над обґрунтованістю жорстких вимог, які зазвичай висуваються ними до організації доказової діяльності сторін щодо підтвердження факту завдання моральної шкоди та розміру належної компенсації. ЄСПЛ у справі «Мельниченко проти України» зазначив, що моральна шкода має визначатися за автономними критеріями, які випливають з Конвенції, а не на підставі принципів, визначених у національному законодавстві чи практиці відповідної держави.

Справа №1



Рішення Жовтневого районного суду міста Кривого Рогу Дніпропетровської області

(справа № 212/6736/19 від 17.02.2020)

<https://reyestr.court.gov.ua/Review/87620559>

12.08.2019 позивач ОСОБА_1 звернувся до суду із вказаним позовом, в якому просив стягнути з Публічного акціонерного товариства «Криворізький залізорудний комбінат» (надалі – ПАТ «Кривбасзалізрудком») завдану моральну шкоду в розмірі 100 000 грн., з Управління виконавчої дирекції Фонду соціального

страхування України в Дніпропетровській області в особі Криворізького відділення управління фонду соціального страхування України в Дніпропетровській області (надалі – Відділення Фонду) завдану моральну шкоду в розмірі 100 000 грн., посилаючись на те, що він працював у період з 1993 р. до 2002 р. підземним прохідником на шахтах «Кривбасшахтобуд», «Первомайська», «Гвардійська», трест «Кривбасшахтобуд» в умовах впливу шкідливих факторів. Внаслідок тривалої праці на підприємствах із шкідливими умовами праці він отримав професійне захворювання – вібраційна хвороба 2 ст. з вираженим периферичним ангіодистонічним синдромом.

Судом встановлено та матеріалами справи підтверджено, що позивач ОСОБА_1 з 01.02.1993 до 19.03.2002 на шахтах «Кривбасшахтобуд», «Первомайська», «Гвардійська», трест «Кривбасшахтобуд» правонаступником якого є ПАТ «Кривбасзалізрудком», що підтверджується копією трудової книжки, звільнений 19.03.2002 за власним бажанням, у зв'язку з виходом на пенсію (копія трудової книжки).

Відповідно до Акту розслідування хронічного професійного захворювання №66 від 25.12.2001 на підприємстві ТОВ «Криворізький залізорудний комбінат», Шахтобудівельне управління, проведено розслідування виникнення в ОСОБА_1 професійного захворювання, а саме вібраційна хвороба 2 ст. з вираженим периферичним ангіодистонічним синдромом. Інфільтративний ТБ нижньої долі лівої легені, фаза ущільнення, яка виникла за обставин праці в умовах наявності шкідливих виробничих факторів протягом 21 року прохідником горно капітальних виробок з виконанням всіх видів робіт по прохідці ствола та горизонтальних виробіток шахти, буріння шурупів, прибирання породи вантажними машинами. Винних осіб не встановлено.

Професійне захворювання встановлено позивачу з 05.02.2002 Отже, право потерпілого на відшкодування шкоди, заподіяної ушкодженням здоров'я, Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» пов'язував з настанням страхового випадку.

Конституційний Суд України в абзаці 9 пункту 5 мотивувальної частини рішення № 20-рп/2008 від 08.10.2008 звернув увагу на те, що положеннями пункту 1, абзацу третього пункту 5, пункту 9, абзацу третього пункту 10, пункту 11 розділу I Закону України «Про внесення змін до Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності» скасовано право застрахованих громадян, що потерпіли на виробництві від нещасного випадку або професійного захворювання, на відшкодування моральної шкоди за рахунок Фонду, яке вони мали відповідно до приписів первинної редакції Закону № 1105-XIV. Проте зазначив, що право цих громадян на відшкодування моральної шкоди не порушено, оскільки ст. 1167 ЦК України та ст. 237-1 КЗпП України їм надано право відшкодувати моральну шкоду за кошти власника або уповноваженого ним органу (роботодавця).

Тому суд вважає, що до спірних правовідносин слід застосовувати Закон № 1105-XIV у редакції, під час дії якої позивачеві була заподіяна моральна шкода у зв'язку з настанням страхового випадку та яка передбачала, що обов'язок відшкодувати таку шкоду покладається на Фонд. А, відтак, необґрунтованими є твердження відповідача, що Фонд не є належним відповідачем у справі. Аналогічні висновки викладені в Постанові Великої Палати Верховного Суду від 20.11.2019 у справі № 210/3177/17.

Суд ухвалив стягнути з Управління виконавчої дирекції Фонду соціального страхування України в Дніпропетровській області в особі Криворізького відділення управління фонду соціального страхування України в Дніпропетровській області на користь ОСОБА_1 моральну шкоду в розмірі 80 000 (вісімдесят тисяч) гривень, без утримання податку з доходу фізичних осіб. У задоволенні позовних вимог ОСОБА_1 до Публічного акціонерного товариства «Криворізький залізорудний комбінат» відмовити.

Подібними за правовою ситуацією є рішення Апеляційного суду Луганської області колегії суддів судової палати з цивільних справ (справа № 413/2031/13-ц від 07.11.2013), рішення Індустріального районного суду м. Дніпропетровська (справа №202/3980/19 від 21.01.2020), ухвала Верховного Суду у складі колегії суддів Першої судової палати Касаційного цивільного суду (справа №202/3980/19 від 13.07.2020), рішення Луцького міськрайонного суду Волинської області (справа № 161/9531/19 від 28.04.2020), постанова Волинського апеляційного суду (справа № 161/9531/19 від 14.07.2020).

Справа №2



Рішення Артемівського міськрайонного суду Донецької області
(справа № 219/12993/18 від 29.01.2020). Відкрите судове засідання
<https://reyestr.court.gov.ua/Review/87809201>

Позивач звернувся до суду з позовом до Головного управління Національної поліції в Донецькій області в особі Бахмутського відділу поліції в Донецькій області про визнання протиправними та скасування актів, зобов'язання вчинити певні дії. В обґрунтування позовних вимог зазначено, що він з 15.04.2009 був прийнятий на службу в органи внутрішніх справ. Під час проходження служби в 2010 р. він переніс дві операції на легенях. 11.10.2016 під час виконання службових обов'язків у нього сталося раптове погіршення стану здоров'я, про що він доповів безпосередньому керівнику та самостійно звернувся за медичною допомогою.

Після огляду лікарем його було направлено до протитуберкульозного закладу, де він з 20.10.2016 до 14.11.2016 знаходився на стаціонарному лікуванні. З огляду на те, що у нього було діагностовано ТБ легень, 21.10.2016 лікувальний заклад, де він проходив лікування, направив за його місцем роботи, тобто до

Бахмутського ВП, листа із вимогою надати письмову інформацію про осіб, які контактували з ним, з метою недопущення розповсюдження небезпечної інфекції та для розробки профілактичних заходів.

Після завершення лікування на денному стаціонарі він повернувся на роботу, і з метою вирішення питання про його придатність до подальшого проходження служби начальником Бахмутського відділу поліції його було направлено до військово-лікарської комісії ДУ «ТМО МВС України у Донецькій області». За результатами огляду було складено висновок, яким було встановлено причинний зв'язок захворювання, а саме було зазначено, що захворювання пов'язане з проходженням служби в органах внутрішніх справ.

Відповідачем не було проведено службову перевірку і тому він подав скаргу до вищого керівництва та до Уповноваженого ВР України з прав людини і за наслідком розгляду його скарг створено комісію з розслідування нещасного випадку (захворювання), що стався з ним. Проте розслідування не проводилось та висновки не склались. Рішенням Донецького окружного адміністративного суду від 15.02.2018 його позов було задоволено, та було зобов'язано Головне управління Національної поліції в Донецькій області скласти відповідний акт розслідування нещасного випадку за результатами захворювання ОСОБА_1. На виконання рішення суду відповідачем було проведено розслідування нещасного випадку та складено відповідні акти. Відповідно до висновку в акті за формою Н-5* від 19.03.2018, нещасний випадок з позивачем стався у період проходження служби і не пов'язаний з виконанням службових обов'язків.

Він вважає, що акти складені з порушенням встановленого порядку, висновки в актах є передчасними, винесені без з'ясування всіх обставин справи. Просить суд позов задовольнити. За результатами проведеного розслідування 19.03.2018 винесено акт розслідування нещасного випадку форми Н-5* та затверджено Акт № 1 форми НТ*, відповідно до яких нещасний випадок (захворювання) із позивачем стався у період проходження служби і не пов'язаний із виконанням службових обов'язків, є хронічним захворюванням і відноситься до категорії загальних захворювань.

Крім того, під час проведення розслідування, позивач надав пояснення, в яких зазначив, що під час безпосереднього виконання службових обов'язків, проведення досудового розслідування по кримінальним провадженням, контактував з особами, хворими на ТБ відкритої форми. При цьому сам позивач звертав увагу на те, що застосовував заходи необхідної особистої гігієни при контактуванні з особами, хворими на ТБ.

З урахуванням обставин нещасного випадку та доводів потерпілого, що в акті про нещасний випадок не виробничого характеру не надано належних обґрунтувань з приводу того, що це захворювання не пов'язано з виконанням прямих обов'язків позивача під час роботи у відповідача. Однак документів, які б підтверджували проведення комісією з розслідування захворювання позивача, чи пов'язано воно з виконанням ним його прямих посадових обов'язків, чи ні, суду не надано. Відсутні посилання на такі документи і в акті розслідування нещасного випадку від 19.03.2018.

За таких обставин суд вважає, що позивачем належно доведено необхідність визнання протиправним і скасування акту, який складений Бахмутським відділом поліції Головного управління Національної поліції в Донецькій області від 19.03.2018 за формою Н-5* розслідування нещасного випадку, що стався у період часу з 25.02.2010 до 11.05.2016 з інспектором СВ Бахмутського відділу ГУНП в Донецькій області лейтенантом поліції ОСОБА_1, за висновком якого нещасний випадок трапився у період проходження служби і не пов'язаний з виконанням службових обов'язків; визнання протиправним і скасування акту № 1, який складений Бахмутським відділом поліції Головного управління Національної поліції в Донецькій області від 19.03.2018 за формою НТ* про нещасний випадок не виробничого характеру, що стався у період часу з 25.02.2010 до 11.05.2016 з інспектором СВ Бахмутського відділу ГУНП в Донецькій області лейтенантом поліції ОСОБА_1, та зобов'язання Головне управління Національної поліції в Донецькій області в особі Бахмутського відділу поліції в Донецькій області за фактом нещасного випадку, що стався у період часу з 25.02.2010 до 11.05.2016 з інспектором СВ Бахмутського відділу ГУНП в Донецькій області лейтенантом поліції ОСОБА_1, відповідно до Порядку розслідування та обліку нещасних випадків, професійних захворювань та аварій, що стався в органах і підрозділах системи МВС, затвердженого наказом МВС України № 1346 від 27.12.2002, скласти акти за формою Н-5* та Н-1*, оскільки комісією із розслідування нещасного випадку не було проаналізова-

но письмові докази, які були надані позивачем, щодо обставин, які безпосередньо стосуються цієї справи, також комісією не спростовано свідчення про хворобу № 565/СНП від 22.05.2017, яким чітко встановлено, що захворювання у позивача на пряму пов'язане з проходженням служби в органах внутрішніх справ. Тобто, комісією не спростований безпосередній причинний зв'язок між тим, що позивач працював у відповідача та внаслідок праці в останнього отримав захворювання, яке в подальшому не дає змоги йому працювати, і він підлягає звільненню через захворювання, яке отримав внаслідок праці у відповідача, а тому в цій частині позовні вимоги підлягають задоволенню за наведених вище підстав. Суд ухвалив позов задовольнити частково.

Звертаємо увагу: 1) при виникненні юрисдикційних спорів (адміністративна чи цивільна юрисдикція) може бути поставлена під загрозу сутність гарантованого Конвенцією права позивача на доступ до суду та на ефективний засіб юридичного захисту; 2) при юрисдикційному конфлікті доцільно враховувати правову позицію Великої Палати Верховного Суду, яка викладена в Постанові від 21.08.2019 у справі № 711/10371/17.

IV. Судова практика щодо різних видів правовідносин у сфері туберкульозу

Справа №1



Постанова Закарпатського апеляційного суду колегії суддів Судової палати у цивільних справах (справа № 308/10493/14-а від 06.11.2018).

Відкрите судове засідання

<https://reyestr.court.gov.ua/Review/77904482>

У серпні 2014 р. ОСОБА_1 звернувся до суду з позовом до Обласного клінічного територіального медичного об'єднання «Фтизіатрія» про визнання незаконними і неправомірними дій відповідача, мотивуючи тим, що 30.05.2011 його матір ОСОБА_2 без її згоди та без згоди будь-кого з родичів помістили в Обласне клінічне територіальне медичне об'єднання «Фтизіатрія» (ОКТМО «Фтизіатрія») м. Ужгорода на підставі підозри захворювання на ТБ легень. У медичній документації ОКТМО «Фтизіатрія» м. Ужгорода немає жодного підпису ОСОБА_2 та будь-кого з її родичів про згоду на поміщення у лікарню відповідача або про згоду на лікування у лікарні відповідача.

Крім того, в медичній документації відповідача за ОСОБА_2 підписи про згоду ставили працівники закладу.

У даній лікарні ОКТМО «Фтизіатрія» м. Ужгорода на протязі 12 днів, а саме з 30.05.2011 до 10.06.2011, працівники відповідача вводили в організм ОСОБА_2 багаточисельні хімічні препарати. По кожному факту введення хімічних препаратів кожного дня протягом 12 днів у медичній документації відповідача за матір позивача ОСОБА_2 підписи про згоду ставили працівники відповідача. У медичній документації лікарні ОКТМО «Фтизіатрія» м. Ужгорода немає жодного підпису саме ОСОБА_2 або її родичів про згоду на введення в її організм будь-яких хімічних препаратів.

Оскільки ОСОБА_2 не дала жодної згоди на лікування у відповідача, не поставила жодного підпису, працівники відповідача 07.06.2011 викликали лікаря-психіатра з Обласної клінічної лікарні ім. А. Новака, який безпідставно поставив їй неправдивий діагноз: судинна деменція, тобто слабоумство, та рекомендували направити ОСОБА_2 на лікування у Обласну психіатричну лікарню с. Вільшани Хустського району Закарпатської області.

На підставі рекомендації лікаря-психіатра з Обласної клінічної лікарні ім. А. Новака, не отримавши жодної згоди, працівники відповідача 10.06.2011 перевезли ОСОБА_2 з лікарні ОКТМО «Фтизіатрія» м. Ужгород у Обласну психіатричну лікарню с. Вільшани Хустського району Закарпатської області. Крім того, не задовго до цього, у вечір 08.06.2011 мобільний зв'язок з ОСОБА_2 був перерваний у лікарні, і жодного разу до настання смерті матері позивача ніхто з її родичів та її знайомих не змогли додзвонитися на мобільні телефони. Рішенням Ужгородського міськрайонного суду від 13.03.2015 у задоволенні позову ОСОБА_1 відмовлено.

Заслухавши пояснення ОСОБА_1 та його представника ОСОБА_3, які підтримали доводи, викладені в апеляційній скарзі, представника ОКТМО «Фтизіатрія» – ОСОБА_4, який просить рішення суду залишити без змін, перевіrivши матеріали справи, судова колегія вважає, що апеляційна скарга не підлягає задоволенню із таких підстав. З матеріалів справи вбачається, що 30.05.2011 ОСОБА_2 була доставлена машиною «швидкої допомоги» у ОКТМО «Фтизіатрія», де хвора була дообстежена рентгенологічно, і на рентгенограмі виявлені патологічні зміни у вигляді вогнищево-інфільтративних тіней зливного характеру, апікальна порожнина розпаду 3,7 см. в діаметрі. Згідно ч. 1 ст. 9 Закону України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», у разі виявлення особи з будь-якими ознаками ТБ чи в разі звернення контактної особи, медичний працівник зобов'язаний направити її для подальшого обстеження до лікаря-спеціаліста (фтизіатра) чи до відповідного протитуберкульозного закладу.

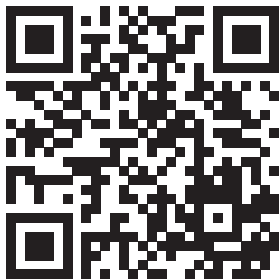
Висновком судово-психіатричного експерта №553 від 10.10.2016, проведеної за ухвалою апеляційного суду Закарпатської області від 12.07.2016 Комунальним закладом Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня м. Львів, встановлено зі світлокопії медичної карти стаціонарного хворого ОКТМО «Фтизіатрія», що ОСОБА_2 скерована до цієї установи поліклінічним відділенням Закарпатського облтубдиспансеру з діагнозом інфільтрований ТБ. Поступила на стаціонарне лікування 30.05.2011.

З медичної карти стаціонарного хворого відомо, що ОСОБА_2 перебувала на стаціонарному лікуванні у Вільшанській психіатричній лікарні з 10.06.2011. При поступленні ОСОБА_2 надала усвідомлену письмову згоду про надання їй стаціонарної психіатричної допомоги (особистий підпис підтверджено висновком криміналістичної експертизи з дослідженням почерку та підписів №2423). Вищезазначеним висновком судово-психіатричної експертизи стверджується, що наявна інформація у лікарських записах медичної карти стаціонарного хворого №541/2011 ОКТМО «Фтизіатрія» м. Ужгорода є недостатньою для встановлення діагнозу судинна деменція в ОСОБА_2. Хворі на судинну деменцію, залежно від ступеня вираженості деменції, можуть бути здатні зрозуміти інформацію, що надається доступним способом і надати усвідомлену згоду відповідно до ст. 1 Закону України «Про психіатричну допомогу». Суд постановив апеляційну скаргу ОСОБА_1 залишити без задоволення. Рішення Ужгородського міськрайонного суду від 13.03.2015 залишити без змін.

Важливо звернути увагу на таке: 1) у ст. 10 Закону України «Про протидію захворюванню на туберкульоз» йдеться про обов'язкові умови проведення протитуберкульозного лікування, з-поміж яких є надання письмової інформованої згоди хворого (пацієнта) або його законного представника чи піклувальника на проведення лікування. Видається, що в наведеній справі такого не було, адже є згадка лише про інформовану згоду на надання психіатричної допомоги. Також не було рішення суду про примусову госпіталізацію. При відсутності такої інформованої згоди та рішення про примусову госпіталізацію не може йтися про законність надання медичної допомоги у протитуберкульозному закладі охорони здоров'я.

Про правомірність без інформованої згоди особи може йтися лише при прямій загрозі життю особи на підставі ч. 5 ст. 284 ЦК України та ч. 2 ст. 43 Основ; 2) на сьогодні немає нормативно встановленої форми інформованої згоди пацієнта у спеціальних актах, адже Наказ МОЗ України від 04.09.2014 № 620, який таку містив, втратив чинність, а Наказ МОЗ України від 25.02.2020 № 530 такої не закріпив. Отже, застосовуватиметься форма відповідно до Наказу МОЗ України від 14.02.2012 №110 – форма первинної облікової документації № 003-б/о «Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення» або форма «Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування згідно із новим клінічним протоколом», затверджена Наказом МОЗ «Про створення та впровадження медикотехнологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України» від 28.09.2012 №751. Остання застосовуватиметься у тому випадку, якщо лікування ТБ буде проводитись на підставі нового клінічного протоколу.

Справа №2



Рішення Оболонського районного суду м. Києва

(справа № 756/2466/14-ц від 30.04.2014). Відкрите судове засідання
<https://reyestr.court.gov.ua/Review/38526010>

У лютому 2014 р. позивач звернувся до суду з позовом Головного управління з питань надзвичайних ситуацій виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) про надання житла позачергово. У процесі розгляду справи як третю особу залучено Київську міську раду. В обґрунтування позовних вимог позивач вказує, що є учасником ліквідації аварії на Чорнобильській АЕС і перебуває на обліку осіб, що потребують поліпшення житлових умов з 28.12.2004 в пільговій черзі за I категорією «Потерпілі в зв'язку з аварією на ЧАЕС».

У 2011 р. у нього виявлено активну форму ТБ з виділенням мікробактерій. Відповідно до медичного висновку ЛКК № 43, він не може проживати разом з членами своєї родини. З цієї причини неодноразово звертався до різних інстанцій з приводу надання йому як хворому на тяжку хронічну інфекційну хворобу, окремого житла, що передбачено п/п 3 п. 44 Правил обліку громадян, які потребують поліпшення житлових умов і надання їм жилих приміщень в Українській РСР, затверджених постановою Ради Міністрів УРСР і Укрпрофради від 11.12.1984 № 470. Проте питання щодо поліпшення житлових умов позивача і досі не вирішено. Спільне проживання з родиною, що складається з шести осіб, створює умови для зараження туберкульозом всієї родини та сприяє активному поширенню цієї хвороби.

Дослідивши письмові докази по справі, суд встановив. Як убачається з матеріалів справи, позивач є учасником ліквідації аварії на Чорнобильській АЕС і перебуває на обліку осіб, що потребують поліпшення житлових умов з 28.12.2004 в пільговій черзі за I категорією. У 2011 р. в позивача виявлено активну форму ТБ з виділенням мікробактерій. Відповідно до медичного висновку ЛКК № 43, позивач не може проживати разом з членами своєї родини. З цих причин позивач неодноразово звертався до різних інстанцій з приводу надання йому як хворому на тяжку хронічну інфекційну хворобу, окремого житла.

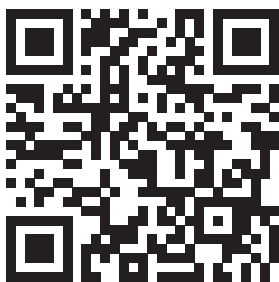
У п. 10 ст. 20 Закону України «Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи» встановлено, що особам, віднесеним до категорії I передбачено позачергове забезпечення жилою площею осіб, які потребують поліпшення житлових умов (включаючи сім'ї загиблих або померлих громадян).

Особи, зазначені в цьому пункті, забезпечують жилою площею протягом року з дня подання заяви, для чого місцеві ради щорічно виділяють 15 % усього збудованого житла (в тому числі підприємствами, установами, організаціями незалежно від форм власності). Порухення цього строку забезпечення житлом може бути самостійною підставою для пред'явлення у суд позову про захист порушеного права. З часу взяття позивача на облік як особи, що потребує позачергового отримання житлових умов, минуло понад 9 років.

З матеріалів справи вбачається, що у позивача виявлена активна форма ТБ з виділенням мікобактерій і відповідно до медичного висновку № 2 від 05.03.2013 це захворювання передбачено переліком хронічних захворювань (додаток № 1 до наказу МОЗ УРСР від 08.02.1985 № 52) розділ VI пункт I, в якому зазначено, що ОСОБА_1 не може проживати в одній кімнаті з членами своєї сім'ї, зокрема в ізольованій квартирі, не може проживати в комунальній квартирі. ОСОБА_1 хворіє активним ТБ, передбаченим п. 1 Наказу МОЗ СРСР від 28.02.1983 № 330 та відповідно до п.3 п.44 Правил має право на першочергове надання житлового приміщення.

Суд ухвалив позовні вимоги ОСОБА_1 до Головного управління з питань надзвичайних ситуацій виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації), третя особа: Київська міська рада про надання житла позачергово задовольнити. Зобов'язати Головне управління з питань надзвичайних ситуацій виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) надати ОСОБА_1 окреме ізольоване житло позачергово.

Справа №3



Вирок Снігурівського районного суду Миколаївської області

(провадження №1-кп/485/18/16 від 29.04.2016).

Категорія: ч. 3 ст. 27, ч.3 ст. 358, ч. 1 ст. 28, ч. 1 ст. 366 КК України

<https://reyestr.court.gov.ua/Review/57510259>

ОСОБА_1, ІНФОРМАЦІЯ_1, уродженця ІНФОРМАЦІЯ_2, українця, громадянина України, ІНФОРМАЦІЯ_3, одруженого, працюючого на посаді начальника відділення-лікаря-фтизіатра туберкульозного відділення спеціальної туберкульозної лікарні Снігурівської виправної колонії №5 УДПтС України в Миколаївській області, мешканця ІНФОРМАЦІЯ_4, раніше не судимого, обвинуваченого у скоєнні злочинів, передбачених ч. 3 ст. 27, ч. 3 ст. 358, ч. 1 ст. 28, ч. 1 ст. 366 КК України.

Наказом №99 від 17.07.2012 УДПтСУ в Миколаївській області, була створена і діяла спеціальна лікарська комісія, яка є спеціальним органом у складі лікарів спеціалістів з метою проведення експертизи засуджених, які захворіли в місцях позбавлення волі, а також осіб, які захворіли до засудження, і їхні хвороби внаслідок прогресування набули характеру, зазначеного в Переліку захворювань, які є підставою для подання в суди матеріалів про звільнення засуджених від подальшого відбування покарання, затвердженому спільним наказом Держдепартаменту з питань виконання покарань та МОЗ України від 18.01.2000 №3/6 «Про затвердження нормативно-правових актів з питань медико-санітарного забезпечення осіб, які утримуються в слідчих ізоляторах та установах виконання покарань Державного департаменту України з питань виконання покарань» (далі – Перелік).

Обвинувачений ОСОБА_1, діючи в порушення вимог вищевказаних нормативних актів та своїх службових обов'язків, будучи службовою особою, умисно, організував підроблення та підробив офіційні документи з метою використання їх іншою особою, за наступних обставин. 28.02.2013 для відбуття покарання у вигляді позбавлення волі до Снігурівської ВК №5 прибув ОСОБА_7, ІНФОРМАЦІЯ_5, засуджений 22.09.2010 Южноукраїнським міським судом Миколаївської області за ч. 2 ст. 185, ч. 2 ст. 289, 70 КК України до 5 років позбавлення волі. Цього ж дня його було поміщено до туберкульозного відділення спеціалізованої туберкульозної

лікарні Снігурівської ВК №5, і на підставі медичного обстеження було виставлено остаточний діагноз: «Вперше діагностований ТБ (06.03.2013) легень, Деструкція + МБТ+, Мазок+. Культура+, Гістологія 0, Категорія 1, Когорта 1 (2013), ДН 111 ступеня».

З метою звільнення засудженого від відбування покарання у вигляді позбавлення волі, обвинувачений ОСОБА_1 наказав підлеглому фельдшеру ОСОБА_8 виготовити на комп'ютері та роздрукувати в чотирьох примірниках висновок спеціальної лікарської комісії про медичне обстеження засудженого ОСОБА_7 щодо наявності у нього захворювання, передбаченого Переліком, а саме: «Прогресуючий інфільтративний ТБ легень, фаза розпаду та обсіменіння, МБТ+, Тубінтоксикаційний синдром. Дихальна недостатність 111ст.», який не відповідав дійсному стану здоров'я засудженого.

ОСОБА_8 за вказівкою ОСОБА_1, умисно, власноручно у всіх примірниках висновків підробив підписи членів спеціальної лікарської комісії ОСОБА_5, ОСОБА_4 і ОСОБА_6 та власноручно виконав записи навпроти їхнього прізвища «згоден», «згодна», що не відповідало дійсності.

Обвинувачений, усвідомлюючи, що хвороба, на яку страждав ОСОБА_7, не підпадає під Перелік, а підписи у висновку спеціальної медичної комісії від імені її членів: ОСОБА_5, ОСОБА_4 та ОСОБА_6 підроблені, умисно, всупереч інтересам служби, у групі осіб з іншими членами спеціальної лікарської комісії, 23.07.2013 власноручно підписав від свого імені всі чотири примірники висновку, а в четвертому примірнику виконав рукописний запис «згоден».

Вказаний висновок разом з поданням начальника Снігурівської ВК №5 про звільнення від відбування покарання за хворобою засудженого ОСОБА_7 направлено до Снігурівського районного суду Миколаївської області, який ухвалою від 25.07.2013 звільнив засудженого від відбування покарання у вигляді позбавлення волі у зв'язку з тяжким захворюванням на невідбутий строк 1 рік 11 місяців 5 днів до його одужання.

[ОСОБА_9 і ОСОБА_10 – щодо зазначених осіб були вчинені аналогічні дії також].

Обвинувачений ОСОБА_1 винним себе у пред'явленому йому обвинуваченні не визнав. Суду пояснив, що дійсно працював на вказаній посаді у Снігурівській ВК-5, 31.12.2013 з посади звільнився, у зв'язку з виходом на пенсію як військовослужбовець, але продовжував працювати вільнонайманим працівником. Він входив до складу спеціальної лікарської комісії і брав участь у її засіданнях під час розгляду подань лікарів лікарні, у зв'язку з тяжкими хворобами засуджених. Разом з ним у лікарні працювали ОСОБА_5, ОСОБА_4, ОСОБА_6, які, як і він, були членами лікарської комісії. Фельдшером у лікарні працював ОСОБА_8, але він як його безпосередній керівник, будь-яких вказівок щодо підроблення підписів членів лікарської комісії відносно засуджених ОСОБА_7, ОСОБА_9 і ОСОБА_10, не давав.

Незважаючи на невизнання вини обвинуваченим у пред'явленому йому обвинуваченні, його вина у вчиненні злочину підтверджується наданими стороною обвинувачення доказами.

Враховуючи викладене, тяжкість вчинених злочинів обвинуваченим, які відносяться до категорії злочинів невеликої тяжкості та тяжкого злочину, особи винного, який за місцем роботи та проживання характеризується з позитивного боку, суд признає йому покарання у межах санкції статей пред'явленого обвинувачення у вигляді обмеження волі та застосовує ст. 75, ст. 76 КК України і звільняє від відбування покарання з випробуванням з іспитовим терміном і вважає, що таке покарання буде достатнім для його виправлення та попередження вчинення з його боку нових злочинів. Суд ухвалив ОСОБА_1 визнати винним у пред'явленому обвинуваченні за ч. 3 ст. 27, ч. 3 ст. 358, ч. 1 ст. 28, ч. 1 ст. 366 КК України.

Звертаємо увагу, що на сьогодні є чинним Перелік захворювань, які є підставою для подання до суду матеріалів про звільнення засуджених від подальшого відбування покарання (Додаток 12) Порядку організації надання медичної допомоги засудженим до позбавлення волі, затвердженого Наказом Міністерства юстиції України, МОЗ України від 15.08.2014 № 1348/5/572. У цьому Переліку в п. 1 визначено ТБ, а п. 2 – ВІЛ/СНІД.

ВИСНОВКИ

1. При розгляді справ, пов'язаних з даними, що становлять об'єкт лікарської таємниці, особливо такими чутливими, які стосуються ВІЛ-позитивного статусу фізичної особи, доречно розглядати справи у закритих судових засіданнях. І ЦПК України (ст. 7), і КПК України (ст. 27) таку законодавчу можливість гарантують. Приміром, у ч. 2 ст. 27 КПК України зазначено, що слідчий суддя, суд може прийняти рішення про здійснення кримінального провадження у закритому судовому засіданні впродовж усього судового провадження або його окремої частини лише у разі, зокрема, необхідності запобігти розголошенню відомостей про особисте та сімейне життя, або якщо здійснення провадження у відкритому судовому засіданні може призвести до розголошення таємниці, що охороняється законом. Згідно з п. 2 ч. 1 ст. 162 КПК України, до охоронюваної законом таємниці, яка міститься у речах і документах, належать відомості, які можуть становити лікарську таємницю.

Згідно з Рішенням Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням Жашківської районної ради Черкаської області щодо офіційного тлумачення положень частин першої, другої статті 32, частин другої, третьої статті 34 Конституції України від 20.01.2012 № 2-рп/2012, таким чином, Конституційний Суд України, даючи офіційне тлумачення частин першої, другої статті 32 Конституції України, вважає, що інформація про особисте та сімейне життя особи (персональні дані про неї) – це будь-які відомості чи сукупність відомостей про фізичну особу, яка ідентифікована або може бути конкретно ідентифікована, а саме: національність, освіта, сімейний стан, релігійні переконання, стан здоров'я, матеріальний стан, адреса, дата і місце народження, місце проживання та перебування тощо, дані про особисті майнові та немайнові відносини цієї особи з іншими особами, зокрема членами сім'ї, а також відомості про події та явища, що відбувалися або відбуваються у побутовому, інтимному, товариському, професійному, діловому та інших сферах життя особи, за винятком даних стосовно виконання повноважень особою, яка займає посаду, пов'язану зі здійсненням функцій держави або органів місцевого самоврядування. Така інформація про фізичну особу та членів її сім'ї є конфіденційною і може бути поширена тільки за її згодою, крім випадків, визначених законом, і лише в інтересах національної безпеки, економічного добробуту та прав людини.

Згідно зі ст. 8 Конвенції, кожен має право на повагу до свого приватного і сімейного життя, до свого житла і кореспонденції. Органи державної влади не можуть втручатись у здійснення цього права, за винятком випадків, коли втручання здійснюється згідно зі законом і є необхідним у демократичному суспільстві в інтересах національної та громадської безпеки чи економічного добробуту країни, для запобігання заворушенням чи злочинам, для захисту здоров'я чи моралі або для захисту прав і свобод інших осіб. У ст. 17 Закону України «Про виконання рішень та застосування практики Європейського суду з прав людини» закріплено, що суди застосовують при розгляді справ Конвенцію та практику ЄСПЛ як джерело права. Практика Суду – це практика ЄСПЛ та Європейської комісії з прав людини. У Рішенні ЄСПЛ у справі «Авіліна та інші проти Російської Федерації» передбачено: «ЄСПЛ зазначає, що, як раніше встановлено, особисті дані пацієнта є складовою його приватного життя... Дотримання конфіденційності відомостей про здоров'я є особливо важливим принципом правових систем усіх договірних сторін Конвенції. Передання таких відомостей може серйозно вплинути на приватне та сімейне життя громадян, а також на їх соціальне становище і трудову зайнятість, оскільки роблять їх об'єктом наруги і можливих гонінь. Дотримання конфіденційності даних про здоров'я має ключове значення не тільки для захисту приватного життя пацієнта, а й для збереження його довіри до медичних працівників і системи охорони здоров'я загалом. За відсутності таких гарантій захисту особи, які потребують медичної допомоги, можуть утримуватися від звернення за необхідним лікуванням, наражаючи тим самим своє здоров'я на небезпеку».

2. У провадженнях, пов'язаних із станом здоров'я фізичних осіб, зокрема пов'язаних з ВІЛ/СНІД і ТБ, виникатимуть питання свідоцького імунітету. У новій редакції ЦПК України (ст. 70), з-поміж суб'єктів, які не підлягають допиту як свідки, вилучено осіб, які за законом зобов'язані зберігати в таємниці відомості, що були довірені їм у зв'язку з їхнім службовим чи професійним становищем, про такі відомості, тобто до цього кола належали як медичні працівники, так і інші особи, які працюють у сфері охорони здоров'я (для прикладу, працівники управлінь і департаментів охорони здоров'я). Питання свідоцького імунітету тісно пов'язано з правом особи на таємницю про стан здоров'я.

Більш чіткий виклад норм з відповідним гарантуванням прав людини забезпечено в КПК України (п. 2 ч. 2 ст. 65), в якому закріплено положення, за яким медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя особи не можуть бути допитані як свідки про відомості, які становлять лікарську таємницю. Звільнення від окресленого професійного обов'язку може бути здійснено лише особою, яка довірила зазначеним вище особам відомості, які становлять лікарську таємницю. Обсяг відомостей, які можуть бути правомірно розголошені, також визначає особа, яка їх надала, тобто це пацієнт чи його законний представник. Варто підкреслити, що нормативно встановлено й алгоритм дій щодо такого звільнення від обов'язку, а саме письмову форму волевиявлення за підписом особи, що довірила зазначені відомості.

У рішенні ЄСПЛ у справі «Z. проти Фінляндії», зокрема йдеться про те, що 23.09.1992 старший лікар L. подав скаргу парламентському уповноваженому з прав людини на рішення суду, яке зобов'язувало його давати показання. У своєму висновку від 05.02.1993 парламентський уповноважений з прав людини висловив міркування, що національне законодавство не було порушено та міський суд, розслідуючи злочин, належним чином зрівноважив публічний інтерес і право заявниці на збереження медичної таємниці. ЄСПЛ враховує, що захист особистої інформації, не лише медичної, надзвичайно важливий для реалізації особою свого права на повагу до приватного та сімейного життя, гарантованого ст. 8 Конвенції. Повага до конфіденційності інформації про стан свого здоров'я є невід'ємним принципом правових систем країн-учасниць Конвенції. Визначальною є не лише повага до медичної таємниці пацієнта, а й забезпечення його довіри до медичної професії та медичних послуг загалом. Отже, внутрішнє законодавство повинно забезпечувати гарантії, достатні для запобігання передання або розголошення медичної таємниці, що може суперечити положенням ст. 8 Конвенції (див. п. «с» ст. 3, 5, 6 та 9 Конвенції про захист осіб у зв'язку з автоматичною обробкою особистих даних 1981 р.).

Звернемо увагу на ч. 4 ст. 13 Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ», в якій зазначено, що передача медичним працівником відомостей про результати тестування особи з метою виявлення ВІЛ, про наявність або відсутність в особи ВІЛ-інфекції дозволяється лише: а) особі, стосовно якої було проведено тестування, а у випадках та за умов, установлених ч. 3 ст. 6 цього Закону, – батькам чи іншим законним представникам такої особи (тобто до 14 років); б) іншим медичним працівникам та закладам охорони здоров'я – винятково у зв'язку з лікуванням цієї особи; в) іншим третім особам – лише за рішенням суду в установлених законом випадках. Передача таких 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.

Отже, важливо при розгляді кримінальних проваджень, з урахуванням ч. 4 ст. 13 Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» і п. 2 ч. 2 ст. 65 КПК України, отримувати від фізичної особи волевиявлення про звільнення від професійного обов'язку в письмовій формі. Незалежно, що ст. 70 ЦПК України не містить свідоцького імунітету в контексті відомостей, що становлять лікарську таємницю, проте, з огляду на імперативну норму ч. 4 ст. 13 Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ», варто також саме щодо відомостей стосовно ВІЛ/СНІДу, за аналогією закону щодо передачі таких відомостей

іншим медичним працівникам, отримувати згоду особи на обробку медичних даних щодо ВІЛ/СНІДу в письмовій формі. Адже спеціальний Закон створює особливі гарантії для охорони цих даних з чутливою обробкою. За відсутності згоди фізичної особи на таку згоду в письмовій формі в провадженнях обох видів необхідне рішення суду, аби забезпечити баланс публічного і приватного інтересу.

3. Аналіз судової практики та чинного національного законодавства дає підстави стверджувати про низку нормативних недоліків, які потребують змін для ефективних охорони й захисту прав людини. Зокрема, наведений аналіз законодавства України і судової практики щодо примусової госпіталізації до протитуберкульозного закладу вказує на численні недоліки в національному законодавстві, з-поміж яких: а) у гл. 11 ЦПК України йдеться лише про примусову госпіталізацію, а отже, не включене лікування, що створює низку проблем на практиці; б) підставою для примусової госпіталізації є наявність в особи лише заразної форми ТБ, хоча вітчизняний перелік особливо небезпечних інфекційних хвороб є значним, а от регулювання фрагментарним. Ці недоліки можуть бути усунуті шляхом внесення змін до законодавства України, аби забезпечити чітку нормативну основу для примусової госпіталізації і лікування. Також це має стосуватися не лише такої особливо небезпечної інфекційної хвороби, як ТБ. Розгляд ст. 130 КК України також свідчить, приміром, про невідповідність позначення норми статті «Зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби» її змістовому наповненню, адже у ч. 1 цієї статті йдеться не про зараження, а про свідоме поставлення в небезпеку зараження іншої особи.
4. Відповідно до ч. 5 ст. 263 ЦПК України, рішення суду повинно бути обґрунтованим. Отже, в мотивувальній частині рішення слід наводити правове обґрунтування висновків суду (Рішення Апеляційного суду Сумської області колегії суддів судової палати у цивільних справах (справа № 587/247/14-ц від 03.03.2014): змінити рішення Сумського районного суду Сумської області від 03 лютого 2014 р. в частині правового обґрунтування рішення).

Кілька наведених ключових зауваг як висновків вказують на сукупність проблем, які ускладнюють правореалізацію і правозастосування у досліджуваних царинах: від нормативних до рівня праворозуміння юридичних категорій. Лише синергія належного законодавства та коректного правозастосування і правореалізації створюватимуть надійний праволюдський фундамент і відчуття безпеки через «легітимне очікування» кожній людині, адже йдеться про її основоположні права й фундаментальні цінності.

5. При провадженні нормотворчої, правозастосовчої і правореалізаційної діяльності слід пам'ятати, що термінологія повинна бути праволюдською, без стигматизації та дискримінації людей, які живуть з ВІЛ чи СНІД. Приміром, некоректним є позначення «носії СНІД», оскільки агентом, що переноситься, є ВІЛ, а не СНІД. Правильним у позначенні видаються ті конструкції, які починаються зі слів людина (особа): людина, що живе з ВІЛ, людина, що живе зі СНІД.

ДЖЕРЕЛА

ЗАГАЛЬНІ МІЖНАРОДНІ СТАНДАРТИ І РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Європейська соціальна хартія. Рада Європи. (1996, переглянута).
URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_062#Text
2. Загальна Декларація прав людини. Генеральна Асамблея ООН. (1948).
URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_015#Text
3. Загальний коментар № 14 (2000) «Право на найвищий досяжний рівень фізичного та психічного здоров'я (стаття 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права)». Комітет з економічних, соціальних і культурних прав Економічної та соціальної ради ООН.
URL: <https://cutt.ly/Qjp6SqP>
4. Конвенція ООН про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок. (1979). Генеральна Асамблея ООН.
URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_207#Text
5. Конвенція ООН про права дитини. Генеральна Асамблея ООН. (1989).
URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_021#Text
6. Конвенція ООН проти катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких що принижують гідність, видів поводження і покарання. Генеральна Асамблея ООН. (1984).
URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_085#Text
7. Конвенція про захист прав і гідності людини у зв'язку з використанням досягнень біології і медицини: Конвенція про права людини і біомедицину. Рада Європи. (1997).
URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_334#Text
8. Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод. (1950). Рада Європи.
URL: <https://rm.coe.int/1680063765>
9. Конвенція про права людей з інвалідністю. Генеральна Асамблея ООН. (2006).
URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71#Text
10. Міжнародний пакт про громадянські і політичні права. Генеральна Асамблея ООН. (1966).
URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_043
11. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права. Генеральна Асамблея ООН. (1966).
URL: <https://www.ohchr.org/EN/professionalinterest/pages/cescr.aspx>
12. Мінімальні стандартні правила ООН поводження з в'язнями (Правила Нельсона Мандели). Генеральна Асамблея ООН. (2015). URL: https://www.un.org/ru/events/mandeladay/mandela_rules.shtml

МІЖНАРОДНІ СТАНДАРТИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ У СФЕРІ ВІЛ/СНІД

1. Декларація з питань СНІДу, прийнята на Паризькому саміті. (1994).
URL: https://data.unaids.org/pub/externaldocument/2007/theparisdeclaration_en.pdf
2. Декларація про прихильність справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Генеральна Асамблея ООН. (2001).
URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_846#Text
3. Декларація тисячоліття Організації Об'єднаних Націй. Генеральна Асамблея ООН. (2000).
URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_621#Text

4. Денверські принципи. (1983).
URL: https://data.unaids.org/pub/externaldocument/2007/gipa1983denverprinciples_en.pdf
5. Зауваження загального порядку № 3. ВІЛ/СНІД та права дитини. Комітет ООН з прав дитини. (2003).
URL: <http://pdatu.edu.ua/images/vihovna-robota/psiholog/vil/prava.pdf>
6. Зауваження загального порядку № 4. Здоров'я підлітків. Комітет ООН з прав дитини. (2003).
URL: <https://postup.lg.ua/zaklyuchni-rekomendaciyi-komitetu-z-prav-ditini-oon>
7. Заява спільної програми ООН та Міжнародної організації міграції щодо ВІЛ/СНІД. ООН. Міжнародна організація міграції. (2004). URL: <https://www.refworld.org/pdfid/468249392.pdf>
8. Зведені настанови щодо використання антиретровірусних препаратів для лікування та профілактики ВІЛ-інфекції: рекомендації щодо підходу до охорони здоров'я, 2-ге видання. (2016). ВООЗ. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208825/9789241549684_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
9. Клінічний протокол діагностики, профілактики та лікування криптококової інфекції у ВІЛ-інфікованих дорослих, підлітків та дітей (доповнення до консолідованого клінічного протоколу використання антиретровірусних препаратів. ВООЗ. (2016)). URL: <https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Guidelines%20for%20the%20diagnosis%2C%20prevention%20and%20management%20of%20cryptococcal%20disease%20in%20HIV-infected%20adults%2C%20adolescents%20and%20children%2C%20WHO%2C%202018.pdf>
10. Консолідовані настанови щодо людиноцентрованого моніторингу пацієнтів, хворих на ВІЛ та спостереження відповідних випадків. (ВООЗ, 2017).
URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255702/9789241512633-eng.pdf?sequence=1>
11. Міжнародні настанови з прав людини та політики у сфері наркотичних речовин. (2019). Коаліція держав-членів ООН, ВООЗ, ЮНЕЙДС, ПРООН. URL: <https://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/international-guidelines-on-human-rights-and-drug-policy.html>
12. Міжнародні настанови щодо ВІЛ/СНІДу та прав людини. (2006, консолідована версія). Офіс Уповноваженого ООН з прав людини та ЮНЕЙДС.
URL: <https://www.ohchr.org/documents/publications/hivaidsguidelinesen.pdf>
13. Міжнародні рекомендації ООН щодо ВІЛ/СНІДу та прав людини. ООН. (2006).
URL: <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/HIVAIDSGuidelinesen.pdf>
14. Перетворення нашого світу: Порядок денний в галузі сталого розвитку на період до 2030 року, затверджений резолюцією 70/1 Генеральної Асамблеї ООН. (2015).
URL: https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E
15. Політична декларація з ВІЛ та СНІД: активізація наших зусиль з викорінення ВІЛ та СНІД. Генеральна Асамблея ООН. (2011). URL: https://unaids.org.ua/projects/hlm-2016/Declaration_2016_A4_4new_PR_FIN.pdf
16. Політична декларація щодо ВІЛ/СНІДу. Генеральна Асамблея ООН. (2006).
URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/aidsdecl.shtml
17. Політична декларація щодо ВІЛ/СНІДу: активізація зусиль щодо подолання ВІЛ та СНІД. Генеральна Асамблея ООН. (2011). URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/aids_decl2011.shtml
18. Політична декларація щодо ВІЛ/СНІДу: прискореними темпами до активізації боротьби з ВІЛ та припинення епідемії СНІДу до 2030 року. Генеральна Асамблея ООН. (2016).
URL: <https://phc.org.ua/sites/default/files/uploads/files/PoliticalDeclaration.docx>
19. «Поновлення нашого голосу»: Кодекс належної практики для неурядових організацій, які реагують на ВІЛ/СНІД. URL: <https://www.who.int/3by5/partners/NGOcode/en/>
20. Права людини в контексті ВІЛ та СНІДу. Резолюція Ради прав людини. Генеральна Асамблея ООН. (2018).
URL: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G18/221/72/PDF/G1822172.pdf?OpenElement>

21. Резолюція ВІЛ/СНІД в Європі. Парламентська асамблея ПАРЕ. (2007).
URL: <http://www.assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-DocDetails-EN.asp?FileID=17514&lang=EN>
22. Рекомендації щодо захисту прав людини в умовах вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ) та синдрому набутого імунодефіциту (СНІД). Комісія ООН з прав людини. (1995).
URL: <https://www.refworld.org/docid/3b00f0ac0.html>
23. Рекомендація Міжнародної організації праці стосовно ВІЛ/СНІДу та сфери праці № 200. (2010). Міжнародна організація праці. URL: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/--ilo_aids/documents/normativeinstrument/wcms_194088.pdf
24. Рекомендація щодо ВІЛ/СНІДу та прав людини. Парламентська асамблея ПАРЕ. (1989).
URL: <http://www.assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=15150&lang=en>

МІЖНАРОДНІ СТАНДАРТИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ У СФЕРІ ТБ

1. Зміна парадигми: Світовий план щодо зупинення туберкульозу: 2018-2022. Партнерство «Стоп ТБ». URL: http://stoptb.org/assets/documents/global/plan/GPR_2018-2022_Digital.pdf
2. Ключові зміни у лікуванні хіміорезистентного туберкульозу: оперативне повідомлення ВООЗ. (2019). URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/WHO_Rapid_Communication_MDR_TB_2019_ukr.docx
3. Консолідовані настанови з лікування лікарсько-стійкого туберкульозу. ВООЗ. (2019). URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/tuberkuloz/kerivni-dokumenti-z-tb>
4. Лікування від туберкульозу: методичні вказівки. ВООЗ. (2010). URL: <https://www.who.int/tb/publications/2010/9789241547833/en/>
5. Молекулярні аналізи як початкові тести для діагностики туберкульозу та резистентності до рифампіцину: швидке повідомлення. ВООЗ. (2020). URL: <https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/9789240000339-ukr.docx>
6. Московська декларація щодо ліквідації туберкульозу прийнята на Першій глобальній міністерській конференції. ВООЗ. (2017). URL: https://www.who.int/tb/features_archive/Russian_MoscowDeclarationtoEndTB.pdf?ua=1
7. Мультирезистентний туберкульоз у дітей та підлітків в Європейському регіоні ВООЗ: експертний висновок. ВООЗ. (2019). URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/MDR-TB%20in%20children%20and%20adolescents%20in%20the%20WHO%20European%20Region_ukr.docx
8. Настанова з лікування чутливого туберкульозу та надання відповідних медичних послуг пацієнтам з туберкульозом. ВООЗ. (2017). URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Guidelines%20for%20treatment%20of%20drug-susceptible%20tuberculosis%20and%20patient%20care_ukr.docx
9. Оновлені зведені настанови з програмного ведення випадків латентної туберкульозної інфекції. ВООЗ. (2018). URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/tuberkuloz/kerivni-dokumenti-z-tb>
10. Операційне керівництво ВООЗ щодо туберкульозу. Модуль 1: Профілактика – профілактичне лікування туберкульозу. ВООЗ. (2020). URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/WHO%20operational%20handbook%20on%20tuberculosis.%20Module%201%20prevention_ukr.doc
11. Політична декларація з питань боротьби з туберкульозом. Генеральна Асамблея ООН. (2018). URL: <https://undocs.org/ru/A/RES/73/3>
12. Резолюції щодо доступу до медичної допомоги в контексті таких епідемій як ВІЛ/ СНІД, туберкульоз і малярія. Комісія ООН з прав людини. (2002), (2003), (2004), (2005). URL: www.ohchr.org/EN/Issues/HIV/Pages/Documents.aspx

НАЦІОНАЛЬНЕ ЗАКОНОДАВСТВО У СФЕРІ ВІЛ/СНІД

1. Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009 – 2013 роки: закон України від 19.02.2009. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/T091026>
2. Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014 – 2018 роки: закон України від 20.10.2014. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/T141708>
3. Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ: закон України від 12.12.1991. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/T197200>
4. Про ратифікацію Угоди про співробітництво у розв'язанні проблем ВІЛ-інфекції: закон України від 01.06.2000. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/T001765>
5. Про вдосконалення державного управління у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу в Україні: указ Президента України від 30.11.2005. № 1674/2005. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=1674%2F2005#Text>
6. Про додаткові невідкладні заходи щодо протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні: указ Президента України від 12.12.2007. №1208. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=1208%2F2007#Text>
7. Про невідкладні заходи щодо запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу: указ Президента України від 01.11.2000. №1182. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=1182%2F2000#Text>
8. Деякі питання протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу: постанова Кабінету Міністрів України від 11.07.2007. № 926. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/KP070926>
9. Питання запобігання та захисту населення від ВІЛ-інфекції та СНІД: постанова Кабінету Міністрів України від 18.12.1998. № 2026. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/KP982026>
10. Про затвердження Концепції стратегії дій Уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, на період до 2011 року та Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004 – 2008 роки: постанова Кабінету Міністрів України від 04.03.2004. № 264. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/KP040264>
11. Про затвердження норм харчування для ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД дітей: постанова Кабінету Міністрів України від 27.08.2014. № 389. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/KP140389>
12. Про затвердження Порядку та умов обов'язкового страхування медичних працівників та інших осіб на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції, і переліку категорій медичних працівників та інших осіб, які підлягають обов'язковому страхуванню на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції: постанова Кабінету Міністрів України від 16.10.1998. № 1642. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/KP981642?an=2>
13. Про Національну програму профілактики СНІДу в Україні: постанова Кабінету Міністрів України від 27.02.1992. № 98. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/KMP92098>
14. Про Програму профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2001 – 2003 роки: постанова Кабінету Міністрів України від 11.07.2001. № 790. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/KP010790>
15. Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей: спільний наказ від 23.11.2007. № 740/1030/4154/321/614а. URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/tuberkuloz/kerivni-dokumenty-z-tb>
16. Про вдосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД: наказ МОЗ України від 25.05.2000. № 120. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0819-00/ed20131210#Text>

17. Про внесення змін до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини»: наказ МОЗ України від 02.07.2016. № 655.
URL: https://ips.ligazakon.net/document/moz26164?an=15&ed=2016_07_02
18. Про затвердження нового Клінічного протоколу із застосування антиретровірусних препаратів для лікування та профілактики ВІЛ-інфекції: наказ МОЗ України від 05.06.2019. № 1292.
URL: <https://ips.ligazakon.net/document/moz31458?an=1>
19. Про затвердження нормативно-правових актів з питань вдосконалення організації медичної допомоги людям, які живуть з ВІЛ: наказ МОЗ України від 10.07.2013. №585.
URL: <https://ips.ligazakon.net/document/re23786>
20. Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію: наказ МОЗ України від 19.08.2005. №415. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1404-05#Text>

НАЦІОНАЛЬНЕ ЗАКОНОДАВСТВО У СФЕРІ ТБ

1. Про виконання програм Глобального фонду для боротьби із СНІДом, туберкульозом та малярією в Україні: закон України від 21.06.2012. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/T124999>
2. Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення: закон України від 24.02.1994. URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=4004-12>
3. Про затвердження Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007 – 2011 роках: закон України від 08.02.2007.
URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=648-16>
4. Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012 – 2016 роки: закон України від 16.10.2012.
URL: <https://ips.ligazakon.net/document/T125451?an=1>
5. Про протидію захворюванню на туберкульоз: закон України від 05.07.2001.
URL: <https://ips.ligazakon.net/document/t012586>
6. Про Всеукраїнський день боротьби із захворюванням на туберкульоз: указ Президента України від 22.03.2002. URL: https://ips.ligazakon.net/document/U290_02
7. Про Національну програму боротьби із захворюванням на туберкульоз на 2002 – 2005 роки: указ Президента України від 20.08.2001. URL: https://ips.ligazakon.net/document/U643_01
8. Деякі питання протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу: постанова Кабінету Міністрів України від 11.07.2007. № 926. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/KP070926>
9. Про деякі заходи щодо підвищення престижності праці медичних працівників, які надають медичну допомогу хворим на туберкульоз: постанова Кабінету Міністрів України від 16.02.2011. № 123.
URL: <https://ips.ligazakon.net/document/KP110123>
10. Про затвердження Порядку використання грантів, передбачених для здійснення заходів у сфері профілактики та протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та малярії в Україні: постанова Кабінету Міністрів України від 19.06.2013. № 504. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/KP130504>
11. Про затвердження Порядку надання медичної допомоги хворим на туберкульоз особам, взятим під варту, чи які тримаються в установах виконання покарань: постанова Кабінету Міністрів України від 25.06.2014. № 205. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/KP140205>
12. Про Комплексні заходи боротьби з туберкульозом: постанова Кабінету Міністрів України від 23.04.1999. № 667. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/KP990667>

13. Про норми харчування для осіб, хворих на туберкульоз та інфікованих мікобактеріями туберкульозу: постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2001. № 1752.
URL: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=1752-2001-%EF>
14. Про схвалення остаточного звіту за результатами реалізації спільного з Міжнародним банком реконструкції та розвитку проекту «Контроль за туберкульозом та ВІЛ/СНІДом в Україні»: постанова Кабінету Міністрів України від 08.08.2012. № 733. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/KP120733>
15. Про схвалення Державної стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню: розпорядження Кабінету Міністрів України від 27.11.2019. № 1414-р.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1414-2019-%D1%80>
16. Про схвалення Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року: розпорядження Кабінету Міністрів України від 27.11.2019. № 1415-р.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1415-2019-%D1%80>
17. Про виявлення осіб, хворих на туберкульоз та інфікованих мікобактеріями туберкульозу: наказ МОЗ України від 15.05.2014. № 327. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/RE25353>
18. Про затвердження інструкцій щодо надання медико-санітарної допомоги хворим на туберкульоз: наказ МОЗ України від 29.07.1996. № 233.
URL: https://ips.ligazakon.net/document/REG1561?an=1&hide=true&snippet_id=snippet_800
19. Про затвердження Інструкції з мікробіологічної діагностики туберкульозу: наказ МОЗ України від 27.06.2019. № 1462. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/RE33857>
20. Про затвердження Порядку ведення реєстру хворих на туберкульоз: наказ МОЗ України від 19.10.2012. № 818. URL: https://ips.ligazakon.net/document/RE22176?an=2&hide=true&snippet_id=snippet_3471
21. Про затвердження стандартів охорони здоров'я при туберкульозі: наказ МОЗ України від 25.02.2020 № 530. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2020/05/2020_530_nakaz_tb.pdf
22. Про затвердження Стандарту інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз: наказ МОЗ України від 01.02.2019. № 287.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0408-19>
23. Про направлення на санаторне лікування хворих на туберкульоз та осіб із груп ризику: наказ МОЗ України від 30.04.2009. № 287.
URL: https://ips.ligazakon.net/document/RE16564?an=370&hide=true&snippet_id=snippet_93794
24. Про організацію надання медичної допомоги хворим на хіміорезистентний туберкульоз та на заразну форму туберкульозу, щодо яких судом ухвалено рішення про примусову госпіталізацію: наказ МОЗ України від 19.11.2009. № 846. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/RE17207>

РЕКОМЕНДОВАНІ ДЖЕРЕЛА

1. 16 ideas for addressing violence against women in the context of HIV epidemic: a programming tool.
URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95156/9789241506533_eng.pdf?sequence=1
2. Fact Sheet – World AIDS Day 2020. UNAIDS.
URL: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf
3. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence. WHO, 2013.
URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf?sequence=1
4. Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections – 2008.
URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75181/9789241503839_eng.pdf?sequence=1

5. Greater involvement of people living with HIV: good practice guide.
URL: [https://www.fast-trackcities.org/sites/default/files/Greater%20Involvement%20of%20People%20Living%20with%20HIV%20\(GIPA\)%20-%20Good%20Practice%20Guide.pdf](https://www.fast-trackcities.org/sites/default/files/Greater%20Involvement%20of%20People%20Living%20with%20HIV%20(GIPA)%20-%20Good%20Practice%20Guide.pdf)
6. National Dialogues on HIV and the Law A Practical Manual for UNDP Regional HIV Teams and Country Offices. UNDP, 2014. 60 p.
7. Practical Manual Legal Environment Assessment for HIV: An operational guide to conducting national legal, regulatory and policy assessments for HIV. UNDP, 2014. 129 p.
8. The greater involvement of people living with HIV (GIPA). Policy Brief. UNAIDS.
URL: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc1299-policybrief-gipa_en_0.pdf
9. Виклик та подолання: ВІЛ/СНІД та права людини в Україні : [посібник / Гордейко В. та ін.; відп. ред. Скурбаті Алан]. Київ : ПРООН, 2008. 192 с.
10. Впровадження правових підходів та забезпечення дотримання прав людини серед споживачів ін'єкційних наркотиків та людей, які живуть з ВІЛ/СНІД : [брошура / Дрозд Н., Підгорний О., Мойсеєнко А., Підгорна І.]; Черніг. Центр Прав Людини. Чернігів : б. в., 2009. 39 с.
11. Глосарій термінології з епідеміологічного нагляду у сфері ВІЛ-інфекції/ СНІДу. – Андреева Т. І., Марциновська В. А., Сергеева Т. А., Хомич Л. С., Кузін І. В. К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», К., ФД «Huss» 2015. 240 с.
URL: https://www.researchgate.net/publication/292592858_Glosarij_terminologii_z_epidemiologichno-go_nagladu_u_sferi_VIL-infekciiSNIDu_-_Andreeva_T_I_Marcinovska_V_A_Sergeeva_T_A_Homic_L_S_Kuzin_I_V_-_K_MBF_Alans_gromadskogo_zdorov%27a_K_FD_Huss_2015_-_240_s
12. Методичні рекомендації з питань ВІЛ та ЧСЧ для суддів: Методичний посібник / Програма розвитку ООН в Україні. За ред. Шеремета С. П. Авт. колектив: Васильєва О. О., Добридень Т. В., Пономарьов С. Ю., Гейдар Л. М., Мостяєв О. І., Шеремет С. П., Ярошенко А. А. К., 2011. 75 с.
13. Охорона здоров'я та права людини: ресурсний посібник / за науковою редакцією І.Я. Сенюти (версія на укр. мові). 5-е вид., доп. Львів : Видавництво ЛОБФ «Медицина і право», 2015. 989 с. URL: <http://medical-law.org.ua/vydavnytstvo/knygy/okhorona-zdorovia-i-prava-liudyny-resursnyi-posibnyk-2015/>
14. Посібник з питань боротьби з туберкульозом на основі міжнародних стандартів з контролю за туберкульозом (методичні вказівки щодо впровадження національної програми контролю за туберкульозом). URL: <https://ips.ligazakon.net/document/MOZ5884>
15. Практичний посібник з впровадження системи забезпечення якості для виявлення мікобактеріального туберкульозу та лікарської чутливості до рифампіцину за допомогою тесту Xpert MTB/RIF технічний переклад (2019). URL: [https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Practical%20Guide%20to%20Implementing%20a%20Quality%20Assurance%20System%20for%20Xpert%20MTB_RIF%20Testing%20\(Xpert%20QA%20Guide\)_ukr.doc](https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Practical%20Guide%20to%20Implementing%20a%20Quality%20Assurance%20System%20for%20Xpert%20MTB_RIF%20Testing%20(Xpert%20QA%20Guide)_ukr.doc)
16. Термінологічні рекомендації ЮНЕЙДС, 2007.
URL: https://www.iasociety.org/Web/WebContent/File/un aids_terminology_guide_en.pdf
17. Термінологічні рекомендації ЮНЕЙДС, 2015.
URL: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_en.pdf
18. Узагальнення Вищого спеціалізованого суду з розгляду цивільних і кримінальних справ щодо практики розгляду судами справ про примусову госпіталізацію до протитуберкульозного закладу.
URL: <https://ips.ligazakon.net/document/VRR00213>