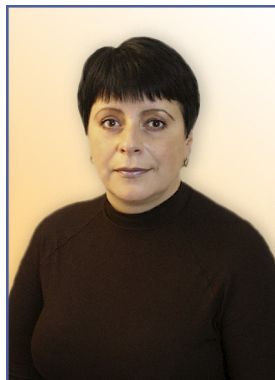




АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КРИМІНАЛЬНО-ВИКОНАВЧОГО ПРАВА

УДК [343.81:616-082] (477)



Ірина Станіславівна ЯКОВЕЦЬ,
доктор юридичних наук, старший науковий
співробітник
(Науково-дослідний інститут вивчення проблем
злочинності імені академіка В. В. Сташиса
Національної академії правових наук України,
Харків)



Андрій Павлович ГЕЛЬ,
кандидат юридичних наук, доцент
(Вінницький національний медичний університет
імені М. І. Пирогова, Вінниця)

СИСТЕМА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УСТАНОВАХ ВИКОНАННЯ ПОКАРАНЬ: СУЧАСНИЙ СТАН ТА ШЛЯХИ РЕФОРМУВАННЯ

Проаналізовано основні тенденції сучасного стану надання медичної допомоги засудженим під час їх перебування в установах виконання покарань і наслідки реформ медичної сфери за різними сценаріями. Розглянуто основні напрями організації діяльності медичних служб в інших країнах. Доведено, що для України існує декілька шляхів вирішення наявних

проблем, проте практика не враховує як позитивних, так і негативних напрацювань інших країн. Обґрунтовано доцільність проведення певних змін.

Ключові слова: *позбавлення волі, медична допомога, медична служба, виконання покарання, установа виконання покарань, засуджені, персонал установ виконання покарань, медичні працівники.*

Постановка проблеми. Стаття 49 Конституції України проголошує, що кожен має право на охорону здоров'я та медичну допомогу. Для засуджених, враховуючи їх специфічний правовий статус, це конституційне право зазнає певної трансформації. Зокрема, в абз. 6 ч. 1 ст. 8 Кримінально-виконавчого кодексу України (далі – КВК України) зазначено, що засуджені мають право на охорону здоров'я в обсязі, встановленому Основами законодавства України про охорону здоров'я, за винятком обмежень, передбачених законом. Безперечним є той факт, що найбільший обсяг правообмежень передбачений законом саме для засуджених, які відбувають покарання у виді позбавлення волі, що зумовлюється сутністю цього виду покарання, невід'ємним елементом якого є фізична ізоляція засудженого від суспільства. В абз. 5 ч. 1 ст. 107 КВК України закріплено право цієї категорії засуджених на отримання медичної допомоги та лікування, у тому числі платних медичних послуг, за рахунок особистих грошових коштів засуджених чи коштів їх рідних або близьких у закладах МОЗ України, які не віднесені до відання Державної пенітенціарної служби України (далі – ДПтС України).

Хоча й останнім часом спостерігається позитивна тенденція щодо суттєвого скорочення загальної кількості засуджених, які відбувають кримінальні покарання у виді позбавлення волі, проблема забезпечення осіб цієї категорії належною медичною допомогою на сьогодні залишається актуальною та вкрай гострою. У контексті розгляду цього питання доцільно звернути увагу насамперед на той факт, що переважна більшість закладів охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України (далі – ДКВС України), як і самі установи виконання покарань, побудована ще за радянських часів (а деякі ще за часів царату), а отже, будівлі і споруди багатьох із них на сьогодні не тільки морально застарілі, а й взагалі не відповідають вимогам державних будівельних та санітарних норм. За даними ДПтС України, розміщеним на офіційному сайті цього відомства, нагальною є потреба у створенні багатопрофільної лікарні для надання стаціонарної допомоги засудженим жінкам. На даний час у закладах охорони здоров'я ДКВС України для надання такої медичної допомоги функціонують

лише окремі палати. Проблемним є питання забезпечення закладів охорони здоров'я ДКВС України санітарним автотранспортом, що не дозволяє швидко надати спеціалізовану медичну допомогу засудженим і своєчасно госпіталізувати хворих до закладів охорони здоров'я МОЗ України, а також запобігти поширенню інфекційних та паразитарних захворювань в установах виконання покарань і слідчих ізоляторах. Як наслідок, протягом останніх років рівень смертності та летальності від СНІДу та ВІЛ-асоційованого туберкульозу залишається високим.

Під час відвідування установ виконання покарань спостережними комісіями було зафіксовано непоодинокі випадки неналежного надання медичної допомоги. Зокрема, вказано на існування проблеми із проведенням аналізів на виявлення гепатитів, доступом до стоматологічної допомоги тощо.

Крім того, з огляду на значну кількість засуджених, які страждають на соматичні та психічні захворювання, поширення серед них інфекційних хвороб, насамперед туберкульозу та ВІЛ/СНІДу, залишається гострою й проблема забезпечення таких засуджених належною медичною допомогою.

Окремо слід зупинитися на недостатньому фінансуванні і неналежному медико-санітарному забезпеченні осіб, які тримаються в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах, що не дає можливості на сьогодні проводити усі необхідні протиепідемічні заходи. Як зазначають спостережні комісії у своїх звітах, понад 80 відсотків медичного обладнання вичерпало свій ресурс і морально застаріло, що унеможливорює своєчасність як діагностування, так і лікування хворих. Необґрунтоване бажання медичних працівників УВП «не турбувати» заклади охорони МОЗ та «швидко допомогу» стає причиною того, що засуджені не отримують необхідної кваліфікованої допомоги і лікування. Водночас ті, хто звільняється з лікувальних закладів ДКВС України, передаються представникам громадських організацій, а не МОЗ України, як це передбачено відомчими нормативними актами. Мали місце випадки, коли засудженим протягом тривалого часу взагалі не надавалася медична допомога, а при настанні майже невинуватих наслідків для їх здоров'я – вони терміново направлялися до лікувальних закладів ДПтСУ навіть без нарядів цієї служби, а з посиленням на відомчий наказ. Заслугує на увагу й те, що зафіксовано випадки надання медичної допомоги особами без належної освіти чи кваліфікації. У цілому спостережні комісії констатують, що має місце кадровий дефіцит медичних працівників, а це значно ускладнює організацію і надання своєчасної та якісної медичної допомоги засудженим. У той

же час керівництво територіальних управлінь ДПтС України наголошує, що відчуває обмеженість у важелях впливу на медичних працівників, адже багато з них працює за сумісництвом та не на повну зайнятість [1, с. 45–46].

У свою чергу, представники правозахисних організацій говорять про наявність дещо інших проблем. Як свідчать результати моніторингу, у багатьох установах ДПтС України відсутня належна увага та відповідне медичне обслуговування засуджених, що страждають на тяжкі захворювання, яких лікують або в межах закладу, де вони відбувають покарання, або, у кращому випадку, в одному із закладів охорони здоров'я ДКВС України. Однак останні часто не мають можливостей для належної медичної допомоги, і тоді згідно із законом засуджений повинен бути переведений до цивільної лікарні для адекватного лікування. Натомість адміністрація установ виконання покарань не хоче цього робити, і змусити її може тільки рішення Європейського суду з прав людини (ЄСПЛ) про тимчасові заходи відповідно до правила 39 Регламенту ЄСПЛ. Це рішення зобов'язує державу перевести хворого ув'язненого до профільної цивільної лікарні.

Вважаємо за необхідне вказати ще на одну причину відсутності своєчасного та належного лікування засуджених, якою є підпорядкованість медичних установ ДПтС України адміністрації установ виконання покарань, а не Міністерству охорони здоров'я. Зрозуміло, так не має бути, це слід якомога швидше вирішувати [2]. Саме тому, за твердженням правозахисників, уся система медицини установ виконання покарань має бути перепрофільована із пенітенціарної у медицину загальної практики [3].

Спільним для усіх доповідей спостережних комісій є те, що до основних проблемних аспектів віднесено: недостатнє фінансове забезпечення, що впливає й на умови тримання та вжиття профілактичних заходів; неналежна кваліфікація медичного персоналу та його чисельність; залежність медичного персоналу від системи виконання покарань; незадовільне нормативне визначення порядку проведення цієї діяльності.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Окремі аспекти забезпечення медичного супроводу осіб в установах виконання покарань розглядалися такими вітчизняними та зарубіжними вченими, як К. А. Автухов, В. А. Бадира, Т. А. Денисова, О. Г. Колб, А. Х. Степанюк та ін. Натомість спеціально та відокремлено питання організації роботи медичної служби установ виконання покарань у монографічних та дисертаційних дослідженнях не розглядалися. Саме цим і обґрун-

товується потреба більш детального вивчення питання організації діяльності системи медичного супроводу засуджених.

Метою статті є загальна характеристика існуючих підходів до організації роботи системи надання медичної допомоги засудженим під час їх перебування в умовах ізоляції, віднайдення основних шляхів запровадження змін задля виправлення існуючого стану справ у цій сфері та можливості запозичення прогресивного зарубіжного досвіду.

Виклад основного матеріалу. Вивчення міжнародного досвіду країн колишнього СРСР, Європи, США свідчить про наявність різних підходів в організації медичного обслуговування в пенітенціарних службах. Так, можна виокремити три види підпорядкованості системи охорони здоров'я у пенітенціарних установах:

1) відомчу, при якій персонал, що надає медичну допомогу у виправних установах, знаходиться в штаті і управлінні кримінально-виконавчої системи. Концентрація кадрових, матеріальних, фінансових активів системи пенітенціарної охорони здоров'я перебуває в розпорядженні системи виконання покарань. Нормативно-правове супроводження порядку медичного забезпечення засуджених та оцінки його якості, як правило, також закріплено за системою виконання покарань.

У даний час така система існує в Україні, Росії, інших країнах колишнього СРСР, Азії, деяких країнах Європи (Ірландія, Албанія).

Основною перевагою відомчої системи вважаються відносно низькі фінансові витрати. Також є переваги в забезпеченні дотримання режимних заходів в установах та в більш високій соціальній захищеності медичного персоналу. Наприклад, у багатьох країнах із метою залучення та збереження медичного персоналу в кримінально-виконавчій системі передбачено ряд мотиваційних заходів (надання службового житла, здійснення медичного страхування медичних працівників та інші).

Разом із тим при всіх названих позитивних моментах відомча система охорони здоров'я має й серйозні недоліки. Так, наявність атестованих медичних працівників, закритість системи, обмеженість об'єктивного зовнішнього контролю за організацією та процесом надання медичної допомоги засудженим з боку наглядових органів та незалежних громадських організацій зумовлює так звану «подвійну лояльність», тобто необхідність дотримання медичним персоналом відомчих інтересів керівництва установ та органів виконання покарань на шкоду інтересам хворого засудженого, що перебуває в місцях позбавлення волі, а також можливість використання хвороби засудженого як методу впливу на останнього шляхом обмеження, а іноді й повної відмови, в належному лікуванні та наданні необхідних ліків. Відзначається також погана наступність медичної допомоги та активної

диспансеризації хворих із соціально значущими захворюваннями після їх звільнення з місць позбавлення волі.

2) позавідомчу, тобто надання медичної допомоги здійснюється сторонніми організаціями (комерційними або громадянською системою охорони здоров'я). Допомогу надають медичні заклади, які не перебувають у підпорядкуванні пенітенціарної системи. Фінансування може бути організоване за різними схемами, при цьому чим ближче обсяг медичного забезпечення до національних стандартів, тим дорожче він коштує державі і перевищує аналогічні витрати в цивільному секторі охорони здоров'я.

Така модель успішно існує в Норвегії, Англії, Франції, Австралії. У перехідному періоді становлення такої системи перебувають Іспанія і Шотландія.

За цієї системи створюються умови для підвищення якості медико-санітарної допомоги засудженим, з'являються можливості для подальшого розвитку і вдосконалення системи захисту прав ув'язненого на надання якісної медичної допомоги.

Ув'язнені мають такий самий правовий статус у сфері охорони здоров'я та надання медичної допомоги, як і всі пересічні громадяни країни. Медичні працівники взаємодіють з адміністрацією виправних установ, але є незалежними від неї та вищих органів управління. При такій системі надається більш якісна медико-санітарна допомога в місцях позбавлення волі, забезпечується наступність у наданні медичної допомоги звільненим ув'язненим.

До основних недоліків можна віднести складність управління, втрату специфічних знань, які були у тюремних медичних працівників, і високу вартість медичного обслуговування засуджених у порівнянні з пересічними громадянами.

3) змішаний варіант, який застосовується у США і характеризується поєднанням організаційних компонентів обох вищезгаданих систем охорони здоров'я засуджених.

Виправні заклади федерального рівня фінансуються з бюджету держави, медичні працівники перебувають у підпорядкуванні федерального органу виконавчої влади (наприклад, Міністерства юстиції), є державними службовцями, мають відповідні звання, що гарантує їх високу соціальну захищеність. Медичне забезпечення засуджених у виправних установах у деяких штатах (округах) побудоване так само, як і на федеральному рівні, але фінансування здійснюється з бюджету штату. Медичну допомогу надають комерційні організації, які взяли зобов'язання щодо медичного забезпечення в межах виділених коштів.

До переваг даної системи можна віднести зазначені вище переваги як відомчої, так і позавідомчої системи. Аналогічними є й недоліки.

З огляду на сказане необхідно зауважити, що більшість пострадянських країн побоюється кардинальної зміни існуючої системи охорони здоров'я засуджених та осіб, узятих під варту, а тому намагається обмежитися реформами, що суттєво не впливають на неї. Наприклад, для вирішення наявних проблем у сфері організації охорони здоров'я в місцях позбавлення волі Федеральною службою виконання покарань Росії у 2012 р. була розроблена та експериментально випробувана модель внутрішньовідомчого вдосконалення організаційно-структурної побудови медичної служби. Модель передбачала створення єдиної, централізованої системи, до якої входили: структурний підрозділ ФСВП Росії, що здійснював пряме керівництво всім медико-санітарним забезпеченням, і безпосередньо підпорядковані йому багатопрофільні лікувально-профілактичні заклади. При цьому медичні підрозділи були виведені з підпорядкування начальників слідчих ізоляторів і виправних установ [4]. Перехід до цієї форми охорони здоров'я в органах і установах виконання покарань РФ відбувся у 2014 р.

Проте значних позитивних зрушень досягнуто не було, що підтверджується не лише аналізом діяльності у напрямі надання медичної допомоги засудженим та особам, узятим під варту, а й численними рішеннями Європейського суду з прав людини [5–10]. Це зумовлено тим, що подібне переформатування підпорядкованості не вирішує проблем фінансування, належного матеріально-технічного забезпечення, якості та різноманіття форм профілактики й надання медичної допомоги. Так само не вирішеними залишаються й питання взаємовідносин між медичним персоналом і керівництвом установ виконання покарань. Отже, російська модель реформування пенітенціарної медицини не досягла поставленої перед нею мети. Тому навряд чи подібний шлях модернізації медичної сфери може слугувати прикладом для України.

В інших країнах світу спостерігається дещо інша тенденція: пенітенціарні медичні служби все більше об'єднуються з цивільними службами охорони здоров'я, а не залишаються ізольованими [9].

У цьому контексті слід додати, що фахівцями впродовж останніх декількох років акцентується на тому, що системи надання медичної допомоги ув'язненим окремих країн характеризуються однією спільною і незвичайною особливістю, а саме тим, що перебувають у підпорядкуванні міністерства охорони здоров'я, а не того міністерства, яке відповідає за місця позбавлення волі. Назвемо ці країни в тому порядку, в якому вони запроваджували такі зміни в часі: Норвегія, Франція, Новий Південний Уельс (штат в Австралії), Англія й Уельс в Сполученому

Королівстві. Такий перехід відбувався в різний час. Наприклад, у Норвегії система пенітенціарної охорони здоров'я перебуває у віданні національної служби охорони здоров'я з 1988 р., в Англії та Уельсі цей процес розпочався у 2000 р., а закінчився в 2006 р. Сьогодні ще декілька країн вивчають можливість або мають намір запровадити аналогічну систему, йдеться, зокрема, про Іспанію, Шотландію та ін.

Причини об'єднання системи пенітенціарної охорони здоров'я зі службою громадської охорони здоров'я або з місцевими службами медико-санітарної допомоги складні й багатогранні, проте держави, в яких такі реформи вже відбулися, насамперед виходили з наступних міркувань:

– *права людини*. Зрозуміло, що питання прав людини мають фундаментальне значення для обґрунтування необхідності проведення такого виду реформи. Хоча на практиці велика ймовірність того, що окрема «система пенітенціарної охорони здоров'я» буде спочатку перебувати в нерівному становищі, наприклад, з точки зору ресурсів або якості медико-санітарної допомоги в порівнянні з цивільними установами (службами системи громадської охорони здоров'я). Звичайно, відповідно до норм міжнародного законодавства ув'язнені мають право на «найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я» (ст. 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права). У той же час у пенітенціарній системі медико-санітарної допомоги не завжди об'єктивно існує можливість досягти такого рівня, про що, зокрема, свідчать й доповіді Європейського комітету з попередження тортур і нелюдського або такого, що принижує людську гідність, поводження чи покарання за підсумками відвідування місць позбавлення волі в 45 державах – членах Ради Європи, під час яких у деяких державах Європи була виявлена ціла низка серйозних недоліків.

– *Загальні питання, що викликають занепокоєння з приводу недостатньої якості медико-санітарної допомоги, що надається ув'язненим*.

Це пов'язано передусім із великою кількістю психічно нездорових людей, які перебувають у ув'язненні, і недоліками в наданні їм допомоги, що також є проблемою для багатьох пенітенціарних систем охорони здоров'я.

– *Складнощі, що виникають із наймом на роботу медичного персоналу для пенітенціарної служби*. Перш за все йдеться про побоювання, що після приходу на роботу в пенітенціарну систему медпрацівник може опинитися в професійній ізоляції, а з роками може настати дискваліфікація.

– *Загрози професійній ролі медичного персоналу.* Існує висока вірогідність тиску з боку керівництва на медперсонал, який приймається на роботу виключно за рішенням тюремної адміністрації (міністерства юстиції). Саме з урахуванням цієї обставини, а також позитивних результатів, отриманих під час реформування медичного сектору системи виконання кримінальних покарань шляхом покладання відповідальності за нього на цивільні заклади охорони здоров'я, група експертів ВООЗ у 2014 р. підготувала «Розумне стратегічне керівництво охороною здоров'я в місцях позбавлення волі в XXI столітті: короткий аналітичний огляд з питання організації пенітенціарної охорони здоров'я». У цьому документі зазначається, що, підтримуючи нову Європейську політику охорони здоров'я «Здоров'я–2020», так само як і положення документів ВООЗ «Дорожня карта з попередження та боротьби з лікарняно-стійким туберкульозом на 2011–2015 рр. (86)», Європейський план дій з ВІЛ/СНІДу на 2012–2015 рр. (87) і Комплексний план дій у галузі психічного здоров'я на 2013–2020 рр., прийняті на 66-ій сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я 27 травня 2013 р. (88), а також беручи до уваги План дій з реалізації Європейської стратегії профілактики та боротьби з неінфекційними захворюваннями на 2012–2016 рр. (89) і резолюцію 2005 р. щодо попередження травматизму в Європейському регіоні ВООЗ (90), і відповідно до рекомендацій і нормами Ради Європи з охорони здоров'я в місцях позбавлення волі та на підтримку цих рекомендацій і норм, Група експертів займає наступну позицію щодо організації пенітенціарної охорони здоров'я:

- організація та координація роботи всіх зацікавлених відомств і ресурсів, задіяних в охороні здоров'я і благополуччя ув'язнених, є загальнодержавною обов'язком;
- надавати медико-санітарні послуги в місцях позбавлення волі та бути підзвітними за їх надання, а також відстоювати необхідність забезпечення здорових умов у місцях позбавлення волі повинні міністерства охорони здоров'я [11].

Яким же чином слід підходити до змін у медичній галузі установ виконання покарань? На нашу думку, існує три основні шляхи вирішення наявних проблем.

Шлях перший. Залишити охорону здоров'я в органах і установах виконання покарань, слідчих ізоляторах у підпорядкуванні медичної служби ДКВС України, сформувавши належну правову основу, що можна зробити шляхом зведення в один нормативний акт розпорощених у різних законодавчих та відомчих актах норм і стандартів. Також (закріпивши в законі) доцільно розширити перелік програм, які надаються хворим засудженим і ув'язненим, розробити процедуру їх

реалізації з визначенням прав і обов'язків засуджених та ув'язнених, а також персоналу, деталізувати їх поведінку.

Удосконалення потребує й стан розробки та запровадження медико-реабілітаційних програм реабілітації засуджених, які страждають на наркоманію та бажають отримати доступ до безкоштовного добровільного лікування. Доречно заборонити практику примусового лікування такої залежності у разі, якщо особа не становить загрози для оточуючих. Змінити треба й підходи до призначення персоналу органів і установ виконання покарань, слідчих ізоляторів, включивши до показника оцінки їх здатності виконувати покладені на них обов'язки такий критерій, як ставлення до засуджених та ув'язнених осіб, які страждають на наркотичну залежність, є хворими на туберкульоз та інші захворювання, що передаються статевим шляхом, тощо.

Шлях другий. Останнім часом у засобах масової інформації активно поширюються висловлювання посадовців Міністерства юстиції України щодо можливості запровадження в Україні так званих приватних в'язниць.

Світова практика напрацювала декілька різних сценаріїв залучення приватного сектору до діяльності органів і установ виконання покарань (при цьому під терміном «приватний сектор» розуміються не виключно громадські організації, а будь-які суб'єкти, що не належать до державних інституцій).

Один включає у себе часткове фінансування та будівництво в'язниць. Основний прибуток отримується приватним сектором від держави в результаті виконання контрактів на будівництво. Проте за такого підходу мета економії ресурсів досягається далеко не завжди, навпаки, відзначається збільшення видатків порівняно з плановими показниками (економія, у разі її наявності, коливається у межах 10–15%). Крім того, мають місце корупційні схеми розподілу державних замовлень і тендерів.

Інший полягає в розробці та реалізації приватними організаціями різних реабілітаційних і навчальних програм, зокрема, залучення засуджених до праці, формування необхідних навичок життя на свободі тощо. Також приватному сектору може передаватися ряд функцій держави у сфері обслуговування ув'язнених: охорона здоров'я, транспортування, годування цих осіб, поточні ремонти, експлуатація технічних засобів, поставки автотранспорту тощо, а також проведення наукових досліджень та підготовка й навчання персоналу.

Така діяльність фінансується за рахунок держави, натомість економія та прибуток забезпечуються шляхом оптимізації персоналу (зокрема, зменшенням кількості адміністративних працівників), а також

скороченням незатребуваних напрямів роботи, уникненням дублювань у повноваженнях та ін.

Третій – це повна передача управління в'язницею приватному сектору. У цьому разі приватний інвестор, як правило, фінансує проектування, будівництво та подальшу експлуатацію в'язниці, що є для бюджету держави дуже вигідно (хоча може мати місце і форма часткового фінансування). У подальшому прибуток складають кошти, що надаються державою на утримання кожного в'язня та / або отримані від залучення ув'язнених до праці. Головним недоліком цієї форми приватної в'язниці вважається те, що вона орієнтована, перш за все, на отримання прибутку у будь-який спосіб. Як наслідок, місія в'язниці не узгоджується з основними завданнями тюремного ув'язнення – забезпечення безпеки суспільства та створення умов для реінтеграції особи після звільнення. Навчальні програми, охорона здоров'я потребують значних витрат, а приватний сектор не готовий це робити. У підсумку права засуджених не дотримуються, їх праця трансформується у працю рабів, а діяльність таких закладів не забороняється виключно через лобістські важелі корпорацій-власників в'язниць.

Розглянувши три сценарії, вважаємо, що в Україні можна реалізувати другий, тобто провести роздержавлення окремих функцій органів і установ виконання покарань та передати окремі з них (йдеться про сферу охорони здоров'я) приватному сектору чи цивільній системі охорони здоров'я.

За такого підходу існує змога залучити лікарів загальної практики, тобто сімейної медицини, до роботи в установах виконання покарань, на яких і покласти функції профілактики та первинної медичної допомоги в цих установах і слідчих ізоляторах. Спеціалізоване ж лікування проводити з використанням закладів ДКВС України та цивільних закладів охорони здоров'я.

Для повноти висвітлення питання додамо, що останніми роками в Україні триває процес реформування системи надання медичної допомоги. Вивчивши світовий досвід та усвідомлюючи відповідальність за наявні суттєві проблеми в системі охорони здоров'я, МОЗ України пропонує докласти основних зусиль до розвитку первинної медичної допомоги на засадах загальної практики – сімейної медицини, яка є одним із головних пріоритетів розбудови національних систем охорони здоров'я, особливо в умовах дефіциту фінансових ресурсів. На думку фахівців, на рівні закладів первинної ланки можливо розпочинати і закінчувати лікування до 90% пацієнтів, що потребує до 30 % фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я. Економічним підґрунтям для надання переваг у розвитку первинної медико-санітарної допомоги є

вартість обслуговування одного випадку надання допомоги на первинному рівні, яка у 7–8 разів менша, ніж на вторинному, та у 20 разів менша, ніж на третинному рівні. Перерозподіл навантаження у бік первинної медико-санітарної допомоги дозволить збільшити ресурсне наповнення одного випадку надання допомоги в спеціалізованих та високоспеціалізованих закладах охорони здоров'я та зменшити дефіцит фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я в цілому [12]. У багатьох державах світу на частку первинної медико-санітарної допомоги припадає до 90 відсотків загального обсягу медичних послуг, а питома вага чисельності лікарів загальної практики – сімейних лікарів серед лікарів галузі охорони здоров'я становить 30–50 відсотків.

Таким чином, поширення подібної практики на систему виконання кримінальних покарань може забезпечити як підвищення якості охорони здоров'я, так і зменшення витрат на них.

Шлях третій. Виконати рекомендації міжнародних та національних експертів та підпорядкувати медичну службу органів і установ виконання покарань Міністерству охорони здоров'я України. Це вимагатиме скасування спеціальних нормативних актів відомчого характеру та регламентування лише правил допуску, забезпечення безпеки медичних працівників й загальних правил проведення ними професійної діяльності.

Висновки та перспективи подальших досліджень. На сьогодні медична служба, яка працює в кримінально-виконавчих установах, значною мірою залежна від цієї системи. Фактично працівники медичної служби підпорядковані адміністраціям кримінально-виконавчих установ. Їх діяльність та активність координується і спрямовується посадовими та службовими особами кримінально-виконавчих установ. Як наслідок, медичне обслуговування стає неефективним, оскільки ним також маніпулюють з метою досягнення конкретних відомчих цілей, втрачає такі функції, як надання медичної допомоги засудженим і лікування захворювань, натомість набуває номенклатурного, ідеологічного та адміністративного забарвлення. Часто медичне втручання відбувається з метою ізолювання й приборкання незгодних із діями адміністрації або, навпаки, задля «виявлення» фактів порушення режиму та ін.

Із часом проблеми медицини в системі виконання покарань, незважаючи на всі життєві заходи, не зменшуються, а лише видозмінюються та набувають різного ступеня поширення серед загалу. У свою чергу, впроваджені заходи мають лише точковий ефект та не впливають суттєво на зміну ситуації. Тому єдиним виходом із ситуації, яка склалася

нині (з урахуванням й сучасних економічних умов держави та визнання необхідності корінного реформування медичного сектору), є перегляд організаційних засад і практики реалізації заходів з охорони здоров'я та медико-санітарного забезпечення в органах і установах виконання покарань та слідчих ізоляторах, передача контролю над системою охорони здоров'я в органах і установах виконання покарань виключно МОЗ України, що дозволить позитивно вплинути на систему надання медичної допомоги в цілому і на ефективність протидії соціально небезпечним хворобам зокрема.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Стан забезпечення прав і свобод засуджених в установах виконання покарань : результати моніторингу спостережних комісій. – Полтава : Благодійна Організація «Світло надії», 2014. – 76 с.
2. Порушення права в'язнів на охорону здоров'я та медичну допомогу [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://khp.org/index.php?id=1427750983>.
3. Доступ до медичної допомоги у місцях несвободи [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://khisr.kharkov.ua/index.php?id=1425562854>.
4. Специальный доклад Уполномоченного по правам человека в Московской области «О соблюдении прав граждан, содержащихся в местах принудительного содержания, на медицинскую помощь» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://urpchosobl.ru/deyatelnost-upolnomochennogo/doklady/?ELEMENT_ID=8916.
5. Архипелаг "МедЛАГ" [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.kasparov.ru/material.php?id=5513DFAF25E51§ion_id=43452FA6D4743.
6. Росздравнадзор не реагирует на жалобы заключенных на плохую медпомощь в Забайкалье [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.kasparov.ru/material.php?id=5502F84CE7F24>.
7. Светлое будущее тюремной медицины [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://fsin-russia.ru/index.php?showtopic=3049&st=660>.
8. Доклад о результатах и основных направлениях деятельности Федеральной службы исполнения наказаний [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://fsin.su/structure/inspector/iao/Doklad/DROND%202015-2017.pdf>.

9. Ждем реакции ФСИН России [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://gulagu.net/profile/6544/open_letters/5405.html.
10. Пациент или заключенный: так ли важно, какое министерство отвечает за охрану здоровья заключенных? (аналитическая записка) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/150082/e94423r.pdf.
11. Разумное стратегическое руководство охраной здоровья в местах лишения свободы в XXI веке : Краткий аналитический обзор по вопросу организации пенитенциарного здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/247329/Good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century-Rus.pdf.
12. Загальнодержавна програма розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2012 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20100129_0.html.

Стаття надійшла до редакції 07.07.2016.

Ирина Станиславовна ЯКОВЕЦ,

*доктор юридических наук, старший научный сотрудник
(Научно-исследовательский институт изучения проблем
преступности имени академика В. В. Сташиса Национальной
академии правовых наук Украины, Харьков, Украина);*

Андрей Павлович ГЕЛЬ,

*кандидат юридических наук, доцент
(Винницкий национальный медицинский университет
имени Н. И. Пирогова, Винница, Украина)*

**СИСТЕМА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ
ИСПОЛНЕНИЯ НАКАЗАНИЯ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПУТИ
РЕФОРМИРОВАНИЯ**

Проанализированы основные тенденции современного состояния предоставления медицинской помощи осуждённым во время их пребывания в учреждениях исполнения наказаний и последствия реформ медицинской сферы по различным сценариям. Рассмотрены основные направления организации деятельности медицинских служб в других странах. Доказано, что для Украины существует несколько путей решения имеющихся проблем, однако практика не учитывает как

позитивных, так и негативных наработок других стран. Обоснована целесообразность проведения определённых изменений.

Ключевые слова: лишение свободы, медицинская помощь, медицинская служба, исполнение наказания, учреждение исполнения наказаний, осуждённые, персонал учреждений исполнения наказаний, медицинские работники.

Iryna S. IAKOVETS,

Doctor of Law, senior scientific employee

(Academician Stashis Scientific Research Institute for the Study of Crime Problems within the National Ukrainian Academy of Law Sciences, Kharkiv, Ukraine);

Andrii P. HEL,

candidate of law sciences, associate professor

(National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine)

THE SYSTEM OF PROVIDING MEDICAL CARE WITHIN PENAL INSTITUTIONS: CURRENT STATE AND WAYS OF REFORMING

Problem's setting. *The Article 49 of the Constitution of Ukraine declares that everyone has the right to health and medical care. This constitutional right for the prisoners, considering their specific legal status, undergoes a certain transformation. In particular, c. 6, p. 1, the Art. 8 of the Criminal Procedural Code of Ukraine (hereinafter – CPC) specifies that the prisoners have the right to health care to the extent prescribed by the Foundations of Ukrainian Laws on health care, except for the restrictions provided by the law. However, the main problem areas include: poor financial support that affects the conditions of detention and preventive measures; improper qualification of medical personnel and its number; dependence of the medical staff on the penitentiary system; inadequate regulatory determination of the procedure of this activity, as well as practical gaps of implementing the defined measures.*

Analysis of recent research and publications. *Certain aspects of guaranteeing medical support of persons in the prisons were studied by the following domestic and foreign scholars like K. A. Avtukhov, V. A. Badyra, T. A. Denysova, O. H. Kolb, A. Kh. Stepaniuk and others. However, specially and separately the issues of the organization of medical service within the prisons were not studied in monographs and dissertations. That is the fact for the need of more detailed study of the issues of the organization of health support of prisoners.*

The wording of the article's objectives. *The article's objective is general characteristics of the existing approaches to the organization of the system of providing medical care to prisoners during their stay in isolation; the allocation of the main ways of changing the current situation in this area*

and the possibility of borrowing progressive international experience into the national penitentiary system.

Main part. The study of international experience of the countries of the former Soviet Union, Europe and the United States indicates on the existence of different approaches to the organization of health services in penitentiary services. Thus, the implementation of health care function can be conditionally divided into three models:

1. Departmental, when the personnel providing medical care in the prisons is within the staff and administration of the penal system.

2. Non-departmental – provision of medical care is realized by unauthorized organizations (commercial or civil health care system). Assistance is provided by medical facilities that are not subordinate to the penitentiary system. Financing can be arranged in different ways, while the closer the amount of medical support to the national standards, the more it costs to the state and higher than costs in the civil sector of health care. This model successfully exists in Norway, England, France and Australia. Spain and Scotland are in the transition period of this system formation.

3. Mixed option – is used in the US and is characterized by a combination of organizational components of both mentioned above health care systems of prisoners.

How, then, should we accept the changes in the medical field of penal institutions? In our opinion, there are three main ways to solve existing problems.

The first way. To leave health care within the penal agencies and institutions, detention centers, which are subordinated to the medical service of the State Penal Service of Ukraine.

The second way. Recently, the media has actively distributed the statements of officials of the Ministry of Justice of Ukraine about the possibility of implementing the so-called private prisons in Ukraine. The world practice has developed several different scenarios of involving the private sector to the activities of penal institutions (the term of "private sector" refers to not only NGOs, but any subjects not belonging to government institutions).

The first includes partial funding and building of prisons. The main revenue got by the private sector from the state as a result of construction contracts. However, according to the approach the aim of saving resources is not always achieved, on the contrary, there is an increase of expenditures versus to planned indicators (savings, if any, are in the range of 10-15%). Besides, there are corruption schemes in the allocation of public contracts and tenders.

The second is the development and implementation of various rehabilitation and educational programs by private organizations, including the involvement of prisoners to work, formation of life skills necessary at

liberty, etc. Also a number of state functions in the sphere of prisoners' service can be transmitted to private sector: health care, transportation, feeding these individuals, maintenance, operation of technical facilities, delivery vehicles, etc., as well as research and training of personnel.

Implementation of these activities is funded by the state, while savings and revenue are provided by the optimization of the staff (in particular, reducing the number of administrative employees) and the reduction of unclaimed areas, avoiding duplication of powers and other.

The third – is a complete transfer of prison's administration to private sector. The second variant of privatization of some functions of penal agencies and institutions, and the transfer of a number of functions in the health sector to private sector can be implemented in Ukraine. It is possible to transfer them to civilian health care system.

The third way. To implement the recommendations of international and national experts and subordinate medical service of penal agencies and institutions to the Ministry of Health Care of Ukraine. This will require the abolition of special regulations of departmental nature and regulation of only the rules of access and security of health employees and the general rules of their professional activities.

Conclusions. *Nowadays, medical service, functioning within penal institutions, is largely dependent on this system. In fact, medical service employees are subordinated to administrations of penal institutions. Eventually problems of medicine in the penal system, despite all taken measures, are not reduced, but only mutate and acquire different degrees of spreading in the public. In turn, implementing measures have only a point effect and do not significantly affect the change of the situation. So, the only way out of the situation now (considering current economic conditions of the state and recognizing the need for radical reform of the medical sector), is the revision of organizational principles and practices of implementing measures of health care, medical and sanitary provision within penal agencies and institutions and detention facilities, transferring control over the health care system in the penal agencies and institutions to the Ministry of Health Care of Ukraine that will positively affect the system of providing health care and, in particular, to the effectiveness of counteracting socially dangerous diseases.*

Key words: *imprisonment, medical care, medical service, execution of punishment, penal institution, prisoners, penal institutions' personnel, medical staff.*