

УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ СОЦІАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ
ІМ. О. ЯРЕМЕНКА

СУЧАСНИЙ СТАН ПОЛІТИКИ ТА ЗАКОНОДАВСТВА З ПИТАНЬ НАДАННЯ
МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ ДЛЯ ДІТЕЙ ТА МОЛОДІ ГРУП ВИСОКОГО
РИЗИКУ ЩОДО ВІЛ-ІНФІКУВАННЯ

АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД



єднаймося заради дітей

unicef 

Український інститут соціальних досліджень ім. О. Яременка

ЮНІСЕФ

Проект «Профілактика ВІЛ-інфекції серед підлітків груп ризику в Україні»

*Сучасний стан політики та законодавства з питань надання
медико-соціальних послуг для дітей та молоді груп високого ризику
щодо ВІЛ-інфікування*

АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД

КИЇВ – 2008

ББК 67.312.1+67.9 (4УКР)301
Б91

Автори:

М. В. Буроменський, д-р юрид. наук,
В. М. Стешенко, канд. юрид. наук

Рецензенти:

О. М. Балакірева, канд. соціол. наук,
В. П. Колісник, д-р юрид. наук,
Г. Л. Кохан, канд. юрид. наук,
І. М. Пінчук, канд. пед. наук,

Редактор М.М. Ілляш

*Рекомендовано до друку вченою радою
Українського інституту соціальних досліджень імені Олександра Яременка
(протокол № 2 від 20 червня 2008 р.)*

ПІДГОТОВЛЕНО ТА ВИДАНО ЗА СПРИЯННЯ
ДИТЯЧОГО ФОНДУ ООН (ЮНІСЕФ) В УКРАЇНІ

Буроменський М.В.

Б91 Сучасний стан політики та законодавства з питань надання медико-соціальних послуг для дітей та молоді груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування: аналітичний огляд / М.В. Буроменський, В.М. Стешенко. – К.: Укр. ін-т соц. дослідж., 2008.

ISBN 978-966-8435-39-3

У даному огляді, виконаному в межах проекту ЮНІСЕФ «Профілактика ВІЛ-інфекції серед підлітків груп ризику в Україні 2007–2009», подається аналіз міжнародного права та українського законодавства, політики і практики щодо правового забезпечення протидії поширенню ВІЛ-інфекції та можливостей надання медико-соціальних послуг дітям і молоді груп високого ризику, визначаються існуючі правові колізії та юридичні бар'єри і подаються рекомендації щодо вдосконалення чинного законодавства у цій сфері.

Видання буде корисним для всіх, хто причетний до вироблення та реалізації заходів з протидії епідемії ВІЛ-інфекції, яка набула в Україні особливо загрозливих масштабів, юристам, медикам, соціальним працівникам, представникам громадських організацій.

ББК 67.312.1+67.9

(4УКР)301

ISBN 978-966-8435-39-3

©Український інститут соціальних досліджень, 2008

©Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ), 2008

© М. В. Буроменський, В.М. Стешенко, 2008

ЗМІСТ

Вступ	4
Стисле викладення результатів	9
1. Загальні положення щодо правового регулювання прав дитини	20
2. Особливості правового статусу дітей та молоді віком від 10 до досягнення 18 років, які належать до груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування	26
3. Доступ дітей та молоді віком від 10 до досягнення 18 років, які належать до груп високого ризику, до інформації стосовно ВІЛ	46
4. Доступ до медичних послуг дітей та молоді віком від 10 до досягнення 18 років, які належать до груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування	52
5. Забезпечення права на інформацію про результати тестування на ВІЛ-інфекцію і права на таємницю про стан здоров'я дітей та молоді віком від 10 до досягнення 18 років, які належать до груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування	70
6. Доступ до соціальних послуг дітей та молоді віком від 10 до досягнення 18 років, які належать до груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування	79
7. Права, обов'язки і відповідальність медичних та соціальних працівників	100
8. Підсумкові рекомендації	113
9. Використані джерела	118

Вступ

Епідемія СНІДу в Україні є однією з найбільш жорстоких в Європі та Центральній Азії: за оцінками національних експертів, розповсюдженість ВІЛ серед дорослого населення (віком 15-49 років) становить 1,63 %¹. Незважаючи на значне збільшення кількості програм профілактики, більшість з яких реалізується за підтримки чинного гранту Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, масштаби епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні продовжують зростати. Протягом 2007 року в країні зареєстровано понад 17,5 тисяч нових випадків ВІЛ-інфекції, що становить 38,0 на 100 тис. населення. Кількість нових випадків ВІЛ-інфекції у 2006 році в порівнянні з 2005 роком зросла на 16,8 %, а в 2007 році у порівнянні з попереднім роком рівень приросту склав 9,9 %. Вживання ін'єкційних наркотиків на сьогодні залишається одним з основних шляхів інфікування ВІЛ, поступаючись інфікуванню через статевий зв'язок. Майже 78 % ВІЛ-інфікованих громадян України складають особи молодого, репродуктивного та працездатного віку – 15–49 років. У 2006 році частка молодих людей віком 15–24 роки серед уперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб становила 16,2 %, у 2007 році їх частка зменшилась до 15 %. Незважаючи на те, що у 2007 році, як і раніше, частка шляху передачі ВІЛ внаслідок введення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом залишається високою і складає 40 %, відбувається поступове збільшення частки випадків сексуального шляху передачі ВІЛ – майже до 40 % (38,4 %), що свідчить про вихід епідемії у широкі верстви населення². Більшою мірою наявна інформація стосується інфікування через надання сексуальних послуг на комерційній основі, але останні два роки показують, що практика сексуальних контактів чоловіків з чоловіком також робить свій внесок у поширення епідемії.

Статистичні дані засвідчують, що епідемія не обминає дітей та молодь. При цьому найбільшою мірою потерпають діти та молодь з уразливих груп населення. Основним рушієм поширення епідемії є СН, які використовують нестерильні методи ін'єкції, а також молоді люди, які входять до групи ризику зараження або передачі ВІЛ. На них припадає лєвова частка усіх нових випадків зараження ВІЛ³. Соціологічні дослідження в Україні показують, що середній вік молодих людей, які потрапляють до групи ризику, продовжує знижуватися⁴, особливо серед найуразливіших груп дітей та молоді⁵. Також поведінка, пов'язана з ризиком зараження ВІЛ, та його поширення

¹ ВІЛ-інфекція в Україні: Інформ. бюл. / МОЗ України, Укр. центр профілактики і боротьби зі СНІД, Інститут епідеміології та інфекц. хвороб ім. Л.В. Громашевського АМН України, ЦСЕС МОЗ України. – 2008. – № 29. – 45 с.

² Там само.

³ UNAIDS/WHO (December 2005): AIDS Epidemic Update.

⁴ Див.: UNICEF/UNAIDS ЮНІСЕФ/ЮНЕЙДС (2006): Чинники впливу та попередження початку вживання молоддю наркотиків ін'єкційним шляхом, Ukraine UNGASS report (2006); ЮНІСЕФ/ЮНЕЙДС (2005): Огляд роботи зі споживачами ін'єкційних наркотиків в Україні в контексті боротьби з епідемією ВІЛ/СНІД; МБФ «СНІД Фонд Схід-Захід»/ЮНІСЕФ (2006): Діти й молодь, які живуть або працюють на вулиці: приховане обличчя епідемії ВІЛ в Україні.

⁵ «У контексті ВІЛ вразливість належить до тих факторів/детермінант, які допомагають підліткам приймати моделі поведінки ризику. Це у свою чергу відрізняє від ризику, коли підлітки обох статей уже втягнуті у поведінку, пов'язану з ризиком. Особливо вразливий підліток може бути визначений як молода людина, що схильна чи перебуває в стані неспроможності захистити себе від значної шкоди чи експлуатації, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією внаслідок певних обставин, наприклад, перебування в колонії для неповнолітніх чи життя на вулиці – це ті місця, де поведінка ризику зараження ВІЛ проявляється найбільш виразно, тому до таких підлітків потрібно виявляти підвищену увагу». «вразливість щодо зараження ВІЛ обумовлена трьома наборами умов, а

серед молоді сягають дедалі вищого рівня⁶, небезпечні ін'єкційна та сексуальна практики усе більш поширюються, а послуги щодо протидії ВІЛ охоплюють в основному групи ризику старше 25 років⁷. У той час як в Україні існує достатньо інформації про поширення ВІЛ, послуги для груп ризику у віці від 15 до 19 років⁸, а також інформація про випадки зараження ВІЛ дітей у групі ризику у віці від 10 до 14 років залишаються практично недоступними. Дана інформація не збирається на постійній основі для виявлення вікових, статевих та інших особливостей⁹. Більшості дітей і молодих людей з груп ризику в Україні недоступні послуги з профілактики ВІЛ, лікування, а також послуги всебічної підтримки¹⁰.

Епідемія ВІЛ стала одним з найнебезпечніших чинників, які негативно впливають на розвиток особистості та суспільства, зумовлюючи зниження середньої тривалості життя, збільшення попиту на медичні послуги, загострення проблем бідності та соціальної нерівності. Боротьба з цією хворобою стає одним з пріоритетних завдань держави в галузі охорони здоров'я населення. І успішна реалізація цього завдання потребує належного нормативно-правового забезпечення та послідовної і прозорої державної політики.

Слід зазначити про певні протиріччя та невідповідності визначення понять «діти» та «молодь» у підходах міжнародних організацій та в законодавстві України. У міжнародних документах використовується поняття «підлітки», до яких відносять вікову групу від 10 до 19 років включно. В українському законодавстві поняття «підліток» (підлітки) застосовується, але не визначено. Натомість вікова група до 17 років включно (до виповнення 18 років) визначається як «діти»¹¹, а вікова група від 14 до 35 років визначається як «молодь»¹². Отже, в реаліях України населення віком від 10 до 19 років складається з точки зору законодавства з двох підгруп: 1) від 10 до виповнення 18 років – це категорія «діти», які мають часткову (до досягнення 14 років) і неповну (від 14 до досягнення 18 років) цивільну правоздатність, і 2) 18–19-річні – належать до категорії дорослих з повним обсягом правоздатності.

також їх взаємодією: 1) такі фактори, як належність до різних груп та субкультур; 2) якість та доступність інформації, послуг та програм; 3) подальший громадський вплив». (See: UNICEF (2006): UNICEF Central Eastern Europe and Commonwealth of Independent States. Guidance on Programming to prevent HIV in most at-risk adolescents, Second draft, May 2006.)

⁶ UNICEF/UNAIDS (2006): Risk and Protective Factors in the Initiation of Injecting Drug Use; Ukraine UNGASS Report (2006); UNICEF/UNAIDS (2005): A Review Of Work With Injecting Drug Users In Ukraine In The Context Of The HIV/AIDS Epidemic; and: The European School Survey Project (ESPAD) 2006 (unpublished data).

⁷ Ukraine UNGASS Report (2006).

⁸ Data of the 2004 to 2007 behavioural and sentinel surveillance studies (Ukrainian AIDS Centre and International HIV/AIDS Alliance on: www.aidsalliance.org.ua).

⁹ Під різними факторами, які впливають на підлітків груп ризику, ми розуміємо підлітків, яких вигнали з дому, які живуть на вулиці, є дітьми емігрантів чи належать до етнічних меншин, наприклад ромів. (See: UNICEF (2006): UNICEF Central Eastern Europe and Commonwealth of Independent States. Guidance on Programming to prevent HIV in most at-risk adolescents, Second draft, May 2006.)

¹⁰ Див: AIDS Foundation East-West/UNICEF (2006): Children and young people living or working on the streets: the missing face of the HIV epidemic in Ukraine, Kiev, English Edition and: Ukrainian Government (2006): Ukraine 6th Round Proposal to the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, Kiev. The coverage with HIV/AIDS services for this population group is estimated to be less than 1%.

¹¹ Більш докладно див. підрозд. 2.2. даного Огляду.

¹² Ст. 1 Закону України «Про сприяння соціальному становленню та розвитку молоді в Україні» від 05.02.1993 р.

№ 2998-XII // Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 16. – Ст. 167.

Згідно з підходами ЮНІСЕФ до груп дітей та молоді найбільшого ризику ВІЛ-інфікування належать хлопці та дівчата віком від 10 до 19 років, які внаслідок своєї поведінки піддаються найбільшій вірогідності інфікування або передачі ВІЛ, зокрема:

- дівчата та хлопці, які практикують вживання ін'єкційних наркотиків та використовують для ін'єкцій нестерильні інструменти;
- хлопці та дівчата, які займаються незахищеним сексом за гроші, включно з тими, хто став жертвою торгівлі людьми з метою сексуальної експлуатації та мають незахищений (часто примусовий) секс за винагороду;
- хлопці, які мають незахищений анальний секс з чоловіками;
- хлопці, які мають незахищений секс з жінками комерційного сексу (частина традицій статевих стосунків у багатьох країнах, де жіноча незайманість до шлюбу надзвичайно цінується)¹³.

У реаліях українського суспільства до груп високого ризику ВІЛ-інфікування потрапляють діти та молоді люди, які знаходяться у несприятливих умовах зростання. Зокрема, особливої уваги потребують діти груп ризику інфікування ВІЛ віком від 10 до 19 років¹⁴, до яких можна віднести: дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування; безпритульних дітей; дітей, які проживають у сім'ях, що знаходяться у складних життєвих ситуаціях (коли батьки вживають алкоголь, наркотичні речовини, “бомжують” тощо). Представників цих груп можна знайти в таких закладах, як притулки для неповнолітніх, школах-інтернатах для дітей-сиріт, закладах ресоціалізації, серед клієнтів соціальних служб для молоді, програм зменшення шкоди та громадських організацій, які надають послуги з профілактики ВІЛ-інфікування.

Предметом нашого дослідження є огляд сучасного стану політики та законодавства щодо надання медико-соціальних послуг для дітей та молоді груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування, визначення бар'єрів та надання відповідних рекомендацій.

При цьому, зважаючи на повний обсяг правоздатності 18–19-річних молодих людей, огляд законодавства та політики щодо надання медико-соціальних послуг для дітей та молоді груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування, який здійснюється в цьому дослідженні, спрямований саме на вікову групу від 10 до досягнення 18 років, коли діти та молоді люди мають обмежений обсяг правоздатності, що може стати (або стає) одним з бар'єрів щодо отримання доброякісних медичних та соціальних послуг. *(Отже, надалі, якщо немає спеціального посилання на вік, мова йде про вікову групу від 10 до досягнення 18 років.)*

Мета огляду:

- Визначити юридичні та політичні бар'єри щодо надання ВІЛ-послуг для дітей та молоді з груп високого ризику ВІЛ-інфікування;
- Напрацювати рекомендації щодо змін, які необхідно внести в закони та інші акти законодавства для розвитку сприятливої політики та законодавчого поля з

¹³ UNICEF (2006): UNICEF Central Eastern Europe and Commonwealth of Independent States. Guidance on Programming to prevent HIV in most at-risk adolescents, Second draft, May 2006.

¹⁴ За класифікацією Всесвітньої організації охорони здоров'я (WHO), *підлітки* – особи віком від 10 до 19 років, *молодь* – віком від 15 до 24 років, *молоді люди* – віком 10–24 років.

питань надання послуг для дітей та молоді груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування.

Аналітичний огляд буде корисним для тих, хто залучений до програм зменшення шкоди серед СІН, діяльності з профілактики нарковживання серед дітей та молоді, проектів зі збереження здоров'я дітей та молоді, профілактики ВІЛ-інфікування, для фахівців (медиків, педагогів, соціальних працівників, психологів, співробітників правоохоронних органів, юристів) та волонтерів державних і громадських організацій, які працюють у зазначених сферах, для тих, хто приймає рішення з питань профілактики нарковживання, наркозалежності, протидії епідемії ВІЛ в Україні.

Ця робота виконана в межах проекту ЮНІСЕФ «Профілактика ВІЛ-інфекції серед підлітків груп ризику в Україні 2007–2009». Проект передбачає надання підтримки 7 країнам (Україні, Албанії, Боснії та Герцеговині, Молдові, Румунії, Сербії та Чорногорії) для розвитку потенціалу Уряду та неурядових організацій щодо розвитку програмної діяльності та надання послуг дівчатам та хлопцям підліткового віку, які вже ведуть спосіб життя, що наражає їх на ризик інфікування ВІЛ, або підліткам, які можуть почати вести такий ризикований спосіб життя. Мета та завдання проекту – розробити економічно обґрунтований та гендерно виважений національний план з профілактики ВІЛ серед підлітків груп ризику як частину національної стратегії протидії ВІЛ з необхідним фокусом на потребах підлітків груп ризику відповідно до їх віку, статі та неоднорідності цільової групи.

Методика підготовки Аналітичного огляду полягає у такому: аналіз міжнародного та українського законодавства, наукових публікацій за тематикою завдань огляду; інтерв'ю з експертами (до складу яких входили соціальні та медичні фахівці, державні службовці, практичні працівники громадських організацій, юристи та соціальні аналітики, працівники системи соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді); аналіз досвіду інших країн; проведення засідань «круглих столів» з обговорення проблем та напрацювання рекомендацій.

Висвітлення результатів по кожному з розділів Огляду побудовано таким чином:

- у першому підрозділі розглядається *«суть питання»*, що дає змогу зрозуміти актуальність питання стосовно предмета дослідження;
- у другому підрозділі *«Відображення питання в міжнародних [правових] актах»* та *«в рекомендаційних міжнародних актах»* представлено позицію міжнародних актів (договорів, пактів та конвенцій – є обов'язковими для країн-учасниць) та рекомендаційних міжнародних актів (декларації, платформи дій, рекомендації, тощо) щодо прав дітей, яких віднесено в дослідженні до груп ризику;
- у третьому підрозділі *«Відображення питання в законодавстві України та державна політика»* представлено положення національної нормативної бази щодо прав дітей, що є групою ризику;
- підрозділ *«Висновки»* надає узагальнені висновки (в т.ч. недоліки правового регулювання питання, що досліджуються, і окремих нормативних актів);
- у підрозділі *«Рекомендації»* пропонуються заходи можливого вирішення визначених проблем, сформульовані з урахуванням того, який характер носять недоліки законодавчого регулювання, політики або механізмів її реалізації щодо тієї чи іншої проблеми.

У підготовці даного огляду взяли участь представники різних організацій, які мають досвід з підготовки та впровадження профілактичних програм для молоді, роботи з групами ризику, фахівці, які надають допомогу наркозалежній молоді, та науковці, які досліджують проблеми, пов'язані із вживанням наркотичних речовин серед молоді.

Авторський колектив висловлює подяку усім, хто допоміг в організації і проведенні дослідження та підготовці даного видання, а саме:

- Олені Сакович, координатору програми «ВІЛ/СНІД, здоров'я та розвиток» Представництва Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні;
- Анні Тельчик, міжнародному консультанту проекту ЮНІСЕФ «Профілактика ВІЛ-інфекції серед підлітків груп ризику в Україні»;
- Анастасії Думчевій, Представництво Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) в Україні;
- Ользі Балакіревіч, канд. соціол. наук, завідувачу відділу моніторингових досліджень соціально-економічних трансформацій Державної установи «Інститут економіки та прогнозування НАН України»;
- Ірині Пінчук, заступнику директора Державної СССДМ;
- Валентині Педан, заступнику начальника управління – начальнику відділу охорони дитинства МОЗ;
- Надії Жилці, начальнику відділу охорони репродуктивного здоров'я МОЗ;
- Світлані Комар, завідувачу центру «Клініка для лікування дітей з ВІЛ/СНІД»;
- Ользі Панфілової, старшому фахівцю відділу програм і проектів Всеукраїнської мережі людей, які живуть з ВІЛ;
- Тетяні Бордуніс, адвокату, голові правління БО «Правозахисний центр «ТАБО».

Особлива вдячність експертам, з якими були проведені консультування, глибинні інтерв'ю в рамках підготовки Аналітичного огляду: Тетяні Александриній, Галині Бобир, Віктору Грачову, Радмілі Гревцовій, Миколі Кулебї, Галині Овчаровій, Лідії Романенко.

Стисле викладення результатів

Незважаючи на значне збільшення кількості програм профілактики, які реалізуються переважно за підтримки чинного гранту Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, масштаби епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні продовжують зростати. За оцінками національних експертів, поширеність ВІЛ серед дорослого населення (віком 15–49 років) становить 1,63 %¹⁵. Статистичні дані показують, що епідемія не обминає дітей та молодь. При цьому найбільшою мірою потерпають діти та молодь з уразливих груп населення. Основним рушієм поширення епідемії є СН, які використовують небезпечні методи ін'єкції, а також молоді люди, які практикують незахищені сексуальні контакти. Соціологічні дослідження в Україні показують, що середній вік молодих людей, які потрапляють до групи ризику, продовжує знижуватися. Небезпечні практики ін'єкційного вживання та незахищені сексуальні практики набувають значного поширення серед груп ризику все молодшого віку, а послуги з протидії ВІЛ охоплюють в основному групи ризику старше 18 років і для груп ризику до досягнення 18 років є практично недоступними. Інформація про випадки ВІЛ-інфікування дітей 10-14 років у групах ризику досить обмежена, не збирається на постійній основі для виявлення тенденцій в залежності від віку, статі та інших особливостей. Для більшості дітей і молодих людей з груп ризику в Україні недоступні послуги з профілактики ВІЛ, лікування, а також послуги всебічної підтримки.

Предметом дослідження є огляд сучасного стану політики та законодавства щодо надання медико-соціальних послуг для дітей та молоді груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування, визначення бар'єрів та надання відповідних рекомендацій.

При цьому, зважаючи на повний обсяг правоздатності 18-19-річних молодих людей, огляд законодавства та політики щодо надання медико-соціальних послуг для дітей та молоді груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування, який здійснюється в цьому дослідженні, спрямований саме на вікову групу від 10 до досягнення 18 років, оскільки діти та молоді люди цієї вікової групи мають часткову (до досягнення 14 років) і неповну (від 14 до досягнення 18 років) цивільну правоздатність, що може стати (або стає) одним з бар'єрів щодо отримання доброякісних медичних та соціальних послуг. *(Отже, надалі, якщо немає спеціального посилання на вік, мова йде про вікову групу від 10 до досягнення 18 років.)*

Аналітичний огляд «Сучасний стан політики та законодавства щодо надання медико-соціальних послуг для дітей та молоді груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування» містить загальні положення щодо правового регулювання прав дитини; аналіз особливостей правового статусу дітей та молоді від 10 до досягнення 18 років, які належать до груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування; аналіз доступу до інформації щодо ВІЛ-інфікування та ВІЛ-послуг, доступу до медичних та соціальних послуг, забезпечення права на інформацію про результати тестування на ВІЛ-інфекцію і права на таємницю стосовно стану здоров'я; аналіз прав, обов'язків і відповідальності медичних та соціальних працівників; а також підсумкові рекомендації.

¹⁵ ВІЛ-інфекція в Україні: Інформ. бюл. / МОЗ України, Укр. центр профілактики і боротьби зі СНІД, Ін-т епідеміології та інфекц. хвороб ім. Л.В. Громашевського АМН України, ЦСЕС МОЗ України. – 2008. – № 29. – 45 с.

- **Особливості правового статусу дітей та молоді від 10 до досягнення 18 років, які належать до груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування**

Суть проблеми:

Відповідно часткова і неповна правоздатність дітей та молоді вікової групи від 10 до досягнення 14 років і від 14 до досягнення 18 років може виступати бар'єром у доступі до медичних та соціальних послуг.

Слід відзначити наявність певних протиріч та розбіжностей у визначенні понять «діти» та «молодь» у документах і практичних підходах міжнародних організацій та в законодавстві України. У міжнародних документах використовується поняття «підлітки», до яких відносять вікову групу від 10 до 19 років включно. В українському законодавстві поняття «підліток» (підлітки) застосовується, але не визначено. Натомість вікова група до 17 років включно (до виповнення 18 років) визначається як «діти», а вікова група від 14 до 35 років визначається як «молодь».

Отже, в реаліях України населення віком від 10 до 19 років складається з точки зору законодавства з двох підгруп:

1) від 10 до виповнення 18 років – це категорія «діти» з неповною правоздатністю, і

2) 18–19-річні – належать до категорії дорослих з повним обсягом правоздатності.

Рекомендації:

1. Мін'юсту України, МОЗ України, МОН України, Мінсім'ямолодьспорту, МВС України та громадським організаціям провести низку міжвідомчих консультацій щодо застосування в нормативно-правових актах понять «підліток», «підлітковий».

Необхідно визначити вікові межі з врахуванням міжнародних підходів та українського законодавства.

Одним з варіантів може бути:

– «підлітки молодшого віку», до яких відносити дітей від 10 до досягнення 14 років, – «підлітки середнього віку», до яких відносити дітей від 14 до досягнення 18 років, «підлітки старшого віку», до яких відносити молодь 18–19 років.

Введення таких понять дозволило б гармонізувати підходи, що зазначені у Європейській стратегії щодо здоров'я підлітків, та вікові межі, які вже застосовуються в українській нормативно-правовій базі.

2. До Правил опіки та піклування, затверджених наказом Державного комітету України у справах сім'ї та молоді, Міністерства освіти України, Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства праці та соціальної політики України від 26.05.1999 р. № 34/166/131/88, внести доповнення, які мають визначати:

– як дитина **до досягнення 10 років** може висловити своє бажання щодо призначення їй опікуна. Вважаємо, що в даному випадку можна за аналогією скористатися нормами, закріпленими відповідно у ст. 256-3 «Прийомні діти» і ст. 256-7 «Вихованці дитячого будинку сімейного типу» Сімейного кодексу України: *«потрібна згода дитини, якщо вона досягла такого віку та рівня розвитку, що може її висловити»;*

– як дитина **до досягнення 14 років** у контексті ст.ст. 151, 172 Сімейного кодексу України може оспорити призначення їй опікуна.

3. Мінсім'ямолодьспорту вивчити досвід інших країн, проаналізувати наявні практики та провести дискусію із представниками зацікавлених сторін та за участі фахівців-юристів стосовно можливості та доцільності надання керівникам закладів тимчасового влаштування дітей статусу «тимчасового опікуна» з обмеженням його повноважень лише до вирішення питань забезпечення доступу до якісних медичних та соціальних послуг.

4. Мін'юсту України спільно з Мінсім'ямолодьспорту створити робочу групу з метою підготовки проекту Закону про ювенальну юстицію з урахуванням напрацювань в Україні та досвіду інших країн.

- ***Доступ дітей та молоді віком від 10 до досягнення 18 років, які належать до груп високого ризику, до інформації стосовно ВІЛ-інфікування***

Суть проблеми:

Законодавство не визначає стандарти, шляхи і способи донесення такої інформації до дітей, особливо це стосується дітей у віці 10-14 років.

Відсутня стратегія інформування населення та окремих груп (в тому числі дітей та молоді) щодо ВІЛ-інфікування та ВІЛ-послуг.

Стратегії інформування та надання послуг – «пасивні».

Громадські організації не націлені на роботу з віковою групою до 18 років.

Громадські організації не мають достатньої мережі польових працівників, не мають потенціалу працювати з «неорганізованою» частиною підлітків (поза межами навчальних закладів).

Рекомендації:

5. Центральним органам виконавчої влади України (МОЗ, МОН, МВС, Мін'юсту, Мінсім'ямолодьспорту та іншим, діяльність яких пов'язана з дітьми):

5.1. Розробити:

- стратегії інформування та забезпечення доступу до інформації,
- відомчі нормативно-правові акти на забезпечення таких стратегій, плани стратегічних дій.

5.2. Визначити:

- суб'єктів, які мають забезпечити регулярне та повне інформування дітей у сфері ВІЛ-інфекції (з урахуванням вікових категорій дітей у віці від 10 до досягнення 14 років і у віці від 14 до досягнення 18 років);
- стандарти, шляхи і способи їх інформування;
- показники виконання стратегій та передбачені цілі; – систему моніторингу такої діяльності;

5.3. **Застосовувати** механізми відповідальності за невиконання положень зазначених актів.

- **Доступ до медичних послуг дітей та молоді віком від 10 до досягнення 18 років, які належать до груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування**

Суть проблеми :

Відсутність норм у законодавстві України щодо правового регулювання проходження медичного огляду бездоглядними дітьми віком до 14 років (у випадках неможливості встановлення батьків або опікунів).

Неврегульованою є ситуація з порядком супроводу дітей віком до 14 років (у тому числі від 10 до 14 років) у разі встановлення позитивного результату тестування на ВІЛ. Чинне законодавство України не передбачає правових підстав для такого супроводу силами громадських організацій.

Недосконалість законодавчої техніки щодо можливості неповнолітньої особи віком від 14 до 18 років самотійно проходити медичний огляд (без прохання чи згоди їхніх законних представників, і без їх обов'язкової присутності при проведенні такого огляду).

З огляду на предмет дослідження, нас цікавить також можливість **самотійно** звернутися та отримати медичні послуги (в тому числі тестування на ВІЛ-інфекцію) дітей віком від 10 до досягнення 18 років, які належать до груп високого ризику ВІЛ-інфікування.

Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення»¹⁶ у ст. 7 встановлює: «Медичний огляд неповнолітніх віком до 18 років і осіб, визнаних у встановленому законом порядку недієздатними, може проводитися на прохання чи за згодою їх законних представників, які мають право бути присутніми при проведенні такого огляду».

На рівні практичної діяльності ця норма тлумачиться по-різному.

Одна позиція розуміється як категоричний припис – законні представники мають бути обов'язково присутні при проведенні медичного огляду на ВІЛ-інфекцію. Іншими словами, прихильники цієї тези вважають, що **діти віком від 14 до 18 років не можуть** пройти медичний огляд на ВІЛ-інфекцію без прохання або згоди їхніх законних представників. На цій підставі деякі медичні заклади не приймають неповнолітню дитину для тестування на ВІЛ-інфекцію без супроводу законного представника.

Інша позиція (автори Огляду дотримуються саме цієї позиції) полягає в такому: присутність законних представників при проведенні медичного огляду на ВІЛ-інфекцію неповнолітніх віком з 14 до досягнення 18 років **не є обов'язковою**. Тобто, на нашу думку, неповнолітні діти віком до 18 років дійсно можуть бути обстежені на ВІЛ-інфекцію на прохання або за згодою їхніх законних представників, але при цьому неповнолітні особи віком від 14 до 18 років також можуть **самотійно** звернутися за медичним оглядом на ВІЛ-інфекцію.

Аргументуємо цю позицію.

По-перше, вважаємо, що з-під дії цієї норми однозначно виключаються ті групи осіб до 18 років, які згідно із законом набули прав повнолітньої особи раніше. До цих груп Цивільний кодекс України відносить:

1) осіб, які перебувають (перебували) у зареєстрованому шлюбі (доказом чого є свідоцтво про шлюб або свідоцтво про розірвання шлюбу);

¹⁶ Відомості Верховної Ради України. – 1998. – № 35. – Ст. 235.

2) коли фізична особа досягла шістнадцяти років і працює за трудовим договором (доказом є трудовий договір, довідка з місця роботи або трудова книжка);

3) коли неповнолітня особа записана матір'ю або батьком дитини (доказом є свідоцтво про народження дитини);

4) коли особа досягла шістнадцяти років і бажає займатися підприємницькою діяльністю (доказом є свідоцтво приватного підприємця).

Оскільки ці особи віком до 18 років набули повної дієздатності, вони можуть пройти медичний огляд на ВІЛ-інфекцію без жодних обмежень, але при цьому вони мають довести свій правовий статус за допомогою документів, зазначених вище.

По-друге, відповідно до ч. 3 ст. 284 Цивільного кодексу України медична допомога **чотирнадцятирічній особі** провадиться за її згодою¹⁷. Подібна норма міститься і в ч. 1 ст. 43 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» медичне втручання (застосування методів діагностики, профілактики або лікування, пов'язаних із впливом на організм людини) щодо **пацієнта віком до 14 років (малолітнього пацієнта)**, а також пацієнта, визнаного в установленому законом порядку недієздатним, здійснюється за згодою їх законних представників.

По-третє, норма, закріплена у ст. 7 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення», сформульована за допомогою квантора «може»: «*Медичний огляд неповнолітніх віком до 18 років... може проводитися...*», тобто зазначена норма передбачає **можливі** варіанти поведінки. Відсутність у посиланні кванторів «лише», «виключно» і т.п. означає **відсутність заборони діяти в альтернативний спосіб**.

Іншими словами, норма не містить заборони на те, щоб неповнолітні діти віком від 14 років до досягнення 18 років могли самостійно звернутися за медичним оглядом на ВІЛ-інфекцію. Оскільки така заборона відсутня, в силу вступає конституційний принцип «дозволено все, що не заборонено». Цей принцип закріплено в ч. 1 ст. 19 Конституції України: «*Правовий порядок в Україні ґрунтується на засадах, відповідно до яких ніхто не може бути примушений робити те, що не передбачено законодавством*». Відповідно до ст. 8 Конституції України норми Конституції мають найвищу юридичну силу і є нормами прямої дії (застосовуються безпосередньо). З цього випливає, що медичне втручання (одним із методів діагностики якого, очевидно, є медичний огляд на ВІЛ-інфекцію) щодо **особи, якій виповнилось 14 років, не потребує обов'язкової згоди або присутності її законного представника**.

Таким чином, **на рівні законів** маємо колізію. Цивільний кодекс України (ч. 3 ст. 284) і Основи законодавства України про охорону здоров'я (ст. 43) встановлюють право особи, яка досягла 14-річного віку, *самостійно* пройти медичний огляд на ВІЛ-інфекцію, а ст. 7 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» передбачає, що медичний

¹⁷ **Довідково:** Сімейний кодекс України пов'язує виникнення низки юридичних фактів з досягненням саме **14-річного віку**:

– відповідно до ч. 4 ст. 152 «*Забезпечення права дитини на належне батьківське виховання*» дитина має право звернутися за захистом своїх прав та інтересів безпосередньо до суду, якщо вона досягла чотирнадцяти років;

– якщо батьки проживають окремо, місце проживання дитини, яка досягла чотирнадцяти років, визначається нею самою (ч. 3 ст. 160);

– особа, яка була усиновлена, має право після досягнення нею чотирнадцяти років на одержання інформації щодо свого усиновлення (ч. 3 ст. 226);

– договір про патронат припиняється у разі відмови від нього дитини, яка досягла чотирнадцяти років (ч. 1 ст. 256).

огляд на ВІЛ-інфекцію неповнолітніх до 18 років проводиться за присутності законних представників таких осіб.

Вважаємо, що Цивільний кодекс України з точки зору юридичної сили має перевагу над Законом України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення».

Наш висновок ґрунтується на двох підставах.

По-перше, відповідно до ст. 1 Цивільного кодексу України саме цивільне законодавство регулює цивільні права та обов'язки (у тому числі право на медичну допомогу). Отже, в цій частині всі інші законодавчі акти, в тому числі закони України, мають відповідати Цивільному кодексу і не можуть йому суперечити.

По-друге, Цивільний кодекс України порівняно із Законом України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» прийнято за часом пізніше, відповідно діє принцип права про пріоритет нової норми над попередньою.

Таким чином, можна зробити висновок, що **медичний огляд на ВІЛ-інфекцію неповнолітні особи віком від 14 до досягнення 18 років можуть проходити самостійно**. Але при цьому не виключається, що такий медичний огляд може також проводитися на прохання чи за згодою законних представників неповнолітніх віком від 14 до 18 років, які у такому випадку мають право бути присутніми при проведенні такого огляду.

Згідно з чинним законодавством України діти віком до досягнення 14 років (у тому числі від 10 до досягнення 14 років) **не можуть** проходити медичний огляд самостійно, а лише на прохання чи за згодою їх законних представників, які мають право бути присутніми при проведенні такого огляду. Однак застосування цього загального правила до дітей віком до досягнення 14 років (у тому числі від 10 до досягнення 14 років), що є предметом нашого дослідження, з об'єктивних причин виглядає проблематичним. Для таких дітей досить прогнозованою є ситуація, коли законні представники відсутні, або не висловлюють (через будь-які причини) прохання або згоду на проведення медичного огляду, або не зможуть бути присутніми під час медичного огляду. Негативні, а навіть невинуваті наслідки від можливої затримки у часі щодо медичного огляду на ВІЛ-інфекцію таких дітей очевидні.

У будь-якому разі останню крапку щодо тлумачення ст. 7 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» може поставити Конституційний Суд України через механізм конституційного звернення за офіційним тлумаченням закону, як це передбачено ст. 42 Закону України «Про Конституційний Суд України» від 16.10.1996 р. № 422/96-ВР¹⁸. Зазначимо, що поширена практика звернення із запитом щодо роз'яснення законодавства до Міністерства юстиції України¹⁹ у даному разі буде некоректною.

¹⁸ Відомості Верховної Ради України. – 1996. – № 49. – Ст. 272.

¹⁹ Відповідно до п. 4 Положення про Міністерство юстиції України, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 14.11.2006 р. № 1577 // Офіційний вісник України. – 2006. – № 45. – Ст. 3020:

«4. Мінюст відповідно до покладених на нього завдань:

10) організовує у межах своїх повноважень виконання актів законодавства та здійснює контроль за їх реалізацією;

16) дає роз'яснення законодавства державним органам, підприємствам, установам та організаціям, готує за дорученням Кабінету Міністрів України правові висновки з відповідних питань».

Слід звернути увагу на невідповідність положень Порядку медичного обслуговування дітей у притулках для неповнолітніх служби у справах неповнолітніх, центрах соціально-психологічної реабілітації дітей (затверджений наказом Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту та Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2006 р. № 3297/645) ч. 3 ст. 7 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» у частині вимоги обов'язкового проведення тестування на ВІЛ.

Законодавство неявно надає медичним працівникам право самостійно визначити обсяг медичних послуг для дітей віком від 10 до досягнення 18 років та повноти інформування, що суперечить функціональним обов'язкам медичних працівників.

Що стосується лікування від наркозалежності, замісної терапії і антиретровірусної терапії, то чинне законодавство України не містить спеціальних норм щодо віку дітей, з якого вони можуть самостійно здійснювати зазначені процедури. У такому разі слід керуватися загальною нормою – медичне втручання щодо **особи, якій виповнилось 14 років, не потребує обов'язкової згоди або присутності її законного представника.**

Щодо штучного переривання вагітності

Відповідно до пункту 1.7. Інструкції про порядок проведення операції штучного переривання вагітності, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 20.07.2006 р. № 508 (zareєстровано в Міністерстві юстиції України 25.10.2006 р. за № 1155/13029)²⁰ проведення штучного переривання вагітності у пацієнтки віком до 14 років або в недієздатної особи здійснюється за заявою її законних представників. Штучне переривання вагітності у пацієнтки, **яка досягла 14 років, здійснюється за її згодою** (ст. 284 Цивільного кодексу України).

Рекомендації:

6. Частина 4 ст. 7 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» викласти у новій редакції:

«Медичний огляд дітей віком до 14 років і осіб, визнаних у встановленому законом порядку недієздатними, проводиться на прохання чи за згодою їх законних представників, які мають право бути присутніми при проведенні такого огляду. Неповнолітні віком від 14 до 18 років можуть пройти медичний огляд без прохання чи згоди їх законних представників, і без їх обов'язкової присутності при проведенні такого огляду, за умови самостійного вибору такого представника.»

7. Центральним органам виконавчої влади України (МОЗ, МОН, МВС, Мін'юсту, Мінсім'ямолодьспорту та іншим, діяльність яких пов'язана з дітьми) у партнерстві з громадськими організаціями:

– розробити нормативно-правовий акт щодо правового регулювання проходження медичного огляду та надання необхідних медичних послуг (в т.ч. проведення штучного переривання вагітності) бездоглядним дітям віком до 14 років;

²⁰ Офіційний вісник України. – 2006. – № 43. – Ст. 2912.

– розробити нормативно-правовий акт щодо порядку супроводу бездоглядних дітей віком до 14 років після позитивного результату тестування, у тому числі із залученням до такого супроводу громадських організацій;

– розробити нормативно-правовий акт щодо порядку лікування від наркозалежності, замісної терапії і антиретровірусної терапії бездоглядних дітей віком до 14 років.

8. Мінсім'ямолодьспорту вивчити досвід інших країн щодо надання *спеціальних статусів* дітям та молодим людям до досягнення повноліття з метою забезпечення доступу до якісних медичних та соціальних послуг.

9. Порядок медичного обслуговування дітей у притулках для неповнолітніх служби у справах неповнолітніх, центрах соціально-психологічної реабілітації дітей (затверджений наказом Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту та Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2006 р. № 3297/645, зареєстровано в Міністерстві юстиції України 23.10.2006 р. за № 1136/13010) привести у відповідність з ч. 3 ст. 7 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» у частині забезпечення проведення тестування на ВІЛ за поінформованою згодою.

10. Посилити контроль за дотриманням ч. 5 ст. 7 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» щодо безоплатності тестування на ВІЛ-інфекцію дітей.

11. МОЗ України і Мінсім'ямолодьспорту забезпечити ознайомлення медичних і соціальних працівників з принципами проведення ДКТ на базі Протоколу ДКТ.

12. МОЗ України забезпечити проведення ДКТ у «клініках, дружніх до молоді».

13. Внести зміни до ст. 285 Цивільного кодексу України, з тим, щоб обов'язок надавати (надавати в обмеженому обсязі або не надавати) інформацію про хворобу в разі, якщо така інформація або ненадання послуг можуть погіршити стан здоров'я або зашкодити процесові лікування, покладалася не на медичних працівників, а на соціальних працівників.

- ***Забезпечення права на інформацію про результати тестування на ВІЛ-інфекцію і права на таємницю про стан здоров'я дітей та молоді віком від 10 до досягнення 18 років, які належать до груп високого ризику***

Суть проблеми:

Наказ Мінсім'ямолодьспорту та МОЗ України від 28.09.2006 р. № 3297/645 затвердив Порядок медичного обслуговування дітей у притулках для неповнолітніх служби у справах неповнолітніх, центрах соціально-психологічної реабілітації дітей та схеми обстеження їх у лікувально-профілактичних закладах, яким його результати обов'язково доводяться до відома педагогічного персоналу цього закладу.

Ця норма порушує одночасно два моменти.

По-перше, ч. 2 ст. 8 Закону України «Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення» містить формулювання, що відомості передаються у «випадках, передбачених законами України», а ми маємо справу з відомчим наказом.

По-друге, педагогічні працівники закладів соціального захисту не входять до переліку, передбаченого ч. 2 ст. 8 Закону України «Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення».

Механізм передачі даних не містить чітких рекомендацій стосовно того хто, яким чином, в якій формі, за яких правових підстав, умов і т.п. передає інформацію щодо результатів тестування на ВІЛ, а також інформацію про подальші результати обстежень, лікування тощо.

У законодавстві не визначається, який подальший порядок дій щодо ВІЛ-інфікованих дітей, а також порядок консультування батьків дітей з ВІЛ-статусом (крім консультування батьків/інших законних представників дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями).

Рекомендації:

14. Привести у відповідність норму ч. 2 ст. 8 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» та наказ Мінсім'ямолодьспорту та МОЗ України від 28.09.2006 р. № 3297/645 (zareєстровано в Мін'юсті України 23.10.2006 р. за № 1136/13010) у частині «передачі педагогічному персоналу закладів соціального захисту відомостей про результати медичного огляду на ВІЛ-інфекцію дітей, які перебувають у притулках для неповнолітніх служби у справах неповнолітніх, центрах соціально-психологічної реабілітації дітей».

15. МОЗ України розробити нормативно-правовий акт, який має визначити механізм передачі даних щодо ВІЛ-інфекції, із зазначенням кола осіб, підстав надання даних тощо.

16. Мінсім'ямолодьспорту та МОН України розробити правила забезпечення конфіденційності соціальними і педагогічними працівниками.

- ***Доступ до соціальних послуг дітей та молоді віком від 10 до досягнення 18 років, які належать до груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування***

Суть проблеми:

На рівні декларування правове забезпечення доступу неповнолітніх, які належать до груп ризику, до соціальних послуг виглядає практично ідеальним. Однак, законодавство не визначає реальних механізмів доступу дітей до соціальних послуг. Крім того, існуюча практика не забезпечує доступу цільової групи до послуг, без відповідей залишаються запитання: як діти та підлітки можуть дізнатися про існуючі соціальні послуги?; як зробити соціальні послуги прийнятними для дітей?; як забезпечити їх ресоціалізацію (повернення дітей у суспільство)? Вочевидь, маємо наявність проблеми здійснення задекларованої політики щодо надання соціальних послуг, дієвого моніторингу її реалізації, використання результатів моніторингу та оцінки для стратегічного планування.

Рекомендації:

17. Центральним органам виконавчої влади України (МОН, МВС, Мін'юсту, Мінсім'ямолодьспорту, Мінпраці та іншим, діяльність яких пов'язана з дітьми) та місцевим органам виконавчої влади:

– визначити, які саме соціальні послуги потрібні дітям та молоді, особливо з груп високого ризику,

– розробити стандарти надання таких послуг, механізми забезпечення та систему моніторингу, включаючи конкретні показники та цілі;

– розробити і спрямувати соціальні послуги не лише на задоволення соціальних потреб дітей, а також на ресоціалізацію (повернення дітей у суспільство);

– сприяти поширенню соціального замовлення на надання послуг силами громадських організацій, передбачити для цього необхідний обсяг фінансування. Щодо **загальних висновків та рекомендацій**, які можна зробити з даного огляду, на нашу думку, в українському законодавстві та в міжнародних договорах, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України, закладено норми та основи для нормальної та ефективної взаємодії медичних закладів та підліткової групи населення.

Засади щодо такої взаємодії закладені та вже існують, але це не каже про те, що цього достатньо, потрібно знову і знову передивлятися закони та міжнародні договори в пошуку оптимальних норм та правил, які б влаштовували обидві сторони (надавачів послуг, з одного боку, та дітей і молоді груп високого ризику, які є предметом нашого Огляду, з іншого) і суспільство в цілому.

Не треба виключати можливість проведення пілотних проектів щодо того, ефективна чи не ефективна та або інша правова норма на базі однієї або кількох одиниць (лікарень, центрів та ін.), як це робиться за кордоном.

У наш час постає необхідність у постійній освітньо-роз'яснювальній роботі серед посадових осіб та службовців, бо деякі люди в силу різних причин просто залишаються в минулому (під пануванням ідеологічних стереотипів або законодавчих норм «радянського періоду»), не володіють сучасною нормативно-правовою базою, не знають, як діяти та приймати рішення в сучасних умовах. Це юридичною мовою називається правовим нігілізмом, коли дії людини не відповідають встановленим законом правилам або людина просто порушує закон в силу того, що їй просто бракує інформації щодо законодавства, людина не знає, як діяти інакше, людина не стежить за оновленням нормативно-правової бази та не в курсі останніх поправок або міжнародних договорів.

Тож постає актуальною потреба підвищення правової культури медичних та соціальних працівників, педагогів, державних службовців різного рівня з метою ознайомлення фахівців та керівників із законодавчими актами, які регламентують їхню діяльність.

Крім того, актуальним залишається виконання діючих програм, що стосуються дітей, молоді, протидії епідемії ВІЛ-інфікування; дотримання проголошених цілей розвитку сімейної та молодіжної політики, політики щодо дитинства, дотримання прав дитини та прав людини в українському суспільстві.

Наведені нижче загальні рекомендації орієнтовані на органи виконавчої влади і місцевого самоуправління всіх рівнів, базуються на виявлених під час Огляду проблемах, деякі з них вимагають додаткового аналізу, узагальнення наявного кращого досвіду та вивчення досвіду інших країн. Але більшість рекомендацій можуть бути

реалізовані в межах сучасної державної політики за умов ініціативи місцевого рівня та мобілізації ресурсів.

Загальні рекомендації

18. З метою підвищення правової культури державних службовців, медичних, соціальних працівників, представників громадських організацій, працівників правоохоронних органів та суспільства в цілому до планів навчальних програм (ВНЗ, закладів підвищення кваліфікації) включити тематику «Нормативно-правові аспекти проблеми ВІЛ-інфекції, юридична відповідальність, дотримання прав і обов'язків медичних та соціальних працівників та ЛЖВ, в тому числі прав неповнолітніх на анонімне консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію». Особливу увагу зосередити **на відсутності** індивідуальної юридичної відповідальності за видачу презервативів і обмін шприців і відповідно **правомірності** видачі презервативів та обміну шприців працівниками (волонтерами) громадських організацій щодо осіб віком від 10 до досягнення 18 років.

19. Вжити заходів щодо підвищення рівня ознайомлення медичних і соціальних працівників з принципами проведення ДКТ на базі Протоколу ДКТ.

20. Дослідити бар'єри та визначити необхідні механізми забезпечення ефективної реалізації політики щодо профілактики ВІЛ серед дітей та молоді груп високого ризику в межах чинного законодавства.

21. Сприяти розширенню діяльності громадських організацій (територіальні, вікові групи клієнтів), забезпечити їх підтримку та безперервну діяльність. Спрямувати їх діяльність на дітей та молоді групи високого ризику. В разі необхідності здійснити переєстрацію їх установчих документів (статут, положення).

22. Залучати дітей до участі у концептуалізації, розробці, здійсненні, координації, моніторингу та огляді політики і програм боротьби з ВІЛ-інфекцією на рівні громади і на національному рівні, з належним урахуванням їх віку та зрілості.

У підготовці даного Огляду взяли участь представники різних організацій, які мають досвід з підготовки та впровадження профілактичних програм для дітей та молоді, роботи з групами ризику, фахівці, які надають допомогу наркозалежній молоді, та науковці, які досліджують проблеми, пов'язані із вживанням наркотичних речовин серед молоді.

Отримані результати були обговорені на засіданнях «круглих столів», зустрічах зацікавлених сторін, враховують пропозиції, що були висловлені під час цих заходів.

1. Загальні положення щодо правового регулювання прав дитини

1.1. Суть питання

У даному підрозділі ми маємо встановити співвідношення юридичної сили норм Конституції України, міжнародних договорів, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України, і законів України.

Україна у своєму ставленні до питання про співвідношення національного і міжнародного права категорично відійшла від дуалістичних позицій, які сповідувала радянська доктрина міжнародного права. У ст. X Декларації про державний суверенітет України від 16.07.1990 р. № 55-ХІІ був проголошений *«пріоритет загальноновизнаних норм міжнародного права перед нормами внутрішньодержавного права»*²¹. Тобто від часу проголошення державного суверенітету в Україні офіційно закладено формування тенденції до визнання пріоритету міжнародного права над правом національним.

Щодо юридичної сили самої Декларації, зазначимо, що вона *«є основою для нової Конституції, законів України і визначає позиції Республіки при укладанні міжнародних угод»*²². Декларація безсумнівно належить до нормативно-правових актів конституційного рівня, що визначає юридичну чинність її норм і їх місце в ієрархії норм українського законодавства. Тому закріплена в Декларації норма про співвідношення міжнародних загальноновизнаних норм і норм внутрішнього права України за своїм характером є конституційною і повинна розглядатися як така. Іншими словами, положення Декларації мають бути враховані в подальшій законодавчій практиці.

У 1996 р. Конституція України в ст. 9 закріпила:

«Чинні міжнародні договори, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України, є частиною національного законодавства України.»

Укладання міжнародних договорів, які суперечать Конституції України, можливе лише після внесення відповідних змін до Конституції України».

Подібну норму містить і ст. 19 Закону України «Про міжнародні договори України» у редакції від 29.06.2004 р. № 1906-IV²³:

«1. Чинні міжнародні договори України, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України, є частиною національного законодавства і застосовуються у порядку, передбаченому для норм національного законодавства.»

2. Якщо міжнародним договором України, який набрав чинності в установленому порядку, встановлено інші правила, ніж ті, що передбачені у відповідному акті законодавства України, то застосовуються правила міжнародного договору».

Україна визнає для себе примат міжнародного права, але в обмеженому обсязі.

В Україні визнаються частиною національного законодавства норми міжнародних договорів, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою

²¹ Відомості Верховної Ради УРСР. – 1990. – № 31. – Ст. 429.

²² Там само.

²³ Відомості Верховної Ради України. – 2004. – № 50. – Ст. 540.

України²⁴. Це насамперед договори, ратифіковані Верховною Радою України. Оскільки не всі міжнародні договори, що укладаються державою, повинні проходити через процедуру надання згоди Верховною Радою України, то мова може йти тільки про деякі договори, дія яких як частини національного законодавства можлива лише за умови надання цієї згоди. Така умова може впливати із самого договору чи національного законодавства.

Розглянемо більш детально співвідношення між юридичною силою Конституції України, законів України і міжнародних договорів, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України.

Відповідно до Конституції України і Закону України «Про міжнародні договори України» норми міжнародних договорів, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України, слід застосовувати у внутрішньодержавному законодавстві України в порядку, передбаченому для норм національного законодавства. Іншими словами, норми міжнародних договорів, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України, повинні мати силу не меншу, ніж закони України, але не силу Конституції України.

Такий висновок впливає з ч. 2 ст. 9 Конституції України та частини 2 ст. 19 Закону України «Про міжнародні договори України». Тобто, необхідною умовою укладання міжнародного договору, що суперечить Конституції України, є попереднє внесення необхідних змін до Конституції України. Отже, у внутрішньому правопорядку міжнародний договір, обов'язковий для України, не може суперечити Конституції України. Конституція України має пріоритет над міжнародними договорами. Якщо цієї умови дотримано, то після надання згоди Верховною Радою України на його обов'язковість та набуття ним чинності для України, він має перевагу над законами України.

Відповідно, державні органи й органи місцевого самоврядування не мають права звужити чи скасувати своїми нормативно-правовими актами будь-які зобов'язання, що містяться в чинному міжнародному договорі. Якщо навіть закон чи інший нормативно-правовий акт, прийнятий після надання Верховною Радою України згоди на обов'язковість міжнародного договору та після набуття ним чинності для України встановлює інші правила, ніж передбачені в такому міжнародному договорі, то повинні застосовуватися правила, передбачені цим договором, а не законом²⁵.

Отже, у випадку колізії між нормами чинного міжнародного договору України (тобто конвенційного міжнародного права), згода на обов'язковість якого надана Верховною Радою України, і нормами власне законів України слід застосовувати норму саме міжнародного договору, згода на обов'язковість якого надана Верховною Радою України.

²⁴ Відповідно до ст. 11 Віденської конвенції про право міжнародних договорів 1969 р. «згоду держави на обов'язковість для неї договору може бути виражено підписанням договору, обміном документами, що становлять договір, ратифікацією договору, його прийняттям, затвердженням, приєднанням до нього або будь-яким іншим способом, про який домовились».

²⁵ Втім, незважаючи на наявність зазначених загальних законодавчих основ, а також на рішення Пленуму Верховного Суду України в Постанові від 1 листопада 1996 р. № 9 «Про застосування Конституції України при здійсненні правосуддя»: «міжнародні договори застосовуються, якщо вони не суперечать Конституції України», практика застосування в Україні норм міжнародного права залишається вкрай бідною.

1.2. Відображення питання в міжнародних актах та в рекомендаційних міжнародних актах

Міжнародні договори універсального характеру

Міжнародні договори універсального характеру, прийняті на рівні ООН, відіграють головну роль у міжнародному захисті прав людини, зокрема прав дитини. Україна є учасницею переважної більшості таких міжнародних договорів, у тому числі: Міжнародного пакту про громадянські і політичні права 1966 року, Міжнародного пакту про соціальні, економічні і культурні права 1966 року (обидва пакти набули чинності для України 27 березня 1976 року)²⁶, а також Конвенції про права дитини 1989 року (набула чинності для України 27 вересня 1991 року)²⁷, Факультативний протокол до Конвенції про права дитини щодо торгівлі дітьми, дитячої проституції і дитячої порнографії від 01.01.2000 р.²⁸

Європейські правові акти

Із вступом у 1995 році до Ради Європи Україна приєдналася до Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод 1950 року (набула чинності для України 11 вересня 1997 року)²⁹ і до Переглянутої соціальної хартії 1996 року (набула чинності для України 1 лютого 2007 року)³⁰.

Україна також має на меті вступ до Європейського Союзу. Незважаючи на віддаленість такої перспективи, інтеграція до цієї міжнародної організації продовжує залишатися основним задекларованим напрямом зовнішньої політики України. Із цим пов'язана необхідність адаптації законодавства України до законодавства ЄС. Законом України «Про Загальнодержавну програму адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу» від 18.03.2004 р. № 1629-IV, з посиланням на Угоду про партнерство та співробітництво між Україною і Європейськими Співтовариствами та їх державами-членами 1994 року, зазначено *що адаптація законодавства України до законодавства ЄС є пріоритетною складовою процесу інтеграції України до Європейського Союзу, що у свою чергу є пріоритетним напрямком української зовнішньої політики*. Серед пріоритетних сфер зазначено адаптування до законодавства ЄС про «охорону здоров'я та життя людини» (розділ V Закону). З 2000 року в Україні відповідно до Указу Президента України діє Національна рада з питань адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу.

Рекомендаційні міжнародні акти

²⁶ Указ Президії Верховної Ради Української РСР «Про ратифікацію Міжнародного Пакту про економічні, соціальні і культурні права і Міжнародного Пакту про громадянські і політичні права» від 19.10.1973 р. № 2148-VIII.

²⁷ Постанова Верховної Ради Української РСР «Про ратифікацію Конвенції про права дитини» від 27.02.1991 р. № 789-XII // Відомості Верховної Ради УРСР. – 1991. – № 13. – Ст. 145.

²⁸ Закон України «Про ратифікацію Факультативного протоколу до Конвенції про права дитини щодо торгівлі дітьми, дитячої проституції і дитячої порнографії» від 03.04.2003 р. № 716-IV // Відомості Верховної Ради України. – 2003. – № 29. – Ст. 226.

²⁹ Закон України «Про ратифікацію Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод 1950 року, Першого протоколу та протоколів № 2, 4, 7 та 11 до Конвенції» від 17.07.1997 р. № 475/97-ВР // Відомості Верховної Ради України. – 1997. – № 40. – Ст. 263.

³⁰ Закон України «Про ратифікацію Європейської соціальної хартії (переглянутої)» від 14.09.2006 р. № 137-V // Відомості Верховної Ради України. – 2006. – № 43. – Ст. 418.

Питанням прав людини присвячена значна кількість міжнародних документів, що не мають статусу міжнародних договорів – резолюцій міжнародних організацій, підсумкових документів, спільних заяв-платформ тощо. Такі міжнародні документи, особливо ті, що носять універсальний характер, також не слід недооцінювати, оскільки в них висловлена певна позиція значної кількості держав, що засвідчує їх ставлення до відповідних проблем. Відсутність правового характеру у таких документах надає можливість широкого їх використання з метою висвітлення та підтримки позитивного досвіду, для формування певного стандарту поведінки, що може призвести до змін в суспільстві, для пропонування певних моделей змін в законодавстві тощо.

Саме в таких рекомендаційних міжнародних актах найбільш повно сформульована сучасна міжнародна концепція захисту прав дитини. Що особливо важливо, ця концепція ґрунтується на універсальних міжнародно-правових нормах про права людини і є спробою неофіційного тлумачення або розуміння цих норм у контексті проблеми захисту прав дитини. Серед таких документів слід відзначити Програму дій, прийняту на Міжнародній конференції з питань народонаселення та розвитку (МКПНР)³¹, Паризьку декларацію «Жінки, діти та синдром набутого імунodefіциту (СНІД)»³², Декларацію про прихильність справі боротьби з ВІЛ/СНІДом³³, а також Замечание общего порядка № 3 «ВИЧ/СПИД и права ребенка»³⁴ (далі цей документ цит. за офіційним перекладом рос. мовою)

1.3. Відображення питання прав дитини в законодавстві України

Українське законодавство у сфері охорони прав дитини та боротьби з ВІЛ-інфекцією має ту специфіку, що складається із законів і значної кількості підзаконних актів (постанов Кабінету Міністрів України, указів Президента України, наказів Міністерства охорони здоров'я тощо).

В основі законодавства щодо прав дитини передусім лежить Конституція України³⁵. Ст. 24 Конституції України проголошує рівність конституційних прав і свобод громадян України та недопустимість привілеїв чи обмежень, у тому числі за ознаками статі, соціального походження, майнового стану та місця проживання. У ст. 49 Конституції України проголошено право на охорону здоров'я, медичну допомогу, медичне страхування та закріплено обов'язок держави створити умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування.

Важливе значення для захисту прав дитини мають Цивільний кодекс України від 16.01.2003 р. № 435-IV³⁶ (далі – ЦКУ), яким закріплено право на життя (ст. 281), право на охорону здоров'я (ст. 281), право на прийняття рішення щодо медичного втручання (ст. 284) та на таємницю про стан здоров'я (ст. 286) та ін.; Сімейний кодекс України від

³¹ Міжнародна конференція з питань народонаселення та розвитку організована і проведена під егідою ООН з 5 по 13 вересня 1994 року в м. Каїрі. На Конференції було прийнято «Програму дій», яку вважають практичним планом дій для урядів та неурядових організацій. «Програма дій» є рекомендацією і тому не створює юридичних зобов'язань для держав. Однак ця конференція була першим значним міжнародним заходом після укладення Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права.

³² Прийнята Міжнародною конференцією про наслідки СНІДу для здоров'я матерів та дітей, Париж, 27-30.11.1989 р.

³³ Прийнята резолюцією S-26/2 Спеціальної сесії Генеральної Асамблеї ООН, 27.06.2001 р.

³⁴ Прийнято Комітетом з прав дитини ООН, 32-а сесія Генеральної Асамблеї ООН, 13-31 січня 2003 р.

³⁵ Відомості Верховної Ради України. – 1996. – № 30. – Ст. 141.

³⁶ Відомості Верховної Ради України. – 2003. – №№ 40–44. – Ст. 356.

10.01.2002 р. № 2947-III³⁷, Закон України «Про інформацію» від 02.10.1992 р. № 2657-XII³⁸ (ст.ст. 9 і 31) та ін.

Важливу роль у структурі українського законодавства у сфері права дитини на охорону здоров'я відіграють Основи законодавства України про охорону здоров'я (прийняті Верховною Радою України 19.11.1992 р.), стаття 4 яких проголосила, зокрема, дотримання прав і свобод людини і громадянина в галузі охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій. Крім цього, Основи законодавства України про охорону здоров'я заклали основні принципи регулювання надання медичної інформації (ст. 39), захисту інформації про стан здоров'я особи (ст. 40), отримання інформованої згоди на медичне втручання (ст. 43) тощо.

Початок сучасному правовому регулюванню питань, що виникають у сфері ВІЛ-інфекції, та визначенню державної політики у цій сфері поклав прийнятий у 1991 році Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» (з подальшими змінами і доповненнями). Закон визначає державні гарантії щодо профілактики зараження ВІЛ, доступність, якість, ефективність та можливість анонімного медичного огляду з метою виявлення ВІЛ-інфекції, права та обов'язки ВІЛ-інфікованих осіб тощо. Не в останню чергу завдяки цьому Закону і набутому під час його розроблення нормативному досвіду прийнята у 1996 році Конституція та інші акти законодавства України забороняють дискримінацію за ознакою стану здоров'я, гарантують усім рівне право на охорону здоров'я та медичну допомогу, право на інформацію, а також інші права.

Стратегія боротьби з ВІЛ-інфекцією в Україні ґрунтується на визнанні її одним із пріоритетів державної політики у сфері охорони здоров'я, розумінню того, що СНІД – це глобальна проблема і стосується всього суспільства, кожної людини зокрема.

1.4. Висновки

1. Відповідно до ч. 1 ст. 9 Конституції України міжнародні договори, згода на які дана Верховною Радою України, є частиною національного законодавства України. Виходячи із змісту ст. 19 Закону України «Про міжнародні договори України» від 29.06.2004 р. № 1906-IV (яка конкретизує конституційну норму), міжнародні договори не лише є частиною національного законодавства України, а й застосовуються у порядку, передбаченому для норм національного законодавства. Слід також зазначити, що норми міжнародних договорів поступаються за юридичною силою лише положенням Конституції України, але мають перевагу перед нормами відповідних актів законодавства України, в тому числі законів України.

2. Можна констатувати, що національне законодавство України загалом відповідає положенням міжнародних правових актів універсального характеру. Такий самий висновок можна зробити і про відповідність вітчизняного законодавства документам Ради Європи. Разом з тим, як свідчить практика, існують певні проблеми, пов'язані із рівнем правової культури і правової свідомості окремих посадових осіб, до компетенції яких належить процес прийняття юридично обов'язкових рішень. Зокрема, це стосується недостатнього розуміння пріоритету міжнародних договорів, згода на які

³⁷ Відомості Верховної Ради України. – 2002. – №№ 21–22. – Ст. 135.

³⁸ Відомості Верховної Ради України. – 1992. – № 48. – Ст. 650.

дана Верховною Радою України, перед нормами законів України, а також необхідності адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу.

3. Положення рекомендаційних міжнародних актів не завжди розцінюються як певний міжнародний стандарт розуміння того чи іншого питання, або як певний курс (програма), у напрямі реалізації якого рухається міжнародна спільнота. Зокрема, це стосується права дитини брати участь у прийнятті рішень, що впливають на її життя (у тому числі й у сфері ВІЛ-інфекції).

1.5. Рекомендації

Рекомендації Мін'юсту України, Мінсім'ямолодьспорту, МОЗ України, МОН України, МВС України у партнерстві з місцевими органами влади та громадськими організаціями:

Підвищувати правову культуру державних службовців, медичних, соціальних працівників, представників громадських організацій, працівників правоохоронних органів та суспільства в цілому:

- щодо пріоритету міжнародних договорів, згода на які дана Верховною Радою України, перед нормами відповідних актів законодавства України, в тому числі законів України;
- щодо процесу адаптації вітчизняного законодавства до права Європейського Союзу, у тому числі і до норм про захист прав людини, що приймаються в рамках Європейського Союзу;
- щодо значення і змісту рекомендаційних міжнародних актів.

2. Особливості правового статусу дітей та молоді віком від 10 до досягнення 18 років, які належать до груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування

2.1. Суть питання

Концепція захисту прав людини виділяє окремі групи індивідів, яких традиційно відносять до найбільш уразливих і за якими міжнародне і національне право визнає існування спеціальних прав, що полегшують доступ до універсального каталогу прав. Найбільш уразливими групами є діти, жінки, біженці, представники меншин тощо. Разом з тим маємо констатувати, що група дітей, яка є предметом нашого дослідження (віком від 10 до досягнення 18 років) – *діти-сироти і діти, позбавлені батьківського піклування; безпритульні діти і діти, які проживають у сім'ях, що знаходяться у складних життєвих ситуаціях* – через об'єктивні чинники знаходиться ще в менш сприятливому становищі, ніж більшість дітей.

Визначимо поняття «дитина» і її правовий статус відповідно до міжнародного (конвенційного) права і національного законодавства України.

У даному розділі аналізується обсяг правоздатності цільової групи та визначаються особи (установи), які мають право здійснювати опіку та піклування у разі відсутності батьків або законних представників. У наступних розділах більш детально розкриваються питання доступу до інформації медичних та соціальних послуг з урахуванням обсягу правоздатності цільової групи дітей та молоді, які належать до груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування.

2.2. Відображення питання в міжнародних актах та в рекомендаційних міжнародних актах

Конвенція про права дитини від 20.11.1989 р. (набула чинності для України 27 вересня 1991 року)³⁹ встановлює, що *«дитиною є кожна людська істота до досягнення 18-річного віку, якщо за законом, застосовуваним до даної особи, вона не досягає повноліття раніше»* (ст. 1).

Отже, Конвенція встановлює загальне правило – до досягнення 18-річного віку (повноліття) особа є дитиною. Іншими словами, особа вважається дорослою і набуває повного обсягу правоздатності після досягнення нею 18-річного віку.

Разом з тим Конвенція містить виключення з цього правила – особа може досягти повноліття (і набути повного обсягу правоздатності) до досягнення 18-річного віку. Дана норма має відсильний характер, тобто встановлення зазначених виключень є прерогативою національного закону держави-учасниці.

Конвенція визнає за дитиною такі права: право на життя; право знати своїх батьків і право на їх піклування; право на громадянство, ім'я та сімейні зв'язки, право вільно висловлювати свої думки, право на свободу думки, совісті та релігії; право на свободу асоціацій і свободу мирних зборів; право на користування найбільш досконалими послугами системи охорони здоров'я та засобами лікування хвороб і

³⁹ Постанова Верховної Ради Української РСР «Про ратифікацію Конвенції про права дитини» від 27.02.1991 р. № 789-ХІІ // Відомості Верховної Ради УРСР. – 1991. – № 13. – Ст. 145.

відновлення здоров'я; права дитини, яка віддана компетентними органами на піклування з метою догляду за нею, її захисту або фізичного чи психічного лікування, на періодичну оцінку лікування, наданого дитині, і всіх інших умов, пов'язаних з таким піклуванням про дитину; право користуватися благами соціального забезпечення, включаючи соціальне страхування; право на рівень життя, необхідний для фізичного, розумового, духовного, морального і соціального розвитку дитини; право на освіту; право на відпочинок і дозвілля; право брати участь в іграх і розважальних заходах, що відповідають її віку, та вільно брати участь у культурному житті, займатися мистецтвом; право на захист від економічної експлуатації та від виконання будь-якої роботи, яка може становити небезпеку для здоров'я, бути перешкодою в одержанні нею освіти чи завдавати шкоди її здоров'ю, фізичному, розумовому, духовному, моральному та соціальному розвитку.

Права дитини у доступі до медичних та інших послуг (соціальних) мають бути чітко окреслені посиланням на 2 комплексні головні принципи Конвенції про права дитини:

- 1) якнайкраще дотримання інтересів дитини;
- 2) право дитини брати участь у прийнятті рішень, що впливають на її життя.

Щодо дотримання інтересів дитини в сфері профілактики ВІЛ-інфікування, лікування, догляду та підтримки Комітетом з прав дитини ООН прийнято документ Замечание общего порядка № 3 «ВИЧ/СПИД и права ребенка»⁴⁰ (далі по тексту – «Замечание»), пункт 10 якого зазначає, що *«Политика и программы, направленные на обеспечение профилактики, ухода и лечения ВИЧ/СПИДа, как правило, разрабатываются для взрослых лиц, при этом необходимости соблюдать в первоочередном порядке принцип наилучшего обеспечения интересов ребенка внимания уделяется мало. Связанные с этим правом обязательства имеют основополагающее значение для ориентирования действий государств по борьбе с ВИЧ/СПИДом. В фокусе мер реагирования на пандемию должен находиться ребенок, а вырабатываемые стратегии должны быть адаптированы к правам и потребностям детей».*

Право дитини брати участь у прийнятті рішень, що впливають на її життя, визначається у пункті 12 «Замечания»: *«Наиболее полезным для них [детей] такое участие признается в тех случаях, когда они активно вовлекаются в деятельность по оценке потребностей, выработке вариантов решений, формированию стратегий и их осуществлению, а не рассматриваются в качестве объектов, для которых предназначаются принимаемые решения. В этой связи следует активно пропагандировать участие детей в неформальной воспитательной работе среди сверстников в школе и вне нее... В соответствующих случаях исключительно важное значение для эффективной профилактики и уменьшения практики клеймения позором и дискриминации имеет вовлечение в информационно-просветительскую деятельность ВИЧ-инфицированных детей и детей, больных СПИДом, которые при проведении соответствующих мероприятий могут делиться пережитым опытом со своими сверстниками и другими лицами. Государство-участник должно обеспечивать, чтобы участвующие в таких информационно-просветительских мероприятиях дети делали это добровольно и после консультаций с ними, а также получали социальную*

⁴⁰ Прийнято Комітетом з прав дитини ООН, 32-а сесія Генеральної Асамблеї ООН, 13–31 січня 2003 р.

поддержку и правовую защиту для того, чтобы иметь возможность вести нормальную жизнь в период участия такой деятельности и впоследствии.»⁴¹.

У багатьох країнах світу (США, Великій Британії, Бельгії, Франції, Німеччині та ін.), на відміну від України, судочинство у справах про злочини неповнолітніх здійснюється спеціалізованими судами різних модифікацій. Діяльність таких судів для неповнолітніх оцінюється вченими-юристами досить високо⁴².

У міжнародно-правових актах наголошується на необхідності особливого захисту дітей та підлітків. Так, Мінімальні стандартні правила Організації Об'єднаних Націй, які стосуються відправлення правосуддя щодо неповнолітніх («Пекінські правила»), від 29.11.1985 р. встановлюють, що *«Правосудие в отношении несовершеннолетних должно являться составной частью процесса национального развития каждой страны в рамках всестороннего обеспечения социальной справедливости для всех несовершеннолетних, одновременно содействуя таким образом защите молодежи и поддержанию мирного порядка в обществе»* (п. 1.4.).

У Правилах підкреслюється необхідність неупередженого їх застосування⁴³, а також встановлюються дві найголовніші цілі: сприяння благополуччю неповнолітніх і дотримання «принципу співмірності»⁴⁴.

Питанням ювенальної юстиції присвячені дві конвенції, що прийняті в рамках Ради Європи: Європейська конвенція про здійснення прав дітей від 08.09.1995 р.⁴⁵ і Конвенція про юрисдикцію, право, що застосовується, визнання, виконання та співробітництво щодо батьківської відповідальності та заходів захисту дітей від 19.10.1996 р.⁴⁶

Відповідно до ч. 2 ст. 1 Європейської конвенції про здійснення прав дітей, її предметом є – у найвищих інтересах дітей – підтримка їхніх прав, надання дітям процесуальних прав та сприяння здійсненню ними цих прав шляхом забезпечення становища, за якого діти особисто або через інших осіб чи органи поінформовані та допущені до участі в розгляді судовим органом справ, що їх стосуються. Для цілей Конвенції розгляд судовим органом справ, що стосуються дітей, визнається розглядом сімейних справ, зокрема тих, що пов'язані зі здійсненням батьками своєї відповідальності, наприклад, стосовно місця проживання дітей і доступу до них.

⁴¹ Там само.

⁴² Постанова Судової палати у кримінальних справах Верховного Суду України «Судова практика у справах про злочини неповнолітніх і втягнення їх у злочинну діяльність» від 29.08.2003 р.

⁴³ Мінімальні стандартні правила застосовуються до неповнолітніх правопорушників безпристрасно, без будь-якої різниці стосовно, наприклад, раси, кольору шкіри, статі, мови, віросповідання, політичних чи інших переконань, національного чи соціального походження, майнового, станового чи іншого становища (п. 2.1).

⁴⁴ Система правосуддя стосовно неповнолітніх спрямована в першу чергу на забезпечення благополуччя неповнолітнього і забезпечення того, щоб будь-які заходи впливу на неповнолітніх правопорушників були завжди сумірні як з особливостями особи правопорушника, так і з обставинами правопорушення (п. 5.1).

⁴⁵ Закон України «Про ратифікацію Європейської конвенції про здійснення прав дітей» від 03.08.2006 р. № 69-V // Відомості Верховної Ради України. – 2006. – № 41. – Ст. 354.

⁴⁶ Див. Закон України «Про приєднання до Конвенції про юрисдикцію, право, що застосовується, визнання, виконання та співробітництво щодо батьківської відповідальності та заходів захисту дітей» від 14.09.2006 р. № 136-V // Відомості Верховної Ради України. – 2006. – № 43. – Ст. 417.

Згідно з Конвенцією про юрисдикцію, право, що застосовується, визнання, виконання та співробітництво щодо батьківської відповідальності та заходів захисту дітей передбачається здійснювати такі заходи для захисту прав дітей:

- a) набуття, здійснення, припинення чи обмеження батьківської відповідальності, а також її делегування;
- b) права опіки, у тому числі права стосовно піклування про особу дитини та, зокрема, право визначати місце проживання дитини, а також права на спілкування, у тому числі право брати дитину на обмежений період у місце інше, ніж звичайне місце проживання дитини;
- c) опіки, піклування та аналогічних інститутів;
- d) призначення та функцій будь-якої особи чи органу, які відповідають за особу чи майно дитини та які представляють дитину або допомагають їй;
- e) влаштування дитини в прийомну сім'ю або в установи опіки і піклування, або забезпечення піклування в установі «кафала» чи в аналогічних установах;
- f) нагляду з боку державного органу за піклуванням за дитиною будь-якою особою, яка несе відповідальність за дитину;
- g) управління, збереження або розпорядження майном дитини.

2.3. Відображення питання в законодавстві України

- *Поняття «дитина»*

Стаття 1 Закону України «Про охорону дитинства» від 26.04.2001 р. № 2402-III⁴⁷ містить визначення поняття «дитина», аналогічне до конвенційного:

дитина – це особа віком до 18 років (повноліття), якщо згідно із законом, застосовуваним до неї, вона не набуває прав повнолітньої раніше.

Сімейний кодекс України у ст. 6 встановлює класифікацію дітей за критерієм досягнення 14-річного віку:

«1. Правовий статус дитини має особа до досягнення нею повноліття.

2. Малолітньою вважається дитина до досягнення нею чотирнадцяти років.

Неповнолітньою вважається дитина у віці від чотирнадцяти до вісімнадцяти років».

Слід зазначити, що на рівні окремих нормативно-правових актів (зокрема, наказів МОЗ) є досить поширеним вживання понять «підліток», «підлітковий». Наприклад, таку термінологію застосовано у наказі МОЗ України «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію» від 19.08.2005 р. № 415⁴⁸; наказі МОЗ і МОН України «Про затвердження Інструкції про медичне обстеження дітей і підлітків, які направляються до загальноосвітніх шкіл та професійних училищ соціальної реабілітації для дітей і підлітків, які потребують особливих умов виховання» від 05.05.1997 р. № 137/131⁴⁹; наказі МОЗ України «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів» від 03.02.2006 р. № 48⁵⁰ та ін.

⁴⁷ Відомості Верховної Ради України. – 2001. – № 30. – Ст. 142.

⁴⁸ Офіційний вісник України. – 2005. – № 48. – Ст. 3018.

⁴⁹ Офіційний вісник України. – 1997. – № 34. – Ст. 9.

⁵⁰ Офіційний вісник України. – 2006. – № 23. – Ст. 1746.

Однак жоден нормативно-правовий акт вітчизняного законодавства не містить визначення понять «підліток», «підлітковий» і не встановлює їх співвідношення з поняттями «дитина», «малолітній», «неповнолітній» тощо. Як наслідок, це вносить неоднозначність і плутанину як на рівні розуміння, так і на рівні прийняття та виконання рішень щодо дітей та молодих людей від 10 до досягнення 18 років, які належать до груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування.

Як і міжнародне конвенційне право, вітчизняне законодавство також говорить про можливість певних винятків із загального правила про набуття повноліття у 18 років (ст. 1 Закону України «Про охорону дитинства»). Зазвичай такими винятками є певні юридичні факти, які доводять соціальну, фізичну або матеріальну зрілість осіб віком до 18 років і дають законні підстави прирівняти їх правовий статус до правового статусу повнолітніх осіб. Розглянемо ці випадки детальніше.

Цивільний кодекс України встановлює **чотири випадки**, коли особа набуває повної цивільної дієздатності до досягнення вісімнадцяти років (повноліття):

1) у разі реєстрації шлюбу фізичної особи, яка не досягла повноліття, вона набуває повної цивільної дієздатності з моменту реєстрації шлюбу (ч. 2 ст. 34 ЦКУ). Відповідно до ч. 1 ст. 22 Сімейного кодексу України «шлюбний вік для жінки встановлюється у сімнадцять, а для чоловіка – у вісімнадцять років». Разом з тим, «за заявою особи, яка досягла чотирнадцяти років, за рішенням суду їй може бути надано право на шлюб, якщо буде встановлено, що це відповідає її інтересам» (ч. 2 ст. 23 Сімейного кодексу України).

У разі припинення шлюбу до досягнення фізичною особою повноліття, набута нею повна цивільна дієздатність зберігається. У разі визнання шлюбу недійсним з підстав, не пов'язаних з протиправною поведінкою неповнолітньої особи, набута нею повна цивільна дієздатність **зберігається** (ч. 2 ст. 34 ЦКУ);

2) коли фізична особа досягла шістнадцяти років і працює за трудовим договором (ч. 1 ст. 35 ЦКУ). У разі припинення трудового договору надана особі повна цивільна дієздатність **зберігається** (ч. 5 ст. 35 ЦКУ);

3) коли неповнолітня особа записана матір'ю або батьком дитини (ч. 1 ст. 35 ЦКУ).

У 2-му і 3-му випадках надання повної цивільної дієздатності провадиться за рішенням органу опіки та піклування за заявою заінтересованої особи за письмовою згодою батьків (усиновлювачів) або піклувальника, а в разі відсутності такої згоди повна цивільна дієздатність може бути надана за рішенням суду (ч. 2 ст. 35 ЦКУ);

4) коли особа досягла шістнадцяти років і бажає займатися підприємницькою діяльністю. За наявності письмової згоди на це батьків (усиновлювачів), піклувальника або органу опіки та піклування така особа може бути зареєстрована як підприємець. У цьому разі фізична особа набуває повної цивільної дієздатності з моменту державної реєстрації її як підприємця (ч. 3 ст. 35 ЦКУ). У разі припинення фізичною особою підприємницької діяльності надана їй повна цивільна дієздатність **зберігається** (ч. 5 ст. 35 ЦКУ).

Зазначимо, що відповідно до ч. 4 ст. 35 ЦКУ повна цивільна дієздатність, надана фізичній особі, поширюється **на всі цивільні права та обов'язки**.

Слід визнати, що передбачені Цивільним кодексом України випадки, коли особа набуває повної цивільної дієздатності до досягнення вісімнадцяти років (повноліття)⁵¹, з огляду на предмет нашого дослідження **не є поширеними**.

Особливо важливими для реалізації дієздатності дітей є норми Сімейного кодексу України, закріплені у ст.ст. 152 і 171.

Зокрема, ст. 152 встановлює гарантії для забезпечення права дитини на належне батьківське виховання:

1. *Право дитини на належне батьківське виховання забезпечується системою державного контролю, що встановлена законом.*

2. *Дитина має право протидіяти неналежному виконанню батьками своїх обов'язків щодо неї.*

3. *Дитина має право звернутися за захистом своїх прав та інтересів до органу опіки та піклування, інших органів державної влади, органів місцевого самоврядування та громадських організацій.*

4. *Дитина має право звернутися за захистом своїх прав та інтересів безпосередньо до суду, якщо вона досягла чотирнадцяти років.*

Ст. 171 передбачає врахування думки дитини при вирішенні питань, що стосуються її життя:

1. *Дитина має право на те, щоб бути вислуханою батьками, іншими членами сім'ї, посадовими особами з питань, що стосуються її особисто, а також питань сім'ї.*

2. *Дитина, яка може висловити свою думку, має бути вислухана при вирішенні між батьками, іншими особами спору щодо її виховання, місця проживання, у тому числі при вирішенні спору про позбавлення батьківських прав, поновлення батьківських прав, а також спору щодо управління її майном.*

3. *Суд має право постановити рішення всупереч думці дитини, якщо цього вимагають її інтереси.*

Розглянемо детальніше ситуації, що стосуються цільової групи нашого дослідження (дітей віком від 10 до досягнення 18 років): *діти-сироти і діти,*

⁵¹ Цивільний кодекс Російської Федерації встановлює **два випадки**, коли особа набуває повної цивільної дієздатності до досягнення вісімнадцяти років (повноліття):

1) *У разі, коли законом допускається вступ до шлюбу до досягнення вісімнадцяти років, громадянин, який не досяг вісімнадцятирічного віку, набуває дієздатність в повному обсязі з часу вступу у шлюб (ч. 2 ст. 21 Цивільного кодексу Російської Федерації від 30 листопада 1994 року № 51-ФЗ). Відповідно до ч. 1 ст. 13 Сімейного кодексу Російської Федерації «шлюбний вік встановлюється у вісімнадцять років». Разом з тим, «за наявності поважних причин орган місцевого самоврядування за місцем проживання осіб, що бажають вступити в шлюб, вправі на прохання даних осіб дозволити вступити до шлюбу особам, що достигли віку шістнадцяти років» (ч. 2 ст. 13 Сімейного кодексу Російської Федерації від 29 грудня 1995 року № 223-ФЗ).*

У разі припинення шлюбу до досягнення фізичною особою повноліття, набута нею повна цивільна дієздатність зберігається. У разі визнання шлюбу недійсним з підстав, не пов'язаних з протиправною поведінкою неповнолітньої особи, набута нею повна цивільна дієздатність зберігається. У разі визнання шлюбу недійсним суд може прийняти рішення про втрату неповнолітнім повної дієздатності з моменту, обумовленого судом (ч. 2 ст. 21 ГК РФ).

2) *Коли фізична особа досягла шістнадцяти років і працює за трудовим договором, у тому числі, за контрактом, або за згодою батьків, усиновителів або піклувальників займається підприємницькою діяльністю (ст. 27 ГК РФ).*

У цьому випадку проголошення неповнолітнього повністю дієздатним (емансипація) провадиться за рішенням органу опіки та піклування за згодою обох батьків, усиновлювачів або піклувальника, а в разі відсутності такої згоди повна цивільна дієздатність може бути надана за рішенням суду (абз. 2 ст. 27 ГК РФ).

позбавлені батьківського піклування; безпритульні діти; діти, які проживають у сім'ях, що знаходяться у складних життєвих ситуаціях.

- *Діти, які проживають у сім'ях, що знаходяться у складних життєвих ситуаціях*

Складними життєвими обставинами відповідно до абз. 3 ст. 1 Закону України «Про соціальні послуги» від 19.06.2003 р. № 966-IV⁵² є обставини, що об'єктивно порушують нормальну життєдіяльність особи, наслідки яких вона не може подолати самостійно (інвалідність, часткова втрата рухової активності у зв'язку із старістю або станом здоров'я, самотність, сирітство, безпритульність, відсутність житла або роботи, насильство, зневажливе ставлення та негативні стосунки в сім'ї, малозабезпеченість, психологічний чи психічний розлад, стихійне лихо, катастрофа тощо).

- *Діти-сироти і діти, позбавлені батьківського піклування*

Закон України «Про охорону дитинства» від 26.04.2001 р. № 2402-III⁵³ визначає, що:

дитина-сирота – це дитина, в якій померли чи загинули батьки;

діти, позбавлені батьківського піклування – діти, які залишилися без піклування батьків у зв'язку з позбавленням їх батьківських прав, відібранням у батьків без позбавлення батьківських прав, визнанням батьків безвісно відсутніми або недієздатними, оголошенням їх померлими, відбуванням покарання в місцях позбавлення волі та перебуванням їх під вартою на час слідства, розшуком їх органами внутрішніх справ, пов'язаним з ухиленням від сплати аліментів та відсутністю відомостей про їх місцезнаходження, тривалою хворобою батьків, яка перешкоджає їм виконувати свої батьківські обов'язки, а також підкинуті діти, діти, батьки яких невідомі, діти, від яких відмовились батьки, та безпритульні діти.

Конституція України (ч. 3 ст. 52) покладає на державу утримання та виховання дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування. Відповідно до ч. 3 ст. 24 Закону України «Про охорону дитинства» діти-сироти та діти, позбавлені батьківського піклування, повинні бути передані під опіку чи піклування, на усиновлення або влаштовані на виховання в сім'ї громадян (прийомні сім'ї), в будинки дитини, дитячі будинки, школи-інтернати, дитячі будинки сімейного типу на повне державне утримання. Вихованцям таких закладів створюються необхідні умови для їх всебічного і гармонійного розвитку, підготовки до самостійного життя та праці.

Процедури усиновлення, встановлення опіки та піклування, передачі до прийомної сім'ї і передачі до дитячого будинку сімейного типу визначені у Законі України «Про забезпечення організаційно-правових умов соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування» від 13.01.2005 р. № 2342-IV⁵⁴:

усиновлення – прийняття усиновлювачем у свою сім'ю дитини на правах дочки чи сина, що здійснене на підставі рішення суду. Усиновлення дитини провадиться в її інтересах для забезпечення стабільних та гармонійних умов її життя⁵⁵;

⁵² Відомості Верховної Ради України. – 2003. – № 45. – Ст. 358.

⁵³ Відомості Верховної Ради України. – 2001. – № 30. – Ст. 142.

⁵⁴ Відомості Верховної Ради України. – 2005. – № 6. – Ст. 147.

⁵⁵ Відповідно до ст. 218 Сімейного кодексу України:

1. Для усиновлення дитини потрібна її згода, якщо вона досягла такого віку та рівня розвитку, що може її висловити.

Згода дитини на її усиновлення дається у формі, яка відповідає її вікові та стану здоров'я.

встановлення опіки та піклування – влаштування дітей-сиріт, дітей, позбавлених батьківського піклування, в сім'ї громадян України, які перебувають, переважно, у сімейних, родинних відносинах з цими дітьми-сиротами або дітьми, позбавленими батьківського піклування, з метою забезпечення їх виховання, освіти, розвитку і захисту їх прав та інтересів;

передача до прийомної сім'ї – добровільне прийняття за плату сім'єю або окремою особою, яка не перебуває у шлюбі, із закладів для дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, від одного до чотирьох дітей на виховання та для спільного проживання;

передача до дитячого будинку сімейного типу – прийняття в окрему сім'ю, яка створюється за бажанням подружжя або окремої особи, яка не перебуває у шлюбі, на виховання та для спільного проживання не менш як п'яти дітей-сиріт та/або дітей, позбавлених батьківського піклування. Загальна кількість дітей, включаючи рідних, у такій сім'ї не може перевищувати десяти осіб;

Як передбачає ч. 3 ст. 243 Сімейного кодексу України⁵⁶, «опіка встановлюється органом опіки та піклування, а також судом у випадках, передбачених Цивільним кодексом України над дитиною, яка не досягла чотирнадцяти років, а піклування – над дитиною у віці від чотирнадцяти до вісімнадцяти років»⁵⁷.

Згідно зі ст. 244 Сімейного кодексу України опікуном, піклувальником дитини може бути за її згодою повнолітня дієздатна особа. При призначенні дитині опікуна або піклувальника органом опіки та піклування враховуються особисті якості особи, її здатність до виховання дитини, ставлення до неї, а також бажання самої дитини. Не може бути опікуном, піклувальником дитини особа, яка зловживає спиртними напоями, наркотичними засобами, особа, позбавлена батьківських прав, а також особа, інтереси якої суперечать інтересам дитини.

Відповідно до абз. 2 ч. 4 ст. 63 Цивільного кодексу України при призначенні опікуна для малолітньої особи (до досягнення 14 років) та при призначенні піклувальника для неповнолітньої особи (від 14 до досягнення 18 років) враховується бажання підопічного.

Дана норма дещо конкретизується в абз. 4 п. 3.1. Правил опіки та піклування, затверджених наказом Державного комітету України у справах сім'ї та молоді, Міністерства освіти України, Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства праці та соціальної політики України від 26.05.1999 р. № 34/166/131/88⁵⁸ (далі – Правила): при встановленні опіки та піклування враховуються побажання самої дитини, за умови досягнення нею відповідного віку (10 років).

2. Дитина має бути проінформована про правові наслідки усиновлення.

3. Усиновлення провадиться без згоди дитини, якщо вона у зв'язку з віком або станом здоров'я не усвідомлює факту усиновлення.

4. Згода дитини на усиновлення не потрібна, якщо вона проживає в сім'ї усиновлювачів і вважає їх своїми батьками.

⁵⁶ Відомості Верховної Ради України. – 2002. – № 21-22. – Ст. 135.

⁵⁷ Згідно зі ст. 58 ЦКУ «опіка встановлюється над малолітніми особами, які позбавлені батьківського піклування, та фізичними особами, які визнані недієздатними» (ст. 58). У свою чергу ст. 59 ЦКУ визначає, що «піклування встановлюється над неповнолітніми особами, які позбавлені батьківського піклування, та фізичними особами, цивільна дієздатність яких обмежена».

⁵⁸ Офіційний вісник України. – 1999. – № 26. – Ст. 115.

Зазначимо, що Правила опіки та піклування не передбачають, щоб дитина до досягнення **10 років** могла висловити своє бажання щодо призначення їй опікуна. Вважаємо, що у даному випадку можна за аналогією скористатися нормами, закріпленими відповідно у ст. 256-3 «Прийомні діти» і ст. 256-7 «Вихованці дитячого будинку сімейного типу» Сімейного кодексу України: *«потрібна згода дитини, якщо вона досягла такого віку та рівня розвитку, що може її висловити»*. Крім цього, Правила не визначають, як у контексті ст.ст. 151, 172 Сімейного кодексу України дитина до досягнення **14 років** може оспорити призначення їй опікуна.

Стаття 67 Цивільного кодексу України передбачає певне коло обов'язків опікуна в разі встановлення опіки. Одним із обов'язків опікуна є зобов'язання забезпечити підопічного доглядом та лікуванням. Подібну норму містить і ст. 69 ЦКУ, яка встановлює обов'язок піклувальника вживати заходів щодо захисту цивільних прав та інтересів підопічного, до яких, очевидно, належать і права у сфері охорони здоров'я.

Ст. 249 Сімейного кодексу України також передбачає певне коло прав та обов'язків опікуна та піклувальника у сфері охорони здоров'я дитини, а саме: опікун, піклувальник зобов'язаний піклуватися про здоров'я дитини, фізичний, психічний, духовний розвиток.

Якщо дитина **постійно** проживає у закладі охорони здоров'я, навчальному або іншому дитячому закладі, функції опікуна та піклувальника щодо неї покладаються на адміністрацію цих закладів (ст. 245 Сімейного кодексу України).

Опіка (піклування) встановлюється для забезпечення виховання, для захисту особистих і майнових прав та інтересів неповнолітніх дітей, які залишились без батьківського піклування внаслідок смерті батьків, якщо батьки невідомі, визнані в судовому порядку безвісно відсутніми або померлими.

Опіку (піклування) може бути встановлено і при житті батьків неповнолітніх дітей у випадках, коли батьки (п. 2.2 Правил):

- судом позбавлені батьківських прав або прийнято рішення про відібрання дитини і передачу її під опіку незалежно від того, позбавлені вони батьківських прав чи ні, оскільки перебування з ними небезпечне для життя дитини;
- визнані у встановленому порядку недієздатними або обмежено дієздатними (психічно хворі, розумово відсталі або перебувають на тривалому стаціонарному лікуванні в лікувально-профілактичному закладі чи на державному утриманні в будинках-інтернатах);
- понад шість місяців не можуть займатись вихованням своїх дітей (засуджені до позбавлення волі на тривалий час за скоєння злочину, за станом здоров'я (інваліди I-II групи) тощо);
- понад шість місяців не проживають разом з дитиною та без поважних причин не беруть участі в її вихованні та утриманні, не виявляють щодо дитини батьківської уваги та турботи або підкинули (залишили) дитину і це підтверджено відповідними актами, складеними органами внутрішніх справ;
- відмовились від дітей в установленому законом порядку;
- виїхали на постійне місце проживання або на постійне місце роботи за кордон чи перебувають у довготривалому відрядженні;
- перебувають під слідством.

Близькі родичі та інші особи, житлово-експлуатаційні контори, будинкоуправління, власники чи орендатори житлових будинків, органи освіти та керівники навчально-виховних закладів, органи в справах сім'ї та молоді, служби в справах неповнолітніх, органи внутрішніх справ, органи соціального захисту населення, органи РАГСу, нотаріальні контори, судові органи, лікувально-профілактичні установи психіатричного профілю та інші організації й установи, яким стане відомо про неповнолітніх, що залишилися без піклування батьків, повинні негайно повідомити про це органи опіки та піклування за фактичним місцезнаходженням дітей, що підлягають опіці (піклуванню) (п. 2.5 Правил).

У разі одержання відомостей про неповнолітніх, які залишилися без піклування батьків, органи опіки та піклування зобов'язані негайно здійснити відповідне обстеження і в разі встановлення факту відсутності опіки батьків забезпечити тимчасове влаштування неповнолітніх до вирішення питання про призначення опікуна чи піклувальника (п. 2.6 Правил).

Установами і місцями тимчасового влаштування неповнолітніх є:

- сім'ї громадян, які погодились утримувати дитину до визначення її подальшої долі;
- навчально-виховні заклади для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування;
- притулки для неповнолітніх.

Якщо неповнолітні залишилися без піклування батьків, то органи опіки й піклування влаштовують їх (п. 2.8 Правил):

- у віці до трьох років, а дітей-інвалідів та дітей з вадами у фізичному та розумовому розвитку у віці до чотирьох років – у будинки дитини органів охорони здоров'я;
- у віці від трьох до вісімнадцяти років – у дитячі будинки або школи-інтернати органів освіти;
- дітей-інвалідів з вадами фізичного та розумового розвитку (глибоко розумово відсталі) у віці від чотирьох до вісімнадцяти років – у відповідні дитячі будинки-інтернати органів соціального захисту населення, а з вісімнадцяти – у будинки-інтернати для громадян похилого віку та інвалідів, психоневрологічні інтернати.

У п. 3.6 Правил опіки та піклування зазначається *«Якщо над дітьми, які виховуються у навчально-виховних закладах для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, особам, які потребують опіки (піклування) і влаштовані у відповідні лікувальні установи чи установи соціального захисту населення, опікуни (піклувальники) не призначені, то виконання обов'язків опікунів і піклувальників від імені держави здійснюють ці установи в особі керівників цих установ. Призначити опікуна (піклувальника) можна й після влаштування зазначених у даному пункті осіб у відповідні державні установи»*.

Пункт 5.2. Правил передбачає, що органи опіки та піклування за своєю ініціативою, *за клопотанням підопічних*, державних або громадських організацій, а також згідно з обґрунтованими заявами будь-яких осіб можуть звільнити опікуна або піклувальника від виконання покладених на нього обов'язків, якщо встановлять, що опікун чи піклувальник не відповідає своєму призначенню або належним чином не виконує своїх обов'язків.

- *Безпритульні діти*

Відповідно до ст. 1 Закону України «Про охорону дитинства» від 26.04.2001 р. № 2402-III⁵⁹ *безпритульні діти* – це діти, які були покинуті батьками, самі залишили сім'ю або дитячі заклади, де вони виховувались, і не мають певного місця проживання.

Безпритульні діти в порядку, встановленому законом, тимчасово розміщуються в притулках для неповнолітніх служб у справах неповнолітніх, у яких створюються належні житлово-побутові умови та умови, спрямовані на забезпечення соціальної адаптації таких сімей та підготовку до повернення у рідні сім'ї або передачі під опіку і піклування, надається правова, психологічна, медична та інша допомога (ч. 2 ст. 24 Закону України «Про охорону дитинства»).

Закон України «Про основи соціального захисту бездомних громадян і безпритульних дітей» від 02.06.2005 р. № 2623-IV⁶⁰ містить аналогічні визначення:

бездомність – це соціальне становище людини, зумовлене відсутністю в неї жилого приміщення (будинку, квартири, кімнати тощо), яке б вона могла використовувати для проживання/перебування і в якому могла б бути зареєстрованою;

безпритульність – стан людини, пов'язаний з неможливістю фактично проживати/перебувати в жиллому приміщенні, на яке вона має право;

безпритульними дітьми – є діти, які були вимушені залишити або самі залишили сім'ю чи дитячі заклади, де вони виховувались, і не мають певного місця проживання.

Слід зазначити, що безпритульними дітьми можуть стати пердусім діти-сироти і діти, позбавлені батьківського піклування.

Зкладами соціального захисту для безпритульних дітей є: притулок для неповнолітніх служби у справах неповнолітніх та центр соціально-психологічної реабілітації дітей служби у справах неповнолітніх (ст. 15 Закону України «Про основи соціального захисту бездомних громадян і безпритульних дітей»). Діяльність закладів соціального захисту для безпритульних дітей здійснюється відповідно до типових положень, затверджених Кабінетом Міністрів України. Перебувати у закладах соціального захисту для безпритульних дітей можуть діти віком від 3 до 18 років.

Діти-сироти та діти, позбавлені батьківського піклування, повинні бути передані під опіку чи піклування, на усиновлення або влаштовані на виховання в сім'ї громадян (прийомні сім'ї), в будинки дитини, дитячі будинки, школи-інтернати, дитячі будинки сімейного типу на повне державне утримання. Вихованцям таких закладів створюються необхідні умови для їх всебічного і гармонійного розвитку, підготовки до самостійного життя та праці.

- *Зклади тимчасового перебування дітей, відповідальність їх керівників*

На виконання ст. 15 Закону України «Про основи соціального захисту бездомних громадян і безпритульних дітей» Кабінетом Міністрів України прийнято дві постанови

⁵⁹ Відомості Верховної Ради України. – 2001. – № 30. – Ст. 142.

⁶⁰ Відомості Верховної Ради України. – 2005. – № 26. – Ст. 354.

«Про Типове положення про притулок для дітей» від 09.06.1997 р. № 565⁶¹ і «Про затвердження Типового положення про соціально-реабілітаційний центр (дитяче містечко)» від 27.12.2005 р. № 1291⁶².

Згідно з Типовим положенням про притулок для дітей притулок забезпечує своєчасність, доступність і ефективність різних видів допомоги дітям. Безпосереднє управління притулком здійснює завідувач, який призначається і звільняється з посади начальником відповідної служби у справах дітей за погодженням з Мінсім'ямолодьспортом. Завідувач притулку повинен мати вищу освіту, спеціальну підготовку та досвід роботи з дітьми не менше трьох років, відповідні морально-етичні якості, володіти вмінням налагодити роботу притулку і керувати колективом його працівників.

Завідувач притулку здійснює такі функції:

- забезпечує реалізацію завдань, покладених на заклад;
- несе персональну відповідальність за додержання належних умов перебування, навчання та виховання дітей;
- розпоряджається в установленому порядку майном і коштами, затверджує і виконує кошторис, укладає угоди, видає у межах своєї компетенції накази та розпорядження;
- організовує навчально-виховний процес, здійснює контроль за його проведенням, несе відповідальність за ефективність роботи закладу, отримує необхідні відомості від навчальних закладів, підприємств, установ та організацій щодо дітей, причин їх бездоглядності, викликає батьків (усиновителів) або опікунів (піклувальників) для повернення дітей у сім'ю;
- затверджує правила внутрішнього розпорядку, посадові обов'язки працівників притулку;
- інформує відповідні органи про причини бездоглядності дітей, вносить пропозиції щодо їх усунення.

Адміністрація та колектив притулку несуть відповідальність перед суспільством і державою за забезпечення охорони прав дитини і її соціального захисту згідно із законодавством. Працівники притулку, винні у порушенні прав дітей або заподіянні їм у період перебування у притулку шкоди, несуть відповідальність, передбачену законодавством.

Організація профілактичної та корекційно-виховної роботи здійснюється на основі індивідуального підходу до дитини з урахуванням її віку та ступеня розвитку.

Психологічний супровід та забезпечення корекційно-виховної роботи в притулку здійснюються психологом. Забезпечення захисту особистих прав та інтересів дітей у притулку, надання практичної допомоги в розв'язанні питань правового захисту здійснюються юристом.

Діти, прийняті до притулку:

- підлягають обсервації відповідно до санітарного законодавства, у разі потреби направляються лікарем притулку на клінічне обстеження і госпіталізацію;

⁶¹ Офіційний вісник України – 1997. – № 24. – Ст. 61.

⁶² Офіційний вісник України. – 2005. – № 52. – Ст. 424.

- поділяються залежно від віку на групи чисельністю не більш як 10 осіб у кожній, які розміщуються в окремих кімнатах;
- забезпечуються спальними місцями, харчуванням, одягом відповідно до сезону в разі потреби, а також комунально-побутовими послугами;
- перебувають під цілодобовим наглядом педагогічних працівників притулку;
- можуть залучатися до прибирання приміщень і території притулку з урахуванням віку дітей, з дотриманням правил техніки безпеки, санітарії та особистої гігієни.

Діти, які перебувають у притулку, навчаються в навчальних закладах системи загальної середньої освіти або за індивідуальними навчальними програмами.

З метою забезпечення соціально-психологічної реабілітації дітей, виявлення та усунення конкретних причин і умов їх дискомфорту працівники притулку:

- проводять психолого-педагогічні обстеження дітей, вивчають їх психологічний стан, умови життя і виховання в сім'ї, індивідуальні особливості розвитку, особисті якості, інтереси, причини самовільного залишення ними навчального закладу чи місця роботи, втечі з сім'ї тощо;
- вживають заходів для встановлення особи дитини, якщо через вік або з інших причин цього не можна з'ясувати;
- протягом доби після встановлення особи дитини надсилають відомості про місце його перебування батькам (усиновителям) або опікунам (піклувальникам), органам внутрішніх справ, а також навчальним закладам, підприємствам, установам та організаціям, де навчалась або працювала дитина;
- інформують службу у справах дітей про батьків (усиновителів) або опікунів (піклувальників) чи посадових осіб, які зневажають права та інтереси дітей, провокують їх асоціальну поведінку, самовільне залишення сім'ї, навчальних закладів, створюють загрозу їх здоров'ю та інтелектуальному розвитку, в разі потреби порушують клопотання про застосування до батьків (усиновителів) або опікунів (піклувальників) заходів громадського впливу, притягнення їх до кримінальної, адміністративної чи цивільно-правової відповідальності;
- проводять індивідуальні та групові виховні заходи, психотерапевтичні заняття, на яких особливу увагу приділяють розвитку позитивних нахилів та інтересів, усуненню недоліків у поведінці дітей, встановленню нормальних взаємовідносин з дорослими та однолітками;
- можуть створювати разом з центрами соціальної служби для сім'ї, дітей та молоді консультаційні пункти при притулках з метою надання дітям, їх батькам, працівникам притулку кваліфікованих консультацій (психологічні, педагогічні, медичні, правові) залежно від конкретних причин соціальної дискомфорності;
- сприяють створенню належних умов для життєдіяльності дітей у сім'ї, навчальних закладах тощо.

Діти повертаються у сім'ю за письмовою заявою-зобов'язанням батьків (усиновителів), родичів (за погодженням служби у справах дітей) або опікунів (піклувальників) про забезпечення належного догляду за ними.

У разі неможливості супроводження дітей, які перебувають у притулках для дітей, за межами області батьками (усиновителями), повнолітніми родичами або опікунами (піклувальниками) Міністерство у справах молоді, сім'ї та гендерної

політики Автономної Республіки Крим, служби у справах дітей обласних, Київської та Севастопольської міських держадміністрацій вживають у місячний строк заходів щодо повернення та влаштування їх до регіональних притулків за місцем проживання (перебування).

З метою подальшої реабілітації діти можуть направлятися до центрів соціально-психологічної реабілітації дітей з дозволу на це відповідної служби у справах дітей.

Забороняється передавати дітей за їх проханням родичам без попередньої на те згоди родичів і батьків (усиновителів) або опікунів (піклувальників).

Діти віком від 16 років і старші, які мають паспорти, а також постійне місце проживання, за письмовим дозволом завідуючого притулком можуть повертатися до батьків (усиновителів) або до опікунів (піклувальників) самостійно.

У разі коли повернення дитини до місця колишнього проживання неможливе через відсутність належних умов проживання і виховання або з інших причин, влаштуванням дітей займаються органи опіки та піклування за останнім місцем проживання.

Влаштуванням дітей, що заблукали, займаються органи опіки та піклування тієї адміністративно-територіальної одиниці, де дитину було знайдено.

Діти, на яких отримані направлення на навчання у навчальних закладах, направляються до них у супроводі працівників притулку.

Повернення дітей до батьків (усиновителів) або опікунів (піклувальників), або осіб, які їх замінюють, навчальних закладів оформлюється актом.

Керівники транспортних організацій, працівники органів внутрішніх справ на транспорті надають допомогу працівникам притулку, які супроводжують дітей, у першочерговому придбанні квитків на залізничний, автомобільний, водний та повітряний транспорт.

Згідно з Типовим положенням про соціально-реабілітаційний центр (дитяче містечко), затвердженим Постановою Кабінету Міністрів України від 27.12.2005 р. № 1291⁶³, *Центр приймає дітей, що:*

- заблукали;
- перебувають у стані бродяжництва або жебракують, місцезнаходження батьків яких не встановлено;
- залишилися без піклування батьків або осіб, що їх замінюють;
- залишили сім'ю чи навчальний заклад;
- втратили зв'язок з батьками під час стихійного лиха, техногенної аварії, катастрофи;
- повернулися з місць позбавлення волі;
- підкинуті та безпритульні;
- дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування;
- дітей, яким перебування в сім'ї загрожує життю і здоров'ю.

⁶³ Офіційний вісник України. – 2005. – № 52. – Ст. 424.

Центр приймає дітей:

- на підставі направлення служби у справах дітей за місцем проживання, органів внутрішніх справ, за клопотанням органів опіки та піклування, управління освітою, у справах сім'ї, молоді та спорту, центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я;
- дітей, що особисто звертаються по допомогу. У такому разі з'ясовуються обставини, через які вони звернулися до центру, і за рішенням директора діти направляються до місця свого постійного проживання чи перебування або залишаються в центрі.

Центр забезпечує дітей засобами особистої гігієни, одягом та взуттям згідно з мінімальними нормами, встановленими Кабінетом Міністрів України для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, а також харчуванням, у тому числі дієтичним, згідно з нормами харчування у дитячих будинках, загальноосвітніх школах-інтернатах, встановленими Кабінетом Міністрів України.

Центр забезпечує навчання дітей у загальноосвітніх навчальних закладах різних типів, розташованих поблизу центру, та їх медичне обслуговування, яке здійснюють державні та комунальні заклади охорони здоров'я.

Центр забезпечує супровід дітей, що вибувають з нього до закладів соціального захисту, дитячих будинків сімейного типу та прийомних сімей, працівником центру або батьками-вихователями, прийомними батьками.

Супровід дітей до місця їх проживання у разі вибуття з центру здійснюється батьками або особами, що їх замінюють, родичами з письмового дозволу служби у справах дітей. Таким особам видаються документи дитини, що зберігалися в центрі.

Центр забезпечує дітей, що вибувають з нього і направляються в сім'ю, навчальний заклад чи до інших центрів, продуктами харчування та коштами на проїзд, а також засобами особистої гігієни, одягом та взуттям відповідно до сезону згідно з мінімальними нормами забезпечення вихованців центру, затвердженими Мінсім'ямолодьспорту.

Центр надає також допомогу дітям, що проживають у сім'ях, інтернатних та інших закладах і потребують соціальної, психологічної, педагогічної, медичної, правової та інших видів реабілітації.

Керівництво центром здійснює його директор, який призначається на посаду і звільняється з посади засновником центру або уповноваженим ним органом. На посаду директора призначається особа, що має вищу педагогічну, медичну або юридичну освіту, стаж роботи за спеціальністю не менше ніж три роки.

Директор центру, серед інших функцій:

- організовує роботу центру, розпоряджається його коштами, діє від імені центру і представляє його інтереси у відносинах з підприємствами, установами та організаціями;
- захищає особисті і майнові права та інтереси дітей;
- забезпечує влаштування дітей;
- затверджує правила внутрішнього трудового розпорядку;
- несе відповідальність за соціальний захист дітей, що перебувають в центрі.

Батьки або особи, що їх замінюють, родичі можуть відвідувати дітей, прийнятих до центру, з дозволу директора.

Таким чином, згідно з п. 3.6 Правил опіки та піклування, у тих випадках, коли опікуни (піклувальники) не призначені, то виконання обов'язків опікунів і піклувальників від імені держави здійснюють установи тимчасового влаштування дитини в особі керівників цих установ. Але у тих випадках коли, дитина перебуває в установі тимчасового влаштування, при цьому наявність опікунів/піклувальників не встановлена або опікуни/піклувальники не мають можливості оперативного прийняття рішення щодо стану здоров'я дитини, повноваження керівника щодо прийняття рішення про надання медичної допомоги, проходження тестування на ВІЛ, лікування ПСШ, аборту тощо чітко не визначені. **Одним з можливих варіантів може бути надання керівникам статусу «тимчасового опікуна» з обмеженням його повноважень лише до вирішення питань стосовно надання медичних та соціальних послуг в інтересах дитини.**

- *Особливості права ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД дітей та молоді від 10 до досягнення 18 років*

Конституція України (ч. 1 ст. 52) встановлює **принцип рівності дітей** у своїх правах незалежно від походження, а також від того, народжені вони у шлюбі чи поза ним. Міжнародний пакт про громадянські і політичні права закріплює, що *кожна дитина без будь-якої дискримінації за ознакою раси, кольору шкіри, статі, мови, релігії, національного чи соціального походження, майнового стану або народження має право на такі заходи захисту, які є необхідними в її становищі, як малолітньої, з боку її сім'ї, суспільства і держави* (ст. 24).

Отже, діти, що є предметом нашого дослідження, мають весь перелік прав, передбачених Конституцією України, міжнародними правовими актами і актами національного законодавства. Зокрема, дитина має **такі права**: на життя; **на охорону здоров'я**; на достатній життєвий рівень; на вільне висловлення думки та отримання інформації; на захист від усіх форм насильства; на житло; на освіту; **на державне забезпечення утримання і виховання дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування; на державну допомогу дітям, ураженим ВІЛ-інфекцією та ін.**

Відповідно до ст. 17 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» всі ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД громадяни (в тому числі і неповнолітні) користуються всіма правами та свободами, передбаченими Конституцією та законами України, іншими нормативно-правовими актами. Крім загальних прав і свобод, вони мають право також на:

– відшкодування збитків, пов'язаних з обмеженням їх прав, яке мало місце внаслідок розголошення інформації про факт зараження цих осіб вірусом імунodefіциту людини;

– безоплатне забезпечення ліками, необхідними для лікування будь-якого наявного у них захворювання, засобами особистої профілактики та на психо-соціальну підтримку;

- безоплатний проїзд до місця лікування і у зворотному напрямку за рахунок лікувальної установи, яка видала направлення на лікування;
- користування ізольованою жилою кімнатою.

Участь ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД осіб у випробуваннях медичних засобів і методів, науковому вивченні або навчальному процесі, фотографуванні, відео- та кінозйомках проводиться тільки за їх згодою.

Використання крові та інших біологічних матеріалів ВІЛ-інфікованих або хворих на СНІД осіб для наукових досліджень провадиться лише за їх згодою і передбачає компенсацію в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

Згідно зі ст. 18 цього Закону забороняється відмова у прийнятті до лікувальних закладів, у поданні медичної допомоги, ущемлення інших прав осіб на підставі того, що вони є ВІЛ-інфікованими чи хворими на СНІД, а також ущемлення прав їх рідних і близьких на цій підставі.

Неправомірні дії посадових осіб, які порушують права ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, їх рідних і близьких, можуть бути оскаржені у суді (ст. 19).

Батьки дітей, інфікованих вірусом імунодефіциту людини або хворих на СНІД, та особи, які їх замінюють, мають право на:

- спільне перебування в стаціонарах з дітьми віком до 14 років із звільненням на цей час від роботи з виплатою допомоги по тимчасовій непрацездатності у зв'язку з доглядом за хворою дитиною;
- збереження за одним із батьків у разі звільнення його з роботи у зв'язку з доглядом за дитиною віком до 16 років безперервного трудового стажу для нарахування допомоги по тимчасовій непрацездатності за умови влаштування на роботу до досягнення дитиною зазначеного віку (ст. 21)⁶⁴.

Відповідно до статті 22 матері, які мають дітей віком до 16 років, заражених вірусом імунодефіциту людини або хворих на СНІД, мають право на одержання щорічної відпустки у літній чи інший зручний для них час. У разі відсутності матері та виховання такої дитини батьком або іншою особою це право надається зазначеним особам.

Дітям віком до 16 років, інфікованим вірусом імунодефіциту людини або хворим на СНІД, призначається щомісячна державна допомога у розмірі, встановленому Кабінетом Міністрів України (ст. 23)⁶⁵.

⁶⁴ В соответствии со ст. 18 *Федерального Закона Российской Федерации «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» от 30 марта 1995 года № 38-ФЗ* родители, дети которых являются ВИЧ инфицированными, а также иные законные представители ВИЧ инфицированных – несовершеннолетних имеют право на:

- совместное пребывание с детьми **в возрасте до 15 лет** в стационаре учреждения, оказывающего медицинскую помощь, с выплатой за это время пособий по государственному социальному страхованию;
- сохранение непрерывного трудового стажа за одним из родителей или иным законным представителем ВИЧ инфицированного – несовершеннолетнего **в возрасте до 18 лет** в случае увольнения по уходу за ним и при условии поступления на работу до достижения несовершеннолетним указанного возраста; время ухода за ВИЧ инфицированным – несовершеннолетним включается в общий трудовой стаж.

⁶⁵ В соответствии со ст. 19 *Федерального Закона Российской Федерации «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» от 30 марта 1995 года № 38-ФЗ* ВИЧ инфицированным – несовершеннолетним **в возрасте до 18 лет** назначаются социальная пенсия, пособие и предоставляются меры социальной поддержки, установленные для детей-инвалидов законодательством Российской Федерации, а лицам, осуществляющим уход за ВИЧ-

- *Ювенальна юстиція*

У чинному законодавстві України поняття «ювенальна юстиція» на сьогодні відсутнє і вживається у сенсі сукупності юридичних норм, що регулюють права і обов'язки дітей. Однак дане поняття застосовується у проекті Закону України про Загальнодержавну програму «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини на період до 2016 року»⁶⁶ (реєстр. № 2570), поданий Кабінетом Міністрів України. Зазначений законопроект містить пункт 4.9. «Створення системи ювенальної юстиції».

Метою ювенальної юстиції є зниження рівня дитячої злочинності, зменшення кількості дітей, засуджених до позбавлення волі за рахунок альтернативних видів покарання.

Основні завдання ювенальної юстиції:

- розроблення концептуальних засад створення та розвитку системи ювенальної юстиції;
- розроблення нормативно-правової бази для створення системи ювенальної юстиції;
- здійснення інституціонального забезпечення системи ювенального правосуддя шляхом запровадження до 2016 року ювенального судочинства⁶⁷;
- забезпечення до 2016 року підготовки фахівців для системи ювенальної юстиції;
- забезпечення до 2016 року для кожної дитини, яка вчинила або яка підозрюється у вчиненні правопорушення, права на правову допомогу;
- посилення ролі громадськості у профілактиці вчинення правопорушень, виправленні та ресоціалізації неповнолітніх, засуджених до позбавлення волі, альтернативних видів покарання і звільнених від відбування покарання, для чого:
 - підвищити рівень обізнаності населення з питань ювенальної юстиції у 2010 році – не менш як на 50 та у 2016 році – не менш як на 90 відсотків;
 - підвищити рівень обізнаності учнів та вчителів з питань ювенальної юстиції до 2010 року – не менш як на 70 та до 2016 року – не менш як на 95 відсотків.

2.4. Висновки

1. Виходячи з аналізу чинного законодавства України, можна зробити висновок про невідповідність понять «підліток», «підлітковий», що застосовуються в окремих нормативно-правових актах, поняттям «дитина», «малолітній», «неповнолітній», які закріплені у кодексах та законах України. На законодавчому рівні правовий статус «підліток» не визначений.

2. Правила опіки та піклування, затверджені наказом Державного комітету України у справах сім'ї та молоді, Міністерства освіти України, Міністерства охорони

инфицированными – несовершеннолетними, выплачивается пособие по уходу за ребенком-инвалидом в порядке, установленном законодательством Российской Федерации

⁶⁶ Відповідно до Постанови Верховної Ради України «Про прийняття за основу проекту Закону України про Загальнодержавну програму «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» період до 2016 року» від 08.02.2007 р. № 650-V даний проект Закону України було прийнято за основу і внесено на розгляд Верховної Ради України у другому читанні.

⁶⁷ Згідно з рішенням Верховного Суду України в усіх судах України призначено суддів, які мають спеціалізуватися на справах за участю дітей.

здоров'я України, Міністерства праці та соціальної політики України від 26.05.1999 р. № 34/166/131/88, не визначають:

– як дитина **до досягнення 10 років** може висловити своє бажання щодо призначення їй опікуна. Вважаємо, що в даному випадку можна за аналогією скористатися нормами, закріпленими відповідно у ст. 256-3 «Прийомні діти» і ст. 256-7 «Вихованці дитячого будинку сімейного типу» Сімейного кодексу України: *«потрібна згода дитини, якщо вона досягла такого віку та рівня розвитку, що може її висловити»;*

– крім цього, Правила не визначають, як у контексті ст.ст. 151, 172 Сімейного кодексу України **дитина до досягнення 14 років** може оспорити призначення їй опікуна.

3. Відсутнє чітке визначення повноважень керівників закладів тимчасового перебування дітей щодо прийняття рішень, які стосуються медичного втручання та надання послуг дитині, виходячи із її інтересів, у тих випадках коли, дитина перебуває в установі тимчасового влаштування, але при цьому наявність опікунів/піклувальників не встановлена або опікуни/піклувальники не мають можливості оперативного прийняття рішення щодо стану здоров'я дитини.

4. На сьогодні інститут ювенальної юстиції в Україні перебуває у стадії становлення: вітчизняне законодавство не містить систематизованого нормативно-правового акту (Закону) про ювенальну юстицію, а існуючі правові норми значною мірою розпорошені по багатьох нормативно-правових актах.

2.5. Рекомендації

Рекомендації Мінсім'ямолодьспорту, МОН України, МОЗ України, Мінпраці України:

Вивчити досвід інших країн, проаналізувати наявні практики та провести дискусію із представниками зацікавлених сторін та за участю фахівців-юристів стосовно можливості та доцільності надання керівникам закладів тимчасового влаштування дітей статусу «тимчасового опікуна» з обмеженням його повноважень лише до вирішення питань забезпечення доступу до доброякісних медичних та соціальних послуг.

До Правил опіки та піклування, затверджених наказом Державного комітету України у справах сім'ї та молоді, Міністерства освіти України, Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства праці та соціальної політики України від 26.05.1999 р. № 34/166/131/88, внести доповнення, які мають визначати:

– як дитина до досягнення **10 років** може висловити своє бажання щодо призначення їй опікуна. Вважаємо, що в даному випадку можна за аналогією скористатися нормами, закріпленими відповідно у ст. 256-3 «Прийомні діти» і ст. 256-7 «Вихованці дитячого будинку сімейного типу» Сімейного кодексу України: *«потрібна згода дитини, якщо вона досягла такого віку та рівня розвитку, що може її висловити»*.

– як дитина до досягнення **14 років** у контексті ст.ст. 151, 172 Сімейного кодексу України може оспорити призначення їй опікуна.

Рекомендації Мін'юсту України, Мінсім'ямолодьспорту, МОЗ України, МОН України, МВС України у партнерстві з місцевими органами влади та громадськими організаціями:

Щодо особливостей правового статусу дитини

1. Провести низку міжвідомчих консультацій щодо застосування в нормативно-правових актах понять «підліток», «підлітковий» і їх відповідності поняттям «дитина», «малолітній», «неповнолітній»;

2. Визначити вікові межі з врахуванням міжнародних підходів та українського законодавства. Одним з варіантів може бути:

– «підлітки молодшого віку», до яких відносити дітей від 10 до досягнення 14 років,

– «підлітки середнього віку», до яких відносити дітей від 14 до досягнення 18 років,

– «підлітки старшого віку», до яких відносити молодь 18–19 років.

Введення таких понять дозволило б гармонізувати підходи, що зазначені у Європейській стратегії щодо здоров'я підлітків, та вікові межі, які вже застосовуються в українській нормативно-правовій базі.

3. Створити робочу групу з метою підготовки проекту Закону про ювенальну юстицію з урахуванням напрацювань в Україні та досвіду інших країн.

3. Доступ дітей та молоді віком від 10 до досягнення 18 років, які належать до груп високого ризику, до інформації стосовно ВІЛ

3.1. Суть питання

Перш за все, маємо з'ясувати яким чином малолітні та неповнолітні, що належать до груп ризику, можуть отримати інформацію про шляхи передачі ВІЛ-інфекції; заходи та засоби профілактики ВІЛ-інфікування; організації, які надають послуги з профілактики ВІЛ-інфікування, а також які правові підстави існують для забезпечення права цієї вікової групи, й груп ризику, зокрема, на інформацію.

3.2. Відображення питання в міжнародних актах та в рекомендаційних міжнародних актах

Загальні міжнародно-правові договори про права людини містять базову норму про право на інформацію. Перш за все, *Міжнародний пакт про громадянські і політичні права*. Загальна норма, викладена у ст. 19 Пакту, є правовою основою для спеціальних правових норм, до яких належать, зокрема, норми про право доступу до інформації.

Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод не містить норм, що безпосередньо стосувалися б права доступу до інформації. Проте ст. 10 Конвенції⁶⁸ відтворює базову міжнародно-правову норму про право на свободу на інформацію.

Конвенція про права дитини безпосередньо не торкається питань про дитячий вимір права мати доступ до інформації та засобів профілактики ВІЛ-інфекції. Але в загальному сенсі дитина такого права не позбавлена. Тут мова може йти як про репродуктивне виховання дитин, так і про надання необхідної доброякісної інформації медичними працівниками⁶⁹.

⁶⁸ «1. Кожна людина має право на свободу вираження своєї думки. Це право включає свободу дотримуватися своєї думки, отримувати і поширювати інформацію та ідеї без втручання з боку державних органів і незалежно від державних кордонів. Ця стаття не перешкоджає державам запроваджувати ліцензування радіомовних, телевізійних чи кінематографічних підприємств.

2. Здійснення цих свобод, що накладає обов'язки та відповідальність, може бути пов'язано з формальностями, умовами, обмеженнями і штрафними санкціями, передбаченими законом і необхідними в демократичному суспільстві в інтересах державної безпеки, територіальної цілісності та громадського спокою, з метою запобігання безпорядкам і злочинності, захисту здоров'я і моралі, захисту репутації або прав інших осіб, запобігання розголошенню інформації, отриманої конфіденційно, чи забезпечення авторитету й неупередженості правосуддя».

⁶⁹ У Конвенції про права дитини міститься така загальна норма: «Держави-сторони визнають важливу роль засобів масової інформації і забезпечують, щоб дитина мала доступ до інформації і матеріалів із різних національних і міжнародних джерел, особливо до таких інформації і матеріалів, які спрямовані на сприяння соціальному, духовному та моральному благополуччю, а також здоровому фізичному і психічному розвитку дитини.» (ч. 1 ст. 17).

У Конвенції про права дитини також зазначено:

«1) Держави-сторони визнають право дитини на користування найбільш досконалими послугами системи охорони здоров'я та засобами лікування хвороб і відновлення здоров'я.

2) Держави-сторони домагаються повного здійснення цього права, зокрема вживають заходів щодо:

е) забезпечення інформацією всіх прошарків суспільства, зокрема батьків і дітей, щодо здоров'я і харчування дітей, переваги грудного годування, гігієни, санітарії середовища перебування дитини та запобігання нещасним випадкам, а також доступу до освіти та підтримки у використанні цих знань;

Пункт 16 «Замечания»⁷⁰ встановлює, що дітям має надаватися право на доступ до отримання достатньої інформації щодо профілактики та лікування ВІЛ-інфекції офіційними (наприклад, у процесі навчання і через дитячі засоби масової інформації) і неофіційними (наприклад, через контакти з безпритульними дітьми, дітьми, що перебувають у відповідних установах, і дітьми, які живуть у складних умовах) каналами. Відповідно до п. 19 «Замечания» слід створити усі можливі умови, щоб школи були безпечним місцем для дітей, де їм гарантується захищеність і ніщо не сприяє посиленню їх вразливості перед ВІЛ-інфекцією.

*Політична декларація двадцятої спеціальної сесії Генеральної Асамблеї ООН. Присвяченої спільній боротьбі із світовою проблемою наркотиків*⁷¹, серед іншого, зазначає, що держави – члени Організації Об'єднаних Націй (п. 6) «*постановляють приділяти особливу увагу скороченню попиту, передусім орієнтуючись на молодь і працюючи з нею в межах формальної і неформальної освіти, інформаційних заходів та інших профілактичних заходів*».

3.3. Відображення питання в законодавстві України та аналіз політики

- *Законодавство*

Українське законодавство встановлює необхідні правові гарантії загального права збирати, зберігати, використовувати і поширювати інформацію. Це право закріплене в Конституції України (ст. 34)⁷², а також майже в 20 законах України та декількох десятках підзаконних актів, серед яких для даного аналізу особливе значення має Цивільний кодекс України та Закон України «Про інформацію» від 02.10.1992 р. № 2657-ХІІ.

Відповідно до ч. 1 ст. 200 ЦКУ *інформацією* є документовані або публічно оголошені відомості про події та явища, що мали або мають місце у суспільстві, державі та навколишньому середовищі⁷³.

І Цивільний кодекс України (ст. 302)⁷⁴, і Закон України «Про інформацію» (ст.ст. 9, 10)⁷⁵ містять загальні положення про право на інформацію (без визначення окремих категорій осіб, зокрема дітей).

f) розвитку просвітницької роботи та послуг у галузі профілактичної медичної допомоги та планування розміру сім'ї.» (ст. 24).

⁷⁰ Прийнято Комітетом з прав дитини ООН, 32-а сесія Генеральної Асамблеї ООН, 13–31 січня 2003 р.

⁷¹ Прийнята резолюцією S-20/2 Генеральної Асамблеї від 10 червня 1998 року. Доповідь Комісії з наркотичних засобів, що виступає як підготовчий орган спеціальної сесії Генеральної Асамблеї, присвяченої боротьбі з незаконним збутом. Попитом, обігом та поширенням наркотичних засобів та психотропних речовин і пов'язаною із цим діяльністю, про роботу її другої сесії. (A/S-20/4), р. 17–21.

⁷² «Кожному гарантується право на свободу думки і слова, на вільне вираження своїх поглядів і переконань. Кожен має право вільно збирати, зберігати, використовувати і поширювати інформацію усно, письмово або в інший спосіб і на свій вибір. Здійснення цих прав може бути обмежене законом в інтересах національної безпеки, територіальної цілісності або громадського порядку з метою запобігання заворушенням чи злочинам, для охорони здоров'я населення, для захисту репутації або прав інших людей, для запобігання розголошенню інформації, одержаної конфіденційно, або для підтримання авторитету і неупередженості правосуддя» (ст. 34).

⁷³ Подібне визначення містить і ст. 1 Закону України «Про інформацію».

⁷⁴ 1. Фізична особа має право вільно збирати, зберігати, використовувати і поширювати інформацію.

Збирання, зберігання, використання і поширення інформації про особисте життя фізичної особи без її згоди не допускаються, крім випадків, визначених законом, і лише в інтересах національної безпеки, економічного добробуту та прав людини.

2. Фізична особа, яка поширює інформацію, зобов'язана переконатися в її достовірності.

Основи законодавства України про охорону здоров'я передбачають обов'язок Української держави сприяти «утвердженню здорового способу життя населення шляхом поширення наукових знань з питань охорони здоров'я ...» (ст. 32).

Закон України «Про охорону дитинства» надає право дитині на вільне висловлювання особистої думки та отримання інформації, що відповідає її віку (ст. 9). Дитина має право доступу до інформації та матеріалів з різних національних і міжнародних джерел, особливо тих, які сприяють здоровому фізичному і психічному розвитку, соціальному, духовному та моральному благополуччю. Діти мають право звертатися до органів державної влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ, організацій, засобів масової інформації та їх посадових осіб із зауваженнями та пропозиціями стосовно їхньої діяльності, заявами та клопотаннями щодо реалізації своїх прав і законних інтересів та скаргами про їх порушення. З метою реалізації цього права держава сприяє поширенню засобами масової інформації матеріалів, корисних для розвитку дитини.

Здійснення права дитини на вільне висловлювання думки та отримання інформації може бути обмежене законом в інтересах національної безпеки, територіальної цілісності або громадського порядку з метою запобігання заворушенням чи злочинам, для охорони здоров'я населення, для захисту репутації або прав інших людей, для запобігання розголошенню інформації, одержаної конфіденційно, або для підтримання авторитету та неупередженості правосуддя.

- *Політика*

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 р. № 740/1030/4154/321/614а⁷⁶, (Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 26 грудня 2007 р. за № 1405/14672) «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей, затверджений» було затверджено Інструкцію про порядок профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини.

Фізична особа, яка поширює інформацію, отриману з офіційних джерел (інформація органів державної влади, органів місцевого самоврядування, звіти, стенограми тощо), не зобов'язана перевіряти її достовірність та не несе відповідальності в разі її спростування.

Фізична особа, яка поширює інформацію, отриману з офіційних джерел, зобов'язана робити посилання на таке джерело.

⁷⁵ «Всі громадяни України, юридичні особи і державні органи мають право на інформацію, що передбачає можливість вільного одержання, використання, поширення та зберігання відомостей, необхідних їм для реалізації ними своїх прав, свобод і законних інтересів, здійснення завдань і функцій. Реалізація права на інформацію громадянами, юридичними особами і державою не повинна порушувати громадські, політичні, економічні, соціальні, духовні, екологічні та інші права, свободи і законні інтереси інших громадян, права та інтереси юридичних осіб. Кожному громадянину забезпечується вільний доступ до інформації, яка стосується його особисто, крім випадків, передбачених законами України» (ст. 9).

«Право на інформацію забезпечується: обов'язком органів державної влади, а також органів місцевого і регіонального самоврядування інформувати про свою діяльність та прийняті рішення; створенням у державних органах спеціальних інформаційних служб або систем, що забезпечували б у встановленому порядку доступ до інформації; вільним доступом суб'єктів інформаційних відносин до статистичних даних, архівних, бібліотечних і музейних фондів; обмеження цього доступу зумовлюються лише специфікою цінностей та особливими умовами їх схоронності, що визначаються законодавством; створенням механізму здійснення права на інформацію; здійсненням державного контролю за дотриманням законодавства про інформацію; встановленням відповідальності за порушення законодавства про інформацію» (ст. 10).

⁷⁶ Офіційний вісник України. – 2008. – № 2. – Ст. 64.

Розділ 2 цієї Інструкції передбачає, що профілактичні заходи з питань профілактики ВІЛ-інфекції у жінок здійснюються відповідними методами та формами в:

- дошкільних, середніх, спеціалізованих та вищих навчальних закладах I–IV рівнів акредитації;
- ЦСССДМ та закладах соціального обслуговування, притулках для дітей, центрах соціально-психологічної реабілітації;
- органах реєстрації актів цивільного стану;
- центрах здоров'я, центрах профілактики та боротьби зі СНІД;
- центрах планування сім'ї та репродукції людини, центрах репродуктивного здоров'я підлітків, у лікувальних закладах із сімейної медицини, педіатрії («Клініках, дружніх до молоді»), акушерства та гінекології, дерматовенерології, наркології, медичної генетики;
- підвідомчих установах Державної кримінально-виконавчої служби України.

Проведення профілактичних заходів забезпечують підготовлені спеціалісти за спільними програмами, затвердженими МОН України. До проведення профілактичних заходів можуть залучатися представники недержавних організацій та волонтери, які пройшли підготовку із зазначених питань. Дозвіл на проведення цих заходів волонтери та НДО отримують у відповідних міністерствах та їх підвідомчих установах.

Питання профілактики ВІЛ включаються до обов'язкових навчальних програм дошкільних, середніх, спеціалізованих та вищих навчальних закладів I–IV рівнів акредитації, програм до- та післядипломної медичної та педагогічної освіти, спільних програм центрів планування сім'ї та регіональних органів освіти, програм підготовки та підвищення кваліфікації спеціалістів ЦСССДМ.

Центральні органи виконавчої влади висвітлюють питання профілактики ВІЛ відповідно до компетенції в засобах масової інформації, у тому числі при проведенні спеціальних акцій, просвітницьких заходів для груп населення з ризикованою поведінкою.

У місцях масового перебування людей, в установах усіх форм власності розміщуються інформаційні матеріали з питань профілактики ВІЛ, погоджені з МОН України. З метою профілактики ВІЛ жінкам пропонується при проведенні щорічних профілактичних гінекологічних оглядів обстежитись на ВІЛ з проведенням до- та післятестового консультування.

Разом з тим, можна констатувати відсутність системності в інформаційній роботі, низький рівень поінформованості щодо ВІЛ на рівні суспільства в цілому, недостатня підготовка з цих питань викладачів, вчителів, соціальних працівників, працівників закладів охорони здоров'я, упередженість щодо ВІЛ-інфікованих, нетолерантне ставлення до проблеми – все це виступає бар'єрами на шляху доступності до адекватної інформації.

Відповідно низьким є рівень ефективності інформаційно-освітніх програм: 0% 15-16-річних мають вірні знання щодо шляхів передачі ВІЛ-інфекції, 0% знають куди звернутися по тестування.⁷⁷ Не проводиться оцінка успішності/неуспішності окремих заходів, немає критеріїв ефективності інформаційних повідомлень.

Проблемою є також відсутність стратегії інформування окремих груп, а також забезпечення відповідною інформацією дітей та молодих людей, які не відвідують навчальні заклади, та з числа груп високого ризику ВІЛ-інфікування (звертались до ГО,

⁷⁷ Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді: моногр. / О. М. Балакірева, Н. О. Рингач, Р. Я. Левін та ін./ Наук. ред. О. М. Балакірева. – К.: Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка, 2007. – 128 с.

що надають послуги з профілактики ВІЛ-інфікування, 29 % підлітків-СІН віком 13–19 років, 50 % серед підлітків ЖКС, 28 % серед підлітків ЧСЧ)⁷⁸.

3.4. Висновки

1. Доступ до інформації щодо ВІЛ-інфікування та послуг, пов'язаних з ВІЛ, на рівні правового забезпечення не викликає зауважень. Однак законодавство не визначає стандарти, шляхи і способи донесення такої інформації до дітей, особливо це стосується дітей у віці 10–14 років.

2. На рівні країни та на рівні окремих регіонів відсутня стратегія інформування населення та окремих груп (в тому числі дітей та молоді) щодо ВІЛ-інфікування та послуг, пов'язаних з ВІЛ.

3. Політика інформування побудована як «пасивна» (коли питають), немає активної політики поширення інформації щодо шляхів та засобів запобігання ВІЛ-інфікуванню, про заклади, які надають послуги з профілактики, та спектр таких послуг.

4. Громадські організації або націлені на роботу з групами ризику (СІН, ЖКС, МСМ), або на широкий загал населення. Ті, хто працює з групами ризику, не мають достатньої мережі польових працівників, більшою мірою орієнтовані на надання послуг для тих, хто сам звертається по допомогу. Практично немає ГО, які б займалися інформуванням серед дітей та молоді поза межами навчальних закладів.

⁷⁸ Моніторинг поведінки серед груп ризику (СІН, ЖКС, МСМ) /УІСД ім. О.Яременка, МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», проект USAID/Визначення політики з питань здоров'я. – К., 2007

3.5. Рекомендації

Рекомендації Мін'юсту України, Мінсім'ямолодьспорту, МОЗ України, МОН України, МВС України у партнерстві з місцевими органами влади та громадськими організаціями:

1. Розробити:

- стратегії інформування та забезпечення доступу до інформації про ВІЛ;
- відомчі нормативно-правові акти щодо забезпечення таких стратегій, плани стратегічних дій.

2. Визначити:

- суб'єктів, які мають забезпечити регулярне та повне інформування дітей у сфері ВІЛ-інфекції (з урахуванням вікових категорій дітей у віці від 10 до досягнення 14 років і у віці від 14 до досягнення 18 років);
- бар'єри інформування;
- стандарти, шляхи і способи їх інформування;
- показники виконання стратегій та передбачені цілі;
- систему моніторингу такої діяльності;

3. Застосувати засоби відповідальності за невиконання зазначених актів.

Розширювати діяльність громадських організацій (територіальна дія, вікові групи клієнтів), підтримка та забезпечення їх безперервної активності. Орієнтація їх діяльності на підлітків груп високого ризику. При необхідності – перереєстрація їхніх установчих документів (статут, положення).

4. Доступ до медичних послуг дітей та молоді віком від 10 до досягнення 18 років, які належать до груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування

4.1. Суть питання

Право на належну медичну допомогу поділяється на право мати доступ до такої допомоги та право отримувати прийнятну медичну допомогу. Право на доступ до належної медичної допомоги належать до так званих позитивних прав. Позитивне право створює для держави певні обов'язки, зокрема, видати необхідні закони та підзаконні акти, якими б право на доступ до належної медичної допомоги було надане і захищене (на відміну від права на прийнятність медичної допомоги, яке належать до так званих негативних прав, тому що насамперед вимагає від держави не лише проголосити право на прийнятність медичної допомоги, а й створити реальні умови, за яких це право може бути повноцінно реалізованим). Право на належну медичну допомогу є соціальним правом, користування яким пов'язане з певною специфікою, його реалізація перебуває в залежності від економічних можливостей держави. Але, згідно з міжнародними зобов'язаннями, держави повинні прагнути поступово забезпечити здійснення усіх соціальних прав.

Основні проблеми, з якими можуть стикатися малолітні (від 10 років до досягнення 14 років) та неповнолітні (від 14 до досягнення 18 років), що є предметом нашого дослідження, полягають у такому:

фізична доступність – у першу чергу, встановлення законодавством вікових обмежень на самостійний доступ малолітніх та неповнолітніх до відповідної медичної допомоги та послуг, зокрема, тестування на ВІЛ;

забезпечення добровільності консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію – право на вільне прийняття рішень можливе за відсутності пороків волі і пов'язане з відсутністю психологічних обтяжень;

повнота і точність, об'єктивність, і вірогідність інформації – відносяться законодавством до основних принципів інформаційних відносин; з урахуванням вікових особливостей стосовно дітей та молоді віком від 10 до досягнення 18 років можуть встановлюватися певні обмеження зазначених принципів;

«економічна» доступність – у деяких медичних установах зберігається практика оплати медичних послуг пацієнтами у вигляді збору пожертв (благодійних внесків). Ця обставина може стати непереборною у сенсі самостійного доступу малолітніх та неповнолітніх до відповідної медичної допомоги та послуг;

дискримінація – надання переваг чи обмеження у правах за певною ознакою (стать, колір шкіри, етнічне походження, хвороба, місце проживання, тощо). Доведення факту дискримінації пов'язане з аналізом правового статусу осіб, що відносяться до певної групи, та виявленням переваг чи обмежень у правах (юридичних чи фактичних) в окремих осіб з цієї групи. Право не бути дискримінованим є фундаментальним правом людини⁷⁹. Однак слід мати на увазі, що держава вправі законодавчо обмежувати деякі права людини;

⁷⁹ Стаття 2 Загальної декларації прав людини «Кожна людина повинна мати всі права і всі свободи, проголошені цією Декларацією, незалежно від раси, кольору шкіри, статі, мови, релігії, політичних або інших переконань, національного чи соціального походження, майнового, станового або іншого становища».

стигматизація – заходи (соціальна ізоляція), дії (помітки, «таврування», створення зловісного образу тощо), що призводять до виділення за певними ознаками певної групи людей чи окремих осіб, що може мати наслідком дискримінацію. Проблема існування стигматизації стосується більше професійної етики та недостатньої інформованості населення, ніж законодавства.

Розділ присвячено виявленню бар'єрів, що унеможливають або утруднюють доступ до медичних послуг дітей та молоді віком від 10 до досягнення 18 років, в тому числі тестування на ВІЛ. У контексті епідемії ВІЛ актуальним є огляд нормативно-правової бази надання дітям та молоді зазначеною віковою групи послуг, які пов'язані з тестуванням та лікуванням інфекцій, що передаються статевим шляхом, щодо переривання вагітності (абортами), лікуванням від наркозалежності, наданням замісної терапії наркозалежним, а також АРВТ для ВІЛ-позитивних.

4.2. Відображення питання в міжнародних актах та в рекомендаційних міжнародних актах

У міжнародних актах, що мають стосунок до України, прямо чи опосередковано звернуто увагу на визнання за людиною, незалежно від віку, права доступу до відповідних медичних послуг. Перш за все це – **міжнародні договори**.

Міжнародний пакт про громадянські і політичні права.

Проголошені в Пакті права людини не обмежені у сфері дії і можуть бути застосованими до будь-яких відносин, що виникають у людському житті. Пакт закріплює право не бути підданим нелюдському поведженню (ст. 7). Пакт забороняє дискримінацію (ст. 2). Це означає, що права, проголошені у Пакті, можуть стосуватися реалізації права доступу до відповідних медичних послуг.

Міжнародний пакт про соціальні, економічні і культурні права.

Пакт містить базову норму (ст. 12) про право на найвищий досяжний рівень фізичного та психічного здоров'я. Саме ця загальна норма є правовою основою для спеціальних правових норм, до яких належать, зокрема, норми про право доступу до медичних послуг⁸⁰. Цей Пакт також містить заборону дискримінації – особа не може бути підданою дискримінації в соціальних, економічних і культурних правах, проголошених в Пакті.

Конвенція про права дитини.

Конвенція про права дитини так само інтерпретує міжнародно-визнане право на найвищий досяжний рівень фізичного та психічного здоров'я, і особливо звертає увагу

Стаття 14 (1) Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод «Здійснення прав і свобод, викладених у цій Конвенції, гарантується без будь-якої дискримінації за ознакою статі, раси, кольору шкіри, мови, релігії, політичних чи інших переконань, національного або соціального походження, належності до національних меншин, майнового стану, народження або інших обставин».

⁸⁰ «1. Держави, які беруть участь у цьому Пакті, визнають право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я.

2. Заходи, яких повинні вжити держави-учасниці цього Пакту для повного здійснення цього права, включають ті, які є необхідними для:

a) забезпечення скорочення мертвонароджуваності та дитячої смертності і здорового розвитку дитини;
 c) запобігання і лікування епідемічних, ендемічних, професійних та інших хвороб і боротьби з ними;
 d) створення умов, які б забезпечували всім медичну допомогу і медичний догляд у разі хвороби.» (ст. 12).

на надання дітям належних послуг з охорони здоров'я⁸¹. Конвенція також вимагає, прийнятності послуг «з точки зору чисельності та придатності їх персоналу, а також компетентного нагляду» (ст. 3).

Рекомендаційні міжнародні акти більш широко висвітлюють зміст права доступу до відповідних медичних послуг.

«Декларація про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом», спеціальної сесії Генеральної Асамблеї ООН 2001 року.

Декларація розглядає доступність медичної допомоги передусім у трьох аспектах: недискримінація та відсутність стигматизації; доступність ліків; доступність лікарняної допомоги, не принижуючи і не виключаючи жодного з цих аспектів. Зокрема, Декларація зазначає, що дотримання прав людини має бути однією з відповідей суспільства на пандемію ВІЛ/СНІД і допоможе попередити дискримінацію таких хворих. З цією метою пропонується розробляти стратегії боротьби із стигматизацією та дискримінацією⁸², тому що порушення прав людини роблять неможливим ефективну боротьбу з епідемією⁸³.

Замечание общего порядка № 3 «ВИЧ/СПИД и права ребенка»⁸⁴

У розділі III А. Право на недискримінацію зазначається, що дискримінація призводить до підвищення вразливості дітей до ВІЛ і СНІДу, у результаті чого дітям відмовляють у доступі до інформації, освітніх, медичних і соціальних послуг або до суспільного життя. У крайніх проявах дискримінація ВІЛ-інфікованих дітей призводить до того, що їхні сім'ї, товариство або суспільство кидають таких дітей напризволяще. Крім цього, дискримінація сприяє поширенню епідемії, підвищуючи ступінь уразливості дітей до інфекції, особливо дітей, що належать до деяких конкретних груп населення, зокрема, особливу занепокоєність викликає дискримінація за ознакою статі у поєднанні із заборонаю статевих контактів дівчаток, а також дискримінація за ознакою сексуальної орієнтації.

Усі перераховані вище види дискримінаційної практики є порушенням прав дітей, що передбачені Конвенцією про права дитини. Стаття 2 Конвенції зобов'язує держави-учасниці забезпечувати усі передбачені Конвенцією права без жодної дискримінації, «незалежно від раси, кольору шкіри, статі, мови, релігії, політичних або інших переконань, національного, етнічного або соціального походження, майнового стану, стану здоров'я і народження дитини, її батьків або законних опікунів, а також будь-яких інших обставин». Поняття «інші обставини» за змістом ст. 2 Конвенції тлумачиться Комітетом з прав дитини (див. «Замечания») як категорія, що охоплює ВІЛ/СНІД – статус дитини або одного з його батьків (обох батьків).

⁸¹ «І Держави-сторони визнають право дитини на користування найбільш досконалими послугами системи охорони здоров'я та засобами лікування хвороб і відновлення здоров'я» (ст. 24).

⁸² Декларація зазначає «...повна реалізація прав людини та основних свобод усіх людей є найважливішим елементом глобальних дій у відповідь на пандемію ВІЛ/СНІДу, у тому числі і в галузі профілактики, догляду, підтримки та лікування». Це дозволяє «знижити наявність ризику інфікування ВІЛ/СНІДом і зняти тавро ганьби та запобігти зумовленій цим дискримінації осіб, інфікованих чи таких, що піддаються ризику інфікування ВІЛ/СНІДом» (п. 16). Декларація вважає за необхідне «розробку стратегій боротьби з тавруванням та соціальною ізоляцією, пов'язаною з епідемією» (п. 58).

⁸³ Декларація зазначає «тавро ганьби, замовчування, дискримінація та відчуження, а також відсутність конфіденційності, підривають зусилля із запобігання та догляду і посилюють дію епідемії на окремих осіб, сім'ї, громади і нації» (п. 13).

⁸⁴ Прийнято Комітетом з прав дитини ООН, 32-а сесія Генеральної Асамблеї ООН, 13-31 січня 2003 р.

Як зазначається у п. 20 «Замечания», діти з більшою ймовірністю звернуться у ті служби охорони здоров'я, в яких персонал ставиться до них дружньо та із заохоченням, у яких надаються різні види послуг та інформація, враховуються їх потреби, надається можливість брати участь у прийнятті рішень, що стосуються їх здоров'я, де послуги доступні та фінансово необтяжливі, де забезпечується конфіденційність та неупередженість, не потребується згода батьків і не допускається дискримінація.

Відповідно до п. 23 «Замечания» держави-учасники мають утримуватися від запровадження обов'язкового тестування дітей на ВІЛ/СНІД і забезпечувати захист від нього. Враховуючи право дитини на інформацію, до проведення будь-якого ВІЛ-тестування дітям слід надавати достатню інформацію про ризикованість і корисність такого тестування, аби можливо було прийняти усвідомлене рішення.

Згідно з п. 28 «Замечания» дітям має забезпечуватися постійний і рівний доступ до комплексного лікування і догляду, у тому числі до необхідних у випадку ВІЛ-інфікування ліків, товарів і послуг на основі принципу недискримінації.

Держави-учасниці мають гарантувати невикористання дітей як об'єктів досліджень для ретельної перевірки методики втручання на дорослих (п. 29 «Замечания»).

Діти, які вимушені надавати сексуальні послуги або виконувати небезпечну роботу, мають бути захищені від дискримінації внаслідок своєї соціальної та економічної маргіналізації, а також через свій ВІЛ-статус (пункт 36 «Замечания»).

*Декларація, прийнята в Осло, стосовно медичного аборту*⁸⁵ зазначає, що «Медики не повинні визначати ставлення і норми будь-якої держави й суспільства стосовно цих питань, але нашим обов'язком є забезпечення захисту наших пацієнтів і збереження прав лікаря в суспільстві. Виходячи з цього в разі, якщо медичний аборт дозволений законом, ця процедура повинна бути здійснена лікарем з відповідною кваліфікацією на умовах, схвалених відповідними властями».

Лікування наркозалежності

Політична декларація двадцятої спеціальної сесії Генеральної Асамблеї ООН, присвяченої спільній боротьбі зі світовою проблемою наркотиків⁸⁶, серед іншого постановляє, що держави – члени Організації Об'єднаних Націй, заявляють (п.7) «про свою рішучість виділити необхідні ресурси для забезпечення лікування і реабілітації та для створення можливостей соціальної реінтеграції з метою відновлення почуття власної гідності і надії у дітей, жінок та чоловіків, які стали наркоманами, а також для боротьби з усіма аспектами світової проблеми наркотиків».

⁸⁵ Принята 24-й Всемирной медицинской ассамблеей, Осло, Норвегия, август 1970 г., внесены поправки 35-й Всемирной медицинской ассамблеей, Венеция, Италия, октябрь 1983 г.

⁸⁶ Принята резолюцією S-20/2 Генеральной Ассамблеи від 10 червня 1998 року. Доповідь Комісії з наркотичних засобів, що виступає як підготовчий орган спеціальної сесії Генеральної Асамблеї, присвяченої боротьбі з незаконним збутом. Попитом, обігом та поширенням наркотичних засобів та психотропних речовин і пов'язаною із цим діяльністю, про роботу її другої сесії. (A/S-20/4), р. 17–21.

4.3. Відображення питання в законодавстві України та сучасна політика

Свідоме прийняття людиною рішення про здійснення чи нездійснення відносно неї медичних маніпуляцій та втручань є «інформованою згодою». Питання про «інформовану згоду» вирішується, перш за все, в законах України. Згідно зі ст. 6 Основ законодавства України про охорону здоров'я кожний громадянин України має право на охорону здоров'я, що передбачає кваліфіковану медико-санітарну допомогу, включаючи вільний вибір лікаря, вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій і закладу охорони здоров'я. За Цивільним кодексом України фізична особа має право на охорону її здоров'я (ч. 1 ст. 283) та на надання їй медичної допомоги (ст. 284).

Законодавством України гарантується доступність, якість, ефективність медичного огляду з метою виявлення ВІЛ-інфекції (далі – медичного огляду), в тому числі анонімного, з наданням попередньої та наступної консультативної допомоги, а також забезпечення безпеки такого медичного огляду для обстежуваної особи та персоналу, який його проводить (ст. 4 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення»).

Розділ 3 Порядку добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (протокол), затвердженого наказом МОЗ України від 19.08.2005 р. № 415 (зарєєстровано у Міністерстві юстиції України 22.11.2005 р. за № 1404/11684) містить принципи ДКТ (відповідно до рекомендацій ВООЗ та ЮНЕЙДС), що є обов'язковими мінімальними вимогами до процедури консультування і тестування⁸⁷. Розглянемо ці вимоги детальніше.

Законодавча основа забезпечення фізичної доступності медичної допомоги

Фізична доступність забезпечується шляхом широкого (в усіх закладах охорони здоров'я незалежно від форм власності, загальноосвітніх, професійно-технічних та вищих навчальних закладах, підприємствах, організаціях, установах, через засоби масової інформації тощо) розповсюдження інформації про заклади, які надають послуги з ДКТ (адреси, номери телефонів, режим їх роботи).

Основними бар'єрами фізичної доступності медичної допомоги можна назвати місце звернення за медичною допомогою і вік, з якого особа може самостійно звернутися по медичну допомогу.

Частина 2 ст. 284 ЦКУ передбачає, що по досягненні **чотирнадцяти** років, особа має право на вибір лікаря та вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій. Аналогічна норма міститься і в ч. 1 ст. 38 Основ законодавства України про охорону здоров'я, яка передбачає, що *«кожний пацієнт, який досяг чотирнадцяти років і який звернувся за наданням йому медичної допомоги, має право на вільний вибір лікаря, якщо останній може запропонувати свої послуги, та вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій.»* Очевидно, що під «вибором лікаря» розуміються такі критерії як: заклад, в якому лікар працює, фах лікаря, стать лікаря, вік, досвід роботи тощо. Право вибору лікаря також передбачає право пацієнта не мотивувати свій вибір.

⁸⁷ На жаль, на практиці досить часто виявляється недостатній рівень ознайомлення медичних і соціальних працівників з принципами проведення ДКТ на базі Протоколу ДКТ.

На практиці досить часто виникають ситуації, коли лікувальні заклади відмовляються надавати медичну допомогу особам, які не зареєстровані на територіальній дільниці, до якої цей заклад належать. Так, відповідно до п. 11 Примірного положення про дитячу міську поліклініку (поліклінічне відділення)⁸⁸ дитяча поліклініка (поліклінічне відділення лікарні, в т.ч. дитячої) є лікувально-профілактичним закладом, що в районі своєї діяльності⁸⁹ забезпечує організацію проведення комплексу профілактичних заходів щодо охорони здоров'я *прикріпленого дитячого населення віком 0–18 років*. Мотив відмови полягає у тому, що фінансування цього закладу здійснюється з розрахунку кількості *зареєстрованих* жителів. У цьому зв'язку вважаємо за доцільне ширше залучати до проведення ДКТ «клініки, дружні до молоді».

Ця норма знайшла відображення у відомчих нормативно-правових актах. Так, відповідно до пункту 1.4. Інструкції про порядок проведення операції штучного переривання вагітності, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 20.07.2006 р. № 508 (зареєстровано в Міністерстві юстиції України 25.10.2006 р. за № 1155/13029) операція штучного переривання вагітності може проводитись за місцем звернення пацієнтки⁹⁰.

Очевидно, що при цьому має виконуватися вимога законодавства щодо наявності дозволу на здійснення того чи іншого виду медичної допомоги. Так, згідно з п. 1.8. Інструкції про порядок надання Комітетом з питань народної і нетрадиційної медицини при Міністерстві охорони здоров'я України спеціального дозволу для провадження медичної діяльності в галузі народної і нетрадиційної медицини, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10.08.2000 р. № 195 (зареєстровано в Міністерстві юстиції України 20.02.2001 р. за № 150/5341)⁹¹ до загальнодозволених видів медичної діяльності **не** відносяться:

- лікування хворих на інфекційні захворювання, у т.ч. венеричні та заразні шкірні, СНІД;
- лікування хворих на наркоманію;
- догляд та лікування ускладнень вагітності;
- хірургічні втручання, у т.ч. аборти.

На зазначені види діяльності видається спеціальний дозвіл терміном на три роки. Спеціальний дозвіл підписується головою Комітету (заступником голови) та завіряється печаткою, а також реєструється у книзі обліку Спеціальних дозволів Комітету, пронумерованій, прошнурованій та завірених печаткою.

З огляду на предмет дослідження, нас цікавить також можливість **самостійно** звернутися та отримати медичні послуги (в тому числі тестування на ВІЛ-інфекцію) дітей віком від 10 до досягнення 18 років, які належать до груп високого ризику ВІЛ-інфікування.

⁸⁸ Примірне положення про дитячу міську поліклініку (поліклінічне відділення), затверджене наказом МОЗ «Про удосконалення амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям в Україні» від 29.11.2002 р. № 434.

⁸⁹ Район діяльності поліклініки визначається органами охорони здоров'я відповідно до підпорядкування закладу (пункт 1 Примірного положення про дитячу міську поліклініку (поліклінічне відділення), затвердженого наказом МОЗ «Про удосконалення амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям в Україні» від 29.11.2002 р. № 434).

⁹⁰ Офіційний вісник України. – 2006. – № 43. – Ст. 2912.

⁹¹ Офіційний вісник України. – 2001. – № 9. – Ст. 378.

Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення»⁹² у ст. 7 встановлює: «*Медичний огляд неповнолітніх віком до 18 років і осіб, визнаних у встановленому законом порядку недієздатними, може проводитися на прохання чи за згодою їх законних представників, які мають право бути присутніми при проведенні такого огляду.*»⁹³.

На рівні практичної діяльності ця норма тлумачиться по-різному.

Одна позиція розуміється як категоричний припис – законні представники мають бути обов'язково присутні при проведенні медичного огляду на ВІЛ-інфекцію. Іншими словами, прихильники цієї тези вважають, що **діти віком від 14 до 18 років не можуть** пройти медичний огляд на ВІЛ-інфекцію без прохання або згоди їхніх законних представників. На цій підставі деякі медичні заклади не приймають неповнолітню дитину для тестування на ВІЛ-інфекцію без супроводу законного представника.

Інша позиція (автори Огляду дотримуються саме цієї позиції) полягає в такому: присутність законних представників при проведенні медичного огляду на ВІЛ-інфекцію неповнолітніх віком від 14 до досягнення 18 років **не є обов'язковою**. Тобто, на нашу думку, неповнолітні діти віком до 18 років дійсно можуть бути обстежені на ВІЛ-інфекцію на прохання або за згодою їхніх законних представників, але при цьому неповнолітні особи віком від 14 до 18 років також можуть **самостійно** звернутися по медичний огляд на ВІЛ-інфекцію.

Аргументуємо цю позицію.

По-перше, вважаємо, що з-під дії цієї норми однозначно виключаються ті групи осіб до 18 років, які згідно із законом набули прав повнолітньої особи раніше. Як ішлося у попередньому розділі, до цих груп Цивільний кодекс України відносить:

- 1) *осіб, які перебувають у зареєстрованому шлюбі* (доказом чого є свідоцтво про шлюб або свідоцтво про розірвання шлюбу);
- 2) *коли фізична особа досягла шістнадцяти років і працює за трудовим договором* (доказом є трудовий договір, довідка з місця роботи або трудова книжка);
- 3) *коли неповнолітня особа записана матір'ю або батьком дитини* (доказом є свідоцтво про народження дитини);
- 4) *коли особа досягла шістнадцяти років і бажає займатися підприємницькою діяльністю* (доказом є свідоцтво приватного підприємця).

Оскільки ці особи віком до 18 років набули повної дієздатності, вони можуть пройти медичний огляд на ВІЛ-інфекцію без жодних обмежень, але при цьому вони мають довести свій правовий статус за допомогою документів, зазначених вище.

По-друге, відповідно до ч. 3 ст. 284 Цивільного кодексу України медична допомога **чотирнадцятирічній особі** надається за її згодою⁹⁴. Подібна норма міститься

⁹²Відомості Верховної Ради України. – 1998. – № 35. – Ст. 235.

⁹³ Ця норма повністю дублюється у п. 12 Правил медичного огляду з метою виявлення ВІЛ-інфекції, обліку ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД та медичного нагляду за ними, затвердженими Постановою Кабінету Міністрів України від 18.12.1998 р. № 2026.

⁹⁴ **Довідково:** Сімейний кодекс України пов'язує виникнення низки юридичних фактів з досягненням саме **14-річного віку**:

– відповідно до ч. 4 ст. 152 «*Забезпечення права дитини на належне батьківське виховання*» дитина має право звернутися за захистом своїх прав та інтересів безпосередньо до суду, якщо вона досягла чотирнадцяти років;
– якщо батьки проживають окремо, місце проживання дитини, яка досягла чотирнадцяти років, визначається нею самою (ч. 3 ст. 160);

і в ч. 1 ст. 43 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»: медичне втручання (застосування методів діагностики, профілактики або лікування, пов'язаних із впливом на організм людини) щодо **пацієнта віком до 14 років (малолітнього пацієнта)**, а також пацієнта, визнаного в установленому законом порядку недієздатним, здійснюється за згодою їх законних представників.

По-третє, норма, закріплена у ст. 7 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення», сформульована за допомогою квантора «може»: «*Медичний огляд неповнолітніх віком до 18 років... може проводитися...*», тобто зазначена норма передбачає **можливі** варіанти поведінки. Відсутність у посиланні кванторів «лише», «виключно» і т.п. означає **відсутність заборони діяти в альтернативний спосіб**.

Іншими словами, норма не містить заборони на те, щоб неповнолітні діти віком від 14 років до досягнення 18 років могли самостійно звернутися за медичним оглядом на ВІЛ-інфекцію. Оскільки така заборона відсутня, в силу вступає конституційний принцип «дозволено все, що не заборонено». Цей принцип закріплено в ч. 1 ст. 19 Конституції України: «*Правовий порядок в Україні ґрунтується на засадах, відповідно до яких ніхто не може бути примушений робити те, що не передбачено законодавством*». Відповідно до ст. 8 Конституції України норми Конституції мають найвищу юридичну силу і є нормами прямої дії (застосовуються безпосередньо). З цього випливає, що медичне втручання (одним із методів діагностики якого, очевидно, є медичний огляд на ВІЛ-інфекцію) щодо **особи, якій виповнилось 14 років, не потребує обов'язкової згоди або присутності її законного представника**.

Таким чином, **на рівні законів** маємо колізію. Цивільний кодекс України (ч. 3 ст. 284) і Основи законодавства України про охорону здоров'я (ст. 43) встановлюють право особи, яка досягла 14-річного віку, *самостійно* пройти медичний огляд на ВІЛ-інфекцію, а ст. 7 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» передбачає, що медичний огляд на ВІЛ-інфекцію неповнолітніх до 18 років проводиться за присутності законних представників таких осіб.

Вважаємо, що Цивільний кодекс України з точки зору юридичної сили має перевагу над Законом України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення».

Наш висновок ґрунтується на двох підставах.

По-перше, відповідно до ст. 1 Цивільного кодексу України саме цивільне законодавство регулює цивільні права та обов'язки (у тому числі право на медичну допомогу). Отже, в цій частині всі інші законодавчі акти, в тому числі закони України, мають відповідати Цивільному кодексу і не можуть йому суперечити.

По-друге, Цивільний кодекс України порівняно із Законом України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» прийнято за часом пізніше, відповідно діє принцип права про пріоритет нової норми над попередньою.

– особа, яка була усиновлена, має право після досягнення нею чотирнадцяти років на одержання інформації щодо свого усиновлення (ч. 3 ст. 226);

– договір про патронат припиняється у разі відмови від нього дитини, яка досягла чотирнадцяти років (ч. 1 ст. 256).

Таким чином, можна зробити висновок, що **медичний огляд на ВІЛ-інфекцію неповнолітні особи віком від 14 до досягнення 18 років можуть проходити самостійно**. Але при цьому не виключається, що такий медичний огляд може також проводитися на прохання чи за згодою законних представників неповнолітніх віком від 14 до 18 років, які у такому випадку мають право бути присутніми при проведенні такого огляду.

Згідно з чинним законодавством України діти віком до досягнення 14 років (у тому числі від 10 до досягнення 14 років) **не можуть** проходити медичний огляд самостійно, а лише на прохання чи за згодою їх законних представників, які мають право бути присутніми при проведенні такого огляду. Однак застосування цього загального правила до дітей віком до досягнення 14 років (у тому числі від 10 до досягнення 14 років), що є предметом нашого дослідження, з об'єктивних причин виглядає проблематичним. Для таких дітей досить прогнозованою є ситуація, коли законні представники відсутні або не висловлюють (через будь-які причини) прохання або згоду на проведення медичного огляду, або не зможуть бути присутніми під час медичного огляду. Негативні, а навіть невірні наслідки від можливої затримки у часі щодо медичного огляду на ВІЛ-інфекцію таких дітей очевидні.

Неврегульованою у чинному законодавстві України залишається також ситуація з порядком супроводу дітей віком до досягнення 14 років (у тому числі від 10 до досягнення 14 років), що є предметом нашого дослідження, після встановлення ВІЛ-позитивного статусу за результатом тестування⁹⁵.

У будь-якому разі останню крапку щодо тлумачення ст. 7 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» може поставити Конституційний Суд України через механізм конституційного звернення за офіційним тлумаченням закону, як це передбачено статтею 42 Закону України «Про Конституційний Суд України» від 16.10.1996 р. № 422/96-ВР⁹⁶. Зазначимо, що поширена практика звернення із запитом щодо роз'яснення законодавства до Міністерства юстиції України⁹⁷ у даному разі буде некоректною.

З досвіду Російської Федерації

Згідно з п. 5 ст. 7 гл. 2 Федерального Закону Російської Федерації «Про попередження поширення в Російській Федерації захворювання, що викликається вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ-інфекції)» від 30.03. 1995 р. № 38-ФЗ «медичне обстеження неповнолітніх у віці до 14 років та осіб, визнаних у встановленому законом

⁹⁵ Деякі об'єднання громадян (в тому числі міжнародні, зареєстровані відповідно до порядку, встановленого законами України «Про благодійництво та благодійні організації», «Про об'єднання громадян», що працюють у сфері профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу, догляду та підтримки людей, що живуть з ВІЛ), що працюють з СНІД, ПКС, групи підтримки ЛЖВ, релігійні громади тощо готові взяти на себе соціальний супровід таких дітей, однак чинне законодавство України не передбачає правових підстав для такого супроводу.

⁹⁶ Відомості Верховної Ради України. – 1996. – № 49. – Ст. 272.

⁹⁷ Відповідно до п. 4 Положення про Міністерство юстиції України, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 14.11.2006 р. № 1577 // Офіційний вісник України. – 2006. – № 45. – Ст. 3020:

«4. Мін'юст відповідно до покладених на нього завдань:

10) організовує у межах своїх повноважень виконання актів законодавства та здійснює контроль за їх реалізацією;

16) дає роз'яснення законодавства державним органам, підприємствам, установам та організаціям, готує за дорученням Кабінету Міністрів України правові висновки з відповідних питань»

порядку недієздатними. Може проводитися на прохання чи за згодою їх законних представників, які мають право бути присутніми під час проведення медичного обстеження».

При цьому, в п. 2 ст. 13 гл. 2 зазначеного Закону закріплено, що «в разі виявлення ВІЛ-інфекції в неповнолітніх віком до 18 років, а також в осіб, визнаних в установленому законом порядку недієздатними, працівники закладів, що проводили медичне обстеження, повідомляють батьків чи інших законних представників зазначених осіб».

З досвіду Німеччини

У Німеччині особа, яка досягла віку 16 років, має доступ до будь-якої медичної допомоги без дозволу батьків. Якщо мова йде про дітей віком 14–16 років, лікарі самі повинні прийняти рішення в залежності від віку. Існують ситуації, за яких повідомлення батьків може спричинити негативні наслідки. Однак такі питання теж спочатку обговорюються з дитиною, оскільки якщо дитина є ВІЛ-інфікованою, для подальшого лікування потрібна згода батьків. Якщо у дитини немає батьків або осіб, які турбуються про цю дитину, компетентні державні органи протягом двох годин знаходять особу, яка буде турбуватися про цю дитину.

Що стосується лікування від наркозалежності, замісної терапії і антиретровірусної терапії, то чинне законодавство України не містить спеціальних норм щодо віку дітей, з якого вони можуть самостійно здійснювати зазначені процедури. У такому разі слід керуватися загальною нормою – медичне втручання щодо **особи, якій виповнилось 14 років, не потребує обов'язкової згоди або присутності її законного представника.**

Щодо штучного переривання вагітності

Відповідно до п. 1.7. Інструкції про порядок проведення операції штучного переривання вагітності, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 20.07.2006 р. № 508 (zareєстровано в Міністерстві юстиції України 25.10.2006 р. за № 1155/13029)⁹⁸ проведення штучного переривання вагітності у пацієнтки віком до 14 років або у недієздатної особи здійснюється за заявою її законних представників. Штучне переривання вагітності у пацієнтки, **яка досягла 14 років, здійснюється за її згодою** (ст. 284 Цивільного кодексу України).

З досвіду інших країн

Умови проведення абортів з точки зору самостійності вибору в інших (європейських) країнах встановлюються в залежності від віку пацієнтки⁹⁹.

Так, законодавство Болгарії, Данії, Угорщини встановлює необхідність згоди батьків щодо дівчат віком до 18 років. В Італії і Туреччині необхідна згода батьків *або судді* щодо дівчат віком до 18 років.

У Словацькій Республіці потрібна згода батьків щодо дівчаток до 16 років, а щодо дівчаток віком від 16 до 18 років – повідомлення батькам про здійснений аборт.

Чехія, Грузія, Греція, Ісландія, Казахстан, Латвія, Литва, Молдова, Нідерланди, Швейцарія встановили необхідність згоди батьків щодо дівчаток віком до 16 років, а

⁹⁸ Офіційний вісник України. – 2006. – № 43. – Ст. 2912.

⁹⁹ Abortion legislation in Europe (updated February 2004) // IPPF European network, Rue Royale 146, 1000 Brussels, Belgium, e-mail: info@ippfen.org.

Сполучене Королівство – згоду батьків *або соціальних працівників* щодо дівчаток віком до 16 років.

Особливості законодавчого забезпечення права на добровільний медичний огляд

Цивільний кодекс України (ч. 4 ст. 286) закріплює, що фізична особа *може бути зобов'язана* до проходження медичного огляду у випадках, встановлених законодавством. Такі випадки передбачені ч. 1 ст. 31 Основ законодавства України про охорону здоров'я, а саме: профілактичні медичні огляди неповнолітніх, вагітних жінок, працівників підприємств, установ і організацій з шкідливими і небезпечними умовами праці, військовослужбовців та осіб, професійна чи інша діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення або підвищеною небезпекою для оточуючих.

Щодо медичного огляду на ВІЛ-інфекцію слід керуватися *спеціальною нормою* – ч. 3 ст. 7 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення». Згідно з цією нормою медичний огляд на ВІЛ-інфекцію проводиться *добровільно*, крім донорів крові та інших біологічних рідин, клітин, тканин та органів людини, які підлягають обстеженню на ВІЛ (ст.ст. 4 та 10 зазначеного Закону).

Відповідно до Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» та Постанови Кабінету Міністрів України «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» від 04.03.2004 р. № 264¹⁰⁰, були розроблені підзаконні нормативно-правові акти, які так само передбачають право на добровільний медичний огляд та тестування для виявлення ВІЛ-інфекції, це: Правила медичного огляду з метою виявлення ВІЛ-інфекції, обліку ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД та медичного нагляду за ними¹⁰¹ (затверджені Постановою Кабінету Міністрів України від 18.12.1998 р. № 2026¹⁰²) і Порядок добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (протокол)¹⁰³ (затверджений наказом МОЗ України від 19.08.2005 р. № 415, зареєстровано у Міністерстві юстиції України 22.11.2005 р. за № 1404/11684).

Порядок передбачає, що для успішного консультування підлітків необхідна атмосфера довіри, яка буде неможливою у разі авторитарної позиції консультанта, його надмірної повчальності. Тому особливо важливим є проведення консультації з неповнолітнім віч-на-віч, за винятком тих випадків, коли він висловлює бажання, щоб його батьки/інші законні представники були присутні під час консультації.

¹⁰⁰ Офіційний вісник України. – 2004. – № 10. – Ст. 594.

¹⁰¹ «2. Медичний огляд проводиться добровільно».

¹⁰² Офіційний вісник України. – 1998. – № 51. – Ст. 42.

¹⁰³ *Тестування для виявлення ВІЛ-інфекції може бути проведено тільки після усвідомленої та добровільної згоди пацієнта. Це означає, що пацієнту надано зрозумілою для нього мовою у доступній формі достатньо інформації, він зрозумів позитивні та негативні наслідки виявлення свого ВІЛ-статусу, дав письмово підтвержену згоду на проходження тестування або відмовився від нього чи відклав своє рішення щодо його проходження без будь-якого примусу. Тиск або примушення до проходження тестування неприпустимі. Добровільність передбачає також відсутність примусу щодо прийняття рішення стосовно зміни ризикованої поведінки особою, яка звернулася за послугами ДКТ.*

Тестування для виявлення ВІЛ-інфекції може бути проведено тільки після усвідомленої та добровільної згоди пацієнта. Це означає, що пацієнту надано зрозумілою для нього мовою у доступній формі достатньо інформації, він зрозумів позитивні та негативні наслідки виявлення свого ВІЛ-статусу, дав письмово підтверджену згоду на проходження тестування або відмовився від нього чи відклав своє рішення щодо його проходження без будь-якого примусу. Тиск або примушення до проходження тестування неприпустимі. Добровільність передбачає також відсутність примусу щодо прийняття рішення стосовно зміни ризикованої поведінки особою, яка звернулась за послугами ДКТ.

Право на вільне прийняття рішень можливе за відсутності пороків волі і пов'язане з відсутністю психологічних обтяжень. Тому керівні документи МОЗ вимагають надання психологічної допомоги починаючи з дотестового консультування і особливо під час післятестового консультування. Наказом МОЗ України «Про затвердження Концепції надання позалікарняної допомоги ВІЛ-інфікованим та здійснення догляду за хворими на СНІД» від 24.07.2002 р. № 284 (незарєєстрований в Міністерстві юстиції України) передбачено надання спеціалізованої психологічної допомоги. Проте відповідно до Наказу МОЗ України «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я» від 23.02.2000 р. № 33 (незарєєстрований в Міністерстві юстиції України) посада психолога передбачена лише в Центрах профілактики та боротьби зі СНІДом.

Єдиним документом серед підзаконних актів України, що вимагає обов'язкового проведення тестування (і який власне, не відповідає припису ч. 3 ст. 7 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення») є Порядок медичного обслуговування дітей у притулках для неповнолітніх служби у справах неповнолітніх, центрах соціально-психологічної реабілітації дітей (затверджений наказом Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту та Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2006 р. № 3297/645¹⁰⁴, зарєєстрований в Міністерстві юстиції України 23.10.2006 р. за № 1136/13010).

У цьому Порядку чітко не зазначено, що медичний огляд, до якого входить і аналіз на ВІЛ-інфекцію, є обов'язковим, але на обов'язковість робиться наголос у деяких пунктах¹⁰⁵. Оскільки чинна редакція Порядку не містить норм про усвідомлену та добровільну згоду дітей на проведення щодо них медичного огляду на ВІЛ-інфекцію, Порядок потребує відповідних змін. Вважаємо, що для проведення у притулках для неповнолітніх і центрах соціально-психологічної реабілітації дітей медичного огляду на ВІЛ-інфекцію щодо неповнолітніх віком від 14 до 18 років необхідно *отримати згоду цих дітей* на такий огляд.

Медичний огляд на ВІЛ-інфекцію дітей до досягнення 14 років, які перебувають у притулках для неповнолітніх і центрах соціально-психологічної реабілітації дітей, може проводитися *без отримання їх згоди* на проведення такого огляду. Однак застосування цього загального правила до дітей, які знаходяться у притулках для неповнолітніх і центрах соціально-психологічної реабілітації дітей, з об'єктивних причин виглядає проблематичним. Для таких дітей досить прогнозованою є ситуація,

¹⁰⁴ Офіційний вісник України. – 2006. – № 43. – Ст. 2914.

¹⁰⁵ «Обов'язкові медичні профілактичні огляди дітей здійснюють медичні працівники лікувально-профілактичного закладу за територіальним принципом», «Інформація про результати обов'язкових медичних оглядів та проведені профілактичні щеплення дітей у закладах соціального захисту передаються разом з дитиною при її вибутті для закладів охорони здоров'я за місцем проживання дитини».

коли законні представники відсутні, або не висловлюють (через будь-які причини) прохання або згоду на проведення медичного огляду, або не зможуть бути присутніми під час медичного огляду. Оскільки, зазначений Порядок не містить жодних норм з цього приводу, до Порядку мають бути внесені відповідні зміни.

З очевидністю постає питання про поінформованість щодо проведення медичного огляду на ВІЛ-інфекцію дітей віком від 10 до досягнення 18 років, які відносяться до груп високого ризику ВІЛ-інфікування (в тому числі дітей, які знаходяться у притулках для неповнолітніх і центрах соціально-психологічної реабілітації).

Порядок добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (протокол) визначає поняття *«інформована згода»* таким чином: це згода на тестування, надана пацієнтом, який був у змозі прийняти усвідомлене рішення, після отримання під час передтестового консультування у зрозумілій для нього формі інформації про мету та процедуру тестування, шляхи передачі ВІЛ, заходи профілактики та наслідки виявлення ВІЛ-інфекції. Дане визначення є значною мірою оціночним щодо віку пацієнта.

Згідно з п. 3 Типового положення про притулок для дітей, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 9 червня 1997 р. № 565¹⁰⁶ *діяльність притулку ґрунтується на принципах гуманності, демократичності, поваги до особистості.*

Згідно зі ст. 285 Цивільного кодексу України лише повнолітня фізична особа має право на достовірну і повну інформацію про стан свого здоров'я, у тому числі на ознайомлення з відповідними медичними документами, що стосуються її здоров'я. Право на інформацію про стан здоров'я дитини мають батьки (усиновлювачі), опікун, піклувальник.

При цьому ч. 3 ст. 285 ЦКУ містить застереження: *«якщо інформація про хворобу фізичної особи може погіршити стан її здоров'я або погіршити стан здоров'я фізичних осіб, визначених частиною другою цієї статті, зашкодити процесові лікування, медичні працівники мають право дати неповну інформацію про стан здоров'я фізичної особи, обмежити можливість їх ознайомлення з окремими медичними документами.»*

Повнота і точність, об'єктивність, і вірогідність інформації

Кожному, хто має намір пройти тестування, необхідно запропонувати перед- та післятестове консультування, під час якого надати інформацію про мету та процедуру тестування, шляхи передачі, заходи та засоби профілактики ВІЛ-інфекції, можливі результати тесту, існуючі можливості отримання медичної, психологічної та соціальної допомоги тощо.

Обсяг та форма представленої інформації мають бути достатніми для прийняття усвідомленого рішення про доцільність та необхідність тестування, пацієнтам як з позитивним, так і з негативним результатом тесту під час повідомлення про результат тесту в державному або комунальному закладі охорони здоров'я та післятестового консультування необхідно надати інформацію про служби медичної, психологічної, соціальної та юридичної допомоги та в разі необхідності направити до них.

¹⁰⁶ Офіційний вісник України – 1997. – № 24. – Ст. 61.

Відповідно до пункту 1.6. Інструкції про порядок проведення операції штучного переривання вагітності, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 20.07.2006 р. № 508 (zareєстровано в Міністерстві юстиції України 25.10.2006 р. за № 1155/13029)¹⁰⁷ штучне переривання вагітності у терміни вагітності до 12 тижнів здійснюється за поінформованим бажанням жінки. Для пацієнок, яким проводиться операція штучного переривання вагітності, здійснюється передабортне та післяабортне консультування щодо особливостей конкретного методу переривання вагітності, можливі його наслідки для здоров'я за Методикою передабортного та післяабортного консультування вагітної щодо особливостей конкретного методу штучного переривання вагітності (додаток 1) та видається Пам'ятка пацієнтці щодо штучного переривання вагітності (додаток 2).

Законодавчі основи «економічної» доступності

Конституція України передбачає гарантування у наданні *безоплатної* медичної допомоги (ч. 3 ст. 49)¹⁰⁸. Конституційний Суд України надав положенню ч. 3 ст. 49 офіційне тлумачення у Рішенні від 29.05.2002 р. № 10-рп/2002, яким підтвердив конституційне право на отримання *безоплатної* медичної допомоги. Законом України «Про охорону дитинства» передбачається, що дітям надається безоплатна медична допомога (ст. 6)¹⁰⁹.

Законодавство не містить норм, які б пов'язували надання медичних послуг у державних та комунальних медичних закладах з обов'язком внесення платежів. Але ст. 18 Основ законодавства України про охорону здоров'я¹¹⁰ та ст. 5 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення»¹¹¹ передбачають право закладів охорони здоров'я використовувати кошти, добровільно передані громадянами. З одного боку ця норма надає можливості залучати додаткові кошти до фінансування закладів охорон здоров'я. З іншого боку нею часто вимушено зловживають, враховуючи недостатність бюджетного фінансування, що має наслідком отримання «примусово-добровільних», «благодійних» пожертв від пацієнтів.

Відповідно до Порядку добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (протокол)¹¹² (затверджений наказом МОЗ України від 19.08.2005 р. № 415, зареєстровано у Міністерстві юстиції України 22.11.2005 р. за № 1404/11684) добровільне тестування повинно бути безоплатним для всіх пацієнтів.

Згідно з Переліком платних послуг, які можуть надаватися в державних та комунальних закладах охорони здоров'я, вищих медичних навчальних закладах та

¹⁰⁷ Офіційний вісник України. – 2006. – № 43. – Ст. 2912.

¹⁰⁸ «Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності».

¹⁰⁹ «Держава гарантує дитині право на охорону здоров'я, безоплатну кваліфіковану медичну допомогу в державних і комунальних закладах охорони здоров'я, сприяє створенню безпечних умов для життя і здорового розвитку дитини, раціонального харчування, формуванню навичок здорового способу життя».

¹¹⁰ «Всі заклади охорони здоров'я мають право використовувати для підвищення якісного рівня своєї роботи кошти, добровільно передані підприємствами, установами, організаціями і окремими громадянами, а також з дозволу власника або уповноваженого ним органу встановлювати плату за послуги в галузі охорони здоров'я».

¹¹¹ «Фінансування загальнодержавної, регіональних та місцевих програм з профілактики захворювання на СНІД та соціального захисту ВІЛ-інфікованих здійснюється відповідно за рахунок: коштів Державного бюджету України та місцевих бюджетів; коштів цільових фондів; благодійних внесків; інших джерел фінансування, не заборонених законами України».

¹¹² Див. прим. 103

науково-дослідних установах, затвердженим Постановою Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 р. № 1138¹¹³ до послуг, що надаються згідно з функціональними повноваженнями державними і комунальними закладами охорони здоров'я, серед іншого, належать:

– анонімне обстеження та лікування хворих, заражених хворобами, що передаються статевим шляхом, а також хворих на алкоголізм і наркоманію (крім обстежень на ВІЛ та СНІД);

– операції штучного переривання вагітності в амбулаторних умовах (методом вакуум-аспірації у разі затримки менструації терміном не більш як на 20 днів) та в стаціонарі (до 12 тижнів вагітності), крім абортів за медичними і соціальними показаннями.

Законодавчі основи заборони дискримінації

Загальна заборона дискримінації закріплена в Конституції України (ч. 2 ст. 24)¹¹⁴. Однак конституційний перелік ознак, за якими заборонено дискримінацію, не є вичерпним. Іншими словами, цей перелік може бути розширено. Зокрема, причиною для дискримінації не може бути соціальний стан особи або її вік. Згідно з Основами законодавства України про охорону здоров'я *«кожний громадянин України має право на охорону здоров'я, що передбачає: у) правовий захист від будь-яких незаконних форм дискримінації, пов'язаних із станом здоров'я»* (ст. 6).

Відповідно до Порядку добровільного консультивання і тестування на ВІЛ-інфекцію (протокол)¹¹⁵ (затверджений наказом МОЗ України від 19.08.2005 р. № 415, зареєстровано у Міністерстві юстиції України 22.11.2005 р. за № 1404/11684) ДКТ повинне бути доступним усім, хто його потребує, без будь-якої дискримінації.

Питання боротьби із стигматизацією у сфері ВІЛ-інфекції стоять безпосередньо поряд з проблемою захисту від дискримінації. Але українське законодавство не вживає терміну «стигматизація», і можна з високою імовірністю припустити, що переважна більшість медичних працівників не будуть у змозі відокремити дискримінацію від стигматизації. Це, однак, не виключає необхідності боротьби із цим явищем. Як свідчить практика, *«в медичних установах має місце стигматизація з боку персоналу через підозри щодо вживання ін'єкційних наркотиків і через підозри у залученні до секс-бізнесу»*¹¹⁶.

4.4. Висновки

1. Відсутність норм у законодавстві України щодо правового регулювання проходження медичного огляду бездоглядними дітьми віком до 14 років.

2. Неврегульованою у чинному законодавстві України залишається ситуація з порядком супроводу дітей віком до 14 років (у тому числі від 10 до 14 років), що є предметом нашого дослідження, після позитивного результату тестування. Деякі об'єднання громадян (в тому числі міжнародні, зареєстровані відповідно до порядку,

¹¹³ Урядовий кур'єр від 26.09.1996 р.

¹¹⁴ *«Не може бути привілеїв чи обмежень за ознаками раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, етнічного та соціального походження, майнового стану, місця проживання, за мовними або іншими ознаками».*

¹¹⁵ Див. прим. 103.

¹¹⁶ Буроменський М.В., Нізова Н.М., Рудий В.М. Репродуктивні права та механізми їх реалізації у ВІЛ-позитивних жінок в Україні. – К.: Вид. Раєвського, 2005. – С. 82.

встановленого законами України «Про благодійництво та благодійні організації», «Про об'єднання громадян», що працюють у сфері профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу, догляду та підтримки людей, що живуть з ВІЛ), що працюють з СІН, ПКС, групи підтримки ЛЖВ, релігійні громади тощо готові взяти на себе соціальний супровід таких дітей, однак чинне законодавство України не передбачає правових підстав для такого супроводу.

3. Недосконалість законодавчих положень щодо можливості неповнолітньої особи віком від 14 до 18 років самостійно проходити медичний огляд (без прохання чи згоди їх законних представників і без їх обов'язкової присутності при проведенні такого огляду).

4. Невідповідність положень Порядку медичного обслуговування дітей у притулках для неповнолітніх служби у справах неповнолітніх, центрах соціально-психологічної реабілітації дітей (затверджений наказом Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту та Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2006 р. № 3297/645) ч. 3 ст. 7 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» у частині вимоги обов'язкового проведення тестування на ВІЛ.

5. В Основах законодавства України про охорону здоров'я передбачено право закладів охорони здоров'я використовувати кошти, добровільно передані громадянами¹¹⁷, що надає можливість отримувати благодійні кошти від пацієнтів. З одного боку ця норма надає можливості залучати додаткові кошти до фінансування закладів охорон здоров'я. З іншого боку нею часто вимушено зловживають, враховуючи недостатність бюджетного фінансування, що має наслідком отримування «примусово-добровільних», «благодійних» пожертв від пацієнтів.

6. Недостатній рівень ознайомлення медичних і соціальних працівників з принципами проведення ДКТ на базі Протоколу ДКТ.

7. На практиці досить часто виникають ситуації, коли лікувальні заклади відмовляються надавати медичну допомогу особам, які не зареєстровані на територіальній дільниці, до якої цей заклад належить. Мотив відмови полягає у тому, що фінансування цього закладу здійснюється з розрахунку кількості зареєстрованих жителів.

8. Законодавство у своїй нечіткості неявно покладає на лікарів право самостійно визначити обсяг медичних послуг для дітей віком від 10 до досягнення 18 років, не надавати їм інформацію про хворобу у разі, якщо така інформація або ненадання послуг можуть погіршити стан здоров'я або зашкодити процесові лікування, медичні працівники мають право дати неповну інформацію про стан здоров'я фізичної особи, обмежити можливість їх ознайомлення з окремими медичними документами (ст. 285 ЦКУ), що суперечить функціональним обов'язкам медичних працівників і що, скоріше, доцільно віднести до функціональних обов'язків соціальних працівників.

¹¹⁷ Див. прим. 110

4.5. Рекомендації

Рекомендація профільним комітетам Верховної Ради України:

Розглянути пропозицію про викладення у новій редакції ч. 4 ст. 7 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» від 15.11.2001 р. № 2776-III: *«Медичний огляд дітей віком до 14 років і осіб, визнаних у встановленому законом порядку недієздатними, проводиться на прохання чи за згодою їх законних представників, які мають право бути присутніми при проведенні такого огляду. Неповнолітні віком від 14 до 18 років можуть пройти медичний огляд без прохання чи згоди їх законних представників і без їх обов'язкової присутності при проведенні такого огляду, за умови самостійного вибору такого представника».*

Розглянути пропозицію внесення зміни до ст. 285 Цивільного Кодексу України, з тим, щоб обов'язок надавати (надавати в обмеженому обсязі або не надавати) інформацію про хворобу у разі, якщо така інформація або ненадання послуг можуть погіршити стан здоров'я або зашкодити процесові лікування, покладалася не на медичних працівників, а на соціальних працівників.

Рекомендації Мін'юсту України, Мінсім'ямолодьспорту, МОЗ України, МОН України, МВС України у партнерстві з місцевими органами влади та громадськими організаціями:

1. Розробити нормативно-правовий акт щодо правового регулювання проходження медичного огляду бездоглядними дітьми віком до 14 років.
2. Розробити нормативно-правовий акт щодо порядку супроводу бездоглядних дітей віком до 14 років після позитивного результату тестування, у тому числі із залученням до такого супроводу громадських організацій.
3. Вивчити досвід інших країн щодо надання *спеціальних статусів* дітям та молодим людям до досягнення 18 років з метою забезпечення доступу до доброякісних медичних та соціальних послуг.

Рекомендації Мінсім'ямолодьспорту і МОЗ України:

Порядок медичного обслуговування дітей у притулках для неповнолітніх служби у справах неповнолітніх, центрах соціально-психологічної реабілітації дітей (затверджений наказом Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту та Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2006 р. № 3297/645, зареєстровано в Міністерстві юстиції України 23.10.2006 р. за № 1136/13010) привести у відповідність із ч. 3 ст. 7 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» у частині забезпечення проведення тестування на ВІЛ **за поінформованою згодою.**

Забезпечити ознайомлення медичних і соціальних працівників з принципами проведення ДКТ на базі Протоколу ДКТ.

Рекомендації МОЗ України:

Посилити контроль за дотриманням ч. 5 ст. 7 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» щодо **безоплатності** тестування на ВІЛ-інфекцію дітей.

Забезпечити проведення ДКТ у «клініках, дружніх до молоді».

5. Забезпечення права на інформацію про результати тестування на ВІЛ-інфекцію і права на таємницю про стан здоров'я дітей та молоді віком від 10 до досягнення 18 років, які належать до груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування

5.1. Суть питання

У даному підрозділі слід з'ясувати, які правові підстави існують для того, щоб неповнолітні діти, що належать до груп ризику, могли отримати інформацію про результати свого тестування на ВІЛ-інфекцію, а також яким чином має забезпечуватися їх право на таємницю про стан здоров'я.

5.2. Відображення питання в міжнародних актах та в рекомендаційних міжнародних актах

Загальні міжнародно-правові договори про права людини містять базову норму про право на інформацію. Перш за все, *Міжнародний пакт про громадянські і політичні права*. Загальна норма, викладена у ст. 19 Пакту, є правовою основою для спеціальних правових норм, до яких відносяться, зокрема, норми про право доступу до інформації.

Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод не містить норм, що безпосередньо стосувалися б права доступу до інформації. Проте ст. 10 Конвенції¹¹⁸ відтворює базову міжнародно-правову норму про право на свободу на інформацію.

Конвенція про права дитини безпосередньо не торкається питань про дитячий вимір права мати доступ до інформації та засобів профілактики ВІЛ-інфекції. Але в загальному вигляді дитина такого права не позбавлена. Тут мова може йти як про репродуктивне виховання дитини, так і про надання необхідної доброякісної інформації медичними працівниками¹¹⁹.

¹¹⁸ «1. Кожна людина має право на свободу вираження своєї думки. Це право включає свободу дотримуватися своєї думки, отримувати і поширювати інформацію та ідеї без втручання з боку державних органів і незалежно від державних кордонів. Ця стаття не перешикодує державам запроваджувати ліцензування радіомовних, телевізійних чи кінематографічних підприємств.

2. Здійснення цих свобод, що накладає обов'язки та відповідальність, може бути пов'язано з формальностями, умовами, обмеженнями і штрафними санкціями, передбаченими законом і необхідними в демократичному суспільстві в інтересах державної безпеки, територіальної цілісності та громадського спокою, з метою запобігання безпорядкам і злочинності, захисту здоров'я і моралі, захисту репутації або прав інших осіб, запобігання розголошенню інформації, отриманої конфіденційно, чи забезпечення авторитету й неупередженості правосуддя».

¹¹⁹ У Конвенції про права дитини міститься така загальна норма: «Держави-сторони визнають важливу роль засобів масової інформації і забезпечують, щоб дитина мала доступ до інформації і матеріалів із різних національних і міжнародних джерел, особливо до таких інформації і матеріалів, які спрямовані на сприяння соціальному, духовному та моральному благополуччю, а також здоровому фізичному і психічному розвитку дитини» (ч. 1 ст. 17).

У Конвенції про права дитини також зазначено:

«1) Держави-сторони визнають право дитини на користування найбільш досконалими послугами системи охорони здоров'я та засобами лікування хвороб і відновлення здоров'я.

2) Держави-сторони домагаються повного здійснення цього права, зокрема вживають заходів щодо:

е) забезпечення інформацією всіх прошарків суспільства, зокрема батьків і дітей, щодо здоров'я і харчування дітей, переваги грудного годування, гігієни, санітарії середовища перебування дитини та запобігання нещасним випадкам, а також доступу до освіти та підтримки у використанні цих знань;

Замечание общего порядка № 3 «ВІЧ/СПИД и права ребенка»¹²⁰ у п. 24 встановлює, що конфіденційність результатів ВІЛ-тестування має забезпечуватися в тому числі всередині системи охорони здоров'я і соціального забезпечення, при цьому інформація про ВІЛ-статус дітей не має розкриватися без згоди дитини третім особам, у тому числі батькам.

5.3. Відображення питання в законодавстві України та сучасна практика

Забезпечення права на інформацію про результати тестування на ВІЛ-інфекцію

У загальному вигляді право людини на одержання достовірної і своєчасної інформації про стан її здоров'я (у тому числі інформації про результати тестування на ВІЛ-інфекцію) передбачають Основи законодавства України про охорону здоров'я. Згідно з пунктом «е» ч. 1 ст. 6 цього Закону *кожний громадянин України* має право на достовірну та своєчасну інформацію про стан свого здоров'я і здоров'я населення, включаючи існуючі і можливі фактори ризику та їх ступінь.

Цивільний кодекс України (ст. 285)¹²¹ і Основи законодавства України про охорону здоров'я (ч. 1 ст. 39) **обмежують** загальне правило і встановлюють, що **лише пацієнт, який досяг повноліття**, має право на отримання достовірної і повної інформації про стан свого здоров'я, у тому числі на ознайомлення з відповідними медичними документами, що стосуються його здоров'я.

Що стосується малолітніх і неповнолітніх осіб, а також осіб, які визнані недієздатними, та осіб, цивільна дієздатність яких обмежена, то право на отримання інформації про стан здоров'я цих осіб належить, відповідно до ч. 2 ст. 39 Основ законодавства України про охорону здоров'я, батькам (усиновлювачам), опікунам, піклувальникам.

У будь-якому разі на медичного працівника покладається обов'язок надати *кожному пацієнтові* в доступній формі інформацію про стан його здоров'я, мету проведення запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, у тому числі наявність ризику для життя і здоров'я (ч. 3 ст. 39 Основ законодавства України про охорону здоров'я). Право надати *неповну інформацію* про стан здоров'я дитини або підопічного, а також обмежити можливість їх ознайомлення з окремими медичними документами медичні працівники мають право лише у разі, якщо інформація про хворобу пацієнта може погіршити стан його здоров'я або погіршити стан здоров'я таких фізичних осіб, зашкодити процесові лікування (ч. 4 ст. 39 Основ законодавства України про охорону здоров'я).

Забезпечення права на таємницю про стан здоров'я

За Цивільним кодексом України фізична особа має право на таємницю про стан свого здоров'я; на таємницю про факт звернення за медичною допомогою; на таємницю про діагноз; на таємницю про відомості, одержані при її медичному

f) розвитку просвітницької роботи та послуг у галузі профілактичної медичної допомоги та планування розміру сім'ї» (ст. 24).

¹²⁰ Прийнято Комітетом з прав дитини ООН, 32-а сесія Генеральної Асамблеї ООН, 13-31 січня 2003 р.

¹²¹ «Повнолітня фізична особа має право на достовірну і повну інформацію про стан свого здоров'я, у тому числі на ознайомлення з відповідними медичними документами, що стосуються її здоров'я».

обстеженні (ч 1 ст. 286). Тотожна норма міститься і в ч. 1 ст. 39-1 Основ законодавства України про охорону здоров'я, яка надає пацієнту право на таємницю про стан свого здоров'я; факт звернення за медичною допомогою; діагноз, а також про відомості, одержані при його медичному обстеженні. У цій частині закон зазначає, що таке право має *кожний пацієнт*, і не робить жодних обмежень щодо віку, соціального становища тощо.

Законом України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення»¹²² фізичній особі надається право на анонімний медичний огляд. Під *анонімним консультуванням та тестуванням* розуміється консультування та тестування без визначення відомостей щодо ідентифікації особи (паспортні дані: прізвище, ім'я, по батькові; дата народження; місце проживання, роботи або навчання тощо). У такому разі добровільне консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію проводиться з використанням коду, який надається пацієнту для проходження консультування та тестування з отриманням його результатів¹²³.

На виконання зазначеної норми п. 3 Правил медичного огляду з метою виявлення ВІЛ-інфекції, обліку ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД та медичного нагляду за ними, що затверджені Постановою Кабінету Міністрів України від 18.12.1998 р. № 2026 «Питання запобігання та захисту населення від ВІЛ-інфекції та СНІД»¹²⁴, встановлює, що за бажанням особи, яка звернулася до закладу охорони здоров'я для проведення медичного огляду, такий огляд може бути проведено анонімно у кабінетах довіри чи за направленням медичного працівника, до якого звернулася особа, яка потребує медичного огляду.

Медичний працівник зобов'язаний проконсультувати особу, яка обстежується, стосовно процедури обстеження, його ймовірних результатів, шляхів поширення ВІЛ-інфекції та засобів індивідуальної профілактики.

Основи законодавства України про охорону здоров'я містять *загальну норму* (ч. 1 ст. 40), відповідно до якої інформація про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя громадянина, що стала відома медичним працівникам та іншим особам у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків, є лікарською таємницею¹²⁵. Ці відомості не можуть бути розголошені, крім передбачених законодавчими актами випадків. Згідно зі *спеціальною нормою* – ч. 2 ст. 8 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» відомості про результати медичного огляду,

¹²² «Держава гарантує: доступність, якість, ефективність медичного огляду з метою виявлення ВІЛ-інфекції, в тому числі анонімного, з наданням попередньої та наступної консультативної допомоги, а також забезпечення безпеки такого медичного огляду для обстежуваної особи та персоналу, який його проводить» (абз. 3 ст. 4).

«За бажанням особи, яка звернулася до закладу охорони здоров'я для проведення медичного огляду, такий огляд може бути проведено анонімно». (ч. 1 ст. 8).

¹²³ Порядок добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (протокол), затверджено Наказом МОЗ України від 19.08.2005 р. № 415, зареєстровано у Міністерстві юстиції України 22.11.2005 р. за № 1404/11684 // Офіційний вісник України. – 2005. – № 48. – Ст. 3018.

¹²⁴ Офіційний вісник України. – 1998. – № 51. – Ст. 42.

¹²⁵ Відповідно до ч. 2 ст. 39-1 Основ законодавства України про охорону здоров'я забороняється вимагати та подавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз та методи лікування пацієнта.

Згідно з ч. 3 ст. 286 Цивільного кодексу України фізична особа зобов'язана утримуватися від поширення інформації про стан здоров'я інших осіб, факт їх звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при медичному обстеженні інших осіб, якщо така інформація стала їй відома у зв'язку з виконанням службових обов'язків або з інших джерел.

наявність чи відсутність ВІЛ-інфекції в особи, яка пройшла медичний огляд, є конфіденційними та становлять лікарську таємницю.

Конфіденційною є 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)¹²⁶.

Перед- та післятестове консультування, а також повідомлення про результат тесту слід здійснювати з дотриманням конфіденційності. Розголошення службовою особою лікувального закладу, допоміжним працівником, який самочинно здобув інформацію, або медичним працівником відомостей про проведення медичного огляду особи на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини або захворювання на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та його результати, що стали їм відомі у зв'язку з виконанням службових або професійних обов'язків, тягне за собою кримінальну відповідальність.

Передача таких відомостей 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.

Розглянемо більш детально випадки передачі відомостей про результати медичного огляду, наявність чи відсутність ВІЛ-інфекції в особи, яка пройшла медичний огляд.

1) *Особі, в якій за даними медичного огляду виявлено ВІЛ-інфекцію*, повідомляється про це працівником закладу охорони здоров'я, в якому проведено огляд, з урахуванням вимог закону щодо конфіденційності зазначеної інформації. Особі видається офіційний висновок про результати медичного огляду за формою, встановленою Міністерством охорони здоров'я України. Одночасно ВІЛ-інфікованому повідомляється про необхідність дотримання профілактичних заходів, спрямованих на недопущення поширення ВІЛ-інфекції, про гарантії дотримання прав і свобод ВІЛ-інфікованих, а також про кримінальну відповідальність за умисне поставлення в небезпеку зараження та зараження інших осіб вірусом імунодефіциту людини (ст. 9 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення»).

2) *Батьки (усиновлювачі), опікуни, піклувальники* мають право на отримання інформації про стан здоров'я дитини або підопічного на підставі ч. 2 ст. 39 Основ законодавства України про охорону здоров'я. Відповідно до ч. 2 ст. 9 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення» у разі виявлення ВІЛ-інфекції у неповнолітніх віком до 18 років, а також в осіб, визнаних у встановленому законом порядку недієздатними, працівник закладу охорони здоров'я, в якому проведено медичний огляд, повідомляє про це батьків або інших законних представників зазначених осіб.

3) *Заклади охорони здоров'я*¹²⁷ отримують відомості про результати медичного огляду, наявність чи відсутність ВІЛ-інфекції в особи, яка пройшла медичний огляд, на

¹²⁶ Порядок добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (протокол), затверджено Наказом МОЗ України від 19.08.2005 р. № 415, зареєстровано у Міністерстві юстиції України 22.11.2005 р. за № 1404/11684 // Офіційний вісник України. – 2005. – № 48. – Ст. 3018.

¹²⁷ *Закладами охорони здоров'я* відповідно до абз. 3 ч. 1 ст. 3 Основ законодавства України про охорону здоров'я є підприємства, установи та організації, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом подання медико-санітарної допомоги, включаючи широкий спектр

підставі Основ законодавства України про охорону здоров'я, зокрема, ст. 16, відповідних статей розділу IV «Забезпечення здорових і безпечних умов життя» і Розділу V «Лікувально-профілактична допомога».

4) *Органи прокуратури, слідства, дізнання та суду* мають право отримати зазначені вище відомості в інтересах слідства і на підставі відповідних статей Кримінально-процесуального кодексу України.

Відповідно до Порядку добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (протокол)¹²⁸ (затверджений наказом МОЗ України від 19.08.2005 р. № 415, зареєстровано у Міністерстві юстиції України 22.11.2005 р. за № 1404/11684) *конфіденційною* є 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).

Перед- та післятестове консультування, а також повідомлення про результат тесту слід здійснювати з дотриманням конфіденційності.

Забезпечення конфіденційності інформації, пов'язаної із проведенням ДКТ, є обов'язковим для закладів, установ та організацій (далі – організації), які надають ці послуги. Розголошення службовою особою лікувального закладу, допоміжним працівником, який самочинно здобув інформацію, або медичним працівником відомостей про проведення медичного огляду особи на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини або захворювання на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та його результатів, що стали їм відомі у зв'язку з виконанням службових або професійних обов'язків, тягне за собою кримінальну відповідальність.

Вищевказані працівники повинні дотримуватись правил оформлення, користування та зберігання документації, що містить конфіденційну інформацію, враховувати, що заборонені персоніфікація ВІЛ-інфікованої особи при складанні державних, відомчих та інших звітів, інформацій щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу, виступах в ЗМІ тощо, а також використання інших характеристик, за якими цю особу можна ідентифікувати.

Керівники установ, закладів та організацій, де проводиться консультування, несуть відповідальність за дотримання вимог конфіденційності службової інформації та здійснюють контроль за забезпеченням режиму конфіденційності.

Основними завданнями керівника організації щодо забезпечення конфіденційності є:

– створення умов для роботи консультанта, що забезпечують дотримання конфіденційності;

– виключення доступу до конфіденційної службової інформації будь-яких посадових осіб і працівників, крім відповідальних за проведення перед- та післятестового консультування та тестування.

З метою виконання вказаних завдань керівник закладу чи організації зобов'язаний:

– наказом призначати консультантів, відповідальних за проведення перед- та післятестового консультування;

– забезпечити належний рівень їх професійної підготовки, ознайомлення з законодавчими та нормативними актами, що стосуються ВІЛ-інфекції/СНІДу, в тому числі з питань забезпечення конфіденційності;

профілактичних і лікувальних заходів або послуг медичного характеру, а також виконання інших функцій на основі професійної діяльності медичних працівників.

¹²⁸ Див. прим. 103.

– організувати проведення службових розслідувань щодо фактів розголошення конфіденційної службової інформації про осіб, які звернулись за консультуванням та/або проходженням тестування.

Діловодство, пов'язане із забезпеченням права пацієнта на лікарську таємницю особистих даних:

– вся інформація про пацієнта повинна зберігатися в режимі обмеженого доступу, який визначається наказом керівника організації;

– визначений режим повинен виключати можливість ознайомлення з цією інформацією сторонніх осіб (технічного персоналу, родичів співробітників закладу тощо) і передбачає:

зберігання в сейфах (що зачиняються на ключ) документації, в якій є персоніфіковані дані про пацієнтів:

– журналів реєстрації добровільного перед- та післятестового консультування при тестуванні на ВІЛ-інфекцію (форма первинної облікової документації № 503/о, форм

№ 503-3/о) і журналів обліку ВІЛ-інфікованих осіб;

– інформації в бухгалтеріях територіальних центрів з профілактики та боротьби зі СНІДом про дітей, народжених від ВІЛ-інфікованих матерів, для отримання державної допомоги;

порядок:

– користування конфіденційною документацією таким чином, щоб унеможливити ознайомлення з нею сторонніх осіб;

– архівування документації та зберігання архіву;

– зберігання контрольних карт диспансерного спостереження за ВІЛ-інфікованими особами у кабінеті довіреного лікаря або лікаря-інфекціоніста закладу;

– систему кодування ВІЛ-позитивного статусу (діагнозу) у медичній документації відповідно до вимог наказу МОЗ України від 25.05.2000 р. № 120 «Про вдосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД», зареєстрованого в Мін'юсті України 14.11.2000 р. за № 819/5040. На титульній сторінці медичної карти амбулаторного або стаціонарного хворого, історії розвитку дитини коди не повинні вказуватись. Медичний персонал має бути поінформований про місце внесення коду в медичну документацію;

– необмежений термін конфіденційності даних про особу, яка зверталась за послугами ДКТ, в тому числі з ВІЛ-позитивним статусом;

– обов'язкове ознайомлення (під розпис) працівників медичних закладів (як з медичною, так і немедичною освітою) при прийомі на роботу та в подальшому щороку стосовно вимог Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» щодо конфіденційності інформації про проходження пацієнтом тесту на ВІЛ і його результат, кримінальну відповідальність за розголошення цієї інформації, що стала їм відома під час виконання професійних або службових обов'язків.

У разі роботи з комп'ютерними базами даних про ВІЛ-інфікованих осіб необхідно забезпечити:

– неможливість доступу до бази персоніфікованих даних через мережу Інтернет. База даних повинна розміщуватись в окремому комп'ютері, не підключеному до мережі Інтернет;

– захист баз персоніфікованих даних паролем, який відомий лише відповідальному медичному працівнику, визначеному наказом керівника організації;

– вилучення персоніфікованих даних при переданні бази даних електронною поштою;

– неможливість використання комп'ютерної техніки, яка містить конфіденційну інформацію, для виконання працівниками інших завдань, безпосередньо не пов'язаних з веденням бази даних, або для їх особистих потреб.

Відповідно до ст. 26 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» від 06.04.2000 р. № 1645-III¹²⁹ особи, хворі на інфекційні хвороби, що передаються статевим шляхом, підлягають обов'язковому лікуванню (за їх бажанням – анонімно). Відомості про зараження особи інфекційною хворобою, що передається статевим шляхом, проведені медичні огляди та обстеження з цього приводу, дані інтимного характеру, отримані у зв'язку з виконанням професійних обов'язків посадовими особами та медичними працівниками закладів охорони здоров'я, становлять лікарську таємницю. Надання таких відомостей дозволяється у випадках, передбачених законами України.

5.4. Висновки

1. Нагадаємо, що ч. 2 ст. 8 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» містить виключний перелік осіб, яким у випадках, передбачених законами України, дозволяється передавати відомості про результати медичного огляду, наявність чи відсутність ВІЛ-інфекції в особи, яка пройшла медичний огляд. *Однак законодавство України містить нормативно-правовий документ, який цей перелік розширює.* Йдеться про наказ Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2006 р. № 3297/645 (zareєстровано в Міністерстві юстиції України 23.10.2006 р. За № 1136/13010)¹³⁰, яким затверджено Порядок медичного обслуговування дітей у притулках для неповнолітніх служби у справах неповнолітніх, центрах соціально-психологічної реабілітації дітей та схеми обстеження їх у лікувально-профілактичних закладах. Відповідно до зазначеної схеми, діти, які перебувають у закладах соціального захисту і в лікувально-профілактичних закладах, *підлягають лабораторному обстеженню, яке включає в себе, серед іншого, аналіз крові на ВІЛ-інфекцію.*

Після проведення медичного огляду, згідно з п. 7 Порядку інформація про медичне обслуговування дітей у закладах соціального захисту та його результати обов'язково доводяться до відома *педагогічного персоналу* цього закладу.

Норма про передачу педагогічному персоналу закладів соціального захисту відомостей про результати медичного огляду на ВІЛ-інфекцію дітей, які перебувають у притулках для неповнолітніх служби у справах неповнолітніх, центрах соціально-психологічної реабілітації дітей, порушує одночасно два моменти. *По-перше*, ч. 2 ст. 8 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» містить формулювання, що відомості передаються у «випадках, передбачених законами України», а ми маємо справу з відомчим наказом. *А по-друге*, педагогічні працівники закладів соціального захисту не входять до переліку, передбаченого ч. 2 ст. 8 Закону України «Про запобігання

¹²⁹ Відомості Верховної Ради України. – 2000. – № 29. – Ст. 228.

¹³⁰ Офіційний вісник України. – 2006. – № 43. – Ст. 2914.

захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення».

2. Механізм передачі даних не містить чітких рекомендацій хто, яким чином, в якій формі, за яких правових підстав, умов і т.п. передає інформацію (в тому числі і в неповному обсязі) щодо тестування на ВІЛ, а також подальші результати обстежень, лікування тощо.

3. Нормативно-правові акти, що містять норму про право особи на інформацію, як правило, не містять опису процедур, за якими слід надавати інформацію, пов'язану із станом здоров'я. Винятком є затверджені спільним наказом Держдепартаменту з питань виконання покарань та МОЗ України від 18.01.2000 р. № 3/6 «Рекомендації щодо організації передтестового та післятестового консультування на ВІЛ». На рівні актів центральних органів виконавчої влади не існує норм про те, яку саме інформацію повинні надати дитині під час, до- та післятестового консультування, особливо якщо мова йде про ВІЛ-позитивних дітей.

4. У законодавстві не визначається, який подальший порядок дій щодо ВІЛ-інфікованих дітей, а також порядок консультування батьків з ВІЛ-статусу дітей (крім консультування батьків/інших законних представників дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями).

5. Наказ МОЗ України від 25.05.2000 р. № 120 «Про вдосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД» забороняє кодування диспансерних карток та історій хвороби ВІЛ-інфікованих, однак на практиці мають місце ситуації, коли коди виконуються якимось чином (кольором, позначками тощо) на медичній картці амбулаторного або стаціонарного хворого, історії розвитку дитини, що сприяє розголошенню інформації про ВІЛ-позитивний статус пацієнта.

5.5. Рекомендації

Рекомендація профільним комітетам Верховної Ради України:

Розглянути пропозицію про можливість доповнення до ч. 2 ст. 8 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» у частині «передачі педагогічному персоналу закладів соціального захисту відомостей про результати медичного огляду на ВІЛ-інфекцію дітей, які перебувають у притулках для неповнолітніх служби у справах неповнолітніх, центрах соціально-психологічної реабілітації дітей».

Рекомендації МОЗ України:

Удосконалити статистичну звітно-облікову документацію ВІЛ-позитивних осіб відповідно до вимог ст. 8 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення», яка наголошує на принципі конфіденційності.

Розробити правила забезпечення конфіденційності соціальними і педагогічними працівниками.

Розробити нормативно-правовий акт, який має визначити механізм передачі даних щодо ВІЛ-інфекції, із зазначенням кола осіб, підстав надання даних тощо.

6. Доступ до соціальних послуг дітей та молоді віком від 10 до досягнення 18 років, які належать до груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування

6.1. Суть питання

Право на соціальний захист – одне з найважливіших соціально-економічних прав людини. Його здійснення передбачає цілу низку державних і суспільних заходів. Однак традиційні механізми допомоги неповнолітнім, такі як, сім'я, навчальні заклади і дорослі, не можуть забезпечити неповнолітнім, які належать до груп ризику, необхідну соціальну допомогу. З'ясуємо, яким чином соціальні послуги можуть бути надані даній категорії неповнолітніх.

6.2. Відображення питання в міжнародних актах та в рекомендаційних міжнародних актах

Право людини на необхідне соціальне забезпечення закріплено у Загальній декларації прав людини (ст.ст. 22 та 25). У Міжнародному пакті про економічні, соціальні і культурні права 1966 р. прямо встановлено право на соціальне забезпечення (ст. 9). Це право закріплене також у ст. 7 Пакту, в якій йдеться про право на задовільне існування, у ст. 10 – про обов'язок надавати допомогу сім'ї та матері та захищати їх. Відповідні положення закріплені у Європейській соціальній хартії 1961 р. (ст.ст. 12–17). У ст. 16 Європейської соціальної хартії закріплено норму про соціальний захист родини: *«Сторони зобов'язуються сприяти економічному, правовому та соціальному захисту сімейного життя такими засобами, як соціальна допомога та допомога сім'ям з дітьми, фіскальні заходи, надання сім'ям житла, допомога молодим сім'ям та інші відповідні засоби»*.

6.3. Відображення питання в законодавстві України та сучасна політика

Програми зменшення шкоди від ВІЛ-інфекції

Чинне законодавство України містить декілька нормативно-правових актів, спрямованих на забезпечення зменшення шкоди від ВІЛ-інфекції. Розглянемо їх детальніше.

Програма профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2001–2003 роки, затверджена Постановою Кабінету Міністрів України від 11 липня 2001 р. № 790¹³¹, передбачає зменшення небезпеки інфікування ВІЛ деяких уразливих груп населення (споживачі ін'єкційних наркотиків, особи, що надають сексуальні послуги за плату, чоловіки, що мають сексуальні стосунки з чоловіками, ув'язнені тощо), зокрема, такими заходами:

– забезпечити доступність інформаційних матеріалів профілактичного спрямування для споживачів ін'єкційних наркотиків і осіб, що надають сексуальні послуги за плату, представників інших уразливих груп населення шляхом адаптації їх до специфічних потреб кожної окремої групи, із залученням до створення та розповсюдження таких матеріалів соціальних працівників і представників уразливих груп населення;

¹³¹ Офіційний вісник України. – 2001. – № 28. – Ст. 1252.

- впроваджувати і поширювати за підтримки міжнародних фінансових організацій місцеві програми з профілактики хвороб, що передаються статевим шляхом, та ВІЛ-інфекції/СНІД, залучаючи до цієї роботи представників уразливих груп населення;
- сприяти виконанню розроблених профілактичних програм, зокрема в частині забезпечення споживачів ін'єкційних наркотиків та представників інших уразливих груп населення достатньою кількістю шприців, голок, дезінфекційних засобів, презервативів;
- започаткувати введення замісної терапії з метою зменшення ризику інфікування споживачів ін'єкційних наркотиків ВІЛ та збудниками інших трансфузійних інфекцій;
- забезпечити проведення навчально-практичних семінарів для виконавців програм профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу серед уразливих груп населення;
- організувати «пункти довіри» (у тому числі «мобільні») для споживачів ін'єкційних наркотиків, представників інших уразливих груп населення з наданням широкого спектру медичних, психологічних, юридичних та соціальних послуг;
- вжити заходів до застосування у роботі з профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу серед уразливих груп населення методів «соціальної роботи на вулиці» та «рівний – рівному»;
- розробити і впровадити програми профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу та хвороб, що передаються статевим шляхом серед безпритульних та бездоглядних дітей (дітей вулиці);
- сприяти участі українських фахівців у міжнародних конференціях та семінарах з проблем профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу серед уразливих груп населення.

Постановою Кабінету Міністрів України від 04.03.2004 р. № 264¹³² була затверджена Концепція стратегії дій Уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, на період до 2011 року. Метою цієї Концепції є взяття під контроль та обмеження поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні, протидіючи, у тому числі, шляхом:

- удосконалення системи соціального та правового захисту уразливих груп населення, ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД, а також осіб, які постраждали внаслідок ВІЛ-інфікування (члени сімей, що залишилися без годувальника, діти-сироти);
- забезпечення гарантованого рівня надання безоплатної висококваліфікованої та багатоаспектної медико-соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД у визначеному законодавством обсязі.

З метою розв'язання визначених Концепцією завдань, які передбачають запобігання поширенню ВІЛ-інфекції, розширення можливості доступу до лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД, активізацію інформаційно-просвітницької роботи щодо профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу, була розроблена Національна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004–2008 роки (затверджена Постановою Кабінету Міністрів України від 04.03.2004 р. № 264).

У Програмі, серед іншого, були поставлені такі основні завдання:

- посилення діяльності державних органів, підприємств, установ, організацій та об'єднань громадян у справі боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом;

¹³² Офіційний вісник України. – 2004. – № 10. – Ст. 594.

- сприяння зниженню рівня ризикованої щодо інфікування ВІЛ поведінки серед різних груп населення, особливо молоді у віці 15–24 років;
- зменшення ризику вразливості до інфікування ВІЛ та зниження рівня поширення ВІЛ-інфекції серед уразливих груп населення;
- забезпечення можливості доступу до діагностики, лікування, догляду і підтримки людей, що живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІДом;
- забезпечення контролю, координації, планування та ефективного використання ресурсів, необхідних для виконання Програми; та інше.

Державною програмою «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року, що затверджена Постановою Кабінету Міністрів України від 27.12.2006 р. № 1849¹³³ з метою покращення ситуації, що склалася щодо репродуктивного здоров'я нації, серед іншого, заплановано:

- внесення змін до законодавства про охорону здоров'я щодо застосування засобів та методів запобігання не планованій вагітності та добровільного обстеження на ВІЛ-інфекцію для осіб віком старше 14 років стосовно приведення його у відповідність із ст. 284 Цивільного кодексу України;
- розроблення системи просвітницької роботи для дітей, підлітків та молоді з питань здорового способу життя, планування сім'ї та профілактики інфекцій, які передаються статевим шляхом, і ВІЛ: видання відповідної літератури, створення радіопередач, телесеріалів, соціальної реклами, запровадження скриньок запитань-відповідей в навчальних закладах;
- створення в мережі Інтернет сайта для батьків, дітей та молоді за тематикою статевого виховання з постійною інформаційною підтримкою;
- розроблення та впровадження протоколу з діагностики та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, відповідно до рекомендацій ВООЗ;
- та інше.

Порядок взаємодії центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді із закладами охорони здоров'я щодо надання медичної допомоги та соціальних послуг дітям і молоді, затверджений наказом Мінсім'ямолодьспорту, МОЗ від 17.04.2006 р. № 1209/228¹³⁴, зареєстровано в Міністерстві юстиції України 17 травня 2006 р. за № 567/12441 передбачає функції закладів охорони здоров'я щодо надання медичної допомоги дітям та молоді на основі принципів Дружнього підходу до молоді:

- забезпечення створення КДМ та їх функціонування;
- забезпечення надання лікувально-діагностичної, консультативної медичної допомоги дітям та молоді, у т.ч. тим, які опинилися в складних життєвих обставинах, у співпраці з ЦСССДМ;
- упровадження нових технологій профілактики, діагностики, лікування і реабілітації дітей та молоді;
- здійснення профілактичної роботи щодо попередження інфекцій, що передаються статевим шляхом, у тому числі ВІЛ/СНІД;
- поширення інформації щодо існуючих структур, що працюють за критеріями надання «дружніх до молоді послуг»;
- забезпечення належних умов для надання соціальних послуг спеціалістами ЦСССДМ на базі КДМ;

¹³³ Офіційний вісник України. – 2007. – № 1. – Ст. 35.

¹³⁴ Офіційний вісник України. – 2006. – № 20. – Ст. 1515.

- проведення спільно із спеціалістами ЦСССДМ інформаційно-просвітницької роботи з дітьми та молоддю;
- організація спільно із спеціалістами ЦСССДМ навчальних семінарів для медичних працівників на основі принципів Дружнього підходу до молоді;
- організація супервізії для лікарів КДМ та інших закладів охорони здоров'я;
- участь спільно із спеціалістами ЦСССДМ у розробці методичних рекомендацій з питань формування здорового способу життя, збереження репродуктивного здоров'я, попередження захворювань, що передаються статевим шляхом, тощо;
- участь спільно із спеціалістами ЦСССДМ у розробці та розповсюдженні інформаційних матеріалів з питань формування здорового способу життя, збереження репродуктивного здоров'я дітей та молоді;
- розміщення інформаційно-просвітницьких та рекламних матеріалів з питань формування здорового способу життя, збереження репродуктивного здоров'я дітей та молоді.

Порядок взаємодії центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді із закладами охорони здоров'я щодо різних аспектів профілактики ВІЛ/СНІДу, затверджений наказом Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту України, МОЗ України від 17.11.2006 р. № 3925/760¹³⁵, зареєстровано в Міністерстві юстиції України 18 грудня 2006 р. за № 1320/13194 визначає функції центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді та закладів охорони здоров'я щодо спільної реалізації заходів, спрямованих на профілактику ВІЛ/СНІДу в Україні:

- проведення інформаційно-просвітницьких профілактичних заходів (лекції, бесіди, відеолекторії тощо) з дітьми, молоддю, батьками та педагогами щодо профілактики ВІЛ/СНІДу;
- проведення навчальних заходів профілактичного спрямування (семінари, тренінги) для дітей, молоді, їхніх батьків та соціальних працівників щодо профілактики ВІЛ/СНІДу та надання медико-соціальних послуг ВІЛ-інфікованим дітям, молоді та членам їх сімей;
- забезпечення розробки, виготовлення та розповсюдження інформаційно-просвітницьких та рекламних матеріалів з різних аспектів профілактики ВІЛ/СНІДу;
- забезпечення медичних працівників інформаційно-просвітницькими матеріалами;
- забезпечення обміну шприців у ін'єкційних споживачів наркотиків та їх передача для утилізації закладам охорони здоров'я;
- надання соціальних послуг ВІЛ-інфікованим дітям, молоді та членам їх сімей в тому числі через мережу центрів для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді;
- проведення передтестового та післятестового консультування;
- забезпечення соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та молоді за направленнями закладів охорони здоров'я;
- створення бази даних закладів та організацій, які надають соціальні послуги наркозалежним, ВІЛ-інфікованим дітям та молоді у відповідних районах;
- проведення спільно з закладами охорони здоров'я підготовки та організації діяльності волонтерів з питань профілактики ВІЛ/СНІДу та соціальної підтримки ВІЛ-інфікованих дітей та молоді;
- надання статистичної інформації закладам охорони здоров'я щодо соціальної роботи з наркозалежними та ВІЛ-інфікованими дітьми та молоддю;

¹³⁵ Офіційний вісник України. – 2007. – № 51. – Ст. 3436.

– залучення державних та недержавних установ, громадських організацій, у тому числі міжнародних до співпраці щодо різних аспектів профілактики ВІЛ/СНІДу.

До функцій державних та комунальних закладів охорони здоров'я щодо надання медичної допомоги наркозалежним, ВІЛ-інфікованим дітям та молоді належать:

- забезпечення надання лікувально-діагностичної, консультативної медичної допомоги наркозалежним, ВІЛ-інфікованим дітям та молоді у співпраці з ЦСССДМ;
- впровадження нових технологій профілактики, діагностики, лікування і реабілітації наркозалежних, ВІЛ-інфікованих дітей та молоді;
- здійснення профілактичної роботи щодо попередження ВІЛ/СНІДу;
- поширення інформації щодо існуючих структур, що працюють у напрямі профілактики ВІЛ/СНІДу¹³⁶;
- забезпечення утилізації використаних шприців;
- прийом та утилізація використаних шприців, обмінаних працівниками служб, роботи з ін'єкційними споживачами наркотиків ЦСССДМ з дотриманням вимог протиепідемічного режиму;
- проведення передтестового та післятестового консультування;
- забезпечення приміщенням спеціалістів ЦСССДМ для надання соціальних послуг у закладах охорони здоров'я на договірних умовах;
- проведення спільно зі спеціалістами ЦСССДМ інформаційно-просвітницької роботи з наркозалежними, ВІЛ-інфікованими дітьми та молоддю;
- здійснення обміну науково-технічною інформацією та даними міжнародних інформаційних фондів;
- організація спільно зі спеціалістами ЦСССДМ навчальних семінарів для медичних працівників щодо різних аспектів профілактики ВІЛ/СНІДу;
- проведення закладами охорони здоров'я навчання спеціалістів ЦСССДМ щодо перед- та післятестового консультування;
- організація супервізії для спеціалістів закладів охорони здоров'я;
- участь спільно із спеціалістами ЦСССДМ у розробці та розповсюдженні методичних рекомендацій, інформаційно-просвітницьких матеріалів щодо різних аспектів профілактики ВІЛ/СНІДу;
- надання в оперативному порядку чи за потребою ЦСССДМ статистичної інформації про стан захворюваності на ВІЛ/СНІД та прогнозні оцінки;
- залучення державних та недержавних установ, громадських організацій, у тому числі міжнародних, до співпраці щодо різних аспектів профілактики ВІЛ/СНІДу;
- створення бази даних закладів та організацій охорони здоров'я, які надають допомогу наркозалежним, ВІЛ-інфікованим дітям та молоді.

Згідно з Переліком організацій та закладів, в яких можуть надаватись послуги ДКТ (Порядок добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (протокол), затвердженим наказом МОЗ України від 19.08.2005 р. № 415, зареєстровано у Міністерстві юстиції України 22.11.2005 р. за № 1404/11684) об'єднання громадян (в тому числі міжнародні, зареєстровані відповідно до порядку, встановленого законами України «Про благодійництво та благодійні організації», «Про об'єднання громадян», що працюють у сфері профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу,

¹³⁶ Наказ МОЗ України від 04.08.2006 р. № 539 «Про організацію діяльності служби планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні» визначає співпрацю зазначених структур із наркологічною службою та профілактики ВІЛ/СНІДу.

догляду та підтримки людей, що живуть з ВІЛ), що працюють з СІН, ПКС, групи підтримки ЛЖВ, релігійні громади тощо, крім послуг ДКТ, можуть надавати також такі послуги, як:

- проведення консультацій із залученням психолога, юриста, соціального працівника, лікарів;
- видача інформаційних матеріалів;
- видача дезинфікуючих засобів, **презервативів, обмін шприців** (за наявності) для споживачів ін'єкційних наркотиків, залучення їх до профілактичних програм зменшення шкоди, що діють в регіоні; надання психологічної підтримки за принципом «рівний – рівному», допомоги у розробці та здійсненні особистого плану зниження ризику інфікування, якщо пацієнт належить до групи підвищеного ризику інфікування ВІЛ;
- проведення тренінгів.

Наказом МОЗ України від 27.06.2006 р. № 421 (не зареєстрований в Міністерстві юстиції України) затверджено Типове положення про кабінет «Довіра», згідно з яким Кабінет «Довіра» є спеціалізованим структурним підрозділом лікувально-профілактичного закладу з профілактики та боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, який створюється Міністерством охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, головними управліннями охорони здоров'я Дніпропетровської, Львівської, Черкаської та Харківської обласних державних адміністрацій, управлінням охорони здоров'я та медицини катастроф Одеської та управліннями охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, Головним управлінням охорони здоров'я та медичного забезпечення Київської та управлінням охорони здоров'я Севастопольської міських державних адміністрацій при центрах з профілактики та боротьби зі СНІДом або інших закладах охорони здоров'я з розрахунку один кабінет на 100 тис. населення.

У районних центрах та містах обласного підпорядкування кабінет створюється незалежно від кількості населення відповідно до Рекомендованих штатних нормативів кабінету «Довіра». Кабінету «Довіра» створює можливість проведення консультування та тестування особи, що звернулась за послугами безоплатного добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (далі – ДКТ) та забору крові для тесту на ВІЛ безпосередньо в цьому закладі після отримання інформованої згоди особи, що консультується. Для збільшення доступу населення до послуг ДКТ кабінет може бути розташований як на території закладу, так і за його межами із забезпеченням умов зберігання та транспортування в лабораторію зразків крові пацієнтів, відібраних для дослідження на ВІЛ.

Основні завдання і функції Кабінету:

- проведення роботи щодо профілактики поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу на адміністративній території, що обслуговується, в т.ч. шляхом надання послуг з ДКТ, відповідно до встановленого порядку;
- проведення консультування на ВІЛ-інфекцію під час кожного звернення, в т.ч. за послугою тестування;
- забір крові для дослідження на ВІЛ-інфекцію за інформованою згодою відвідувача¹³⁷;

¹³⁷ Звичайний строк проведення тесту на ВІЛ займає декілька днів. Існують так звані «швидкі» тести на ВІЛ-інфекцію. Порядок проведення таких тестів визначається у декількох нормативно-правових актах: наказ МОЗ від 10.02.2006 р. № 4 «Про затвердження навчального посібника «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини»,

- проведення післятестового консультування як при позитивному, так і при негативному або невизначеному результатах тесту на ВІЛ-інфекцію/СНІД;
- ознайомлення з положеннями чинного законодавства щодо прав і обов'язків ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, медичних працівників та іншого персоналу закладів охорони здоров'я, що надають допомогу ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД за місцем проживання, тимчасового перебування та роботи;
- направлення пацієнтів, у разі потреби, до відповідних лікувально-профілактичних закладів (центри СНІДу, амбулаторно-поліклінічні заклади, стаціонари, лабораторії), залежно від визначеного лікарем рівня обстеження, надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД;
- надання інформації щодо організацій та закладів регіону, що надають соціальну та психологічну допомоги;
- співпраця з центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, службами у справах неповнолітніх, центрами праці і соціального захисту населення, центрами здоров'я, центрами планування сім'ї, осередками Товариства Червоного Хреста України, релігійними громадами та іншими зацікавленими організаціями, закладами всіх форм власності та об'єднаннями громадян для забезпечення комплексності надання допомоги ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД, особам з підвищеним ризиком інфікування ВІЛ та їх соціально-психологічного супроводу;
- участь в інформаційній роботі з профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу серед населення території, що обслуговується, в т.ч. груп, уразливих до інфікування ВІЛ, молоді, та інше.

Відповідно до п. 4.2.3. «Розробка шляхів зниження ризику інфікування» Порядку добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (протокол) (затверджений Наказом МОЗ України від 19.08.2005 р. № 415, зареєстровано у Міністерстві юстиції України 22.11.2005 р. за № 1404/11684 особа, яка проводить консультування, має вжити низку заходів, спрямованих на зниження ризику інфікування.

Надання соціальних послуг дітям та молоді базується на Конституції України та здійснюється у порядку, визначеному законодавством України. Розглянемо це питання докладніше.

Поняття, об'єкти і суб'єкти соціальних послуг

Основні організаційні та правові засади надання соціальних послуг особам, які перебувають у складних життєвих обставинах¹³⁸ та потребують сторонньої допомоги визначає Закон України «Про соціальні послуги» від 19.06.2003 р. № 966-IV¹³⁹, де

наказ МОЗ від 14.11.2007 р. № 716 «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини», та спільний наказ МОЗ, МОН, Мінсім'ямолодьспорту, Держкомітету з виконання покарань та Мінпраці від 23.11.2007 р. № 740/1030/4154/321/614а «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей.» (Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 26.12.2007 р. за № 1405/1467) // Офіційний вісник України. – 2008. – № 2. – Ст. 64.

¹³⁸ Частина 1 ст. 1 Закону України «Про соціальні послуги» *складні життєві обставини* – обставини, що об'єктивно порушують нормальну життєдіяльність особи, наслідки яких вона не може подолати самостійно (інвалідність, часткова втрата рухової активності у зв'язку із старістю або станом здоров'я, самотність, сирітство, безпритульність, відсутність житла або роботи, насильство, зневажливе ставлення та негативні стосунки в сім'ї, малозабезпеченість, психологічний чи психічний розлад, стихійне лихо, катастрофа тощо).

¹³⁹ Відомості Верховної Ради України. – 2003. – № 45. – Ст. 358.

соціальні послуги – це комплекс правових, економічних, психологічних, освітніх, медичних, реабілітаційних та інших заходів, спрямованих на окремі соціальні групи чи індивідів, які перебувають у складних життєвих обставинах та потребують сторонньої допомоги, з метою поліпшення або відтворення їх життєдіяльності, соціальної адаптації та повернення до повноцінного життя.

Об'єкти надання соціальних послуг

Відповідно до ст. 4 Закону України «Про соціальну роботу з дітьми та молоддю» від 21.06.2001 р. № 2558-III¹⁴⁰ соціальні послуги можуть отримувати:

- діти, молодь та члени їх сімей;
- професійні та інші колективи;
- соціальні групи, щодо яких здійснюється соціальна робота;

Згідно зі ст. 14 Закону України «Про основи соціального захисту бездомних громадян і безпритульних дітей» від 02.06.2005 р. № 2623-IV¹⁴¹ соціальні послуги надаються також бездомним громадянам.

Суб'єкти надання соціальних послуг

Згідно зі ст. 5 Закону України «Про соціальні послуги» від 19.06.2003 р. № 966-IV соціальні послуги можуть надаватися:

- за місцем проживання особи (вдома);
- у стаціонарних інтернатних установах та закладах;
- у реабілітаційних установах та закладах;
- в установах та закладах денного перебування;
- в установах та закладах тимчасового або постійного перебування;
- у територіальних центрах соціального обслуговування;
- в інших закладах соціальної підтримки (догляду).

Соціальні послуги можуть надавати державні та комунальні суб'єкти, які повинні здійснювати свою діяльність на професійній основі (ст. 7 Закону України «Про соціальні послуги»).

Соціальні послуги можуть надавати і недержавні суб'єкти. Останні повинні надавати соціальні послуги на професійній основі на підставі ліцензії за рахунок власних коштів, залучених коштів або коштів державного чи місцевого бюджетів (ст. 8 Закону України «Про соціальні послуги»).

Відповідно до ст. 13 Закону України «Про соціальну роботу з дітьми та молоддю» соціальні послуги сім'ям, дітям та молоді можуть надавати:

– *Державна соціальна служба для сім'ї, дітей та молоді* (діє в складі центрального органу виконавчої влади з питань сім'ї, дітей та молоді і йому підпорядковується; контролює і координує діяльність центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді);

– *республіканський (Автономної Республіки Крим), обласні, Київський та Севастопольський міські, районні, міські, районні у містах, селищні та сільські центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді* (утворюються, реорганізуються і ліквідуються органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування, належать до сфери їх управління і підпорядковуються відповідно органу виконавчої влади чи виконавчому органу міської, селищної, сільської ради; контролюють і

¹⁴⁰ Відомості Верховної Ради України. – 2001. – № 42. – Ст. 213.

¹⁴¹ Відомості Верховної Ради України. – 2005. – № 26. – Ст. 354.

координують діяльність центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді відповідно районних державних адміністрацій, виконавчих органів міських, районних у містах, селищних та сільських рад, а також надають їм практичну і методичну допомогу);

– спеціалізовані формування центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (служба соціальної підтримки сімей, служба роботи з ін'єкційними споживачами наркотиків, центр соціально-психологічної допомоги, центр соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями, мобільний пункт соціальної роботи в сільській та гірській місцевості, школа волонтерів, студентська соціальна служба, служба «Телефон довіри», інформаційно-ресурсний центр, «Клініка, дружня до молоді», консультаційні пункти в закладах соціального спрямування тощо).

Згідно з ч. 3 ст. 17 Закону України «Про забезпечення організаційно-правових умов соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування» від 13.01.2005 р. № 2342-IV¹⁴² центри соціальних служб для молоді надають юридичну, психологічну та соціальну допомогу дітям-сиротам та дітям, позбавленим батьківського піклування, а також їх біологічним батькам, опікунам, піклувальникам, прийомним батькам, батькам-вихователям та усиновлювачам.

Відповідно до Закону України «Про органи і служби у справах дітей та спеціальні установи для дітей» від 24.01.1995 р. № 20/95-ВР¹⁴³ створені та діють:

- центри медико-соціальної реабілітації дітей (ст. 9);
- притулки для дітей служб у справах дітей (ст. 11);
- центри соціально-психологічної реабілітації дітей (ст. 11-1);
- соціально-реабілітаційні центри (дитячі містечка) (ст. 11-2).

Центри медико-соціальної реабілітації дітей створюються в державній системі охорони здоров'я за визначенням спеціально уповноваженого центрального органу виконавчої влади у справах сім'ї, дітей та молоді і Міністерства охорони здоров'я України для дітей, які вживають алкоголь, наркотики, а також для дітей, які за станом здоров'я не можуть бути направлені до шкіл соціальної реабілітації та професійних училищ соціальної реабілітації. Основним завданням центрів медико-соціальної реабілітації є створення умов і забезпечення лікування дітей від алкоголізму, наркоманії, токсикоманії та їх психосоціальної реабілітація і корекція.

До центрів медико-соціальної реабілітації направляються діти віком від 11 років на підставі висновку медико-експертної комісії. Діти перебувають у центрах медико-соціальної реабілітації протягом терміну, необхідного для лікування, але не більше двох років. Питання про перебування дитини у центрі медико-соціальної реабілітації розглядається керівництвом центру на підставі прохання, поданого батьками (усиновителями) чи опікунами (піклувальниками), а в разі відсутності останніх – на основі рішення служби у справах дітей.

Притулки для дітей утворюються, реорганізуються та ліквідуються відповідно до соціальних потреб відповідного регіону Радою міністрів Автономної Республіки Крим, обласними, Київською та Севастопольською міськими, районними, районними у містах Києві та Севастополі державними адміністраціями, виконавчими органами міських, районних у містах рад і підпорядковуються відповідній службі у справах дітей.

¹⁴² Відомості Верховної Ради України. – 2005. – № 6. – Ст. 147.

¹⁴³ Відомості Верховної Ради України. – 1995. – № 6. – Ст. 35.

Притулки для дітей можуть також створюватися за погодженням із службами у справах дітей підприємствами, установами та організаціями незалежно від форм власності, громадськими організаціями та громадянами.

У притулках для дітей тимчасово розміщуються діти віком від 3 до 18 років, які опинились у складних життєвих обставинах.

Діти можуть перебувати в притулку для дітей протягом часу, необхідного для їх подальшого влаштування, але не більш як 90 діб.

Не підлягають розміщенню у притулках діти, які перебувають у стані алкогольного або наркотичного сп'яніння, психічно хворі з вираженими симптомами хвороби, а також ті, які вчинили правопорушення і щодо яких є відомості про винесене компетентними органами чи посадовими особами рішення про затримання, арешт або поміщення в приймальник-розподільник для дітей.

Основними завданнями притулків для дітей є соціальний захист дітей, які опинились у складних життєвих обставинах, залишили сім'ї, навчальні заклади; створення належних житлово-побутових і психолого-педагогічних умов для забезпечення нормальної життєдіяльності дітей, надання їм можливості навчатися, працювати та змістовно проводити дозвілля.

Посадові особи притулків для дітей:

– надають дітям кваліфіковані та різнобічні (психологічні, педагогічні, медичні, юридичні) консультації залежно від конкретних причин соціальної дискомфорності;

– сприяють у прийнятті рішення про зміну або створення нових умов життєдіяльності дітей у сім'ї, навчально-виховних закладах, за місцем роботи та в інших сферах;

– порушують клопотання про застосування заходів громадського впливу, притягнення до кримінальної, адміністративної чи майнової відповідальності батьків (усиновителів) або опікунів (піклувальників), які нехтують правами, інтересами дітей, провокують їх асоціальну поведінку, самовільне залишення сім'ї, навчально-виховних закладів, створюють загрозу їх здоров'ю та інтелектуальному розвитку;

– вживають заходів щодо повернення дитини в безпечне сімейне оточення.

Центри соціально-психологічної реабілітації дітей утворюються, реорганізуються та ліквідуються Радою міністрів Автономної Республіки Крим, обласними, Київською та Севастопольською міськими, районними, районними у містах Києві та Севастополі державними адміністраціями, виконавчими органами міських і районних у містах рад і підпорядковуються відповідній службі у справах дітей для тривалого (стаціонарного) або денного перебування дітей віком від 3 до 18 років, які опинились у складних життєвих обставинах, надання їм комплексної соціальної, психологічної, педагогічної, медичної, правової та інших видів допомоги.

Строк перебування дитини в центрі соціально-психологічної реабілітації дітей залежить від конкретних обставин, але не може перевищувати відповідно 9 і 12 місяців у разі стаціонарного і денного перебування.

Строк перебування дитини в центрі визначається психолого-медико-педагогічною комісією за погодженням із відповідною службою у справах дітей.

До центрів соціально-психологічної реабілітації дітей не приймаються діти, які перебувають у стані алкогольного або наркотичного сп'яніння, психічно хворі, із симптомами хвороби в гострому періоді або в період загострення хронічних захворювань, а також ті, що вчинили правопорушення і щодо яких прийнято

відповідними органами чи посадовими особами рішення про затримання, арешт або поміщення до приймальника-розподільника для дітей.

Відповідно до Типового положення про центр соціально-психологічної допомоги, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 12.05.2004 р. № 608¹⁴⁴ на центри соціально-психологічної реабілітації дітей відповідно до покладених на них завдань:

1) подають допомогу особам (у тому числі з дітьми) у складних життєвих обставинах (зокрема спричиненому стихійним лихом, учиненням стосовно них злочину, насильством в сім'ї);

2) надають особам, які прийняті до центру, тимчасовий притулок та забезпечують їх харчування;

3) надають методичні поради, проводить психодіагностику з метою психологічної реабілітації та адаптації;

4) забезпечують реалізацію прав дітей, молоді, сім'ї у суспільстві, надає консультації з питань виховання дітей, сприяє гармонійному розвитку осіб, їх соціальному патронажу;

5) здійснюють лікувально-оздоровчі заходи, подають першу невідкладну допомогу в разі нещасного випадку;

6) забезпечують пошук донорів для надання гуманітарної допомоги;

7) забезпечують захист прав та інтересів особи, подають допомогу в оформленні правових документів;

8) надають інформацію про режим роботи закладів соціального спрямування, охорони здоров'я, освіти, центру зайнятості, органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування;

9) направляють у разі потреби осіб, які звернулися до центру, до інших закладів та установ, що можуть повніше забезпечити задоволення їх запитів;

10) сприяють разом з іншими установами та організаціями виведенню з кризового стану осіб, які звернулися до центру.

У контексті дослідження особливу увагу слід приділити *Центру для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді*, який створюється відповідно до Типового положення, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 15.02.2006 р. № 148¹⁴⁵.

Центр для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді (далі – центр) – спеціалізований заклад, що проводить роботу із соціальної адаптації ВІЛ-інфікованих дітей та молоді. Основним завданням центру є створення умов для соціальної адаптації ВІЛ-інфікованих дітей та молоді, розроблення і здійснення заходів щодо соціальної підтримки і супроводу таких дітей та молоді, що спрямовані на їх інтеграцію в суспільство. Утримання центру здійснюється за рахунок коштів місцевих бюджетів, передбачених для виконання програм, спрямованих на розв'язання проблем дітей, молоді, жінок та сім'ї, а також інших джерел.

Центр відповідно до покладених на нього завдань:

– надає ВІЛ-інфікованим дітям та молоді різні види соціальних послуг (соціально-побутові, психологічні, соціально-педагогічні, соціально-медичні, юридичні та інформаційні);

– здійснює лікувально-оздоровчі заходи;

¹⁴⁴ Офіційний вісник України. – 2004. – № 19. – Ст. 1325.

¹⁴⁵ Офіційний вісник України. – 2006. – № 7. – Ст. 361.

- подає в разі потреби першу невідкладну допомогу;
- організовує клуби за інтересами, проводить конкурси;
- залучає батьків або осіб, що їх замінюють, до співпраці, дає їм методичні поради;
- організовує роботу груп взаємодопомоги для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді, а також батьків або осіб, що їх замінюють;
- забезпечує харчуванням дітей та молоді, що в ньому перебувають відповідно до установлених норм;
- співпрацює із закладами охорони здоров'я, навчальними закладами та іншими організаціями, які надають допомогу ВІЛ-інфікованим дітям та молоді;
- направляє у разі потреби осіб, що звернулися до центру, до закладів та установ, які можуть забезпечити задоволення їх потреб.

Послуги надаються центром на безоплатній основі.

Центр проводить свою діяльність з дотриманням принципів захисту прав людини, гуманності, законності, доступності послуг, конфіденційності, поваги до особистості.

Зарахування до центру здійснюється згідно з наказом його директора, що видається на підставі відповідної заяви одного з батьків дитини або особи, що їх замінюють, чи повнолітньої дієздатної особи, що звернулася до центру, за наявності документа, який її посвідчує, та медичної довідки про стан здоров'я. Для забезпечення ефективності роботи з ВІЛ-інфікованими дітьми та молоддю в центрі утворюються відповідні відділення окремо для дітей та молоді. На кожну особу заповнюється реєстраційна картка.

Центр надає соціальні послуги ВІЛ-інфікованим дітям та їх батькам або особам, що їх замінюють (у тому числі дітям з невизначеним статусом, народженим ВІЛ-інфікованими матерями), ВІЛ-інфікованої молоді.

До центру *не приймаються* особи із симптомами хвороби в гострому періоді або в період загострення хронічних захворювань (у тому числі психічних), хронічного захворювання у стадії декомпенсації, активного туберкульозу, корости, педикульозу, у разі перебування дитини чи молодої людини у контакті з інфекційними хворими.

Відрахування ВІЛ-інфікованих дітей та молоді з центру здійснюється згідно з наказом його директора:

- у разі подання відповідної заяви одним з батьків дитини або особою, що їх замінює, чи повнолітньою дієздатною особою, що звернулася до центру;
- після завершення індивідуальної програми соціальної та психологічної адаптації; якщо особа не відвідує протягом тривалого часу без поважних причин центр.

Центр працює в режимі денного стаціонару. Строк перебування особи в центрі не повинен перевищувати шість годин на добу. За потреби та наявності можливості центр може приймати ВІЛ-інфікованих дітей та молоді і надавати їм необхідну допомогу цілодобово.

Соціально-реабілітаційні центри (дитячі містечка) є закладами соціального захисту для проживання дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, дітей, які опинились у складних життєвих обставинах, безпритульних дітей віком від 3 до 18 років, надання їм комплексної соціальної, психологічної, педагогічної, медичної, правової, інших видів допомоги та подальшого їх влаштування.

Соціально-реабілітаційні центри (дитячі містечка) утворюються, реорганізуються та ліквідуються місцевою державною адміністрацією і

підпорядковуюються службі у справах дітей. Соціально-реабілітаційні центри (дитячі містечка) також можуть бути утворені громадськими, благодійними організаціями та фондами, у тому числі міжнародними, за погодженням з відповідною службою у справах дітей.

Соціально-реабілітаційні центри (дитячі містечка) забезпечують перебування в них дітей протягом періоду, визначеного службою у справах дітей.

До соціально-реабілітаційних центрів (дитячих містечок) не приймаються діти, які перебувають у стані алкогольного або наркотичного сп'яніння, психічно хворі з вираженими симптомами хвороби, а також ті, що вчинили правопорушення і щодо яких прийнято відповідними органами чи посадовими особами рішення про затримання, арешт або поміщення до приймальника-розподільника для дітей.

Зкладами соціального захисту для безпритульних дітей (ч. 4 ст. 15 Закону України «Про основи соціального захисту бездомних громадян і безпритульних дітей» від 02.06.2005 р. № 2623-IV¹⁴⁶) є:

притулок для неповнолітніх служби у справах неповнолітніх – заклад соціального захисту, створений для тимчасового перебування в ньому неповнолітніх віком від 3 до 18 років (ст. 19 цього Закону);

центр соціально-психологічної реабілітації дітей служби у справах неповнолітніх – заклад соціального захисту, що створюється для тривалого (стаціонарного) або денного перебування дітей віком від 3 до 18 років, які опинилися у складних життєвих обставинах, надання їм комплексної соціальної, психологічної, педагогічної, медичної, правової та інших видів допомоги (ст. 20 Закону України «Про основи соціального захисту бездомних громадян і безпритульних дітей»).

Оплата за соціальні послуги

Соціальні послуги дітям та молоді, які знаходяться у складній життєвій ситуації у зв'язку з інвалідністю, хворобою, сирітством, безпритульністю, малозабезпеченістю, конфліктами і жорстоким ставленням у сім'ї надаються на безоплатній основі (ст. 7 Закону України «Про соціальні послуги» та ч. 5 ст. 13 «Про соціальну роботу з дітьми та молоддю»).

Але ст. 5 Закону України «Про соціальні послуги» також зазначено, що суб'єкти, які надають соціальні послуги, можуть їх надавати не тільки на безоплатній основі, а також і в інших формах. Перелік соціальних послуг, які можуть надаватися в інших, ніж безоплатна, формах визначені Кабінетом Міністрів України в переліку платних соціальних послуг.

Порядок взаємодії центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді із закладами охорони здоров'я щодо надання медичної допомоги та соціальних послуг дітям і молоді, затверджений наказом Мінсім'ямолодьспорту, МОЗ від 17.04.2006 р. № 1209/228¹⁴⁷, зареєстровано в Міністерстві юстиції України 17 травня 2006 р. за № 567/12441, визначає функції центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (далі – ЦСССДМ) та закладів охорони здоров'я щодо надання медичної допомоги та соціальних послуг дітям і молоді на основі принципів Дружнього підходу до молоді, рекомендованих Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), Дитячим фондом ООН (ЮНІСЕФ).

¹⁴⁶ Відомості Верховної Ради України. – 2005. – № 26. – Ст. 354.

¹⁴⁷ Офіційний вісник України. – 2006. – № 20. – Ст. 1515.

Взаємодія центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді із територіальними органами охорони здоров'я з надання медичної допомоги та соціальних послуг дітям і молоді здійснюється на основі укладання договорів про співпрацю та затвердження спільних заходів. Територіальні органи управління охорони здоров'я визначають заклади охорони здоров'я, які будуть організаційно-методичним центром надання медичної допомоги дітям і молоді на основі принципів Дружнього підходу до молоді, та затверджують порядок взаємодії з ЦСССДМ на місцях.

Регіональні ЦСССДМ здійснюють організаційно-методичне забезпечення діяльності міських, районних ЦСССДМ щодо надання соціальних послуг.

Міські та районні ЦСССДМ забезпечують надання соціальних послуг в закладах охорони здоров'я згідно з графіком роботи та здійснюють соціальний супровід дітей та молоді, які опинилися в складних життєвих обставинах, а заклади охорони здоров'я забезпечують надання їм медичної допомоги відповідно до чинного законодавства.

ЦСССДМ надають соціальні послуги, спрямовані на:

- формування здорового способу життя;
- профілактику інфекцій, що передаються статевим шляхом, у тому числі ВІЛ/СНІД;
- збереження репродуктивного здоров'я та підготовку до усвідомленого батьківства;
- формування відповідальної поведінки в статевих та міжособистісних стосунках;
- інформування про наслідки соціально небезпечних хвороб;
- забезпечення психологічної допомоги дітям та молоді.

Функції ЦСССДМ щодо надання соціальних послуг дітям та молоді на основі принципів Дружнього підходу до молоді:

- інформування дітей, молоді та їх батьків про надання медичної допомоги та соціальних послуг;
- направлення дітей та молоді за необхідності до центрів (відділень) медико-соціальної допомоги дітям і молоді «Клініка, дружня до молоді» (далі – КДМ) та закладів охорони здоров'я;
- забезпечення соціального супроводу (за необхідності) дітей та молоді за рекомендаціями лікарів КДМ та інших закладів охорони здоров'я;
- проведення інформаційно-просвітницької роботи з дітьми, молоддю, батьками та педагогами через діяльність спеціалізованих формувань ЦСССДМ (служба соціальної підтримки сімей, мобільний консультативний пункт соціальної роботи в сільській та гірській місцевостях, віддалених районах міст, інформаційно-ресурсний центр, школа волонтерів, студентська соціальна служба тощо) та закладів соціального спрямування (центри соціально-психологічної допомоги, соціальні центри матері і дитини, соціальні гуртожитки) спільно з медичними спеціалістами;
- створення бази даних закладів та організацій, які надають допомогу дітям та молоді;
- організація навчальних семінарів для спеціалістів ЦСССДМ та участь у навчальних семінарах для медичних спеціалістів з надання медичної допомоги та соціальних послуг дітям та молоді;
- організація супервізії для спеціалістів ЦСССДМ;

- організація спільно з лікарями КДМ та інших закладів охорони здоров'я підготовки та діяльності волонтерів з питань пропаганди здорового способу життя;
- залучення лікарів КДМ, закладів охорони здоров'я та інших установ до розробки методичних матеріалів з питань збереження репродуктивного здоров'я, попередження захворювань, що передаються статевим шляхом, тощо;
- забезпечення розробки, виготовлення та розповсюдження інформаційно-рекламних матеріалів з питань формування здорового способу життя, збереження репродуктивного здоров'я дітей та молоді спільно з лікарями КДМ та інших закладів охорони здоров'я;
- залучення державних та недержавних установ, громадських організацій, у тому числі міжнародних, до співпраці щодо впровадження та поширення принципів Дружнього підходу до молоді.

Порядок взаємодії центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді та управлінь (відділів) освіти щодо підготовки до самостійного життя дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, з числа учнів старших та випускних класів інтернатних закладів і шкіл соціальної реабілітації, затверджений наказом Мінсім'ямолодьспорту і МОН України від 28.09.2007 р. № 3455/853, зареєстровано в Міністерстві юстиції України 18.10.2007 р. за № 1186/14453¹⁴⁸, передбачає *функції управлінь (відділів) освіти у здійсненні заходів щодо підготовки до самостійного життя дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, з числа учнів старших та випускних класів інтернатних закладів і шкіл соціальної реабілітації:*

- сприяння діяльності спеціалістів центрів в інтернатних закладах і школах соціальної реабілітації;
- надання до центру за запитом інформації про кількість випускників з числа дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, їхні потреби в соціальній допомозі, підтримці та соціальному захисті, забезпеченні житлом та соціальним супроводом не пізніше ніж за 6 місяців до закінчення закладу;
- участь у проведенні навчально-практичних семінарів для спеціалістів центрів та інтернатних закладів і шкіл соціальної реабілітації з питань соціального захисту та підготовки до самостійного життя дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, розробки інформаційно-методичних матеріалів;
- участь у розробці методичних рекомендацій та пропозицій щодо поліпшення роботи з дітьми-сиротами та дітьми, позбавленими батьківського піклування, з числа учнів старших та випускних класів інтернатних закладів і шкіл соціальної реабілітації з метою правового захисту, соціальної адаптації та соціального становлення;
- залучення за потреби спеціалістів центрів до участі в семінарах, «круглих столах», робочих нарадах.

Функції регіональних центрів у здійсненні заходів щодо підготовки до самостійного життя дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, з числа учнів старших та випускних класів інтернатних закладів і шкіл соціальної реабілітації:

- узагальнення та аналіз інформації про кількість випускників з числа дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, які потребують соціальної допомоги, підтримки та соціального захисту, про їхню потребу в забезпеченні житлом та соціальним супроводом не пізніше ніж за 3 місяці до закінчення закладу та

¹⁴⁸ Офіційний вісник України. – 2007. – № 80. – Ст. 2985.

інформації про влаштування випускників з числа дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, на подальше навчання, працю не пізніше ніж за 5 днів до початку нового навчального року (підставою про фактичне влаштування дітей є довідка, яка повинна зберігатися в навчальному закладі);

– інформування населення про перелік соціальних послуг, що сприяють влаштуванню дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, у сімейне оточення (установлення опіки, усиновлення в прийомні сім'ї, дитячі будинки сімейного типу);

– розробка, виготовлення та розміщення соціальної реклами, спрямованої на успішну соціалізацію дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування;

– розробка методичних рекомендацій та пропозицій щодо поліпшення роботи з дітьми-сиротами та дітьми, позбавленими батьківського піклування, з числа учнів старших та випускних класів інтернатних закладів і шкіл соціальної реабілітації з метою правового захисту, соціальної адаптації та соціального становлення;

– організація та проведення навчальних семінарів, «круглих столів» та робочих зустрічей для спеціалістів центрів відповідного рівня, інтернатних закладів з питань соціального захисту, соціальної допомоги, соціальної адаптації, покращення соціального становища дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, з числа учнів старших та випускних класів інтернатних закладів і шкіл соціальної реабілітації.

Функції міських/районних центрів у здійсненні заходів щодо підготовки до самостійного життя дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, з числа учнів старших та випускних класів інтернатних закладів і шкіл соціальної реабілітації:

– укладення договорів про співпрацю з інтернатними закладами та школами соціальної реабілітації з метою підготовки до самостійного життя дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, з числа учнів старших та випускних класів інтернатних закладів і шкіл соціальної реабілітації;

– визначення та погодження з інтернатними закладами і школами соціальної реабілітації планів, форм та методів соціальної роботи з дітьми-сиротами та дітьми, позбавленими батьківського піклування, з числа учнів старших та випускних класів;

– надання комплексу соціальних послуг дітям-сиротам та дітям, позбавленим батьківського піклування, з числа учнів старших та випускних класів інтернатних закладів і шкіл соціальної реабілітації, зокрема психологічних, соціально-педагогічних, соціально-медичних, юридичних, інформаційних послуг тощо, спрямованих на допомогу в набутті навичок самостійного життя, формування відповідальності, підготовки до виконання відповідних соціальних функцій у суспільстві;

– здійснення за погодженням з інтернатними закладами заходів, спрямованих на соціальну та психологічну адаптацію дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, з числа учнів старших та випускних класів інтернатних закладів і шкіл соціальної адаптації з метою підготовки їх до самостійного життя;

– здійснення соціального супроводу (у разі потреби) дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, з числа випускників інтернатних закладів і шкіл соціальної реабілітації.

Функції інтернатних закладів і шкіл соціальної реабілітації у здійсненні заходів щодо підготовки до самостійного життя дітей-сиріт та дітей, позбавлених

батьківського піклування, з числа учнів старших та випускних класів інтернатних закладів і шкіл соціальної реабілітації:

– укладення договорів про співпрацю з міським/районним центром з метою підготовки до самостійного життя дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, з числа учнів старших та випускних класів інтернатних закладів і шкіл соціальної реабілітації;

– надання по змозі спеціалістам центру приміщення та необхідних матеріалів відповідно до укладеного договору для надання соціальних послуг та проведення заходів для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, з числа учнів старших та випускних класів інтернатних закладів і шкіл соціальної реабілітації;

– інформування дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, з числа учнів старших та випускних класів інтернатних закладів і шкіл соціальної реабілітації та членів їхніх родин про діяльність центрів та послуги, що надаються спеціалістами;

– розміщення у приміщеннях інтернатних закладів і шкіл соціальної реабілітації інформаційних матеріалів про діяльність центрів та соціальної реклами, спрямованої на успішну соціалізацію, адаптацію дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування;

– залучення за потреби спеціалістів центрів до участі у семінарах, «круглих столах», робочих нарадах з метою вирішення проблем соціального захисту та соціального становлення дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування.

Порядок надання соціальних послуг

Перелік соціальних послуг, опис їх змісту та якості зазначаються в Державному класифікаторі соціальних стандартів та нормативів, що затверджується Кабінетом Міністрів України і публікується в засобах масової інформації відповідними центральними органами виконавчої влади.

Перелік та порядок надання соціальних послуг за видами загальнообов'язкового державного соціального страхування регулюються законодавством про загальнообов'язкове державне соціальне страхування.

Для отримання соціальних послуг особа, яка їх потребує:

– має звернутися з письмовою заявою до місцевого органу виконавчої влади або органу місцевого самоврядування – в разі отримання соціальних послуг, що надаються державними та комунальними суб'єктами (ч. 1 ст. 9 Закону України «Про соціальні послуги»);

– звертається до недержавного суб'єкта – в разі отримання соціальних послуг від недержавного суб'єкта (ч. 2 ст. 9 Закону України «Про соціальні послуги»).

Частиною 3 ст. 9 Закону України «Про соціальні послуги» передбачено, що «у разі якщо особа, яка потребує соціальних послуг, за віком або станом здоров'я неспроможна самостійно прийняти рішення про необхідність їх надання, таке рішення може прийняти опікун чи піклувальник, органи опіки та піклування відповідно до законодавства».

Але в деяких випадках на практиці неможливо виконати умови порушення клопотання на отримання соціальних послуг, наприклад, безпритульна дитина-сирота, не має опікунів, та не знає, куди їй треба звертатися.

Види соціальних послуг

Згідно із Законом України «Про соціальну роботу з дітьми та молоддю» дітям та молоді можуть надаватися такі види соціальної допомоги:

соціальний супровід – робота, спрямована на здійснення соціальних опіки, допомоги та патронажу соціально незахищених категорій дітей та молоді з метою подолання життєвих труднощів, збереження, підвищення їх соціального статусу (ст. 9);

соціальна профілактика – робота, спрямована на попередження аморальної, протиправної, іншої асоціальної поведінки дітей та молоді, виявлення будь-якого негативного впливу на життя і здоров'я дітей та молоді та запобігання такому впливу (ст. 10);

соціальна реабілітація – робота, спрямована на відновлення морального, психічного та фізичного стану дітей та молоді, їх соціальних функцій, приведення індивідуальної чи колективної поведінки у відповідність із загальновизнаними суспільними правилами і нормами (ст. 11);

соціальне інспектування – система заходів, спрямованих на здійснення нагляду, аналізу, експертизи, контролю за здійсненням соціальних програм, проектів, умовами життєдіяльності, моральним, психічним та фізичним станом дітей та молоді, забезпечення захисту їх прав, свобод та законних інтересів (ст. 12).

Соціальний супровід передбачає здійснення:

– службами у справах неповнолітніх, центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді системного обліку та догляду дітей і молоді, які опинилися в складних життєвих ситуаціях;

– систематичних і комплексних заходів, спрямованих на подолання життєвих труднощів, збереження та підвищення соціального статусу дітей та молоді;

– системи заходів, спрямованих на подолання різних видів залежностей, які завдають шкоди психічному і фізичному здоров'ю дітей та молоді;

– соціальної опіки щодо дітей з вадами фізичного та розумового розвитку.

Можливе *соціальне супроводження прийомних сімей та дитячих будинків сімейного типу* – робота, що передбачає надання фахівцем (або групою фахівців) центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді у співпраці з фахівцями інших підприємств, установ, організацій комплексу правових, психологічних, соціально-педагогічних, соціально-економічних, соціально-медичних, інформаційних послуг, спрямованих на забезпечення належних умов функціонування прийомної сім'ї, дитячого будинку сімейного типу (Порядок здійснення соціального супроводження прийомних сімей та дитячих будинків сімейного типу, затверджений наказом Міністерства молоді та спорту України 31.10.2006 № 3685¹⁴⁹). Основним суб'єктом соціального супроводження є ЦСССДМ.

У ст. 15 Закону України «Про забезпечення організаційно-правових умов соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування» від 13.01.2005 р. № 2342-IV¹⁵⁰ зазначено, «Соціальний супровід здійснюється стосовно дітей, які перебувають на вихованні в сім'ях опікунів, піклувальників, прийомних сім'ях, дитячих будинках сімейного типу.

¹⁴⁹ Офіційний вісник України. – 2006. – № 48. – Ст. 3217.

¹⁵⁰ Відомості Верховної Ради України. – 2005. – № 6. – Ст. 147.

Соціальний супровід може здійснюватися стосовно усиновленої дитини, якщо ця діяльність не порушує таємницю усиновлення і виконується за згодою або на прохання усиновлювача або дитини.

Завдання соціального супроводу – сприяти адаптації дитини в новій сім'ї, створенню позитивного психологічного клімату в сім'ї, умов розвитку дітей з урахуванням індивідуальних потреб кожної дитини, забезпеченню оптимальних умов життя дитини та захисту її прав.

Соціальний працівник здійснює соціальне обслуговування дитини та сім'ї, соціальну опіку, є посередником між усиновлювачами, які висловили таке бажання, опікунами, піклувальниками, прийомними батьками, батьками-вихователями та державними структурами, на які покладено вирішення питань життєзабезпечення дітей, і не є представником органів контролю».

Соціальна профілактика серед дітей та молоді передбачає здійснення:

- системного обліку і догляду за дітьми та молоддю, які виявили схильність до асоціальної поведінки;

- інформаційно-просвітницької, пропагандистської та агітаційної роботи серед дітей та молоді за місцем проживання, навчання або роботи.

З метою профілактики правопорушень серед дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, і забезпечення правової освіти в базові навчальні плани навчально-виховних закладів для цієї категорії дітей вводиться курс «Правова культура». Розробка такого курсу покладається на центральний орган виконавчої влади з питань науки та освіти (ст. 37 Закон України «Про забезпечення організаційно-правових умов соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування»).

Соціальна реабілітація дітей та молоді передбачає здійснення:

- навчально-виховної реабілітації у загальноосвітніх школах-інтернатах для дітей та молоді, які потребують соціальної допомоги; у спеціальних загальноосвітніх школах (школах-інтернатах) для дітей та молоді, які потребують корекції фізичного та розумового розвитку; у загальноосвітніх санаторних школах (школах-інтернатах) для дітей, які потребують тривалого лікування;

- соціально-лікувальної та психологічної реабілітації у відповідних закладах охорони здоров'я дітей та молоді, які зазнали жорстокості, насильства, а також які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС;

- фізичної реабілітації дітей та молоді з фізичними, розумовими вадами у спеціалізованих фізкультурно-оздоровчих закладах (клубах, центрах тощо);

- медико-соціальної реабілітації неповнолітніх, які зловживають алкоголем, наркотиками і які за станом здоров'я не можуть бути направлені до шкіл соціальної реабілітації та професійних училищ соціальної реабілітації;

- соціально-освітньої реабілітації в школах соціальної реабілітації та професійних училищах соціальної реабілітації неповнолітніх, які скоїли правопорушення.

Соціальна реабілітація передбачає також працевлаштування, надання соціально-медичних, психолого-педагогічних, юридичних, інформаційних та інших видів соціальних послуг неповнолітнім, які відбували покарання у вигляді позбавлення волі на певний строк, та молоді, яка відбувала покарання у вигляді обмеження волі або позбавлення волі на певний строк.

Соціальне інспектування здійснюється з метою контролю за додержанням вимог законодавства щодо захисту прав і свобод дітей та молоді у сфері соціальної роботи з ними.

Соціальне інспектування здійснюється центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді спільно з відповідними органами виконавчої влади, яким законодавством надано право здійснювати інспекторський нагляд.

Порядок і умови здійснення соціального інспектування визначаються спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади з питань молодіжної політики.

За результатами соціального інспектування центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді мають право:

– звертатися до органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, а також підприємств, установ, організацій усіх форм власності;

– порушувати перед відповідними органами клопотання про застосування передбачених законодавством санкцій до підприємств, установ та організацій усіх форм власності, громадян, накладання дисциплінарних та адміністративних стягнень на посадових осіб у разі порушення ними законодавства стосовно дітей та молоді.

Моніторинг, оцінка та контроль за виконанням законодавства, пов'язаного з ВІЛ-інфекцією

Відповідно до ст. 22 Основ законодавства України про охорону здоров'я Держава через спеціально уповноважені органи виконавчої влади здійснює контроль і нагляд за додержанням законодавства про охорону здоров'я, державних стандартів, критеріїв та вимог, спрямованих на забезпечення здорового навколишнього природного середовища і санітарно-епідемічного благополуччя населення, нормативів професійної діяльності в галузі охорони здоров'я, вимог Державної фармакопеї, стандартів медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій.

Вищий нагляд за додержанням законодавства про охорону здоров'я здійснюють Генеральний прокурор України і підпорядковані йому прокурори (ст. 23 Основ законодавства України про охорону здоров'я).

Разом з тим Закон передбачає участь громадськості в охороні здоров'я. Так, органи та заклади охорони здоров'я зобов'язані сприяти реалізації права громадян на участь в управлінні охороною здоров'я і проведенні громадської експертизи з цих питань.

При органах та закладах охорони здоров'я можуть створюватися громадські консультативні або наглядові ради, які сприятимуть їх діяльності та забезпечуватимуть інформованість населення і громадський контроль у галузі охорони здоров'я.

У визначенні змісту та шляхів виконання державних цільових та місцевих програм охорони здоров'я, здійсненні відповідних конкретних заходів, вирішенні кадрових, наукових та інших проблем організації державної діяльності в цій галузі можуть брати участь фахові громадські організації працівників охорони здоров'я та інші об'єднання громадян, у тому числі міжнародні (ст. 24 Основ законодавства України про охорону здоров'я).

6.4. Висновки

На рівні декларування правового забезпечення доступ до соціальних послуг неповнолітніх, які належать до груп ризику, виглядає практично ідеальним. Однак, законодавство не визначає реальних механізмів доступу дітей до соціальних послуг. З очевидністю постають такі проблеми. Перша – як саме категорія дітей, що є предметом нашого дослідження, може дізнатися про існуючі соціальні послуги. Друга проблема – як зробити соціальні послуги прийнятними для дітей. Третя проблема – як забезпечити їх ресоціалізацію (повернення дітей у суспільство).

Крім того, вочевидь наявність проблеми виконання задекларованої політики щодо надання соціальних послуг, дієвого моніторингу її виконання, використання результатів моніторингу та оцінки для стратегічного планування.

6.5. Рекомендації

Рекомендації Мін'юсту України, Мінсім'ямолодьспорту, МОЗ України, МОН України, МВС України в партнерстві з місцевими органами влади та громадськими організаціями:

1. Визначити, які саме соціальні послуги потрібні дітям та молоді, особливо – груп високого ризику, розробити стандарти надання таких послуг, механізми забезпечення та систему моніторингу, включаючи конкретні показники та цілі.
2. Розробити і спрямувати соціальні послуги не лише на задоволення соціальних потреб дітей, а також на ресоціалізацію (повернення дітей у суспільство).
3. Сприяти поширенню соціального замовлення на надання послуг силами громадських організацій, передбачити критерії для відбору та акредитації, громадських організацій, а також необхідний обсяг фінансування.

7. Права, обов'язки та відповідальність медичних та соціальних працівників

7.1. Суть питання

Право неповнолітніх дітей, які належать до групи ризику, на отримання медико-соціальних послуг корелює з правами, обов'язками та відповідальністю медичних та соціальних працівників, які мають надавати такі послуги. У випадку заподіяння шкоди пацієнту під час отримання медико-соціальних послуг (у тому числі інфікування ВІЛ), інфікований має право на відшкодування.

7.2. Відображення питання в міжнародних актах та в рекомендаційних міжнародних актах

Обов'язки лікарів викладені в документі рекомендаційного характеру – Міжнародному кодексі медичної етики¹⁵¹, зокрема, лікар повинен завжди утверджувати найвищі стандарти професійної діяльності.

Лікар не повинен дозволяти фінансовим інтересам впливати на вільне і незалежне виконання професійних рішень в інтересах пацієнтів.

Лікар повинен, незалежно від виду медичної практики, самовіддано надавати компетентну медичну допомогу з повною технічною і моральною незалежністю, із співчуттям і повагою до людської гідності.

Лікар повинен поважати права пацієнта і дотримуватися конфіденційності щодо пацієнта.

Лікар повинен діяти виключно в інтересах пацієнта в тих випадках, коли він застосовує такі види медичної допомоги, які можуть ослабити фізичний або психічний стан пацієнта.

Лікар повинен завжди пам'ятати про зобов'язання зберігати людське життя.

Лікар повинен надавати пацієнту усі ресурси своєї науки. Якщо лікар не має можливості провести обстеження або лікування, він повинен залучити іншого лікаря, у якого такі можливості є.

Лікар повинен зберігати в абсолютній таємниці все, що він знає про свого пацієнта, навіть після смерті останнього.

7.3. Відображення питання в законодавстві України та сучасна практика

Згідно зі ст. 34 Основ законодавства України про охорону здоров'я обов'язками лікуючого лікаря є своєчасне і кваліфіковане обстеження і лікування пацієнта. Пацієнт вправі вимагати заміни лікаря.

Лікар має право відмовитися від подальшого ведення пацієнта, якщо останній не виконує медичних приписів або правил внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я, за умови, що це не загрожуватиме життю хворого і здоров'ю населення.

¹⁵¹ Прийнято 3-ю Генеральною асамблеєю Всесвітньої медичної асамблеї (Лондон, жовтень 1949 р.), 22-ю Всесвітньою медичною асамблеєю (Сідней, серпень 1968 р.), 35-ю Всесвітньою медичною асамблеєю (Венеція, жовтень 1983 р.).

Лікар не несе відповідальності за здоров'я хворого в разі відмови останнього від медичних приписів або порушення пацієнтом встановленого для нього режиму.

Відповідно до ст. 77 Основ законодавства України про охорону здоров'я **медичні працівники мають, зокрема, право на:**

- а) заняття медичною і фармацевтичною діяльністю відповідно до спеціальності та кваліфікації;
- б) належні умови професійної діяльності;
- в) підвищення кваліфікації, перепідготовку не рідше одного разу на п'ять років у відповідних закладах та установах;
- г) вільний вибір апробованих форм, методів і засобів діяльності, впровадження у встановленому порядку сучасних досягнень медичної та фармацевтичної науки і практики;
- д) безплатне користування соціальною, екологічною та спеціальною медичною інформацією, необхідною для виконання професійних обов'язків;
- е) обов'язкове страхування за рахунок власника закладу охорони здоров'я у разі заподіяння шкоди їх життю і здоров'ю у зв'язку з виконанням професійних обов'язків у випадках, передбачених законодавством;
- ...
- к) створення наукових медичних товариств, професійних спілок та інших громадських організацій;
- л) судовий захист професійної честі та гідності.

Професійні обов'язки медичних працівників (ст. 78 Основ законодавства України про охорону здоров'я):

- а) сприяти охороні та зміцненню здоров'я людей, запобіганню і лікуванню захворювань, подавати своєчасну та кваліфіковану медичну і лікарську допомогу;
- б) безплатно подавати першу невідкладну медичну допомогу громадянам у разі нещасного випадку та в інших екстремальних ситуаціях;
- в) поширювати наукові та медичні знання серед населення, пропагувати, в тому числі власним прикладом, здоровий спосіб життя;
- г) дотримувати вимог професійної етики і деонтології, зберігати лікарську таємницю;
- д) постійно підвищувати рівень професійних знань та майстерності;
- е) подавати консультативну допомогу своїм колегам та іншим працівникам охорони здоров'я.

Медичні та фармацевтичні працівники несуть також інші обов'язки, передбачені законодавством.

ЕТИЧНИЙ КОДЕКС СПЕЦІАЛІСТІВ ІЗ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ УКРАЇНИ

Етичний кодекс спеціалістів із соціальної роботи (соціальних працівників і соціальних педагогів) України – це документ, який націлює на здійснення соціальної роботи в багатьох функціональних сферах з метою розвитку потенціалу та можливостей особистості, а також і задоволення людських потреб.

В Етичному кодексі спеціалістів із соціальної роботи України визначено положення, які є для фахівців принциповими орієнтирами з питань професійної діяльності, виконання службових обов'язків, організації взаємодії з клієнтами. У

документі визначено шляхи розв'язання моральних проблем та прийняття найбільш адекватного професійного рішення в етичних питаннях.

В основу Етичного кодексу спеціалістів із соціальної роботи України покладений вітчизняний досвід і міжнародні етичні принципи й стандарти соціальної роботи, що визначені на загальних зборах Міжнародної федерації соціальних працівників (IFSW) у м. Коломбо (Шрі-Ланка) 6–8 липня 1994 р.

Етичний кодекс спеціалістів із соціальної роботи України містить:

- ◆ етичні принципи діяльності спеціалістів із соціальної роботи (перелік базових етичних ідей і традицій, що стають підґрунтям для прийняття етичного рішення в соціальній роботі);
- ◆ норми етичної поведінки спеціалістів із соціальної роботи (основа професійної діяльності).

1. Етичні принципи діяльності спеціалістів із соціальної роботи

1.1. Поважання гідності кожної людини. Кожна людина є неповторною та унікальною, що необхідно враховувати соціальним працівникам, не допускаючи жодного прояву зневаги до особистості. Кожна людина має право на самореалізацію, яка не призводить до порушення подібних прав інших людей. Соціальна робота є несумісною з прямим чи опосередкованим примусом клієнтів до будь-яких дій, навіть на користь клієнта або його близького соціального оточення.

1.2. Пріоритетність інтересів клієнтів. Спеціалісти із соціальної роботи спрямовують усі свої зусилля, знання та навички на допомогу окремим громадянам, сім'ям, групам, спільнотам та громадам для їх удосконалення, а також з метою розв'язання виниклих конфліктів та подолання їх наслідків.

1.3. Толерантність. Спеціалісти із соціальної роботи є толерантними до різних емоційних проявів клієнтів, мають належний рівень професійної підготовки, за будь-яких обставин зберігають рівновагу, терпимість. Спеціалісти із соціальної роботи приймають проблеми й обставини клієнтів незалежно від їхнього способу життя, поведінки, соціального й національного походження, статі тощо.

1.4. Довіра та взаємодія у вирішенні проблем клієнта. Спеціалісти із соціальної роботи співпрацюють з клієнтами, намагаючись розв'язувати будь-які завдання, з якими вони стикаються, найкращим чином з метою задоволення інтересів клієнтів. Спеціалісти із соціальної роботи сприяють добровільній участі клієнтів у процесі надання соціальної послуги. Спеціалісти із соціальної роботи мають сприяти максимальній самостійності клієнтів у розв'язанні їхніх соціальних проблем та в діях у відповідних соціальних ситуаціях. Спеціалісти із соціальної роботи створюють доброзичливу атмосферу спілкування з клієнтом. Довіра до спеціаліста із соціальної роботи є необхідною умовою результативної соціальної діяльності.

1.5. Доступність послуг. Спеціалісти із соціальної роботи надають допомогу кожному, хто звертається до них за захистом, підтримкою, консультацією або порадою без будь-якої дискримінації на підставі статі, віку, фізичних або розумових обмежень, соціальної чи расової приналежності, віросповідання, мови, політичних поглядів, сексуальної орієнтації.

1.6. Конфіденційність. Спеціалісти із соціальної роботи в будь-якій соціальній ситуації інформують клієнтів про те, як забезпечується конфіденційність, для чого вона необхідна, а також про обмеження щодо її дотримання. Обов'язок спеціалістів із

соціальної роботи бути конфіденційними, що виключає можливість розголошення будь-яких відомостей про клієнтів, за винятком тих випадків, коли це робиться з їхньої згоди чи у встановленому законом порядку.

1.7. Дотримання норм професійної етики. Спеціалісти із соціальної роботи сприяють формуванню та реалізації заходів у межах соціальної політики, забезпечення благополуччя людини, спільноти, громади, несуть відповідальність за розвиток та дотримання професійних норм у розв'язанні практичних завдань соціальної роботи.

2. Норми етичної поведінки спеціалістів із соціальної роботи

Норми етичної поведінки спеціалістів із соціальної роботи є основою їхньої професійної діяльності згідно із загальнолюдськими цінностями та етичними принципами соціальної роботи.

2.1. Етична поведінка стосовно професії

2.1.1. Дотримуватися Етичного кодексу, діяти відповідно до принципів і норм етичної поведінки.

2.1.2. Підвищувати якість та ефективність соціальних послуг, розвивати професіоналізм соціальної роботи, залучаючи волонтерів (добровільних помічників) до виконання посильних для них завдань.

2.1.3. Нести відповідальність за клієнтів у рамках обмежень, встановлених етичними положеннями цього кодексу.

2.1.4. Визначати і з'ясовувати характер та причини індивідуальних, сімейних, групових соціальних проблем, проблем територіальної громади та глобальних соціальних проблем.

2.1.5. Підвищувати статус соціальної та соціально-педагогічної роботи.

2.1.6. Стимулювати розробку та впровадження соціальних технологій, методів, методик, програм, що спрямовані на покращення якості життя людини, сім'ї, групи людей, громади, спільноти та суспільства.

2.1.7. Визнавати пріоритети професійної відповідальності над власними інтересами.

2.1.8. Роз'яснювати призначення, цілі та завдання професійної соціальної та соціально-педагогічної роботи.

2.2. Етична поведінка стосовно колег

2.2.1. Визнавати різні точки зору й форми практичного досвіду колег по соціальній роботі та інших фахівців, висловлювати критичні зауваження та пропозиції лаконічно й коректно.

2.2.2. Піддавати конструктивному аналізу професійні дії колег, теоретичні та методичні засади їхньої професійної діяльності.

2.2.3. Створювати та систематично використовувати можливості, умови для обміну знаннями, досвідом і поглядами з колегами по соціальній роботі, фахівцями інших галузей, волонтерами з метою вдосконалення власної практики роботи та збагачення інтелектуальних ресурсів професійної групи.

2.2.4. Підтримувати діяльність легалізованих професійних об'єднань та асоціацій у довільній формі індивідуальної участі та відповідно до вимог чинного законодавства.

2.2.5. Відстоювати професійну честь і гідність своїх колег, не допускати упередженої критики на їхню адресу та щодо професії взагалі.

2.2.6. Звертати увагу відповідних організацій на будь-які порушення положень цього Кодексу в межах і поза межами посадових обов'язків.

2.3. Етична поведінка стосовно клієнтів

2.3.1. Поважати особистість клієнта і гарантувати захист його гідності та прав незалежно від походження, статі, віку та внеску в суспільний і соціальний розвиток.

2.3.2. Намагатися зрозуміти кожного клієнта, з'ясувати всі чинники щодо виниклої проблеми, пропонувати оптимальні види професійної діяльності або соціальної послуги.

2.3.3. Безпека клієнтів є першою умовою здійснення діяльності спеціалістів із соціальної роботи.

2.3.4. Допомогати всім клієнтам рівною мірою, брати на себе відповідальність за свої особисті дії.

2.3.5. Підтримувати право клієнта на взаємодію, яка ґрунтується на довірі, співчутванні та збереженні конфіденційності.

2.3.6. Клієнти мають право на зміну власних переконань і життєвих уподобань без будь-якого тиску з боку соціальних працівників (крім соціальних ситуацій, коли клієнти не усвідомлюють небезпеки для самих себе та близького соціального оточення).

2.3.7. Визнавати і поважати наміри, відповідальність клієнтів щодо прийнятого рішення.

2.3.8. Якщо неможливо надати відповідну соціальну послугу, спеціалісти із соціальної роботи зобов'язані повідомити про це клієнтів таким чином, щоб залишити за ними право на свободу дій.

2.4. Етична поведінка стосовно взаємодіючих організацій

2.4.1. Співпрацювати з тими установами та організаціями, наміри й діяльність яких спрямовані на надання соціальних послуг, використовувати досвід їх роботи як ресурсну можливість для підвищення якості допомоги клієнтам.

2.4.2. Підтримувати та популяризувати партнерські стосунки між організаціями, що здійснюють соціальну діяльність у громаді, в суспільстві.

2.4.3. Забезпечувати професійну звітність перед клієнтами та громадськістю стосовно ефективності й продуктивності роботи шляхом періодичних публічних оглядів якості, результативності та ефективності послуг, що надаються.

Відповідальність медичних та соціальних працівників

Юридична відповідальність – це закріплений у законодавстві та забезпечуваний державою юридичний обов'язок правопорушника зазнати примусового додаткового позбавлення певних цінностей, що йому належали¹⁵².

Згідно з пунктом 22 частини 1 статті 92 Конституції України засади цивільно-правової відповідальності; діяння, які є злочинами, адміністративними або дисциплінарними правопорушеннями, та відповідальність за них визначаються виключно законами України.

Конституційний Суд України у своєму Рішенні у справі про відповідальність юридичних осіб від 30.05.2001 р. № 7-рп/2001¹⁵³ встановив, що за своїм змістом п. 22 ч. 1 ст. 92 Конституції України спрямований не на встановлення переліку видів юридичної відповідальності. Цим положенням визначено, що виключно законами України мають врегульовуватись засади цивільно-правової відповідальності (загальні підстави, умови, форми відповідальності тощо), підстави кримінальної, адміністративної та дисциплінарної відповідальності – діяння, які є злочинами, адміністративними або дисциплінарними правопорушеннями (основні ознаки правопорушень, що утворюють їх склад), та відповідальність за них. У такий спосіб Конституція України заборонила врегульовувати зазначені питання підзаконними нормативно-правовими актами та встановила, що лише Верховна Рада України у відповідному законі має право визначати, яке правопорушення визнається, зокрема, адміністративним правопорушенням чи злочином, та міру відповідальності за нього.

Підставою для юридичної відповідальності відповідно до ч. 2 ст. 58 і ч. 1 ст. 61 Конституції України є правопорушення.

Конституція України також встановлює низку юридичних принципів, спрямованих на захист особи від неправомірної відповідальності. Зокрема, відповідно до ст. 57 Конституції України держава гарантує кожній особі право знати свої права і обов'язки. Закони та інші нормативно-правові акти не мають зворотної сили в часі, крім випадків, коли вони пом'якшують або скасовують відповідальність особи. Ніхто не може відповідати за діяння, які на час їх вчинення не визнавалися законом як правопорушення (ст. 58 Конституції України)¹⁵⁴. Ніхто не зобов'язаний виконувати явно злочинні розпорядження чи накази. За віддання і виконання явно злочинного розпорядження чи наказу настає юридична відповідальність (ст. 60 Конституції України). Ніхто не може бути двічі притягнений до юридичної відповідальності одного виду за одне й те саме правопорушення (ч. 1 ст. 61 Конституції України). Юридична відповідальність особи має індивідуальний характер (ч. 2 ст. 61 Конституції України).

У Рішенні у справі про депутатську недоторканність від 27.10.1999 р. № 9-рп/99¹⁵⁵ Конституційний Суд України зазначив, що поняття «притягнення до

¹⁵² Конституція України : Науково-практичний коментар / В. Б. Авер'янов, О. В. Батанов, Ю. В. Баулін та ін.; Ред. кол. В. Я. Тацій, Ю. П. Битяк, Ю. М. Грошевой та ін. – Харків: Право; К.: Ін Юре, 2003. – С. 338.

¹⁵³ Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним зверненням відкритого акціонерного товариства «Всеукраїнський акціонерний Банк» щодо офіційного тлумачення положень пункту 22 частини першої статті 92 Конституції України, частин першої, третьої статті 2, частини першої статті 38 Кодексу України про адміністративні правопорушення (справа про відповідальність юридичних осіб) від 30 травня 2001 р. № 7-рп/2001 (Справа № 1-22/2001) // Офіційний вісник України. – 2001. – № 24. – Ст. 1076.

¹⁵⁴ Див. також Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним зверненням Національного банку України щодо офіційного тлумачення положення частини першої статті 58 Конституції України (справа про зворотню дію в часі законів та інших нормативно-правових актів) від 9 лютого 1999 р. № 1-рп/99 (Справа № 1-7/99) // Офіційний вісник України. – 1999. – № 7. – Ст. 160.

¹⁵⁵ Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням Міністерства внутрішніх справ України щодо офіційного тлумачення положень частини третьої статті 80 Конституції України (справа про депутатську недоторканність) від 27.10.1999 р. № 9-рп/99 (Справа № 1-15/99) // Офіційний вісник України. – 1999. – № 44. – Ст. 71.

юридичної відповідальності» не ідентичне поняттю «юридична відповідальність». Суд також встановив, що притягнення до юридичної відповідальності передуює юридичній відповідальності. Юридична відповідальність, як і форми притягнення до юридичної відповідальності, визначаються та встановлюються законами. Такими законами є:

Цивільний процесуальний кодекс України¹⁵⁶; Кримінально-процесуальний кодекс України¹⁵⁷; Кодекс України про адміністративні правопорушення; Кодекс адміністративного судочинства України¹⁵⁸; Кодекс законів про працю України.

Згідно зі ст. 1 Закону України «Про державну виконавчу службу» від 24.03.1998 р. № 202/98-ВР¹⁵⁹ на Державну виконавчу службу, яка входить до системи органів Міністерства юстиції України, покладається своєчасне, повне і неупереджене примусове виконання рішень, передбачених законом¹⁶⁰.

Конституційний Суд України у Рішенні у справі про відповідальність юридичних осіб від 30.05.2001 р. № 7-рп/2001¹⁶¹ зазначив, що загальноновизнаним є поділ юридичної відповідальності за галузевою структурою права на *цивільно-правову, кримінальну, адміністративну та дисциплінарну*. Розглянемо види відповідальності детальніше.

1. Цивільно-правова відповідальність

Відповідно до ч. 1 ст. 30 Цивільного кодексу України від 16.01.2003 р. № 435-IV¹⁶² цивільну відповідальність може нести будь-яка дієздатна фізична особа, яка усвідомлює значення своїх дій та може керувати ними.

Відповідальність може наступати і з договору (або іншого правочину) або мати позадоговірний характер. Згідно з ч. 2 ст. 16 ЦКУ відповідальність може реалізуватися такими способами:

- 1) визнання права;
- 2) визнання правочину недійсним;
- 3) припинення дії, яка порушує право;
- 4) відновлення становища, яке існувало до порушення;
- 5) примусове виконання обов'язку в натурі;
- 6) зміна правовідношення;
- 7) припинення правовідношення;
- 8) відшкодування збитків та інші способи відшкодування майнової шкоди;
- 9) відшкодування моральної (немайнової) шкоди;

10) визнання незаконними рішення, дій чи бездіяльності органу державної влади, органу влади Автономної Республіки Крим або органу місцевого самоврядування, їхніх посадових і службових осіб.

Захист особистого немайнового права може здійснюватися також такими способами:

¹⁵⁶ Відомості Верховної Ради України. – 2004. – № 40-41, 42. – Ст. 492.

¹⁵⁷ Відомості Верховної Ради УРСР. – 1961. – № 2. – Ст. 15.

¹⁵⁸ Відомості Верховної Ради України. – 2005. – № 35-36, № 37. – Ст. 446.

¹⁵⁹ Відомості Верховної Ради України. – 1998. – № 36-37. – Ст. 243.

¹⁶⁰ Відомості Верховної Ради України. – 1999. – № 24. – Ст. 207.

¹⁶¹ Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним зверненням відкритого акціонерного товариства «Всеукраїнський акціонерний Банк» щодо офіційного тлумачення положень пункту 22 частини першої статті 92 Конституції України, частин першої, третьої статті 2, частини першої статті 38 Кодексу України про адміністративні правопорушення (справа про відповідальність юридичних осіб) від 30 травня 2001 р. № 7-рп/2001 (Справа № 1-22/2001) // Офіційний вісник України. – 2001. – № 24. – Ст. 1076.

¹⁶² Відомості Верховної Ради України. – 2003. – № 40-44. – Ст. 356.

- поновленням порушеного особистого немайнового права (ст. 276 ЦКУ);
- спростуванням недостовірної інформації (ст. 277 ЦКУ);
- заборонаю поширення інформації, якою порушуються особисті немайнові права (ст. 278 ЦКУ).

Суд може захистити цивільне право або інтерес іншим способом, що встановлений договором або законом.

2. Кримінальна відповідальність

Згідно зі ст. 62 Конституції України особа вважається невинуватою у вчиненні злочину і не може бути піддана кримінальному покаранню, доки її вину не буде доведено в законному порядку і встановлено обвинувальним вироком суду.

Ніхто не зобов'язаний доводити свою невинуватість у вчиненні злочину.

Обвинувачення не може ґрунтуватися на доказах, одержаних незаконним шляхом, а також на припущеннях. Усі сумніви щодо доведеності вини особи тлумачаться на її користь.

У разі скасування вироку суду як неправосудного держава відшкодовує матеріальну і моральну шкоду, завдану безпідставним засудженням.

Стаття. 63 Конституції України встановлює, що особа не несе відповідальності за відмову давати показання або пояснення щодо себе, членів сім'ї чи близьких родичів, коло яких визначається законом¹⁶³.

За загальним правилом (ч. 1 ст. 22 Кримінального кодексу України), кримінальній відповідальності підлягають особи, яким до вчинення злочину виповнилося шістнадцять років. За вчинення окремих злочинів, зокрема, за умисне вбивство, до кримінальної відповідальності можуть бути притягнуті особи, які вчинили злочин у віці від чотирнадцяти до шістнадцяти років (ч. 2 ст. 22 Кримінального кодексу України).

Конституція України у розділі II закріпила достатньо широкий та різний за своїм змістом перелік природних та невідчужуваних прав людини. До їх числа, зокрема, належать право на життя (ст. 27), право на повагу особистого і сімейного життя (ст. 32), право на охорону здоров'я та медичну допомогу (ст. 49).

Норми розділу II Кримінального Кодексу України спрямовані, зокрема, на охорону цих прав. Родовим об'єктом злочинів, відповідальність за які встановлені цим розділом, є життя та здоров'я людини.

Статтею 130 Кримінального кодексу України передбачена відповідальність за свідоме поставлення іншої особи в небезпеку зараження вірусом імунодефіциту людини. Поставлення іншої особи в небезпеку зараження вірусом імунодефіциту людини полягає в діях, які створюють для потерпілого загрозу такого зараження. Це такі дії, які в даних конкретних умовах можуть призвести до зараження іншої особи, і якщо таке зараження не настає, то лише внаслідок випадкових обставин або заходів, ужитих потерпілим. Злочин, передбачений у ст. 130 передбачає усвідомлення, тобто знання особою про наявність у неї ВІЛ-інфекції, а також усвідомлення нею того, що вона своїми діями ставить потерпілого в небезпеку зараження. Відсутність такого знання виключає застосування ст. 130. Суб'єктом злочину може бути особа, яка досягла 16 років, що страждає на ВІЛ-інфекцію, та знає про це захворювання. Особа,

¹⁶³ За примушування давати показання передбачена кримінальна відповідальність (ст. 373 Кримінального кодексу України).

яка страждає на ВІЛ-інфекцію, але заразила іншу особу (наприклад, використовуючи інфікований шприц), несе відповідальність за заподіяння умисного або необережного тілесного ушкодження, а якщо вона є медичним, фармацевтичним або іншим працівником, то за наявності усіх інших ознак складу – за ст. 131 Кримінального кодексу України.

Частина 2 ст. 130 Кримінального кодексу України передбачає відповідальність осіб за зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби особою, яка знала про те, що вона є носієм цього вірусу, карається позбавленням волі на строк від двох до п'яти років. Дії, передбачені частиною другою статті 130 Кримінального кодексу України, вчинені щодо двох чи більше осіб **або неповнолітнього** – караються позбавленням волі на строк від трьох до восьми років (ч. 3 ст. 130 Кримінального кодексу України). Таким чином, із змісту ч. 2 та 3 ст. 130 Кримінального кодексу України видно, що законодавець визнає зараження дитини ВІЛ-інфекцією більш соціально небезпечним злочином, ніж зараження повнолітнього громадянина. Очевидно, що це враховано при встановленні міри покарання, яка є значно більшою за ч. 3 цього Закону. Стаття 130 Кримінального кодексу України містить також ч. 4, в якій йдеться про умисне зараження іншої особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби, що є небезпечною для життя людини. Санкція статті передбачає таке покарання: позбавлення волі на строк від п'яти до десяти років.

Суспільна небезпека злочину передбаченого ст. 131 КК України, виражається в тому, що внаслідок злочинно небалого ставлення працівників медичних установ до своїх обов'язків відбувається поширення ВІЛ-інфекції від інфікованих осіб до інших. Неналежним виконанням своїх обов'язків слід вважати таку діяльність медичного працівника, яка не відповідає вимогам нормативних актів, правил, наказів і розпоряджень в галузі протидії СНІДу. Це може виражатися в порушенні певних правил при переливанні крові, наданні медичної допомоги, взятті крові для аналізу, при вирішенні питання про розміщення в палатах чи відділеннях хворих або затриманих за правопорушення, наркоманів тощо. Наслідками цього злочину є зараження іншої людини вірусом імунодефіциту. Суб'єктом злочину є особа, яка досягла 16 років. Це можуть бути медичні та фармацевтичні працівники, які надають медичну допомогу, проводять діагностику захворювання, здійснюють профілактичні заходи проти поширення ВІЛ-інфекції та інших захворювань.

Статтею 132 Кримінального кодексу України передбачена кримінальна відповідальність за розголошення службовою особою лікувального закладу, або допоміжним працівником відомостей про проведення медичного огляду особи на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини, або захворювання на СНІД та його результатів, що стали їм відомі у зв'язку з виконанням службових або професійних обов'язків. Суспільна небезпека цього злочину виражається в тому, що повідомлення хоч би одній людині того, що та чи інша людина є ВІЛ-інфікована або хвора на СНІД, спричиняє страждання останній, принижує її честь і гідність, завдає істотної шкоди її доброму імені та близьких їй осіб. Розголошення відомостей про проведення медичного огляду особи на виявлення зараження ВІЛ-інфекцією або захворювання на СНІД та його результатів – це протиправне ознайомлення з цією інформацією іншої особи, якій ці відомості не повинні бути передані. Способи передачі цих відомостей іншій особі можуть бути різними: під час бесіди, викладу її в публікаціях, у виступах по радіо, телебаченню тощо. Розголошення може мати місце і

при наданні можливостей стороннім особам ознайомитися з різними документами, висновками тощо, в яких є інформація про вказані захворювання певних осіб.

У випадках ненадання допомоги хворому медичним працівником також передбачена кримінальна відповідальність (ст. 139 Кримінального кодексу України). Відповідно до ст. 78 Основ законодавства України про охорону здоров'я медичні та фармацевтичні працівники зобов'язані безплатно подавати першу невідкладну медичну допомогу громадянам у разі нещасного випадку та в інших екстремальних ситуаціях. Але, крім обов'язку, медичний працівник повинен мати можливість виконати цей обов'язок. Поважними причинами, які не дали можливості надати допомогу можуть визнаватися: дія нездоланної сили, хвороба самого медичного працівника, відсутність у нього медикаментів чи інструментів та ін. Питання про визначення причини поважною вирішує суд. Посилання медичного працівника на неробочий час чи день, перебування у відпустці чи на відпочинку не повинно вважатися поважною причиною. Суб'єктом злочину є медичний працівник незалежно від його освітньо-кваліфікаційного рівня (лікар, медсестра, фельдшер) у тому числі й особи, яким надана ліценція на заняття індивідуальною підприємницькою діяльністю в галузі охорони здоров'я.

У ч. 1 ст. 139 КК України йдеться про те, що ненадання без поважних причин допомоги хворому медичним працівником, який зобов'язаний, згідно з установленими правилами, надати таку допомогу, **якщо йому наперед відомо, що це може мати тяжкі наслідки для хворого** карається штрафом до п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років, або виправними роботами на строк до двох років. У частині 2 цієї статті говориться, що те ж саме діяння, якщо воно спричинило смерть хворого або інші тяжкі наслідки, карається обмеженням волі на строк до чотирьох років або позбавленням волі на строк до трьох років, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого.

Тобто ст. 139 Кримінального кодексу України має певне посилання на те, що медичний працівник повинен знати, що ненадання медичної допомоги може мати тяжкі наслідки для хворого.

Стаття 140 Кримінального кодексу України передбачає кримінальну відповідальність за недбале чи несумлінне виконанні медичним чи фармацевтичним працівником своїх обов'язків, якщо це спричинило тяжкі наслідки для хворого. Частина 2 цієї статті встановлює відповідальність за те саме діяння, якщо воно спричинило тяжкі наслідки неповнолітньому. При недбалому чи несумлінному виконанні медичним чи фармацевтичним працівником своїх обов'язків держава не може забезпечити всім громадянам реалізацію їх прав у галузі охорони здоров'я. Крім того, це часто призводить до тяжких наслідків для хворого. Невиконання професійних обов'язків може виражатись у відмові від госпіталізації хворого, який потребує невідкладної допомоги, від проведення діагностики захворювання або проведення невідкладної операції чи іншого втручання, залишення хворого без належного нагляду чи контролю тощо. Неналежне виконання професійних обов'язків може виражатись в недбалому проведенні операції або інших процедур, неправильному дозуванні лікарських препаратів, порушенні строків і порядку проведення передбачених законодавством профілактичних медичних оглядів тощо.

Статтею 145 Кримінального кодексу України передбачено такий злочин, як незаконне розголошення лікарської таємниці. Але цей злочин слід відрізнити від розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення зараження

вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковною інфекційної хвороби, передбачений ст. 132 КК України. Ця стаття є спеціальною нормою по відношенню до ст. 145, в якій говориться про широке коло питань, які можуть бути лікарською таємницею. У ст. 132 говориться лише про зараження СНІД або іншою невиліковною інфекційною хворобою. Стаття 132 КК України відрізняється від статті 145 ще й за суб'єктом злочину. А саме: суб'єктом у ст. 132 є службова особа лікувального закладу, медичний працівник або допоміжний працівник лікувального закладу. Суб'єктом у ст. 145 можуть бути всі інші працівники, які мають доступ до конфіденційної інформації про стан здоров'я людини (наприклад, судді, адвокати тощо).

3. Дисциплінарна відповідальність

Дисциплінарна відповідальність настає на підставі Кодексу законів про працю України. За порушення трудової дисципліни (ст. 147 КЗпП) до працівника може бути застосовано тільки один з таких заходів стягнення: або догана, або звільнення.

Дисциплінарне стягнення застосовується власником або уповноваженим ним органом безпосередньо за виявленням проступку, але не пізніше одного місяця з дня його виявлення, не рахуючи часу звільнення працівника від роботи у зв'язку з тимчасовою непрацездатністю або перебування його у відпустці. Дисциплінарне стягнення не може бути накладене пізніше шести місяців з дня вчинення проступку.

Дисциплінарне стягнення може бути оскаржене працівником у порядку, встановленому чинним законодавством (гл. XV КЗпП): комісіями по трудових спорах або районними, районними у місті, міськими чи міськрайонними судами.

Якщо протягом року з дня накладення дисциплінарного стягнення працівника не буде піддано новому дисциплінарному стягненню, то він вважається таким, що не мав дисциплінарного стягнення. Якщо працівник не допустив нового порушення трудової дисципліни і до того ж проявив себе як сумлінний працівник, то стягнення може бути зняте до закінчення одного року. Протягом строку дії дисциплінарного стягнення заходи заохочення до працівника не застосовуються.

Здійснивши огляд підстав і видів юридичної відповідальності, можемо перейти до відповідей на питання, що суттєво зменшують ефективність профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу, а саме: чого побоюються медичні та соціальні працівники у разі, коли вони відмовляються працювати з неповнолітніми СІН (обмін шприців), ЧСЧ, ЖКС (видача презервативів)?

Побоювання медичних та соціальних працівників можуть стосуватися двох аспектів: негативних юридичних наслідків для громадських організацій і власне індивідуальної юридичної відповідальності.

Які негативні юридичні наслідки можуть наступати для громадських організацій?

Згідно з Переліком організацій та закладів, в яких можуть надаватись послуги ДКТ (Порядок добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (протокол), затвердженим наказом МОЗ України від 19.08.2005 р. № 415, зареєстровано у Міністерстві юстиції України 22.11.2005 р. за № 1404/11684) об'єднання громадян (у тому числі міжнародні, зареєстровані відповідно до порядку,

встановленого законами України «Про благодійництво та благодійні організації», «Про об'єднання громадян», що працюють у сфері профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу, догляду та підтримки людей, що живуть з ВІЛ), що працюють з СІН, ПКС, групи підтримки ЛЖВ, релігійні громади тощо, крім послуг ДКТ, можуть надавати також такі послуги, як:

- проведення консультацій із залученням психолога, юриста, соціального працівника, лікарів;
- видача інформаційних матеріалів;
- видача дезінфікуючих засобів, **презервативів, обмін шприців** (при наявності) для споживачів ін'єкційних наркотиків, залучення їх до профілактичних програм зменшення шкоди, що діють в регіоні; надання психологічної підтримки за принципом «рівний – рівному», допомоги у розробці та здійсненні особистого плану зниження ризику інфікування, якщо пацієнт належить до групи підвищеного ризику інфікування ВІЛ;
- проведення тренінгів.

Очевидно, що зазначених послуг потребують також *особи віком від 10 до досягнення 18 років*. І оскільки дана норма **не містить заборон** на надання зазначених послуг неповнолітнім, в силу вступає конституційний принцип «дозволено все, що не заборонено». Цей принцип закріплено в ч. 1 ст. 19 Конституції України: «*Правовий порядок в Україні ґрунтується на засадах, відповідно до яких ніхто не може бути примушений робити те, що не передбачено законодавством*». Відповідно до ст. 8 Конституції України норми Конституції мають найвищу юридичну силу і є нормами прямої дії (застосовуються безпосередньо).

Отже, громадські організації мають право надавати такі послуги і неповнолітнім особам. Однак, як нам стало відомо, окремі посадові особи Міністерства юстиції України під час легалізації громадських організацій, наполягають на включення до їхніх установчих документів положення про те, що такі організації будуть працювати лише з повнолітніми особами.

У цьому зв'язку слід зазначити, що ст. 4 «Обмеження на створення і діяльність об'єднань громадян» Закону України «Про об'єднання громадян» від 16.06.1992 р. № 2460-ХІІ¹⁶⁴ встановлює виключний перелік підстав, за яких об'єднання громадян не підлягають легалізації, а діяльність легалізованих об'єднань забороняється **у судовому порядку**, коли їх метою є:

- зміна шляхом насильства конституційного ладу і в будь-якій протизаконній формі територіальної цілісності держави;
- підриг безпеки держави у формі ведення діяльності на користь іноземних держав;
- пропаганда війни, насильства чи жорстокості, фашизму та неофашизму;
- розпалювання національної та релігійної ворожнечі;
- створення незаконних воєнізованих формувань;
- обмеження загальноновизнаних прав людини.

Як бачимо, дані підстави не поширюються на громадські організації, що працюють у сфері профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу, догляду та підтримки людей, що живуть з ВІЛ, згідно з Переліком організацій та закладів, в яких можуть надаватись послуги ДКТ.

¹⁶⁴ Відомості Верховної Ради України. – 1992. – № 33. – Ст. 504.

У свою чергу, згідно з ч. 2 ст. 16 Закону України «Про об'єднання громадян» рішення **про відмову** в реєстрації повинно містити **підстави** такої відмови. Це рішення може бути оскаржено в судовому порядку.

Таким чином, зазначені вище дії окремих посадових осіб Міністерства юстиції України під час легалізації громадських організацій є **неправомірними**.

Згідно з п. 22 ч. 1 ст. 92 Конституції України для застосування **індивідуальної юридичної відповідальності** слід встановити наявність складу злочину, адміністративного або дисциплінарного правопорушення, що визначаються виключно законами України. Видача презервативів і обмін шприців **не підпадає** ні під склад злочину, ні під склад адміністративного або дисциплінарного правопорушення. Таким чином, видача презервативів і обмін шприців працівниками (волонтерами) громадських організацій щодо осіб віком від 10 до досягнення 18 років є **правомірною дією**.

7.4. Висновки

Здійснений у розділі аналіз свідчить, що головним недоліком є недостатнє знання медичними та соціальними працівниками своїх прав та обов'язків за законодавством України.

7.5. Рекомендації

Загальні рекомендації

До планів навчальних програм (ВНЗ, закладів підвищення кваліфікації) включити тематику «Нормативно-правові аспекти проблеми ВІЛ-інфекції, юридична відповідальність, дотримання прав і обов'язків медичних та соціальних працівників та ЛЖВ, в тому числі прав неповнолітніх на анонімне консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію».

Особливу увагу зосередити **на відсутності** індивідуальної юридичної відповідальності за видачу презервативів і обмін шприців і відповідно **правомірності** видачі презервативів і обміну шприців працівниками (волонтерами) громадських організацій щодо осіб віком від 10 до досягнення 18 років.

8. Підсумкові рекомендації

Рекомендація профільним комітетам Верховної Ради України:

Розглянути пропозицію про викладення у новій редакції ч. 4 ст. 7 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» від 15.11.2001 р. № 2776-III: *«Медичний огляд дітей віком до 14 років і осіб, визнаних у встановленому законом порядку недеїездатними, проводиться на прохання чи за згодою їх законних представників, які мають право бути присутніми при проведенні такого огляду. Неповнолітні віком від 14 до 18 років можуть пройти медичний огляд без прохання чи згоди їх законних представників і без їх обов'язкової присутності при проведенні такого огляду, за умови самостійного вибору такого представника».*

Розглянути пропозицію про можливість доповнення до ч. 2 ст. 8 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» у частині «передачі педагогічному персоналу закладів соціального захисту відомостей про результати медичного огляду на ВІЛ-інфекцію дітей, які перебувають у притулках для неповнолітніх служби у справах неповнолітніх, центрах соціально-психологічної реабілітації дітей».

Розглянути пропозицію внесення зміни до ст. 285 Цивільного Кодексу України, з тим, щоб обов'язок надавати (надавати в обмеженому обсязі або не надавати) інформацію про хворобу у разі, якщо така інформація або ненадання послуг можуть погіршити стан здоров'я або зашкодити процесові лікування, покладался не на медичних працівників, а на соціальних працівників.

Рекомендації Мін'юсту України, Мінсім'ямолодьспорту, МОЗ України, МОН України, МВС України у партнерстві з місцевими органами влади та громадськими організаціями:

Щодо особливостей правового статусу дитини

1. Провести низку міжвідомчих консультацій щодо застосування в нормативно-правових актах понять «підліток», «підлітковий» і їх відповідності поняттям «дитина», «малолітній», «неповнолітній»;
2. Визначити вікові межі з врахуванням міжнародних підходів та українського законодавства. Одним з варіантів може бути: «підлітки молодшого віку», до яких відносити дітей від 10 до досягнення 14 років, «підлітки середнього віку», до яких відносити дітей від 14 до досягнення 18 років, «підлітки старшого віку», до яких відносити молодь 18–19 років.
3. Створити робочу групу з метою підготовки проекту Закону про ювенальну юстицію з урахуванням напрацювань в Україні та досвіду інших країн.

Щодо доступу до інформації щодо ВІЛ-інфікування

1. Розробити:

- стратегії інформування та забезпечення доступу до інформації про ВІЛ;
- відомчі нормативно-правові акти на забезпечення таких стратегій, плани стратегічних дій.

2. Визначити:

- суб'єктів, які мають забезпечити регулярне та повне інформування дітей у сфері ВІЛ-інфекції (з урахуванням вікових категорій дітей у віці від 10 до досягнення 14 років і у віці від 14 до досягнення 18 років);
- бар'єри інформування;
- стандарти, шляхи і способи їх інформування;
- показники виконання стратегій та передбачені цілі;
- систему моніторингу такої діяльності;

3. Застосовувати засоби відповідальності за невиконання зазначених актів

Щодо доступу до медичних послуг

1. Розробити нормативно-правовий акт щодо правового регулювання проходження медичного огляду та надання необхідних медичних послуг (в т.ч. проведення штучного переривання вагітності) бездоглядним дітям віком до 14 років.
2. Розробити нормативно-правовий акт щодо порядку супроводу бездоглядних дітей віком до 14 років після позитивного результату тестування, у тому числі із залученням до такого супроводу громадських організацій.
3. Розробити нормативно-правовий акт щодо порядку лікування від наркозалежності, замісної терапії і антиретровірусної терапії бездоглядних дітей віком до 14 років.
4. Вивчити досвід інших країн щодо надання *спеціальних статусів* дітям та молодим людям до досягнення 18 років з метою забезпечення доступу до доброякісних медичних та соціальних послуг.

Щодо доступу до соціальних послуг

1. Визначити, які саме соціальні послуги потрібні дітям та молоді, особливо – груп високого ризику, розробити стандарти надання таких послуг, механізми забезпечення та систему моніторингу, включаючи конкретні показники та цілі.
2. Розробити і спрямувати соціальні послуги не лише на задоволення соціальних потреб дітей, а також на ресоціалізацію (повернення дітей у суспільство).
3. Сприяти поширенню соціального замовлення на надання послуг силами громадських організацій, передбачити критерії для відбору і акредитації громадських організацій, а також необхідний обсяг фінансування.

Рекомендації Мінсім'ямолодьспорту, МОН України, МОЗ України, Мінпраці України:

Вивчити досвід інших країн, проаналізувати наявні практики та провести дискусію із представниками зацікавлених сторін та за участі фахівців-юристів стосовно можливості та доцільності надання керівникам закладів тимчасового влаштування дітей статусу «тимчасового опікуна» з обмеженням його повноважень лише до вирішення питань забезпечення доступу до доброякісних медичних та соціальних послуг.

До Правил опіки та піклування, затверджених наказом Державного комітету України у справах сім'ї та молоді, Міністерства освіти України, Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства праці та соціальної політики України від 26.05.1999 р. № 34/166/131/88, внести доповнення, які мають визначати:

– як дитина **до досягнення 10 років** може висловити своє бажання щодо призначення їй опікуна. Вважаємо, що в даному випадку можна за аналогією скористатися нормами, закріпленими відповідно у ст. 256-3 «Прийомні діти» і ст. 256-7 «Вихованці дитячого будинку сімейного типу» Сімейного кодексу України: *«потрібна згода дитини, якщо вона досягла такого віку та рівня розвитку, що може її висловити».*

– як дитина **до досягнення 14 років** у контексті ст.ст. 151, 172 Сімейного кодексу України може оспорити призначення їй опікуна.

Рекомендації Мінсім'ямолодьспорту і МОЗ України:

Порядок медичного обслуговування дітей у притулках для неповнолітніх служби у справах неповнолітніх, центрах соціально-психологічної реабілітації дітей (затверджений Наказом Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту та Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2006 р. № 3297/645, зареєстровано в Міністерстві юстиції України 23.10.2006 р. за № 1136/13010) привести у відповідність з ч. 3 ст. 7 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» у частині забезпечення проведення тестування на ВІЛ **за поінформованою згодою.**

Забезпечити ознайомлення медичних і соціальних працівників з принципами проведення ДКТ на базі Протоколу ДКТ.

Рекомендації МОЗ України:

Посилити контроль за дотриманням ч. 5 ст. 7 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» щодо **безоплатності** тестування на ВІЛ-інфекцію дітей.

Удосконалити статистичну звітно-облікову документацію ВІЛ-позитивних осіб відповідно до вимог ст. 8 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення», яка наголошує на принципі конфіденційності.

Розробити правила забезпечення конфіденційності соціальними і педагогічними працівниками.

Розробити нормативно-правовий акт, який має визначити механізм передачі даних щодо ВІЛ-інфекції, із зазначенням кола осіб, підстав надання даних тощо.

Забезпечити проведення ДКТ у «клініках, дружніх до молоді».

Загальні рекомендації

Підвищувати правову культуру державних службовців, медичних, соціальних працівників, представників громадських організацій, працівників правоохоронних органів та суспільства в цілому:

- щодо пріоритету міжнародних договорів, згода на які дана Верховною Радою України, перед нормами відповідних актів законодавства України, в тому числі законів України;
- щодо процесу адаптації вітчизняного законодавства до права Європейського Союзу, у тому числі і до норм про захист прав людини, що приймаються в рамках Європейського Союзу;
- щодо значення і змісту рекомендаційних міжнародних актів.

До планів навчальних програм (ВНЗ, закладів підвищення кваліфікації) включити тематику «Нормативно-правові аспекти проблеми ВІЛ-інфекції, юридична відповідальність, дотримання прав і обов'язків медичних та соціальних працівників та ЛЖВ, в тому числі прав неповнолітніх на анонімне консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію».

Особливу увагу зосередити **на відсутності** індивідуальної юридичної відповідальності за видачу презервативів і обмін шприців і відповідно **правомірності** видачі презервативів і обміну шприців працівниками (волонтерами) громадських організацій щодо осіб віком від 10 до досягнення 18 років.

Вжити заходів щодо підвищення рівня ознайомлення медичних і соціальних працівників з принципами проведення ДКТ на базі Протоколу ДКТ.

Дослідити бар'єри та визначити необхідні механізми забезпечення ефективної політики в межах чинного законодавства.

Розширювати діяльність громадських організацій (територіальна дія, вікові групи клієнтів), підтримка та забезпечення їх безперервної активності. Орієнтація їх діяльності на підлітків груп високого ризику. При необхідності – перереєстрація їхніх установчих документів (статут, положення).

Залучати дітей до участі в концептуалізації, розробці, здійсненні, координації, моніторингу та огляду політики і програм боротьби з ВІЛ-інфекцією на рівні громади і на національному рівні, з належним урахуванням їх віку та зрілості.

9. Використані джерела

9.1 Література

1. Буроменський М.В., Нізова Н.М., Рудий В.М.. Репродуктивні права та механізми їх реалізації у ВІЛ-позитивних жінок в Україні / М.В Буроменський., Н.М.Нізова, В.М Рудий. – К.: Вид-во Раєвського, 2005.
2. Abortion legislation in Europe (updated February 2004) // IPPF European network, Rue Royale 146, 1000 Brussels, Belgium, e-mail: info@ippfen.org.
3. ВІЛ-інфекція в Україні: Інформ. бюл. / МОЗ України, Укр. центр профілактики і боротьби зі СНІД, Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського АМН України, ЦСЕС МОЗ України. – 2008. – № 29.
4. ВИЧ/СПИД и ПРАВА ЧЕЛОВЕКА: Международные руководящие принципы. – ООН, Нью-Йорк, Женева, 1998. – 120 с. (R.98.XIV.1).
5. Довідник з репродуктивного здоров'я. МОЗ України, ПОЛІСІ-2004 (проект).
6. Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді: моногр. / О. М. Балакірева, Н. О. Рингач, Р. Я. Левін та ін./ Наук. ред. О. М. Балакірева. – К.: Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка, 2007.
7. Моніторинг поведінки серед груп ризику (СІН, ЖКС, МСМ) /УІСД ім. О.Яременка, МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», проект USAID/Визначення політики з питань здоров'я.). – К., 2007
8. Риторика и риск. Нарушения прав человека затрудняют борьбу с ВИЧ/СПИДом в Украине. <http://www.hrw.org/reports/2006/ukraine0306/ukraine0306ruweb.pdf>
9. Рудий В. Вплив юридичних та законодавчих умов на надання послуг з планування сім'ї та репродуктивного здоров'я в Україні. Підготовлений Володимиром Рудим для The Futures Group International, POLICY Project, березень 1999 р.
10. Рудий В. М.. Законодавство України у сфері боротьби з ВІЛ/СНІДом. Сучасний стан і шляхи вдосконалення. / В.М. Рудий. – К.: Сфера, 2003. – 178 с.
11. Україна та ВІЛ/СНІД: Час діяти. / Звіт про людський розвиток в Україні 2003. Спеціальне видання. ПРООН, Київ, Україна.
12. UNAIDS/WHO (December 2005) : AIDS Epidemic Update.
13. ЮНІСЕФ/ЮНЕЙДС (2005): Огляд роботи зі споживачами ін'єкційних наркотиків в Україні в контексті боротьби з епідемією ВІЛ/СНІД.
14. UNICEF/UNAIDS ЮНІСЕФ/ЮНЕЙДС (2006) : Чинники впливу та попередження початку вживання молоддю наркотиків ін'єкційним шляхом, Ukraine UNGASS report (2006).
15. МБФ «СНІД Фонд Схід-Захід»/ЮНІСЕФ (2006): Діти й молодь, які живуть або працюють на вулиці: приховане обличчя епідемії ВІЛ в Україні.
16. UNICEF (2006): UNICEF Central Eastern Europe and Commonwealth of Independent States. Guidance on Programming to prevent HIV in most at-risk adolescents, Second draft, May 2006.
17. AIDS Foundation East-West/UNICEF (2006): Children and young people living or working on the streets: the missing face of the HIV epidemic in Ukraine, Kiev, English Edition and: Ukrainian Government (2006): Ukraine 6th Round Proposal to the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, Kiev.

9.2 Міжнародні документи

9.2.1. Міжнародні договори з прав людини універсального характеру

18. Міжнародний пакт про громадянські і політичні права. Прийнято 16 грудня 1966 року ГА ООН, ратифіковано Указом Президії Верховної Ради Української РСР № 2148-VIII від 19.10.1973 р. (набув чинності для України 23 березня 1976 року).
19. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права. Прийнято 16 грудня 1966 року ГА ООН, ратифіковано Указом Президії Верховної Ради Української РСР № 2148-VIII від 19.10.1973 р. (набув чинності для України 23 березня 1976 року).
20. Конвенція про права дитини. Прийнята ООН 20 листопада 1989 р., ратифікована Постановою Верховної Ради Української РСР № 789-XII від 27.02.1991 р. (набула чинності для України 27 вересня 1991 року).
21. Факультативний протокол до Конвенції про права дитини щодо торгівлі дітьми, дитячої проституції і дитячої порнографії від 01.01.2000 р.¹⁶⁵

9.2.2 Міжнародні договори з прав людини регіонального характеру

22. Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод. Прийнята Радою Європи 4 листопада 1950 р., ратифіковано Законом України від 17.07.1997 р. № 475/97-ВР «Про ратифікацію Конвенції про захист прав і основоположних свобод людини 1950 року, Першого протоколу та протоколів № 2, 4, 7 та 11 до Конвенції»¹⁶⁶.
23. Європейська конвенція про здійснення прав дітей, від 25.01.1996 р.¹⁶⁷.
24. Конвенція про юрисдикцію, право, що застосовується, визнання, виконання та співробітництво щодо батьківської відповідальності та заходів захисту дітей, від 19.10.1996 р.¹⁶⁸
25. Переглянута соціальна хартія 1996 року (набула чинності для України 1 лютого 2007 року)¹⁶⁹.

9.2.3 Рішення міжнародних контрольних органів з дотримання міжнародних договорів з прав людини (рішення органів ООН)

26. Право на найвищий досяжний стандарт здоров'я. Комітет з економічних, соціальних і культурних прав. Загальний Коментар 14. 11/08/2000

9.2.4 Резолюції Генеральної Асамблеї ООН

27. Загальна декларація прав людини. Резолюція Генеральної Асамблеї ООН від 10 грудня 1948 року.

¹⁶⁵ Закон України «Про ратифікацію Факультативного протоколу до Конвенції про права дитини щодо торгівлі дітьми, дитячої проституції і дитячої порнографії» від 03.04.2003 р. № 716-IV // Відомості Верховної Ради України. – 2003. – № 29. – Ст. 226.

¹⁶⁶ Відомості Верховної Ради України. – 1997. – № 40. – Ст. 263.

¹⁶⁷ Закон України «Про ратифікацію Європейської конвенції про здійснення прав дітей» від 03.08.2006 р. № 69-V // Відомості Верховної Ради України. – 2006. – № 41. – Ст. 354.

¹⁶⁸ Закон України «Про приєднання до Конвенції про юрисдикцію, право, що застосовується, визнання, виконання та співробітництво щодо батьківської відповідальності та заходів захисту дітей» від 14.09.2006 р. № 136-V // Відомості Верховної Ради України. – 2006. – № 43. – Ст. 417.

¹⁶⁹ Закон України «Про ратифікацію Європейської соціальної хартії (переглянутої)» від 14.09.2006 р. № 137-V // Відомості Верховної Ради України. – 2006. – № 43. – Ст. 418.

28. Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. Резолюция S-26/2 специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН от 27 июня 2001 года.
29. Замечание общего порядка № 3 «ВИЧ/СПИД и права ребенка»¹⁷⁰.

9.2.5 Резолюції міжнародних конференцій

30. Пекінська декларація та платформа дій 4-ї Всесвітньої конференції ООН про становище жінок / Четверта Всесвітня конференція ООН про становище жінок, – Пекін. Прийнята на 16-му пленарному засіданні 15 вересня 1995 року.
31. Програма дій, прийнята на Міжнародній конференції з питань народонаселення та розвитку. Міжнародна конференція з питань народонаселення та розвитку організована і проведена під егідою ООН 5–13 вересня 1994 року, м. Каїр.
32. Паризька декларація «Жінки, діти та синдром набутого імунodefіциту», затверджена Міжнародною конференцією про наслідки СНІДу для здоров'я матерів та дітей. – Париж, 27-30 листопада 1989 року.
33. Минимальные стандартные правила Организации Объединенных Наций, касающиеся отправления правосудия в отношении несовершеннолетних («Пекинские правила»), від 29.11.1985 р.

9.3 Законодавство України

9.3.1 Закони України

34. Конституція України від 28.06.1996 р. № 254к/96-ВР // Відомості Верховної Ради України. – 1996. – № 30. – Ст. 141.
35. Конституція України : науково-практичний коментар / В. Б. Авер'янов, О. В. Батанов, Ю. В. Баулін та ін.; ред. кол. В. Я. Тацій, Ю. П. Битяк, Ю. М. Грошевой та ін. – Харків: Право; К.: Концерн «Видавничий Дім «Ін Юре», 2003.
36. Цивільний кодекс України від 16.01.2003 р. № 435-IV // Відомості Верховної Ради України. – 2003. – №№ 40-44. – Ст. 356.
37. Цивільний процесуальний кодекс України // Відомості Верховної Ради України. – 2004. – №№ 40-41, 42. – Ст. 492.
38. Кримінальний Кодекс України від 05.04.2001 р. № 2341-III // Відомості Верховної Ради України. – 2001. – № 25-26. – Ст. 131.
39. Кримінально-процесуальний кодекс України // Відомості Верховної Ради УРСР. – 1961. – № 2. – Ст. 15.
40. Сімейний кодекс України від 10.01.2002 р. № 2947-III Відомості Верховної Ради України. – 2002. – №№ 21-22. – Ст. 135.
41. Кодекс адміністративного судочинства України // Відомості Верховної Ради України. – 2005. – № 35-36, № 37. – Ст. 446.
42. Закон України «Про інформацію» від 02.10.1992 р. № 2657-XII // Відомості Верховної Ради України. – 1992. – № 48. – Ст. 650.
43. Закон України «Про об'єднання громадян» від 16.06.1992 р. № 2460-XII // Відомості Верховної Ради України. – 1992. – № 33. – Ст. 504.
44. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. № 2801-XII // Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 4. – Ст. 19.
45. Закон України «Про сприяння соціальному становленню та розвитку молоді в Україні» від 05.02.1993 р. № 2998-XII // Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 16. – Ст. 167.

¹⁷⁰ Прийнято Комітетом з прав дитини ООН, 32-а сесія Генеральної Асамблеї ООН, 13–31 січня 2003 р.

46. Закон України «Про органи і служби у справах дітей та спеціальні установи для дітей» від 24.01.1995 р. № 20/95-ВР // Відомості Верховної Ради України. – 1995. – № 6. – Ст. 35.
47. Закон України «Про державну виконавчу службу» від 24.03.1998 р. № 202/98-ВР // Відомості Верховної Ради України. – 1998. – № 36-37. – Ст. 243.
48. Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб» від 06.04.2000 р. № 1645-III // Відомості Верховної Ради України. – 2000. – № 29. – Ст. 228.
49. Закон України «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії» від 05.10.2000 р. № 2017-III // Відомості Верховної Ради України. – 2000. – № 48. – Ст. 409.
50. Закон України «Про соціальну роботу з дітьми та молоддю» від 21.06.2001 р. № 2558-III // Відомості Верховної Ради України. – 2001. – № 42. – Ст. 213.
51. Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальних захист населення» від 15.11.2001 р. № 2776-III // Відомості Верховної Ради України. – 2002. – № 6. – Ст. 41.
52. Закон України «Про соціальні послуги» від 19.06.2003 р. № 966-IV // Відомості Верховної Ради України. – 2003. – № 45. – Ст. 358.
53. Закон України «Про Загальнодержавну програму адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу» від 18.03.2004 р. № 1629-IV // Відомості Верховної Ради України. – 2003. – № 29. – Ст. 367.
54. Закон України «Про міжнародні договори України» від 29.06.2004 р. № 1906-IV // Відомості Верховної Ради України. – 2004. – № 50. – Ст. 540.
55. Закон України «Про забезпечення організаційно-правових умов соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування» від 13.01.2005 р. № 2342-IV // Відомості Верховної Ради України. – 2005. – № 6. – Ст. 147.
56. Закон України «Про основи соціального захисту бездомних громадян і безпритульних дітей» від 02.06.2005 р. № 2623-IV // Відомості Верховної Ради України. – 2005. – № 26. – Ст. 354.

9.3.2 Рішення Конституційного Суду України

57. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним зверненням Київської міської ради професійних спілок щодо офіційного тлумачення частини третьої статті 21 Кодексу законів про працю України (справа про тлумачення терміну «законодавство») від 9 липня 1998 року № 12-рп/98 (Справа № 17/81-97) // Офіційний вісник України. – 1998. – № 32. – Ст. 59.
58. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним зверненням Національного банку України щодо офіційного тлумачення положення частини першої статті 58 Конституції України (справа про зворотню дію в часі законів та інших нормативно-правових актів) від 9 лютого 1999 р. № 1-рп/99 (Справа № 1-7/99) // Офіційний вісник України. – 1999. – № 7. – Ст. 160.
59. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням Міністерства внутрішніх справ України щодо офіційного тлумачення положень частини третьої статті 80 Конституції України (справа про депутатську недоторканність) від 27.10.1999 р. № 9-рп/99 (Справа № 1-15/99) // Офіційний вісник України. – 1999. – № 44. – Ст. 71.

60. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 53 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення положення частини третьої статті 49 Конституції України «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» (справа про безоплатну медичну допомогу) від 29 травня 2002 року № 10-рп/2002 // Вісник Конституційного суду України. – 2002. – № 3. – Ст. 19.
61. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним зверненням відкритого акціонерного товариства «Всеукраїнський акціонерний Банк» щодо офіційного тлумачення положень пункту 22 частини першої статті 92 Конституції України, частин першої, третьої статті 2, частини першої статті 38 Кодексу України про адміністративні правопорушення (справа про відповідальність юридичних осіб) від 30 травня 2001 р. № 7-рп/2001 (Справа № 1-22/2001) // Офіційний вісник України. – 2001. – № 24. – Ст. 1076.

9.3.3 Укази Президента України

62. «Про невідкладні заходи щодо запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу»: Указ Президента України від 1 листопада 2000 року № 1182/2000 // Офіційний вісник України. – 2000. – № 44. – Ст. 1891.
63. «Національна програма «Репродуктивне здоров'я 2001–2005»: ухвалена Указом Президента України від 26 березня 2001 року № 203/2001 // Офіційний вісник України. – 2001. – № 13. – Ст. 531.
64. «Про додаткові заходи щодо посилення боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом»: Указ Президента України від 28 серпня 2001 року № 741/2001 // Офіційний вісник України. – 2001. – № 35. – Ст. 1624.

9.3.4 Постанови Кабінету Міністрів України

65. Перелік платних послуг, які можуть надаватися в державних та комунальних закладах охорони здоров'я, вищих медичних навчальних закладах та науково-дослідних установах: затверджений Постановою Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 р. № 1138 // Урядовий кур'єр від 26.09.1996 р.
66. Типове положення про притулок для дітей : затверджене Постановою Кабінету Міністрів України від 9 червня 1997 р. № 565 // Офіційний вісник України – 1997. – № 24. – Ст. 61.
67. «Про комплексні заходи для запобігання розповсюдженню хвороб, що передаються статевим шляхом»: Постанова Кабінету Міністрів України від 23.03.1998 р. № 357.
68. «Про розмір щомісячної державної допомоги дітям віком до 16 років, інфікованим вірусом імунодефіциту людини або хворим на СНІД»: Постанова Кабінету Міністрів України від 10 липня 1998 року № 1051 // Офіційний вісник України. – 1998. – № 28. – Ст. 22.
69. «Правила медичного огляду з метою виявлення ВІЛ-інфекції, обліку ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД та медичного нагляду за ними»: затверджені Постановою Кабінету Міністрів України від 18 грудня 1998 року № 2026 // Офіційний вісник України. – 1998. – № 51. – Ст. 42..
70. «Програма профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2001–2003 роки»: затверджена Постановою Кабінету Міністрів України від 11 липня 2001 року № 790 // Офіційний вісник України. – 2001. – № 28. – Ст. 1252.

71. «Концепція безпечного материнства», затверджена Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 29 березня 2002 року № 161-р // Офіційний вісник України. – 2002. – № 14. – Ст. 763.
72. Положення про дитячий будинок сімейного типу: затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 26.04.2002 р. № 564 // Офіційний вісник України. – 2002. – № 18. – Ст. 925.
73. Положення про волонтерську діяльність у сфері надання соціальних послуг: затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 10.12.2003 р. № 1895 // Офіційний вісник України. – 2004. – № 51. – Ст. 2673.
74. «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» від 04.03.2004 р. № 264 // Офіційний вісник України. – 2004. – № 10. – Ст. 594.
75. Типове положення про центр соціально-психологічної допомоги : затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 12.05.2004 р. № 608 // Офіційний вісник України. – 2004. – № 19. – Ст. 1325.
76. Положення про Державну соціальну службу для сім'ї, дітей та молоді: затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 27.08.2004 р. № 1125 // Офіційний вісник України. – 2004. – № 35. – Ст. 2339.
77. Загальне положення про центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді: затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 27.08.2004 р. № 1126 // Офіційний вісник України. – 2004. – № 35. – Ст. 2340.
78. Типове положення про центр соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями: затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 08.09.2005 р. № 877 // Офіційний вісник України. – 2005. – № 37. – Ст. 2275.
79. Типове положення про соціально-реабілітаційний центр (дитяче містечко), затверджене Постановою Кабінету Міністрів України від 27.12.2005 р. № 1291 // Офіційний вісник України. – 2005. – № 52. – Ст. 424.
80. Типове положення про центр для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді: затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 15.02.2006 р. № 148 // Офіційний вісник України. – 2006. – № 7. – Ст. 361.
81. Положення про Міністерство юстиції України: затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 14.11.2006 р. № 1577 // Офіційний вісник України. – 2006. – № 45. – Ст. 3020.

9.3.5 Нормативні акти центральних органів виконавчої влади України

82. «Про затвердження Інструкції про медичне обстеження дітей і підлітків, які направляються до загальноосвітніх шкіл та професійних училищ соціальної реабілітації для дітей і підлітків, які потребують особливих умов виховання», наказ МОЗ України, Міносвіти від 05.05.1997 р. № 137/131: зареєстровано в Міністерстві юстиції України 20 серпня 1997 р. за № 328/2132. // Офіційний вісник України. – 1997. – № 34. – Ст. 9.
83. «Про вдосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД», Наказ, Інструкція МОЗ України від 25 травня 2000 року № 120: зареєстровано в Міністерстві юстиції України 14 листопада 2000 р. за № 819/5040. // Офіційний вісник України. – 2000. – № 46. – Ст. 2030.

84. «Про затвердження методичних рекомендацій удосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД»: Наказ МОЗ України від 15 грудня 2000 року № 344.
85. «Про затвердження спільного Плану заходів Міністерства охорони здоров'я України, Академії медичних наук України та Товариства Червоного Хреста України щодо виконання Програми профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2001–2003 роки», Положення МОЗ України, Академії медичних наук України від 05 жовтня 2001 року № 395/70.
86. «Галузева Програма МОЗ України «Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини на 2001-2003 роки»: затверджена наказом МОЗ України від 07 грудня 2001 року № 488.
87. «Про затвердження Концепції надання позалікарняної допомоги ВІЛ-інфікованим та здійснення догляду за хворими на СНІД»: Наказ МОЗ України від 24 липня 2002 року № 284.
88. Примірне положення про дитячу міську поліклініку (поліклінічне відділення): затверджене наказом МОЗ «Про удосконалення амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям в Україні» від 29.11.2002 р. № 434.
89. «Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні»: Наказ МОЗ України від 28 грудня 2002 року № 503.
90. «Про порядок інформування органами охорони здоров'я органів внутрішніх справ про осіб, хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД, і джерела поширення цієї небезпечної хвороби в Україні»: Наказ МОЗ України, МВС України від 23 січня 2003 року № 25/62.
91. «Про удосконалення лікування хворих на ВІЛ-інфекцію та СНІД»: Наказ МОЗ України від 15 квітня 2003 року № 173.
92. «Про внесення змін до Методичних рекомендацій щодо проведення антиретровірусної терапії у дорослих, хворих на ВІЛ-інфекцію та СНІД»: Наказ МОЗ України від 12 червня 2003 року № 265.
93. Типове положення про студентську соціальну службу: затверджено Наказом Міністерства України у справах сім'ї, дітей та молоді від 26.11.2004 р. № 762; зареєстровано в Міністерстві юстиції України 17 грудня 2004 р. за № 1599/10198 // Офіційний вісник України. – 2005. – № 51. – Ст. 3393.
94. Типове положення про спеціалізоване формування «Мобільний консультаційний пункт соціальної роботи в сільській та гірській місцевостях, віддалених районах міст», затверджено Наказом Міністерства України у справах молоді та спорту від 17.06.2005 р. № 892; зареєстровано в Міністерстві юстиції України 7 липня 2005 р. за № 726/11006 // Офіційний вісник України. – 2005. – № 28. – Ст. 1661.
95. Порядок добровільного консультування і тестування (Протокол) на ВІЛ-інфекцію: затверджений наказом МОЗ України від 18.08.2005 р. № 415 «Про удосконалення добровільного консультування і консультування на ВІЛ-інфекцію»; зареєстровано в Міністерстві юстиції 22 листопада 2005 року за № 1404/11684 // Офіційний вісник України. – 2005. – № 48. – Ст. 3018.
96. Типове положення про службу «Телефон Довіри»: затверджено Наказом Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту від 07.12.2005 р. № 3133; зареєстровано в Міністерстві юстиції України 28 грудня 2005 р. за № 1580/11860 // Офіційний вісник України. – 2006. – № 1. – Ст. 70.
97. Типове положення про службу роботи з ін'єкційними споживачами наркотиків, затверджено Наказом Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту

- України від 23.12.2005 р. № 3430, Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 16 лютого 2006 р. за № 136/12010 // Офіційний вісник України. – 2006. – № 7. – Ст. 389.
98. Типове положення про Інформаційно-ресурсний центр центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді : затверджено Наказом Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту від 30.01.2006 р. № 203; зареєстровано в Міністерстві юстиції України 16 лютого 2006 р. за № 142/12016 // Офіційний вісник України. – 2006. – № 7. – Ст. 391.
 99. Типове положення про Школу волонтерів центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді: затверджено Наказом Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту від 30.01.2006 р. № 204; зареєстровано в Міністерстві юстиції України 16 лютого 2006 р. за № 141/12015 // Офіційний вісник України. – 2006. – № 7. – Ст. 392.
 100. «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів»: Наказ МОЗ України від 03.02.2006 р. № 48; Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 2 червня 2006 р. за № 665/12539 // Офіційний вісник України. – 2006. – № 23. – Ст. 1746.
 101. Типове положення про будинок нічного перебування: затверджено Наказом Міністерства праці та соціальної політики України від 14.02.2006 р. № 31; зареєстровано в Міністерстві юстиції України 21 квітня 2006 р. за № 475/12349 // Офіційний вісник України. – 2006. – № 17. – Ст. 1277.
 102. Типове положення про центр реінтеграції бездомних громадян : затверджено Наказом Міністерства праці та соціальної політики України від 14.02.2006 р. № 31; зареєстровано в Міністерстві юстиції України 21 квітня 2006 р. за № 474/12348 // Там само.
 103. Порядок взаємодії центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді із закладами охорони здоров'я щодо надання медичної допомоги та соціальних послуг дітям і молоді: затверджений Наказом Мінсім'ямолодьспорту, МОЗ від 17.04.2006 р. № 1209/228; зареєстровано в Міністерстві юстиції України 17 травня 2006 р. за № 567/12441 // Офіційний вісник України. – 2006. – № 20. – Ст. 1515.
 104. Інструкція про порядок проведення операції штучного переривання вагітності, форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення: затверджена Наказом МОЗ України від 20.07.2006 р. № 508; зареєстровано в Міністерстві юстиції України 25 жовтня 2006 р. за № 1155/13029 // Офіційний вісник України. – 2006. – № 43. – Ст. 2912.
 105. Інструкція щодо порядку оформлення і ведення особових справ отримувачів усіх видів соціальної допомоги: затверджена Наказом Міністерства праці та соціальної політики України від 19.09.2006 № 345; зареєстровано в Міністерстві юстиції України 6 жовтня 2006 р. за № 1098/12972 // Офіційний вісник України. – 2006. – № 41. – Ст. 2761.
 106. Порядок здійснення соціального супроводження прийомних сімей та дитячих будинків сімейного типу: затверджений Наказ Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту України від 31.10.2006 р. № 3685; зареєстровано в Міністерстві юстиції України 24 листопада 2006 р. за № 1232/13106 // Офіційний вісник України. – 2006. – № 48. – Ст. 3217.
 107. Порядок взаємодії центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді із закладами охорони здоров'я щодо різних аспектів профілактики ВІЛ/СНІДу:

- затверджений Наказом Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту України, МОЗ України від 17.11.2006 р. № 3925/760; зареєстровано в Міністерстві юстиції України 18 грудня 2006 р. за № 1320/13194 // Офіційний вісник України. – 2007. – № 51. – Ст. 3436.
108. Порядок взаємодії центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді та управлінь (відділів) освіти щодо підготовки до самостійного життя дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, з числа учнів старших та випускних класів інтернатних закладів і шкіл соціальної реабілітації: затверджений Наказом Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту і МОН України від 28.09.2007 р. № 3455/853; зареєстровано в Міністерстві юстиції України 18 жовтня 2007 р. за № 1186/14453 Офіційний вісник України. – 2007. – № 80. – Ст. 2985.
109. Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей: затверджений 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 23.11.07 р. № 740/1030/4154/321/614а; зареєстровано в Міністерстві юстиції України 26 грудня 2007 р. за № 1405/14672 // Офіційний вісник України. – 2008. – № 2. – Ст. 64.

9.4. Інтернет-сайти

1. *Інтернет-сайт Верховного комісара ООН з прав людини.* www.unhchr.ch
2. *Інтернет-сайт Верховної Ради України.* www.rada.gov.ua
3. *Веб-сторінка Кабінету Міністрів України.* www.kmu.gov.ua
4. *Інтернет-сайт Міністерства охорони здоров'я.* www.moz.gov.ua

Наукове видання

**Михайло Всеволодович Буроменський
Володимир Миколайович Стешенко**

**Сучасний стан політики та законодавства з питань надання
медико-соціальних послуг для дітей та молоді груп високого ризику
щодо ВІЛ-інфікування**

Аналітичний огляд

**Український інститут соціальних досліджень ім. О. Яременка
01011, Київ
вул. Панаса Мирного, 26
Тел.: 8044 501 5076(75)
www.uisr.org.ua**

**Дитячий Фонд ООН (ЮНІСЕФ)
Представництво в Україні
01021, Київ
вул.Кловський Узвіз, 1
Тел.: 8044 254 2450
Факс: 8044 230 2506
www.unicef.org/ukraine**

Фото на обкладинці:

© UNICEF/2005/UKR/00183-Pirozzi
© UNICEF/2005/UKR/00289-Pirozzi
© UNICEF/2005/UKR/00316-Pirozzi
© UNICEF/2005/UKR/00376-Pirozzi
© UNICEF/2005/UKR/00718-Pirozzi
© UNICEF/2005/UKR/00721-Pirozzi
© UNICEF/2005/UKR/01100-Pirozzi
© UNICEF/2005/UKR/01195-Pirozzi

**Друк:
ТОВ «Центр Обслуговування Конференцій»
03151, Київ
вул. Народного Ополчення, 5А
Тел.: 8044 249 7064**

