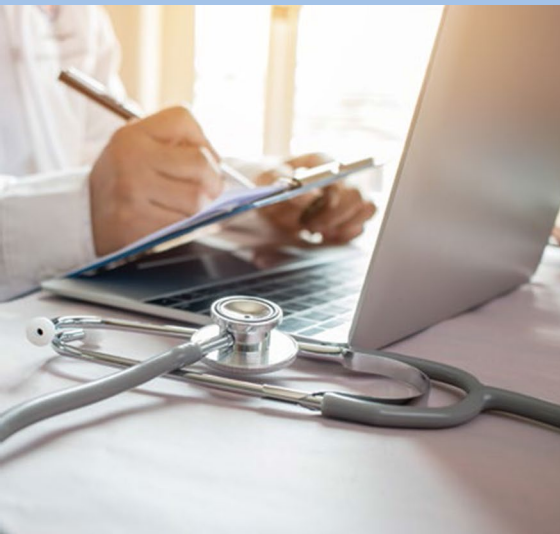


ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕНЕДЖМЕНТ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У В'ЯЗНИЦЯХ



Йорг Понт
Тімоті Вілфрід Хардінг

Рекомендації

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕНЕДЖМЕНТ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У В'ЯЗНИЦЯХ

Рекомендації

Йорг Понт

Тімоті Вілфрід Хардінг

Рада Європи

*Думки, висловлені в цій роботі,
належать авторам і не
обов'язково відображають
офіційну позицію Ради Європи.*

Усі запити щодо
відтворення або перекладу цього
документа чи його частин варто
надсилати до Директорату
комунікацій (F-67075, Strasbourg
Cedex або publishing@coe.int). Усю
іншу кореспонденцію щодо цього
документа потрібно надсилати до
Генерального директорату з питань
демократії та
верховенства права.

Дизайн обкладинки та верстка:
Відділ підготовки документів і
публікацій Ради Європи
Фото на обкладинці: Shutterstock

© Рада Європи, лютий 2019
Надруковано в Раді Європи

Автори:

Йорг Понт, колишній радник із
медичних питань Міністерства
юстиції Австрії

Тімоті Вілфрід Хардінг, почесний
професор судової медицини,
Університет Женеви, Швейцарія

Зміст

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ	5
ВСТУП	7
Передумови	7
ОРГАНІЗАЦІЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У В'ЯЗНИЦЯХ	11
МІЖНАРОДНІ СТАНДАРТИ ЯК ФУНДАМЕНТАЛЬНА ОСНОВА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ УВ'ЯЗНЕНИМ	13
Право на охорону здоров'я	13
Нормативно-правова база та правові наслідки	18
Медична етика у в'язниці	20
ОРГАНІЗАЦІЙНІ ТА УПРАВЛІНСЬКІ СТРУКТУРИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У ПЕНІТЕНЦІАРНИХ УСТАНОВАХ КРАЇН-ЧЛЕНІВ РАДИ ЄВРОПИ27	33
МІЖГАЛУЗЕВА СПІВПРАЦЯ	33
ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я УВ'ЯЗНЕНИХ ОСІБ: ЗАГАЛЬНОДЕРЖАВНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ	35
В'ЯЗНИЦЯ: ПАТОГЕННЕ СЕРЕДОВИЩЕ ТА МОЖЛИВІСТЬ ПОКРАЩЕННЯ ЗДОРОВ'Я	37
СПІВПРАЦЯ ТА ІНТЕГРАЦІЯ СЛУЖБ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У В'ЯЗНИЦЯХ ЗІ СТРУКТУРАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	41
ВІДБІР ТА НАЙМАННЯ ПРАЦІВНИКІВ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	45
ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА	49
ВТОРИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА ТА СТАЦІОНАРНЕ ЛІКУВАННЯ	53
НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ УВ'ЯЗНЕНИМ	57
ОСНОВНІ ПИТАННЯ ЩОДО ОРГАНІЗАЦІЇ ТА МЕНЕДЖМЕНТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У В'ЯЗНИЦЯХ – КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ	61
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ	67
ДОДАТОК 1: МІЖНАРОДНІ ДОКУМЕНТИ, ЯКІ СТОСУЮТЬСЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА МЕНЕДЖМЕНТУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У В'ЯЗНИЦЯХ	71
ДОДАТОК 2: ДОДАТКОВІ ДЖЕРЕЛА ІНФОРМАЦІЇ	73

Перелік скорочень

БМО	Безперервна медична освіта
ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ВМА	Всесвітня медична асоціація
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ЕМК	Електронна медична карта
ЄКомПЛ	Європейська комісія з прав людини
ЄКПЛ	Європейська конвенція з прав людини
ЄСПЛ	Європейський суд з прав людини
КЗК	Європейський комітет з питань запобігання катуванням чи нелюдському або такому, що принижує гідність, поводженню чи покаранню
МКХ	Міжнародна класифікація хвороб
МКЧХ	Міжнародний комітет Червоного Хреста
ООН	Організація Об'єднаних Націй
ПМД	Первинна медична допомога
СОП	Стандартна операційна процедура
УНЗ ООН	Управління Організації Об'єднаних Націй з наркотиків та злочинності
SWOT	Сильні та слабкі сторони, можливості та загрози

Вступ

Передумови

Упродовж багатьох років органи охорони здоров'я як на національному, так і на міжнародному рівнях майже не приділяли уваги питанню охорони здоров'я у в'язницях (або й не приділяли взагалі). Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) упродовж перших чотирьох десятиліть своєї діяльності не проводила жодної істотної роботи із питань охорони здоров'я у в'язницях і здоров'я осіб, яких утримують у них, а також не опублікувала жодних документів, які б стосувалися цієї сфери. Питання охорони здоров'я у в'язницях вивчено недостатньо, воно не було предметом академічних програм та рідко ставало темою статей, які публікували у медичних журналах. В'язниці були «окремим світом», а ту невелику кількість лікарів, які працювали в тюрмах, наймала на роботу та контролювала адміністрація в'язниць, відповідно лікарі не мали контактів із місцевими чи національними інституціями охорони здоров'я, медичними школами чи іншими професійними органами.

Надання лікарняної допомоги ув'язненим було непростим явищем, до того ж щодо них у лікарнях застосовували принизливі заходи безпеки, такі як прив'язування наручниками до ліжок і присутність представників служби охорони під час інтимних консультацій та оглядів. Не існувало стандартів, які визначали б рівень професійної компетенції медичного персоналу; тюремні наглядачі перевіряли запити на медичні консультації, були поінформовані про діагнози та особливості лікування ув'язнених; окрім того, вони часто отримували завдання роздавати ліки й навіть робити ін'єкції.

З огляду на такий стан речей не дивно, що складно й повільно впроваджувалися зміни, спрямовані на узгодження надання медичної допомоги у в'язницях із охороною здоров'я для осіб, які перебувають на свободі, зміни, орієнтовані на формування необхідних зв'язків між службами охорони здоров'я у в'язницях та структурами охорони здоров'я поза її межами, що є надзвичайно важливим для забезпечення комплексного покриття потреб ув'язнених у сфері охорони здоров'я. Потреби ув'язнених у сфері охорони здоров'я ускладнюються зі зростанням кількості ув'язнених, які мають хронічні розлади, пов'язані з їхнім віком та способом життя (гіпертонія, діабет та серцеві захворювання), а також із серйозною часткою тих ув'язнених, які страждають на психічні розлади, наркотичну залежність та інфекційні захворювання, зумовлені бідністю.

Найскладнішим викликом стало надання лікарняної допомоги, іноді невідкладної, у гуманних умовах із доступом до повного комплексу діагностичного та терапевтичного обладнання. У кількох державах ув'язненим можуть надавати екстрену психіатричну допомогу в таких самих умовах, які доступні для незасуджених осіб.

Профілактична допомога так само виявилася недостатньою внаслідок браку необхідних профілактичних заходів, зокрема вакцинації, а умови тримання під вартою часто були дуже шкідливими для здоров'я: надмірна концентрація осіб, погана вентиляція, застарілі форми забезпечення санітарних умов (поширеною була практика використання в камерах відер для сечі та дефекації) й погане харчування.

Саме в 1980-х роках на ці проблеми вперше звернули увагу органи охорони здоров'я як на безпосередню причину пандемії СНІДу. У 1985 році очевидним стало те, що поширеність вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ) була значно вищою серед засуджених осіб, ніж у громаді, оскільки засудженими особами часто стають наркотично залежні люди. Таку ситуацію було підтверджено низкою епідеміологічних досліджень, серед яких – дослідження на замовлення Ради Європи, результати якого були опубліковані у виданні *Lancet* 1987 року¹. Всесвітня організація охорони здоров'я вперше була докладно поінформована про умови тримання осіб у в'язницях, і в 1987 році у межах Спеціальної програми ВООЗ проти СНІДу було проведено дослідження та опубліковано рекомендації, спрямовані на запобігання ВІЛ-інфекціям і на їхнє лікування у в'язницях. Особливу увагу було акцентовано на ризик передачі ВІЛ шляхом здійснення статевого акту з прониканням або через спільне використання матеріалів для ін'єкцій. Хоча рекомендації ВООЗ стосувалися конкретно ВІЛ/СНІД, вони мали набагато ширший вплив: працівники органів охорони здоров'я були обізнані з важливістю повного запровадження в тюремному середовищі інклюзивного підходу, крім того, уперше було оприлюднено принципи дотримання рівності в догляді та профілактичних заходах. Якщо ув'язнені з ВІЛ-інфекцією мали право на те саме лікування та такий самий захист (конфіденційність, відсутність сегрегації та недискримінація), як і пацієнти, які перебувають на свободі, то цю саму вимогу потрібно було застосовувати й до всього спектра медичних умов.

Іншим стимулом до змін, який з'явився в 1980-х роках, стала робота Європейської комісії з прав людини, якої вже не існує та яка, проте, здійснила перший розгляд тих скарг, які подали особи згідно з Європейською конвенцією з прав людини, що встановлює принцип (цей принцип згодом було підтверджено та удосконалено Європейським судом з прав людини), відповідно до якого відсутність належної

1. Harding TW. AIDS in prison. *The Lancet* 330, i8570, 1260–1263, 1987.

медичної допомоги та гідних умов для в'язнів, які страждають на хронічні захворювання, може становити порушення статті 3 ЄКПЛ (заборона катувань). Цих рекомендацій дотримувався Європейський комітет з питань запобігання катуванням чи нелюдському або такому, що принижує гідність, поводженню чи покаранню, який у 1991 році розпочав свою фактичну роботу з відвідування місць позбавлення волі та швидко визначив недоліки в системі охорони здоров'я в'язнів як основну проблему для вирішення у межах власного мандата. У 1993 році КЗК присвятив один із першочергових розділів своїх щорічних звітів стандартам охорони здоров'я у в'язницях (подробіці викладено нижче). Він став шаблоном, відповідно до якого формуються рекомендації Комітету міністрів Ради Європи. Це також допомогло привернути увагу ВООЗ до питань розробки заходів, пов'язаних з охороною здоров'я у в'язницях, які значною мірою посилилися після створення в Копенгагені регіонального офісу ВООЗ.

На фоні цих передумов помітно багато обнадійливих подій, що відбулися упродовж останніх двох десятиліть. Водночас у цьому виданні пояснено опір і сумніви як в'язничних, так і медичних адміністрацій щодо процесів формування міцних зв'язків, шляхів комунікації та механізмів вирішення конфліктів, які часто викристалізуються довкола бюджетних зобов'язань і питань безпеки, пов'язаних із охороною здоров'я ув'язнених.

Організація системи охорони здоров'я у в'язницях

Основні принципи організації системи охорони здоров'я у в'язницях майже два десятиліття тому були розроблені та інтегровані в Рекомендації Комітету міністрів Ради Європи Rec(98)7 щодо етичних та організаційних аспектів охорони здоров'я у в'язницях². Державам-членам Ради Європи рекомендовано враховувати ці принципи під час перегляду власного законодавства та практики у сфері надання медичної допомоги у в'язницях. Рекомендація підкреслює, що медична практика в центрах охорони здоров'я на свободі та у місцях позбавлення волі повинна керуватися однаковими етичними принципами, а дотримання основних прав ув'язнених передбачає забезпечення в'язнів профілактичним лікуванням та охороною здоров'я, що еквівалентні до тих, які надають у громаді. Рекомендація також стосується реформ у структурі, організації та регулюванні служб охорони здоров'я у в'язницях, які відбулися в кількох державах-членах, включно зі змінами в різних адміністративних структурах на федеральному й державному рівнях. Рекомендація Комітету міністрів Rec(98)7 лишається основоположним документом у цій сфері.

Фактично основні права ув'язнених та етичні принципи надання медичної допомоги у в'язниці залишилися незмінними. Тим часом їхнє практичне застосування протягом останніх двадцяти років було детально викладене в різних міжнародних документах, а процес реформ у структурі, організації та управлінні службами охорони здоров'я у в'язницях у кількох державах-членах Ради Європи зазнав значного розвитку. Головною рушійною силою організаційних змін стало щораз глибше розуміння того, що принципи охорони здоров'я у в'язницях та поза їхніми межами повинні бути узгоджені й скоординовані поміж собою. Структурні та організаційні зміни в таких країнах стали підставою для створення цілої низки різних моделей, які дозволяють іншим країнам визначити й обрати найбільш відповідну для себе.

Ця публікація спрямована на те, аби надати відповідальним за формування політики фахівцям та посадовим особам відповідних установ рекомендації, які

2. Рекомендація №R(98)7; <https://rm.coe.int/09000016804fb13c>.

забезпечать інтеграцію політики охорони здоров'я у в'язницях у національну політику у сфері охорони здоров'я і сприятимуть досягненню їхньої взаємної сумісності. На цьому зосереджене й видання Ради Європи «Охорона здоров'я та медична етика у в'язницях» – посібник для медичних працівників й інших працівників у в'язниці, які відповідальні за добробут в'язнів. Окрім того, документ можна вважати додатковим посібником, що містить практичну інформацію щодо надання медичної допомоги у в'язниці³.

3. Prison Health Care and Medical Ethics. A manual for health-care workers and other prison staff with responsibility for prisoners' well-being. Рада Європи, листопад 2014 року; <https://rm.coe.int/publications-healthcare-manual-web-a5-e/16806ab9b5>.

Міжнародні стандарти як фундаментальна основа надання медичної допомоги ув'язненим

Право на охорону здоров'я

Відповідно до принципів Організації Об'єднаних Націй «основоположним правом кожного є отримання найвищого досяжного рівня фізичного та психічного здоров'я»⁴ та «держави зобов'язані поважати право на здоров'я, утримуючись, зокрема, від заборони або обмеження рівного доступу для всіх осіб, включно з в'язнями чи затриманими, меншин, осіб, які шукають притулку, та нелегальних іммігрантів до профілактичних, лікувальних та паліативних служб охорони здоров'я» та що «всі медичні заклади, товари та служби повинні відповідати принципам медичної етики...»⁵.

Право засуджених на отримання медичної допомоги – один із основних принципів Рекомендації Комітету міністрів Ради Європи Rec(2006)2 щодо Європейських пенітенціарних правил, згідно з якою «особи, позбавлені волі, зберігають усі права, яких вони не були законно позбавлені за рішенням суду, відповідно до якого вони засуджені до позбавлення волі чи взяті під варту»⁶.

ЄКПЛ не передбачає безпосереднього права на охорону здоров'я, але ті держави, які не надавали затриманим чи ув'язненим особам відповідної медичної допомоги, неодноразово були визнані ЄСПЛ як такі, що допустили порушення статті 2 (право на життя) або статті 3 (заборона катувань) ЄКПЛ⁷. У зв'язку з цим у

-
4. Організація Об'єднаних Націй: Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права, стаття 12; <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>.
 5. Комітет ООН з економічних, соціальних та культурних прав (КЕСКП ООН), Загальний коментар №14: Право на найвищий досяжний рівень здоров'я (стаття 12 Конвенції), 11 серпня 2000 року, E/C.12/2000/4; <http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html>.
 6. Європейські пенітенціарні правила від 2006 року, Рада Європи, Правило 2; https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805d8d25.
 7. Європейська конвенція з прав людини, Рада Європи; https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ENG.pdf.

відповідних розділах документа міститимуться посилання на Тематичний звіт щодо питань, пов'язаних зі сферою охорони здоров'я у практиці Європейського суду з прав людини⁸.

Практика ЄСПЛ чітко встановлює, що згідно зі статтею 3 держава повинна гарантувати, що «з огляду на практичні вимоги ув'язнення, про здоров'я та благополуччя (ув'язненого) належним чином дбають, окрім іншого, шляхом забезпечення його необхідною медичною допомогою» (*«Кудла проти Польщі»* (Kudła v. Poland); рішення від 26 жовтня 2000 року). Уваги варті три принципи: належність допомоги, заподіяні страждання та факт існування позитивних чинників – окрім медичної допомоги, йдеться, зокрема, про фізичне та емоційне середовище всередині тюремної установи.

Варто розглянути деякі окремі рішення, щоб зрозуміти, які ситуації лежать в основі тих випадків, що ставали предметом розгляду ЄСПЛ та були визнані Судом як такі, що є проблематичними в контексті статті 3.

Дві справи, розглянуті ЄКомПЛ, свідчать про раннє звернення до таких питань. Відповідно до рішення у справі *«Боншо проти Швейцарії»* (Bonnetchaux v. Switzerland) (рішення від 5 грудня 1978 року) органи влади Швейцарії повинні були подбати про те, аби засуджений похилого віку, який страждає на діабет, отримав доступ до відповідної медичної допомоги у в'язниці. В іншій справі Комісія пішла ще далі (*«Де Варга Хірш проти Франції»* (De Varga Hirsch v. France); рішення від 9 травня 1983 року): вона також стосувалася літнього в'язня, який страждав від цукрового діабету, коронарної недостатності та артеріопатії нижніх кінцівок; Комісія дослідила не тільки надання медичної допомоги у в'язниці, а й можливість госпіталізації в державну лікарню, що розташована за межами тюремної системи. В обох випадках ЄКомПЛ постановила, що запевнення, надані владою, були переконливими, проте справи не передано до ЄСПЛ. Однак через понад 35 років було встановлено, що ЄСПЛ має стосунок до охорони здоров'я в тюрмах та охоплює не лише роботу медичної служби в'язниць, а й доступ до державних лікарень.

Із того часу ЄСПЛ розглядав сотні скарг, що стосувалися охорони здоров'я засуджених, і в значній частині з них виявляв порушення статті 3 (заборона катувань), а в кількох випадках – порушення статті 2 (право на життя) ЄКПЛ, коли смерть засудженого була пов'язана з неналежним медичним лікуванням. Крім того, ЄСПЛ у низці справ попросив державу-учасницю надати належну медичну допомогу під час провадження до ЄСПЛ відповідно до правила 39

8. Європейський суд з прав людини, Тематичний звіт щодо питань, пов'язаних зі сферою охорони здоров'я у практиці Європейського суду з прав людини, 2015 рік; http://www.echr.coe.int/Documents/Research_report_health.pdf.

(тимчасові заходи), тим самим підкреслюючи серйозні наслідки неналежного догляду та повільності реагування з боку державних органів.

В одній справі (*«Погосян проти Грузії»* (Poghossian c. Géorgie)) ЄСПЛ вважав, що, оскільки до ЄСПЛ було подано майже сорок заяв про відсутність належного догляду, то відповідно ідеться про системну проблему щодо надання належної медичної допомоги в'язням, інфікованим, поміж іншим, гепатитом С.

Зрозуміло, що недоліки, які розглядали як порушення ЄКПЛ, – це не поодинокі випадки, а радше свідчення загальних недопрацювань у системі охорони здоров'я, які існують і досі. Тому рекомендації Ради Європи, ВООЗ, Міжнародного комітету Червоного Хреста та інших організацій мають дуже обмежений ефект. Такий стан речей зобов'язує зацікавлені органи влади як у сфері охорони здоров'я, так і у в'язничній сфері взяти до уваги регулярність порушень статті 3, які стосуються неналежної медичної допомоги для ув'язнених у багатьох країнах.

Які ж проблеми виявлено у справах, що їх розглядає ЄСПЛ та які неодноразово підтверджено опублікованими повідомленнями КЗК після відвідування установ?

- ▶ Недоліки на рівні первинної медичної допомоги у в'язниці трапляються нерідко: затримки доступу до лікаря чи медсестри (КЗК часто наголошує на значному дефіциті лікарського та медсестринського персоналу); відсутність діагностичних інструментів, які зазвичай мають бути доступними на рівні первинної медичної допомоги (електрокардіограма, прості лабораторні тести); відсутність регулярного спостереження за ув'язненими з хронічними захворюваннями, такими як гіпертонія, серцеві захворювання, гепатит В або С чи навіть туберкульоз; обмежена кількість ліків, зокрема антибіотиків, протівірусних препаратів для лікування ВІЛ-інфекції чи гепатиту С. Відсутність окремих медичних карток теж визнають дуже поширеною проблемою. КЗК часто критикує той факт, що медичні консультації у в'язницях лише коротко фіксують у реєстрі без ведення окремої медичної документації, існують труднощі з направленням ув'язнених на такий фаховий огляд або на такі обстеження, які не можна здійснити у в'язниці.
- ▶ Недоступність стоматологічної допомоги у в'язницях. Знову-таки КЗК часто зазначав про надмірно тривалі періоди очікування прийомів лікаря-стоматолога, а також про той факт, що єдиним безплатним стоматологічним лікуванням є видалення зуба.
- ▶ Велика кількість випадків порушень статті 3, виявлених ЄСПЛ, стосується затримок та складнощів у доступі до вторинної медичної допомоги. В одному випадку ув'язненого із хронічним гепатитом та серйозною хворобою нирок, яка спричиняє хронічну ниркову недостатність, майже чотири роки фахово не обстежували й не лікували (*«Голомйов проти Молдови»* (Holomiov v. Republic of Moldova)); іншого разу ув'язнений, який страждав на

виразку дванадцятипалої кишки, діабет та серцеві захворювання і потребував регулярної медичної допомоги, тривалий час залишався без фахової допомоги (*«Ашот Арутюнян проти Вірменії»* (Ashot Harutyunyan v. Armenia)); недоліки в лікуванні пацієнта із декількома супутніми захворюваннями, як-от затримка госпіталізації і відмова від проведення необхідних досліджень, скажімо, тесту на *Helicobacter pylori* у пацієнта з виразковою хворобою, призвели до неналежного лікування травм хребта препаратами, які можуть викликати шлунково-кишкові кровотечі (*«Колесникович проти Росії»* (Kolesnikovich v. Russia)).

- ▶ Кілька випадків стосуються тривалих затримок у проведенні операції, що призводили до тривалих і непотрібних страждань; наприклад, пацієнту з множинними каменями в нирках, які спричиняють частий та сильний біль, відмовляли в операції упродовж понад чотирьох років (*«Піліч проти Хорватії»* (Pilic v. Croatia)); планова операція, проведена із запізненням на один рік (*«Котсафтис проти Греції»* (Kotsaftis c. Grèce)).
- ▶ Пацієнти з невиліковними захворюваннями позбавлені можливості гідно померти поза межами в'язниці; скажімо, людина з раком передміхурової залози з метастазами (*«Дорнеану проти Румунії»* (Dorneanu c. Roumanie)), у справі щодо якої було зазначено, що органи влади надали пріоритет формальностям над гуманітарними міркуваннями.
- ▶ Неспроможність нормального управління ув'язненими з інфекційними захворюваннями: зайва сегрегація ув'язненого з ВІЛ-інфекцією (*«Мартзакліс та інші проти Греції»* (Martzaklis and others v. Greece)); затримки щодо лікування (*«Алексанян проти Росії»* (Aleksanyan v. Russia)).
- ▶ Фізичні обмеження, застосовані під час таких обстежень та лікування, які проводять у лікарні або під час госпіталізації (*«Муїзел проти Франції»* (Mouisel v. France), *«Тарарієва проти Росії»* (Tarariyeva v. Russia)).
- ▶ ЄСПЛ неодноразово констатував, що неспроможність нормально управляти ув'язненими з психічними розладами ставала причиною зайвих страждань чи навіть смертей унаслідок самогубств. Деякі проблеми пов'язані з відсутністю психіатричного лікування й браком доступу до необхідних ліків. Однак лейтмотивом судової практики щодо в'язнів, які страждають на психічні розлади, є шкідливий вплив «звичного» тюремного середовища. Зокрема, чоловіка, який відбував дуже тривалий термін ув'язнення та в якого розвинувся хронічний психіатричний розлад, не варто утримувати у звичайному в'язничному середовищі (*«Рів'є проти Франції»* (Affaire Riviere c. France)); двох в'язнів, які страждали від гострих психіатричних розладів і покінчили життя самогубством через кілька тижнів у в'язниці, потрібно було госпіталізувати, а не утримувати на самоті (*«Кінан проти Сполученого Королівства»* (Keenan v. United Kingdom), *«Ренольд проти Франції»* (Renolde v. France)). Загалом в'язничне середовище може стати причиною зайвих страждань: такі ув'язнені потребують переведення в середовище, яке охороняють, або у

психіатричну лікарню (*«Дубеку проти Албанії»* (Dybeku v. Albania); *«Славомір Мусял проти Польщі»* (Sławomir Musiał v. Poland)). В одній справі ЄСПЛ дійшов висновку, що недоцільно було очікувати, що інші ув'язнені контролюватимуть та підтримуватимуть психічно хворого співмешканця (*«Капріковський проти Польщі»* (Kaprzykowski v. Poland)), в іншій справі психіатричне відділення в'язниці не забезпечило належного рівня догляду й захисту, що були необхідні ув'язненому із серйозним психічним розладом (*«Клес та інші проти Бельгії»* (Affaire Claes et autres c. Belgique)). Такий висновок збігається зі спостереженнями КЗК у низці країн.

Узагальнена практика – це перелік випадків порушень, що стосуються сфери охорони здоров'я ув'язнених із багатьох країн. Немає сумнівів, що ці випадки – лише верхівка айсберга, і в багатьох країнах проблеми є системними. Про це свідчать результати, зроблені під час візитів представників КЗК, які продовжують встановлювати факти відсутності належного медичного обслуговування в'язнів у багатьох країнах. Національні механізми інспекції також описують факти неналежного рівня стандартів охорони здоров'я.

На цьому етапі варто зробити кілька загальних висновків, у яких буде зосереджено увагу на заходах, необхідних для подолання таких системних проблем і недоліків.

1. Первинна медична допомога у місцях позбавлення волі часто недостатня; також доводиться спостерігати нестачу персоналу. Недостатня і кількість діагностичних матеріалів. У багатьох випадках зовсім не ведеться індивідуальна медична картка. Лікарі, які працюють у в'язницях, мають великі складнощі з отриманням належного зворотного зв'язку із боку лікарень та інших спеціалізованих служб, коли така допомога необхідна.
2. Фахові послуги, які можуть бути доступні в тюрмах, відсутні або не достатні: стоматологічна допомога, консультації фахівців, включно з психіатричною допомогою.
3. Нормальне середовище в'язниці – шкідливе. Воно спричиняє нелюдське та принизливе поведіння з деякими ув'язненими – особами із невиліковними захворюваннями, із серйозними психічними розладами або з хронічними інфекційними захворюваннями.
4. Госпіталізація ув'язнених – питання, що не має простого вирішення. Лікарні не мають необхідної інфраструктури для гарантування безпечного середовища, наслідком чого є вимушене застосування фізичних обмежень. Огляди фахівцями та операції здійснюють зі значними затримками в часі.

Завдяки низці міжнародних документів, розроблених Організацією Об'єднаних Націй, Радою Європи, ВООЗ і ВООЗ/Управлінням ООН із питань наркотиків та злочинності (УНЗ ООН), сформовано непохитну основу для організації й управління системою охорони здоров'я та етичної поведінки працівників сфери охорони здоров'я у в'язниці (див. Додаток 1).

Суть цього документа можна викласти так: єдине завдання медичних працівників у в'язницях та слідчих ізоляторах – надавати медичну допомогу, не маючи упереджень до пацієнтів, зокрема й забезпечувати профілактичну медичну допомогу та фіксувати й повідомляти про ознаки насильства і жорстокого поводження з ними, виступати особою, що безпосередньо доглядає за пацієнтом і не вдається до будь-яких медичних маніпуляцій, які не входять до сфери охорони здоров'я та благополуччя пацієнта; доступ до медичної допомоги повинен бути необмеженим; надання медичної допомоги за рівнем має бути однаковим із забезпеченням охорони здоров'я для осіб на волі, також ця допомога повинна бути конфіденційною та виявляти повагу до самостійності пацієнта в умовах необмеженої клінічної незалежності з високою фаховою компетентністю, так само надання медичної допомоги має передбачати профілактику й гуманітарну підтримку; охорона здоров'я засуджених та утримуваних під вартою осіб – це повна відповідальність держави, що повинна бути максимально тісно узгоджена, інтегрована й сумісна з національною політикою у сфері охорони здоров'я.

Нормативно-правова база та правові наслідки

У міжнародному правозахисному законодавстві право на здоров'я або на «найвищий досяжний рівень здоров'я»⁹ ув'язнених закріплено у пактах і конвенціях, тобто в документах, юридично зобов'язальних для тих держав, що їх підписали¹⁰.

У ЄКПЛ¹¹ право на здоров'я осіб, позбавлених волі, підпадає як під статтю 2, що гарантує право на життя, так і під статтю 3, що гарантує заборону катувань.

9. Конституція Всесвітньої організації охорони здоров'я; www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.

Комітет ООН з економічних, соціальних та культурних прав (КЕСКП ООН), Загальний коментар №14: Право на найвищий досяжний рівень здоров'я (стаття 12 Конвенції), 11 серпня 2000 року, E/C.12/2000/4; <http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html>.

10. Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права, стаття 12; Конвенція ООН про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок, стаття 12.

11. Європейська конвенція з прав людини, Рада Європи; https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ENG.pdf.

Водночас жоден із міжнародних інструментів не містить визначення того, що є найвищим досяжним рівнем фізичного та психічного здоров'я у в'язниці й що становить собою нелюдське та/або принизливе поводження в контексті охорони здоров'я. Це створює значну свободу розсуду щодо тлумачення стандартів надання медичної допомоги. Тому в багатьох міжнародних деклараціях, рекомендаціях, правилах, стандартах та посібниках передбачено, що охорона здоров'я осіб, позбавлених волі, повинна бути такою самою якісною, як і для громадян, що перебувають на волі (Додаток 1). Це правило не є юридично зобов'язальним – його також називають «м'яким правом», однак ЄСПЛ усе частіше посилається на ці стандарти у своїх рішеннях щодо надання медичної допомоги ув'язненим особам.

На національному рівні ті положення конкретних законів або кримінально-виконавчих кодексів більшості держав-членів Ради Європи, що пов'язані з охороною здоров'я осіб, яких тримають під вартою або позбавили волі, відповідають міжнародним конвенціям та рекомендаціям. Вимоги до охорони здоров'я для осіб, які перебувають у місцях позбавлення волі, не повинні відрізнятися від аналогічних вимог для осіб, що перебувають на свободі. До загальних законів, які стосуються сфери охорони здоров'я, потрібно додавати положення, які охоплюють окремі чинники, зокрема, це стосується вільного доступу до медичної та профілактичної допомоги найвищої досяжної якості, самостійності пацієнта, медичної конфіденційності, незалежності медичних фахівців та сертифікованої медичної компетентності. У кількох державах-членах існують окремі правові положення щодо охорони здоров'я для осіб на волі, а також для осіб, що перебувають під вартою і позбавлені волі. У деяких випадках такі окремі положення щодо осіб, які перебувають у в'язниці, не повністю відповідають нормам для громадян на волі.

Крім усього іншого, в тюрмах також повинні бути враховані й правові особливості надання медичної допомоги: зокрема, на відміну від надання медичної допомоги на волі відносини між медичними працівниками та пацієнтами, які перебувають у в'язниці, не є повністю добровільними. У вільному світі запис пацієнта до лікаря передбачає опосередковану загальну згоду на те, що лікар встановлюватиме діагноз та пропонуватиме лікування. У місцях позбавлення волі така опосередкована згода, певна річ, відсутня, оскільки затримані не можуть обирати свого лікаря, а ініціатором медичного огляду рідко виступає відповідний пацієнт – зазвичай огляд відбувається за розпорядженням працівників і керівників в'язниці. Про опосередковану згоду засудженої або затриманої особи на медичну допомогу можна говорити лише в тому разі, якщо пацієнтові було зрозуміло, що лікар зобов'язаний запропонувати обстеження під час взяття до в'язниці. У цій ситуації

побудова стійких відносин «пацієнт–лікар» потребує, аби пацієнт, який перебуває під вартою, міг покладатися на необмежену клінічну незалежність лікаря.

Медична етика у в'язниці

Однією з багатьох особливостей в'язниць та ізоляторів є те, що тут під одним і тим самим дахом працюють дві професійні групи з абсолютно різним завданням. Завдання керівників в'язниці та осіб, які реалізують утримання під вартою, полягає в забезпеченні тримання під вартою під час періоду позбавлення волі, виконання покарань, безпеки та підтримки соціальної і кримінологічної реабілітації відповідно до положень кримінально-виконавчих кодексів. Завдання медичних працівників – підтримка здоров'я, профілактика, виявлення й лікування порушень здоров'я та індивідуальна охорона здоров'я ув'язнених пацієнтів відповідно до професійних правил й етичних норм у сфері охорони здоров'я. Для виконання цих різних завдань обох категорій фахівців важливим є взаєморозуміння та прийняття правил, етики й викликів один одного за чіткого дотримання розділення професійних ролей. Медичні працівники, які надають медичну допомогу у в'язницях та ізоляторах, повинні розуміти та приймати правила безпеки відповідно до пенітенціарних положень, а керівники й персонал в'язниць, що реалізують тримання під вартою, мають розуміти та приймати медичні професійні правила й принципи медичної етики, передбачені погодженими на міжнародному рівні документами. Незважаючи на різні структури управління охороною здоров'я у в'язницях, конфлікти та непорозуміння між представниками медичної служби і працівниками пенітенціарних установ насамперед спричинені недостатнім рівнем знань, браком розуміння етичних норм і небажанням прийняти фаховий профіль один одного.

Оскільки ці рекомендації стосуються переважно керівного складу, який не пов'язаний із медичними питаннями та бере участь в управлінні охороною здоров'я у в'язниці, у них також міститься короткий огляд етичних норм та їхніх практичних наслідків.

Етичні стандарти щодо охорони здоров'я у в'язниці нічим не відрізняються від стандартів, застосовуваних у сфері охорони здоров'я на волі, оскільки вони ґрунтуються на прийнятому на міжнародному рівні Міжнародному кодексі медичної етики Всесвітньої медичної асоціації¹². Однак етику надання медичної

12. Міжнародний кодекс медичної етики, Всесвітня медична асоціація; <https://www.wma.net/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics>.

допомоги затриманим та ув'язненим більш детально було викладено в низці міжнародних документів¹³.

Єдиним завданням медичних працівників є турбота про здоров'я і добробут затриманих та ув'язнених, яка передбачає також профілактичну охорону здоров'я і фіксацію ознак насильства та жорстокого поводження і повідомлення про них. КЗК наголошує на тому, що «лікар у в'язниці виконує свої обов'язки як особистий лікар пацієнта. Отже, в інтересах збереження стосунків лікар-пацієнт, від лікаря не варто вимагати підтвердження того, що засуджений може витримати покарання. Лікар також не повинен проводити будь-яких оглядів чи обстежень, яких вимагає пенітенціарна інституція, за винятком надзвичайних ситуацій, коли жодного іншого лікаря залучити неможливо»¹⁴. Незалучення медичного персоналу до оглядів та до будь-якої із частин процесу ухвалення рішення, унаслідок якого відбувається дисциплінарне покарання у вигляді одиночного ув'язнення, також передбачено у відповідних рекомендаціях ВМА¹⁵. Медичні втручання, здійснення яких вимагають органи влади та які не обстоюють інтересів ув'язненої особи, зокрема проведення тесування на споживання наркотиків, інтимні огляди тіла або криміналістичні експертизи, мають здійснювати медичні працівники, які не беруть участі в лікуванні позбавлених волі осіб.

Етичні наскрізні проблеми у питанні надання медичної допомоги у в'язниці можна узагальнити у вигляді таких тез¹⁶: а. Доступ до медичної допомоги; б. Рівноцінність медичної допомоги; в. Згода та конфіденційність пацієнта;

13. Управління Верховного комісара ООН з прав людини: Принципи медичної етики, що стосуються ролі медичних працівників, особливо лікарів, у захисті ув'язнених та затриманих від катувань та іншого жорстокого, нелюдського або принизливого ставлення чи покарання, 1982 рік; <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/MedicalEthics.aspx>;
Рада Європи. Стандарти КЗК: Основні розділи Загальних звітів КЗК, витяг із 3-го загального звіту за 1993 рік; <http://hudoc.cpt.coe.int/eng?i=p-standards-inf-1993-12-part-en-1>;
Мінімальні стандартні правила поводження з в'язнями (Правила Нельсона Мандели); www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/GA-RESOLUTION/E_ebook.pdf;
Рекомендація №R(98)7; <https://rm.coe.int/09000016804fb13c>;
Європейські пенітенціарні правила від 2006 року, Рада Європи, Правило 2; https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805d8d25.
14. Рада Європи. Стандарти КЗК: Основні розділи Загальних звітів КЗК, витяг із 3-го загального звіту за 1993 рік; <http://hudoc.cpt.coe.int/eng?i=p-standards-inf-1993-12-part-en-1>.
15. Statement on body searches of prisoners, World Medical Association, 2017; <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-body-searches-of-prisoners>;
Statement on solitary confinement, World Medical Association, 2017; <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-solitary-confinement>.
16. Див. примітку 14.

г. Профілактика захворювань; г. Гуманітарна допомога; д. Професійна незалежність; е. Фахова компетентність.

- а. Доступ до медичної допомоги** передбачає зобов'язання медичних працівників без зволікання (упродовж 24 годин) провести медичне обстеження в разі потрапляння особи до закладу та забезпечити доступ до первинної медичної допомоги, який за потреби надає кваліфікований лікар-терапевт або сімейний лікар і її/його асистент та стоматолог. Заявка на проведення консультації повинна бути конфіденційною та не мати перешкод із боку немедичного персоналу щодо вибору. Інформацію про можливість проведення медичної консультації та про організацію охорони здоров'я необхідно надавати кожній новоприбулій до установи особі, бажано у письмовій формі. Доступ до вторинної медичної допомоги та лікарняної допомоги в разі рекомендації загального терапевта мають забезпечити найняті на постійну або тимчасову основу роботу фахівці, особливо психіатри, а надання допомоги – за потреби – повинно відбуватися у повністю обладнаних лікарнях. При надзвичайних ситуаціях потрібні бути запроваджені відповідні заходи для надання негайної медичної допомоги у якій завгодно час. Безпосередній доступ до медичної допомоги в ізоляторах і в'язницях означає, що керівникам в'язниць та адміністраціям необхідно забезпечити присутність належних медичних працівників у в'язницях, а також налагодити гарну комунікацію та співпрацю з медичними працівниками й лікарняними установами на волі.
- б. Рівноцінність медичної допомоги** означає той самий рівень якості медичної допомоги як у тюрмах, так і поза їхніми межами. Цього можна досягти лише завдяки тісній співпраці та інтеграції системи охорони здоров'я установ у межах в'язниць із системою охорони здоров'я на волі в контексті правових норм, процедур ліцензування, нагляду та контролю за мінімальними вимогами до обладнання і кваліфікації, загальної підготовки персоналу та процедур набору персоналу, а також інклюзії позбавлених волі осіб у національних програмах охорони здоров'я. Окрім важливості такої вимоги як етичного принципу, інтеграція та рівнозначність медичної допомоги у в'язниці та на волі є неодмінною потребою сфери охорони здоров'я, оскільки це чітко зазначено в міжнародних документах^{17,18}.

17. ВООЗ/УНЗ ООН: Добре врядування системи охорони здоров'я у в'язницях у 21 столітті. Аналітична записка щодо організації системи охорони здоров'я у в'язницях; https://www.who.int/hiv/pub/prisons/prison_health/en/.

18. ВООЗ, Московська декларація про охорону здоров'я у в'язницях як частина системи охорони здоров'я; <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/pre-2005/moscow-declaration-on-prison-health-as-part-of-public-health>.

Оскільки інтеграція – інституційний наслідок принципу рівнозначності, деякі фахівці пропонують посылатися на неї як на єдиний принцип рівнозначності та інтеграції¹⁹. З огляду на те, що відсоток та тяжкість багатьох розладів здоров'я серед ув'язнених значно вищі за аналогічні показники поза межами в'язниці і що держава має обов'язок піклуватися про цих осіб, автори документа також висловили міркування про те, що рівень медичної допомоги у в'язницях, який просто еквівалентний рівню в установах на волі, можливо, є недостатньою умовою, а тому повинен відповідати навіть ще вищим стандартам²⁰.

- в. Згоду пацієнта та медичну конфіденційність** варто розуміти не лише як важливі етичні принципи охорони здоров'я, а й як неминучі професійні інструменти для надання медичної допомоги: без співпраці й згоди пацієнтів успіху в лікуванні можна цілком (або майже) не досягнути, а без віри пацієнтів у професійну конфіденційність колективу сфери охорони здоров'я вдасться отримати лише окремі історії пацієнтів.

Кожен пацієнт, який здатний приймати рішення, може відмовитися від лікування або будь-якого іншого медичного втручання. Будь-який відступ від цього основоположного принципу має бути передбачений законом і стосуватись лише однозначно визначених та чітко встановлених виняткових обставин, які застосовують для населення загалом.

Медичної конфіденційності потрібно дотримуватися під час медичних оглядів та консультацій, які зазвичай належить проводити у приватному порядку в медичній консультаційній оглядовій. Будь-які медичні огляди ув'язнених потрібно проводити лише поза полем зору тюремних інспекторів та поза зоною їхньої слухової досяжності (якщо відповідний лікар не просить про інше). Конфіденційності також важливо дотримуватися, коли йдеться про складання та зберігання медичних файлів, не можна розкривати жодних медичних даних, пов'язаних із пацієнтом, без прямого дозволу такого пацієнта або офіційного розпорядження суду. Медична інформація повинна бути конфіденційною, якщо тільки збереження такої конфіденційності не становитиме реальної та неминучої загрози для пацієнта або інших людей.

19. Див. примітку 17.

20. Lines R. From equivalence of standards to equivalence of objectives: The entitlement of prisoners to health care standards higher than those outside prisons. Int J Prisoner Health (2006) 2:269-280.

Будь-які порушення принципів згоди пацієнта та медичної конфіденційності через необхідність лікар зобов'язаний належним чином обґрунтувати й ретельно задокументувати у медичній картотечі.

- г. Окрім лікувальної та медичної/паліативної допомоги, охорона здоров'я у в'язниці передбачає також **профілактичну медичну допомогу**, зокрема:
- ▶ нагляд за належними умовами життя, серед яких наявність простору, чистота та гігієна, санітарні умови, контроль якості їжі та води, опалення, освітлення, вентиляція, фізичні та розумові вправи. Хоча у тюремних системах та кримінально-виконавчих кодексах керівник в'язничних установ або головний лікар здебільшого має право контролювати ці умови життя, необхідно визнати, що для всебічного високоякісного нагляду, включно з регулярними бактеріологічними оцінками, підтримка, експертиза та технічний інструментарій повністю обладнаного закладу охорони здоров'я та лабораторії незамінні. Це ще один аргумент на користь важливості тісної співпраці/інтеграції з органами охорони здоров'я на волі;
 - ▶ зміцнення здоров'я всіх осіб, які живуть та працюють у в'язничному середовищі, включно зі зміцненням психічного здоров'я, запобіганням насильству та самогубствам, також потребує підтримки закладів охорони здоров'я, як описано в розділі «В'язниця: патогенне середовище та можливість покращення здоров'я»;
 - ▶ запобігання поширенню захворювань, що можуть передаватися від однієї людині іншій, таких як туберкульоз, стійкий до лікування туберкульоз та вірусні інфекції, що переносяться крапельним шляхом, гепатити В і С та ВІЛ/СНІД, які мають значно більшу поширеність у місцях позбавлення волі, ніж поза їх межами, а також профілактичні заходи, діагностика, лікування та епідеміологічне обстеження й документування таких інфекційних захворювань також потребують інтеграції з державними закладами сфери охорони здоров'я та їхніми відповідними національними програмами.
- г. **Гуманітарна допомога** з боку медичних фахівців, які працюють у в'язниці, потрібна особам, які перебувають у в'язниці та які особливо вразливі до пенітенціарного середовища через свої стать, вік, фізичні чи психічні розлади, тип правопорушення або належність до етнічних, релігійних, політичних чи сексуальних меншин. Медичні працівники можуть виявити таку вразливість під час проведення офіційних медичних оглядів/консультацій та за згодою пацієнта надавати поради керівництву в'язниці щодо задоволення їхніх спеціальних потреб та задля їхнього захисту, скажімо, відповідного розміщення у в'язниці.

д. *Професійна незалежність медичного персоналу в'язниці від адміністрації цієї установи є головним викликом для системи охорони здоров'я у в'язниці. За даними Всесвітньої медичної асоціації, професійна автономія та клінічна незалежність – це «гарантія того, що окремі лікарі мають свободу приймати власні фахові рішення щодо догляду й лікування своїх пацієнтів без зайвого впливу з боку сторонніх осіб чи окремих людей», і що «це найважливіша складова високоякісної медичної допомоги та основний принцип професіоналізму охорони здоров'я»²¹. Особливо високі вимоги ставлять до дотримання професійної клінічної незалежності в умовах примусового середовища ізоляторів та в'язниць. Ризик втручання адміністрації в'язниць у клінічну незалежність більший, якщо система охорони здоров'я безпосередньо підпорядкована цій адміністрації, особливо якщо таке підпорядкування набуває військової форми. Медичні працівники, що одночасно працюють у в'язницях та на волі, з більшою долею імовірності зберігають своє почуття професійної незалежності. Що вищий рівень співпраці та нагляду із боку національних органів охорони здоров'я, то нижчий ризик неналежного втручання в клінічну незалежність із боку керівництва установ позбавлення у волі²². Підвищення рівня клінічної незалежності працівників сфери охорони здоров'я у пенітенціарних закладах стало однією з причин передання питання надання медичної допомоги у в'язницях від адміністрації в'язниць до цивільних керівних органів у сфері охорони здоров'я. Країни, які передали управління питаннями охорони здоров'я у в'язниці від адміністрації до міністерств охорони здоров'я чи органів охорони здоров'я, звітують про підвищення рівня професійної незалежності медичних фахівців²³.*

е. Професійну компетентність та клінічні навички, необхідні для надання якісної медичної допомоги у в'язниці, зазвичай недооцінюють як пересічні громадяни, так і колеги-медики. На рівні первинної медичної допомоги, крім повної компетенції лікаря-терапевта або сімейного лікаря чи медсестри, критично важливими є надійні знання принципів медичної етики у в'язниці, загальні знання про поширені розлади здоров'я, що виникають саме у в'язниці, зокрема, психічні розлади, наркоманія та хвороби, які передаються від людини до людини, а також про необхідні

21. Всесвітня медична асоціація. Сеульська декларація про професійну автономію та клінічну незалежність від 2008 року; <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-seoul-on-professional-autonomy-and-clinical-independence/>.

22. Pont J, Enggist St, Stöver H, Williams B, Greiff R, Wolff H: Prison healthcare governance: guaranteeing clinical independence. American Journal of Public Health (2018) 108(4), с. 472-476.

23. Hayton P, Gatherer A, Fraser A. Patient or prisoner: does it matter which ministry is responsible for the health of prisoners? A briefing paper for a network meeting, Copenhagen; World Health Organization, Regional Office for Europe, EUR/10/05, October 2010.

фахові обстеження, ведення документації і повідомлення про випадки насильства.

Медичні працівники, які працюють у в'язниці, повинні проходити таку саму сертифіковану безперервну медичну освіту, як і їхні колеги, що працюють на волі; для надання професійної підготовки та БМО, а також для акредитації і ліцензування лікарів у пенітенціарній системі вкрай необхідні тісна співпраця та інтеграція із загальними органами охорони здоров'я.

Організаційні та управлінські структури у сфері охорони здоров'я у пенітенціарних установах країн-членів Ради Європи

Останніми роками в низці держав-членів Ради Європи було запроваджено структурні зміни в системі охорони здоров'я у в'язницях. Ступінь співпраці з державними службами охорони здоров'я в різних країнах різний. У деяких державах відповідальність за охорону здоров'я у в'язницях покладають на міністерство охорони здоров'я, в інших – на окремий департамент міністерства юстиції, тоді як у кількох країнах тюремні адміністрації залишаються єдиними відповідальними структурами за запровадження та підтримання охорони здоров'я у в'язницях. Такі різні підходи в державах-членах Ради Європи знайшли відображення також у відповідях на питальник, який Рада Європи у 2015 році надіслала відповідним установам держав-членів у межах членства в Європейському комітеті з проблем злочинності. Із 47 держав-членів 34 держави, які представляють 49 тюремних систем (включно із *землями* та кантонами), подали заповнені анкети, тому зібрана інформація продемонструвала лише загальний огляд різних структурних моделей чи змін, що відбуваються нині, а також перелік недоліків і проблем, із якими зіштовхуються відповідні установи.

Опитування показало, що структури **фінансування**, пов'язані з охороною здоров'я у в'язницях, значно відрізняються в різних державах-членах: фінансування або повністю здійснює міністерство, відповідальне за пенітенціарну систему (у

контексті усього бюджету в'язниці або окремою частиною фінансування), або частково – міністерство, відповідальне за пенітенціарну систему, та частково – заклади охорони здоров'я на волі в діапазоні від 3 до 96,5%. В одній державі міністерство охорони здоров'я покрило витрати на медичні послуги, які надають у межах державних програм (зокрема онкологія, туберкульоз, ВІЛ/СНІД). У другій – підтримку надав Глобальний фонд із питань ВІЛ та туберкульозу. Медичну допомогу у в'язницях повністю було профінансовано бюджетними закладами охорони здоров'я у чотирьох країнах.

Наполегливо рекомендовано здійснювати відокремлення бюджетів на охорону здоров'я від бюджетів в'язниць на рівні інституцій та центральної адміністрації, щоб сприяти кращому управлінню потребами у сфері охорони здоров'я, які будуть відокремлені від інших фінансових потреб в'язниць.

Обов'язкове державне **медичне страхування** ув'язнених було створене лише в деяких державах-членах. У кількох інших випадках ув'язнені або отримували обов'язкове медичне страхування, оформлене до їхнього ув'язнення, або змушені були самостійно оплатити витрати на медичні послуги.

Відповідно до міжнародних стандартів^{24, 25} надання необхідних медичних послуг повинно бути безплатним.

Загальні суми на душу населення, витрачені на медичну допомогу у в'язниці, становили від €85 до €9205, у середньому (медіанне значення) – €801. Це надзвичайно широкий діапазон, який потрібно обережно трактувати, оскільки він відображає не лише широке розмаїття грошового багатства держав-членів, а й структуру та ефективність керівництв.

Менеджмент в'язничними установами чи ізоляторами в деяких випадках передавали прибутковим приватним компаніям, а надання медичних послуг у в'язницях, якими управляла держава, передавали комерційним компаніям.

Принцип **працевлаштування** медичних працівників також значно відрізнявся: у більшості країн лікарі працювали як державні службовці, зокрема й як державні службовці та фахівці з приватними контрактами, тоді як у деяких країнах увесь медичний персонал або його частина входили до складу єдиного персоналу в'язниць. Медичні працівники, що перебували на повній або частковій зайнятості, яку оплачувало або міністерство, відповідальне за пенітенціарну службу, або ж

24. Мінімальні стандартні правила поведіння з в'язнями (Правила Нельсона Мандели); www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/GA-RESOLUTION/E_ebook.pdf.

25. Коментар до Рекомендації R(2006)2 до Європейських пенітенціарних правил Комітету міністрів державам-членам щодо Європейських пенітенціарних правил; https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=0900001680795966.

заклад охорони здоров'я громади, мали такий самий, вищий або менший рівень оплати праці, як у аналогічних працівників із установ на волі.

Співпраця керівництва органу охорони здоров'я у в'язниці з громадськими службами охорони здоров'я також була різною: деякі країни повідомили про лише часткову співпрацю з міністерством охорони здоров'я/органами охорони здоров'я, скажімо, щодо оцінки та інспекції гігієни, харчування, побутових умов і ведення медичної документації, ліцензування/сертифікації медичних послуг у в'язниці та профілактики інфекційних захворювань у в'язниці. У низці країн повідомили про створення та оприлюднення національних стандартів охорони здоров'я у в'язницях та/або стандартних робочих процедур (СРП), що виконують роль національних вказівок щодо управління чинними службами охорони здоров'я та майбутніми структурними й управлінськими процесами щодо охорони здоров'я у в'язницях²⁶.

У всіх країнах, які представили відповіді на запитання питальника, **первинну медичну допомогу** надають у в'язницях та установах тримання під вартою, тоді як лікарняну допомогу – лише в цивільних лікарнях або у в'язничних лікарнях і цивільних лікувальних закладах.

У деяких країнах **документація, яка стосується охорони здоров'я**, включно з медичною документацією, була створена за допомогою електронного програмного забезпечення та функціонувала в усіх в'язницях, у деяких країнах вона була лише в окремих установах, а в інших – її не існувало взагалі.

Оновлення попередньо зібраних даних, отримане у **2017 році**²⁷, виявило певне зростання кількості держав-членів, у яких питання охорони здоров'я у в'язницях було повністю підпорядковане міністерству охорони здоров'я та/або органам охорони здоров'я, тоді як кількість тих держав, у яких органи охорони здоров'я мали часткову чи регіональну відповідальність за охорону здоров'я у в'язниці або перебували у процесі набуття такої відповідальності, лишилася однаковою. Зменшення кількості можна помітити серед тих країн, де управління охороною здоров'я у в'язниці було повністю підпорядковане міністерству, відповідальному за пенітенціарну службу, тобто міністерству юстиції, міністерству з виконання покарань або міністерству внутрішніх справ.

26. Наприклад Стандарти медичних служб та Додаткові стандарти медичних служб для осіб з особливими потребами у в'язницях та ізоляторах Грузії.

27. Рада Європи, багатостороння зустріч із питань організації системи охорони здоров'я та управління цією службою, Страсбург, 12-13 жовтня 2017 року. Департамент із питань співробітництва у сфері кримінального права; <https://www.coe.int/en/web/criminal-law-coop>.

Маючи намір забезпечити більшу незалежність медичного персоналу та управління охороною здоров'я від керівництва в'язниць, кілька держав-членів створили медичні відділення, безпосередню відповідальність за які було покладено на відповідні міністерства або які перебували під безпосереднім контролем парламенту. Така структура управління передбачає незалежний бюджет охорони здоров'я, відокремлений від інших значних фінансових видатків в'язниць.

У ситуації з великою різноманітністю структур управління та моделей управління системами охорони здоров'я у пенітенціарних установах держав-членів Ради Європи виникає запитання: яка з них була б найбільш якісною і ефективною в контексті надання медичних послуг ув'язненим? Сьогодні на це запитання немає точної відповіді через відсутність систематично зібраних даних про медичну допомогу у в'язницях у більшості країн, а також брак доступних міжнародно застосовних показників ефективності охорони здоров'я, які б уможливили проведення порівняльних досліджень, хоча на національному рівні такі показники вже розроблено²⁸.

Упродовж останніх трьох десятиліть у всьому світі постійно зростає кількість країн, які перекладають відповідальність за управління системами охорони здоров'я у в'язницях на міністерства охорони здоров'я та органи охорони здоров'я. ВООЗ та УНЗ ООН наполегливо підтримують таку ініціативу, підкреслюючи, що «міністерства охорони здоров'я повинні надавати послуги охорони здоров'я в тюрмах та відповідати за них, а також обстоювати здорові умови перебування у в'язницях, ґрунтуючись на важливості еквівалентності медичної допомоги, інтеграції охорони здоров'я у в'язниці в систему загальної охорони здоров'я та професійної незалежності медичних працівників від керівництва пенітенціарних установ»²⁹. Країни, які передали процес управління системою медичної допомоги у в'язницях від керівництва пенітенціарних установ до міністерств охорони здоров'я чи органів охорони здоров'я, повідомляють про підвищення професійної незалежності медичних працівників³⁰ і, хоча доказів цього ще недостатньо, констатують покращення

28. Kintz, Kimberly E., «Quality measures in correctional health care» (2013). Scholar Archive. 990.

Public Health England, Health and Justice Annual Review 2016/17.

29. ВООЗ/УНЗ ООН: Добре врядування системи охорони здоров'я у в'язницях у 21 столітті. Аналітична записка щодо організації системи охорони здоров'я у в'язницях; https://www.who.int/hiv/pub/prisons/prison_health/en/.

30. Hayton P, Gatherer A, Fraser A. Patient or prisoner: does it matter which ministry is responsible for the health of prisoners? A briefing paper for a network meeting, Copenhagen; World Health Organization, Regional Office for Europe, EUR/10/05, October 2010.

якості охорони здоров'я³¹. Водночас ВООЗ та УНЗ ООН також дали зрозуміти, що «передання повноважень, пов'язаних зі службою медичної допомоги у в'язницях, під юрисдикцію міністерств охорони здоров'я буде тривалим процесом» – для того щоб завершити процес, загалом знадобиться понад десять років, і що «успіх та уникнення додаткових ризиків для здоров'я ув'язнених потребують, аби уряди були максимально прихильні до цього процесу в політичному контексті, повноцінно спілкувалися на всіх рівнях управління та персоналу й ретельно планували і впроваджували практичні кроки, враховуючи водночас усі необхідні бюджетні наслідки й передання фінансування»³².

Деякі країни, у яких відбувається передання процесу управління, також повідомили про труднощі або встановили можливі несприятливі наслідки, зокрема: можливість виникнення розбіжностей між установами виконання покарань та державними закладами охорони здоров'я, які надають медичні послуги у пенітенціарній системі; організаційна зміна пенітенціарних служб охорони здоров'я, яка є більше позірною, ніж реальною; недостатня координація і взаємодія між охоронцями та медичним персоналом; недостатня безперервність догляду за ув'язненими, якщо первинну медичну допомогу надають служби охорони здоров'я, яких було надіслано із закладу охорони здоров'я регіональної громади; стурбованість працівників в'язниці щодо своєї репресивної ролі або щодо втрати контролю; стурбованість медичних працівників щодо збільшення робочого навантаження з додатковими обов'язками та необхідності мати справу з незнайомою категорією пацієнтів; стурбованість тим, що в'язні можуть отримувати менш якісну допомогу, яка стосується охорони здоров'я, ніж інші члени суспільства на волі³³.

Деякі країни розглядали або планували передання відповідальності та функцій менеджменту пенітенціарними службами охорони здоров'я від міністерства

31. Public Health England. Rapid review of evidence of the impact on health outcomes of NHS commissioned health services for people in secure and detained settings to inform future health interventions and prioritisation in England.

Leaman J, Richards AA, Emslie L and O'Moore EJ: Improving health in prisons – from evidence to policy to implementation – experiences from the UK. *International Journal of Prisoner Health* 13; 139-147, 2017.

32. ВООЗ/УНЗ ООН: Добре врядування системи охорони здоров'я у в'язницях у 21 столітті. Аналітична записка щодо організації системи охорони здоров'я у в'язницях; https://www.who.int/hiv/pub/prisons/prison_health/en/.

33. Palumbo R, Annarumma C, Adinolfi P, The dance of change in penitentiary care: window dressing or a new penitentiary care recipe? *Studi Organizzativi* 2: 17-43, 2018 DOI 10.3280/ SO2017-002002l.

Dubois C, Linchet S, Mahieu C, Reynaert J-F, Seron P. Organization models of health care services in prisons in four countries. *Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE)*. 2017. KCE Reports 293. D/2017/10.273/69.

юстиції до міністерства охорони здоров'я/органів охорони здоров'я, але їм наразі не вдалося завершити процес – здебільшого внаслідок недостатньої підготовки суспільних органів охорони здоров'я.

Незважаючи на різні організаційні та управлінські структури охорони здоров'я для ув'язнених, єдиної думки було досягнуто в згаданих вище Рекомендаціях Комітету міністрів Ради Європи, переглянутих Мінімальних стандартних правилах поводження з в'язнями (Правила Нельсона Манделі)³⁴ та в Декларації ВООЗ про те, що охорона здоров'я ув'язнених осіб та осіб, яких утримують під вартою, є виключною відповідальністю держави й повинна бути максимально тісно узгоджена, інтегрована та сумісна з національною політикою у сфері охорони здоров'я.

34. Мінімальні стандартні правила поводження з в'язнями (Правила Нельсона Манделі); www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/GA-RESOLUTION/E_ebook.pdf.

Міжгалузева співпраця

Зважаючи на те, що надання медичної допомоги ув'язненим є виключною відповідальністю держави і що охорона здоров'я неминуче передбачає залучення багатьох суб'єктів у різних секторах, існує потреба в управлінні та взятті на себе відповідальності з боку представників найвищих рівнів влади, а також у створенні механізмів забезпечення співпраці між ними на національному рівні (у деяких державах відповідальність можуть покласти на органи на регіональному рівні, скажімо, на землі, кантони, перехідні адміністрації) та на місцевому рівні. Виділення ресурсів та передання ресурсів під час здійснення передання відповідальності щодо надання послуг від однієї адміністрації до іншої часто викликає багато питань, тому міністерство фінансів має долучатися до міжгалузевого механізму співпраці.

Одним із механізмів забезпечення оптимального використання наявних ресурсів, визначення додаткових потреб та гарантування ефективної співпраці була б міжвідомча наглядова рада при кабінеті прем'єр-міністра.

Незалежно від того, чи покладено відповідальність за надання медичної допомоги на міністерство охорони здоров'я або ж цим питанням опікується керівництво в'язниці, обидві інституції повинні брати таку відповідальність на себе. До цього процесу також залучені й інші органи, зокрема поліція, перед якою часто ставлять завдання перевезти ув'язнених до лікарень та гарантувати безпеку під час консультацій.

Якщо говорити про економію ресурсів поліції, то існує очевидна перевага, коли консультації фахівців відбуваються у в'язницях, внаслідок чого зникає потреба в супроводі ув'язнених поліцією до лікарень. Однак для проведення таких консультацій необхідні ресурси іншого сектора для залучення фахівців та облаштування кабінетів для консультацій, наприклад, для проведення

офтальмологічних, отоларингологічних або гінекологічних оглядів. Окрім того, очевидними є переваги наявності рентгенологічного та ультразвукового (ехографічного) обладнання у медичній службі в'язниці, проте вони потребують інвестицій та кваліфікованого персоналу.

Крім усього іншого, на місцевому рівні також повинні існувати канали комунікації та механізми вирішення суперечок. Керівництво лікарень повинно визнавати потреби ув'язнених, а повноваження лікарів, які працюють у в'язницях, належить поважати. Обов'язок охорони здоров'я потрібно покласти на всіх спеціалістів, щоб запобігти перешкодам й опору, які призводять до затримок у проведенні хірургічних операцій та інших спеціалізованих лікувань. Ув'язнені повинні мати реальний доступ до всього спектра медичних послуг, доступних для широкого загалу, включно з найскладнішими та найдорожчими послугами: сучасні методи візуалізації, такі як комп'ютерна і магнітно-резонансна томографія, хіміотерапія та променева терапія раку, серцева хірургія, нейрохірургія та трансплантація.

На практичному рівні потрібно створити необхідну інфраструктуру, яка дозволить проводити ці дослідження та лікування з дотриманням приватності й конфіденційності ув'язненого. Цей процес обов'язково має передбачати попереднє планування й інвестиції за участю керівництва лікарні, в'язниці та поліції. Спроби знайти рішення, коли виникає певна потреба, майже завжди призводять до неоптимальних рішень.

Однак у разі розподілу обов'язків щодо охорони здоров'я ув'язнених виникне потреба у попередньому плануванні та міжгалузевій співпраці.

Охорона здоров'я ув'язнених осіб: загальнодержавна відповідальність

Коли держава позбавляє людей волі, вона бере на себе особливу відповідальність за догляд за їхнім здоров'ям. Ув'язненим особам не лишається нічого іншого, окрім як покладатися на владу для захисту та зміцнення власного здоров'я. Для забезпечення права ув'язнених на здоров'я міжнародне право накладає на державу правове зобов'язання щодо лікування з точки зору як умов, у яких вона їх утримує, так й індивідуального лікування, яке може бути необхідним³⁵. Обов'язок урядів забезпечити належну медичну допомогу для осіб, які перебувають у в'язниці, має наслідки не лише для ув'язнених та керівництва в'язниць, а й для загальної охорони здоров'я всієї держави³⁶. Необхідність тісної співпраці та інтеграції охорони здоров'я у в'язниці із суспільними структурами охорони здоров'я – результат такої співпричетності.

Що стосується врядування та управління охороною здоров'я у в'язниці, то саме обов'язком держави є відповідальне належне медичне лікування ув'язнених, а також безпосередня підзвітність уряду та парламенту.

Ґрунтуючись на цій концепції, яка постає як приклад належної політики, кілька держав-членів Ради Європи підпорядкували медичні департаменти безпосередньо відповідному міністерству, а не керівництвам в'язниць. Такі структури також запобігають тенденції використовувати фінансові труднощі, брак

35. Організація Об'єднаних Націй: Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права, стаття 12; <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>; Комітет ООН з економічних, соціальних та культурних прав (КЕСКП), Загальний коментар № 14: Право на найвищий досяжний рівень здоров'я (стаття 12 Конвенції), 11 серпня 2000 року, E/C.12/2000/4; <http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html>.

36. ВООЗ, Московська декларація про охорону здоров'я у в'язницях як частина системи охорони здоров'я; <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/pre-2005/moscow-declaration-on-prison-health-as-part-of-public-health>.

ресурсів у в'язницях або нестачу топ-менеджерів як виправдання для недостатнього рівня охорони здоров'я ув'язнених. Один з основних принципів Європейських пенітенціарних правил гласить: «умови в'язниці, що порушують права осіб, які перебувають у ній, не можуть бути виправдані відсутністю ресурсів»³⁷. КЗК також наголошує, що «відомим є той факт, що у періоди економічних труднощів (таких, які сьогодні трапляються у багатьох країнах, куди здійснює візити КЗК) чимось необхідно жертвувати, зокрема й у пенітенціарних установах. Однак, незалежно від наявності труднощів, із якими можна зіштовхнутися у будь-який момент, акт позбавлення людини волі завжди передбачає накладання обов'язку про охорону здоров'я, який потребує ефективних методів профілактики, обстеження та лікування»³⁸.

37. Європейські пенітенціарні правила від 2006 року, Рада Європи, Правило 2; https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805d8d25.

38. Рада Європи. Стандарти КЗК: Основні розділи Загальних звітів КЗК, витяг із 3-го загального звіту за 1993 рік; <http://hudoc.cpt.coe.int/eng?i=p-standards-inf-1993-12-part-en-1>.

В'язниця: патогенне середовище та можливість покращення здоров'я

В'язниці – це парадигма того, що соціологи Гофман і Фуко назвали «тотальними інститутами»³⁹, тобто закриті установи, відрізані від зовнішнього світу, з ієрархічними структурами щодо всіх аспектів життя в одному й тому самому місці, де панує репресивний чи бюрократичний режим, суворі дисципліна й постійний нагляд, унаслідок чого формується насильницька субкультура, а ув'язнені мають незначну індивідуальну відповідальність (або не мають її взагалі) та позбавлені соціальних зв'язків, ресурсів, приватного життя, стимулів, можливості вибору та самостійності. Ці характеристики повністю суперечать тому, що ВООЗ вважає середовищем, яке сприяє здоров'ю⁴⁰. Вони особливо негативно впливають на психосоціальне благополуччя та погіршують наявні психосоціальні й психічні розлади осіб, що перебувають у таких умовах. Такі факти ще більше викликають занепокоєння, якщо пам'ятати, що згідно зі світовими даними⁴¹ до 70% ув'язнених страждають на психічні розлади. Основною причиною смерті у в'язницях є самогубства – на них припадає близько половини всіх летальних випадків у в'язницях⁴².

Окрім проблем із психічним здоров'ям, основними проблемами зі здоров'ям у місцях тримання під вартою й у в'язницях є насильство, наркоманія, інфекційні

39. Goffman, Erving (1961). *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Anchor Books Foucault Michel (1975), *Surveiller et punir, naissance de la prison*, Paris, Gallimard.

40. Оттавський статут ВООЗ щодо зміцнення здоров'я населення; <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.

41. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 2002; 359: 545-50.

42. Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. *Lancet* 2011; 377: 956-65.

захворювання, туберкульоз, вірусні гепатити В та С (HBV, HCV) та ВІЛ. У всьому світі доводиться спостерігати стабільно вищий рівень захворювання на ВІЛ, HCV, HBV, туберкульоз та одночасне захворювання на туберкульоз/ВІЛ серед засуджених, ніж поміж особами, які проживають на волі; особливо це стосується ув'язнених осіб, які вживають наркотики. Така ситуація пов'язана з непропорційно вищим рівнем ув'язнення осіб із непривілейованих прошарків суспільства та масовим позбавленням волі осіб, які вживають наркотики⁴³.

Обмежений життєвий простір у в'язниці, тривала ризикова поведінка ув'язнених та недостатня кількість заходів щодо запобігання загрозам чи щодо їхнього зменшення підвищують ризики передавання захворювань у в'язниці, спричиняючи епідемічні спалахи інфекційних захворювань, на які страждають як ув'язнені, так і працівники в'язниці, родичі та суспільство після звільнення колишніх позбавлених волі осіб із в'язниці. Згідно з недавнім комплексним глобальним опитуванням та аналізом профілактичних втручань найефективнішим способом боротьби з такими інфекціями у в'язниці є зменшення кількості покарань у вигляді позбавлення волі для тих осіб, які вживають наркотики, та переважне застосування санкцій, які не передбачають тримання під вартою⁴⁴.

Водночас позбавлення волі здатне також створити можливості для покращення охорони здоров'я осіб, особливо тих, хто не мав доступу до послуг охорони здоров'я в громаді до того, як потрапив у в'язницю. Для деяких із них медичний огляд під час потрапляння до в'язниці може стати першою можливістю комплексного медичного обстеження, яке передбачає виявлення, діагностику та лікування психічних і/або фізичних порушень здоров'я. Для осіб, що мали хаотичний спосіб життя, зокрема пацієнтів із наркотичною залежністю, примусовий структурований повсякденний спосіб життя під контролем та під вартою вперше надає їм можливість стати більш освіченими у медичному сенсі, зміцнити власне здоров'я, пройти профілактичні заходи (скажімо, щеплення та навчання) і довідатися про застосування методик зменшення рівня загроз.

Окрім можливостей індивідуальної медичної охорони здоров'я, зміцнення здоров'я у межах пенітенціарної політики передбачає покращення здоров'я всіх осіб, які живуть та працюють у в'язницях, завдяки наявним ресурсам і можливостям⁴⁵ та зменшує ризики для здоров'я у в'язничному середовищі.

43. Dolan K, Wirtz AL, Moazen B et al. Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees. *Lancet*(2016) 388:1089-1102.

44. Див. примітку 43.

45. ВООЗ Європа: В'язниці та охорона здоров'я, 2014 рік. Promoting health in prisons: a settings approach, с. 180-184; <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/2014/prisons-and-health>; Оттавський статут ВООЗ щодо зміцнення здоров'я населення; <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.

Визнання важливої ролі охорони здоров'я у пенітенціарних установах порівняно з охороною здоров'я на волі та здійснення політики зміцнення здоров'я потребує підтримки відповідних органів, які займаються питаннями охорони здоров'я. Зміцнення здоров'я у в'язницях – це не тільки надання медичної освіти (бажано за допомогою методів фахового навчання), профілактика захворювань та зменшення шкоди, а й покращення психічного здоров'я. Приклади конкретних політик щодо зміцнення психічного здоров'я, зокрема, охоплюють: зменшення стресу шляхом надання особистої підтримки, створення додаткових можливостей для того, щоб допомогти впоратися з фактом ув'язнення та запобігти самогубствам, гарантування безпеки й чистого та гігієнічного середовища, формування атмосфери пристойності й поваги, вдячності за роботу, удосконалення знань та навичок; підтримка креативності у процесі праці, освіти й проведенні вільного часу, зміцнення контактів із навколишнім світом, особисте життя та доступність різноманітних варіантів.

Якщо казати конкретніше, то переваги від політики зміцнення здоров'я у в'язниці полягають у таких моментах:

- ▶ для **ув'язнених**: покращене емоційне та фізичне самопочуття, здатність давати раду проблемам, упевненість і соціальні навички, вміння правильно використовувати час та реально планувати майбутнє; соціальна інклюзивність і покращені перспективи щодо реабілітації; подолання вже пережитих психічних розладів або зниження ймовірності розвитку фізичних чи психічних розладів;
- ▶ для **персоналу**: підвищення морального духу та задоволеності на роботі, менша напруга та стрес, покращення психічного й фізичного здоров'я;
- ▶ для **в'язниці**: підвищений рівень безпеки завдяки встановленню кращих стосунків між персоналом та ув'язненими, безпечніше середовище зі зменшенням рівня напруженості й кількості нападів, простіше працевлаштування та збереження персоналу, нижча кількість відсутніх через хворобу/звільнень за станом здоров'я, підвищення ефективності та економічної обґрунтованості витрат;
- ▶ для **громади**: більша ймовірність успішної реабілітації звільнених ув'язнених у громаді, зниження рівня поширення інфекційних захворювань, менша частота психічних розладів серед звільнених ув'язнених та вищий рівень безпеки.

Співпраця та інтеграція служб охорони здоров'я у в'язницях зі структурами охорони здоров'я

Коментар до Європейських пенітенціарних правил щодо правила 40 наголошує на тісному зв'язку, інтеграції та сумісності з національною політикою у сфері охорони здоров'я:

«Найефективніший спосіб реалізації правила 40 полягає в тому, що національний орган у сфері охорони здоров'я повинен відповідати за надання медичної допомоги також і у в'язницях, як це відбувається в низці європейських країн. Якщо ситуація інша, то мають бути створені якомога більш тісні зв'язки між медичними працівниками у в'язниці та постачальниками медичних послуг поза її межами. Це не тільки дозволить забезпечити безперервність лікування, а й дасть змогу ув'язненим та персоналу отримати ширші вигоди від розвитку лікування, професійних стандартів та навчання»⁴⁶.

Існує низка причин, чому надання високоякісних медичних послуг у в'язниці залежить від тісної співпраці та інтеграції з органами охорони здоров'я і службами охорони здоров'я в громаді.

Як зазначено в згаданих вище етичних принципах охорони здоров'я у в'язниці, досягти й зберегти еквівалентність високоякісної медичної допомоги практично неможливо без тісної співпраці з суспільними структурами охорони здоров'я⁴⁷. Принципи професійної незалежності та професійної компетентності медичних фахівців у в'язницях також багато в чому залежать від узгодження таких принципів із політикою громади у сфері охорони здоров'я.

46. Коментар до Рекомендації R(2006)2 до Європейських пенітенціарних правил Комітету міністрів державам-членам щодо Європейських пенітенціарних правил; https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=0900001680795966.

47. ВООЗ/УНЗ ООН: Добре врядування системи охорони здоров'я у в'язницях у 21 столітті. Політика щодо організації системи охорони здоров'я у в'язницях; https://www.who.int/hiv/pub/prisons/prison_health/en/.

Керівництво в'язниць не завжди має (або взагалі не має) досвіду та інструментів для професійного огляду й контролю гігієни, санітарії, продуктів харчування, води та безпечної утилізації загальних і медичних відходів. У в'язницях здебільшого головний лікар в'язниці зобов'язується проводити такі перевірки, але йому часто не вистачає необхідної підготовки, знань та обладнання. Крім того, професійний контроль цих основоположних питань із боку зовнішніх компетентних органів, таких як міністерство охорони здоров'я чи інші органи у сфері охорони здоров'я, допоможе ухвалювати об'єктивні та незалежні рішення і пропозиції щодо покращень у цій сфері.

Варто також зауважити, що керівництво в'язниць не завжди має (або взагалі не має) досвіду, аби належним чином оцінювати скарги ув'язнених щодо охорони здоров'я. Про такі скарги належить повідомляти незалежних лікарів. До медичних фахівців, які працюють у в'язниці, потрібно застосовувати ті самі дисциплінарні процедури, як і до медичних фахівців, що працюють поза її межами. Ув'язнені повинні мати право подавати скарги щодо забезпечення охорони здоров'я безпосередньо до дисциплінарного органу, оминаючи керівництво в'язниці, й такі скарги має розглядати дисциплінарний орган.

Занепокоєння викликає те, що в декількох державах-членах Ради Європи приміщення, обладнання та професійна кваліфікація медичних служб у в'язниці не передбачають ліцензування й акредитації, як це вимагають для медичних служб у громаді. Це стосується також вимог та підтвердження БМО для медичних працівників, що працюють у в'язницях. Основною слабкістю системи охорони здоров'я у в'язницях держав-членів, яку було виявлено під час SWOT-аналізу (сильні та слабкі сторони, можливості й загрози) у межах згаданого вище питальника Ради Європи, була відсутність структурованої підготовки та БМО щодо охорони здоров'я у в'язницях для медичних фахівців – це недолік, який має та може бути усунений за підтримки й співпраці з навчальними закладами у сфері охорони здоров'я та БМО.

Ліцензуванням, акредитацією та підтвердженням БМО служб охорони здоров'я в'язниць повинні займатися органи охорони здоров'я, оскільки вони мають належну кваліфікацію у сфері охорони здоров'я та відповідні адміністративні структури.

У багатьох країнах значна кількість скарг осіб, позбавлених волі, пов'язана з охороною здоров'я. Органи охорони здоров'я мають необхідну медичну компетентність та об'єктивність для вирішення цих скарг. Тому в цьому питанні необхідна співпраця.

Ретельно вивчаючи на національному рівні та досліджуючи епідеміологічні дані, не можна знехтувати епідеміологічними даними, отриманими від ув'язнених.

Особливо серйозні інфекційні захворювання, такі як ВІЛ-хвороби, гемоконтактний гепатит та туберкульоз, а також наркоманія і психічні розлади мають значно вищий рівень поширеності серед населення, яке перебуває в ув'язненні, ніж у населення на волі. Окрім законодавчо передбаченого сповіщення про ті захворювання, які підлягають обов'язковому реєструванню, обмін анонімними епідеміологічними даними про в'язнів із національними органами охорони здоров'я є необхідною умовою для отримання повного розуміння епідеміологічної ситуації в країні. Це полегшує планування як надзвичайних епідеміологічних ситуацій, так і відповідних довготермінових ініціатив щодо здоров'я суспільства, до якого входять не тільки особи в громаді, а й ті, хто позбавлений волі. Реалізація заходів щодо зменшення заподіяння шкоди здоров'ю у в'язницях у тісній співпраці з цивільними структурами охорони здоров'я для запобігання поширенню захворювань, що передаються від людини до людини, є одним із важливих прикладів таких спільних зусиль⁴⁸.

На рівні індивідуального догляду засуджені проходять особливо небезпечну фазу щодо безперервної допомоги після звільнення з в'язниці. Щоб зменшити індивідуальні ризики для здоров'я та загрози для здоров'я населення, потрібно ретельно готувати постійну допомогу в тісній співпраці зі службами охорони здоров'я в громаді. Ці ризики передбачають передачу інфекційних захворювань або розвиток резистентних до лікування захворювань у разі припинення заходів щодо лікування та/або зменшення шкоди, а також ризик смертності після звільнення, зокрема в осіб, які мають наркотичну залежність.

Тісна співпраця зі службами охорони здоров'я в громаді також потрібна, коли ув'язнені потребують лікарняної допомоги, яку не можна надати у межах пенітенціарної системи. Планування та забезпечення достатньої кількості ліжок відповідно до ретельної оцінки потреб у співпраці з лікарнями в громаді дозволяють проводити невідкладне лікування, вибіркоче лікарняне лікування та їхнє оптимальне й прозоре використання.

Медична документація медичних служб у в'язниці повинна бути тісно узгоджена з медичною документацією в громаді, що передбачає використання тих самих форм у медичних записах як на паперових носіях, так і в електронних медичних картках з обов'язковим застосуванням Міжнародної класифікації захворювань

48. УНЗ ООН, ВООЗ, UNAIDS, МОП: Аналітична записка. Профілактика ВІЛ, лікування та догляд за хворими на ВІЛ у в'язницях і в інших закритих умовах: комплексний пакет заходів; http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/enwww.who.int/hiv/pub/prisons/interventions_package/en/.

(МКБ) відповідно до системи кодування ВОЗ⁴⁹. Це полегшує передавання медичної інформації про переведення з в'язниці до в'язниці та/або до цивільних лікарень і після звільнення – до медичних працівників у громаді. Документація, пов'язана з обліком препаратів та ліків у в'язниці, також повинна відповідати тим системам ведення документації, які використовують у медичних закладах у громадах. Для запровадження ЕМК у в'язниці, включно з веденням системи обліку препаратів, яка сумісна із системами установ охорони здоров'я в громаді, необхідна тісна співпраця та інтеграція із суспільними структурами охорони здоров'я.

49. Міжнародна статистична класифікація хвороб та пов'язаних із ними проблем зі здоров'ям, 10-е видання (МКХ-10), версія за 2016 рік; <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>.

Відбір та наймання працівників сфери охорони здоров'я

SWOT-аналіз, який було проведено в межах згаданого вище питальника у рамках дослідження Ради Європи, дозволив виявити основні слабкі сторони, серед яких – відсутність достатньої кількості медичних працівників у в'язницях та брак структурованої підготовки й безперервного професійного розвитку. У деяких державах-членах загальний дефіцит медичних працівників у громаді долучають до інших причин, про які згадують у контексті дефіциту медичного персоналу у в'язницях. Ідеться, зокрема, про складні умови праці та пацієнтів, низьке професійне визнання, соціальну репутацію та недостатню оплату праці. Порівняно з медичними працівниками, які працюють у державних закладах охорони здоров'я, заробітна плата у працівників служби охорони здоров'я у пенітенціарних закладах була нижчою в 11 країнах, вищою в 7 країнах та рівною в усіх інших.

Дефіцит медичного персоналу – не виправдання для залучення позбавлених волі осіб до таких завдань у сфері охорони здоров'я, які потребують спеціалізованої підготовки, навіть якщо ці особи мають медичні навички, або ж для виконання обов'язків санітара чи розповсюджувача ліків.

Дослідження також показало, що моделі зайнятості для медичних працівників, які працюють у в'язницях, у країнах-членах значно відрізняються: прикладами були одягнений в уніформу персонал в'язниць у середовищі військових, державні службовці, працівники за контрактом, працівники з оформленням повного та неповного робочого часу та медичні працівники, які працюють виключно у в'язниці або як у в'язниці, так і в громаді. Країни-члени здебільшого мають змішані типи зайнятості.

Одягнені в уніформу медичні працівники та державні службовці повідомляють про вищу соціальну репутацію, кращі соціальні виплати й винагороду, однак якщо говорити про одягнених у форму медичних працівників, які перебувають у військовій ієрархічній системі, то такі особи зіштовхуються зі значними проблемами, пов'язаними зі

збереженням професійної незалежності та медичної конфіденційності під час роботи з керівниками поза медичною сферою, а також із ситуаціями, коли вони намагаються завоювати довіру у своїх пацієнтів. Медичний персонал, який працює виключно у в'язниці з повним працевлаштуванням, може гарантувати безперервне медичне обслуговування, проте таким особам із меншою імовірністю вдасться зберегти своє відчуття еквівалентності у сфері медичної допомоги з громадою та складніше бути професійно незалежними. Можливо, їм також не вистачає інтелектуального стимулювання та співпраці з колегами зі служб охорони здоров'я у громаді.

Співвідношення кількості штатного медичного персоналу до кількості ув'язнених у державах-членах Ради Європи відповідно до дослідження коливалося від 1/15 до 1/140, середній показник – 1/43. Останній показник також відповідає даним із доповіді SPACE 2015⁵⁰ про 36 країн, які надали дані про штатну зайнятість медичних працівників: 1/41 (діапазон від 1/5 до 1/667). Для цього співвідношення не існує встановленого стандарту з декількох причин: розмір, структура та завдання виправних установ істотно різняться – наприклад, слідчим ізоляторам зі значно більшою кількістю ув'язнених, які проходять через заклад, та з великою кількістю часу, витраченого на медичний огляд під час потрапляння до такого типу закладу, знадобиться більша кількість персоналу первинної медичної допомоги, ніж у закладах для засуджених; рівень професійної підготовки та навичок лікарів і медсестер чи фельдшерів у різних країнах значно відрізняється – скажімо, у деяких країнах лікарі-терапевти мають ґрунтовні знання щодо охорони психічного здоров'я, тоді як в інших – фахівцям не вистачає таких знань; так само подекуди медсестри або фельдшери мають кваліфікацію на виконання значної кількості медичних обов'язків, що для іншої країни є неприйнятним. Однак у міжнародних рекомендаціях встановлено мінімальні вимоги. У Європейських пенітенціарних правилах та в Коментарі до них⁵¹ наголошено:

З огляду на це, ув'язненим надають усі необхідні медичні, хірургічні та психіатричні послуги, зокрема ті, якими забезпечують на волі. Кожна в'язниця повинна мати в штаті принаймні одного кваліфікованого лікаря-терапевта. Необхідно вживати заходів, щоб забезпечити постійний доступ кваліфікованого лікаря в невідкладних випадках. Якщо у в'язниці немає штатного лікаря-терапевта, необхідно організувати постійні візити лікаря-терапевта на неповному окладі. Кожен ув'язнений повинен мати доступ до послуг кваліфікованих стоматологів і офтальмологів. У великих в'язницях належить забезпечити присутність достатньої кількості лікарів на повному окладі. У кожному разі лікар повинен бути

50. Щорічна кримінальна статистика Ради Європи; <http://wp.unil.ch/space>.

51. Європейські пенітенціарні правила від 2006 року, Рада Європи, Правило 2; https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805d8d25; Коментар до Рекомендації R(2006)2 до Європейських пенітенціарних правил Комітету міністрів державам-членам щодо Європейських пенітенціарних правил; https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=0900001680795966.

завжди присутній для вирішення невідкладних питань щодо здоров'я. Медична служба у в'язниці зобов'язана надавати психіатричне лікування всім в'язням, які потребують такого лікування, і приділяти особливу увагу питанню профілактики самогубств.

Правила Нельсона Манделі⁵² передбачають таке:

Служба охорони здоров'я складається з міждисциплінарної групи з достатньо кваліфікованим персоналом, що функціонує за умов повної клінічної незалежності, та повинна мати достатній досвід у сфері психології і психіатрії. Кожен ув'язнений повинен мати доступ до послуг кваліфікованого стоматолога. Усі в'язниці мають забезпечувати швидкий доступ до медичної допомоги в невідкладних випадках. Ув'язнених, які потребують спеціалізованого лікування або хірургічного втручання, переводять до спеціалізованих установ або до цивільних лікарень. Якщо пенітенціарна установа має власну лікарню, у ній необхідно забезпечити наявність відповідного персоналу й обладнання для надання скерованим до неї ув'язненим належного догляду та лікування. Лікар (або за відповідної можливості – інші кваліфіковані працівники сфери охорони здоров'я) має щоденний доступ до всіх хворих ув'язнених, усіх ув'язнених, які скаржаться на проблеми фізичного чи психічного здоров'я або на травми, та до будь-якого ув'язненого, який окремо повертає його увагу.

Необхідну кількість медичних працівників для кожної в'язниці найкраще можна визначити поточною оцінкою потреб, яку проводять медичні працівники з використанням відповідної документації (найкраще такому процесу сприяє електронне управління даними, що стосуються охорони здоров'я) щодо робочого навантаження, періодичності та тривалості консультацій і потреб пацієнтів у межах як первинної, так і вторинної медичної допомоги. Наприклад, для працівників первинної медичної допомоги необхідно враховувати ускладнені завдання під час медичного огляду під час потрапляння до установи, такі як: отримання та фіксація історії хворого пацієнта, проведення ретельного фізичного обстеження, обстеження на предмет психічних розладів, суїцидальних нахилів, уживання наркотиків, абстинентного синдрому, заразних захворювань, психічних та фізичних вад, слідів/інформації про вчинення насильства і жорстокого поводження, а також надання інформації про організацію медичних служб у в'язниці, професійну незалежність медичного колективу, конфіденційність та її обмеження, права й обов'язки ув'язнених, ризик поширення захворювань, що передаються від людини до людини, та заходи щодо зменшення заподіяння шкоди, яка спричинена перебуванням у в'язниці.

52. Мінімальні стандартні правила поводження з в'язнями (Правила Нельсона Манделі); www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/GA-RESOLUTION/E_ebook.pdf.

Послуги вторинної медичної допомоги, яку надають спеціалісти, найефективніше реалізуються за моделлю, що ґрунтується на моделі поліклініки, тобто спеціалісти, які укладають контракти, регулярно відвідують та консультують пацієнтів у медичній частині в'язниці та/або здійснюють це за потреби.

Багато держав-членів Ради Європи зіштовхуються зі значними труднощами у питанні працевлаштування медичних працівників для роботи у в'язниці, внаслідок чого існує низка вакантних посад. Щоб подолати цю ситуацію, у деяких державах вдаються до різних стимулів для працевлаштування медичних працівників, таких як: підвищення зарплати порівняно з аналогічними посадами в громаді, надання премії за небезпеку, налагодження співпраці з медичними школами та пропонування стажувань, оплата витрат на навчання за умови попереднього погодження щодо залучення до роботи у в'язниці упродовж певної кількості років, достроковий вихід на пенсію або призначення певних соціальних виплат.

З огляду на те, що охорона здоров'я у в'язниці – це важливий складник системи охорони здоров'я взагалі⁵³, органи охорони здоров'я повинні визнати свою відповідальність за підтримку керівництва в'язниць у вирішенні проблеми працевлаштування медичних працівників, які здійснюють догляд за особами, що позбавлені волі.

Необхідні також спільні зусилля, щоб пояснити громадськості та особам, які приймають рішення, що надання медичної допомоги у в'язниці – це важлива послуга для охорони здоров'я населення. Спеціалізовані знання медичних працівників, які дозволяють упоратися з усіма конкретними формами тюремної патології, та необхідні навички й досвід управління ними в умовах, створених в'язничним середовищем, значно недооцінені як суспільством, так і колегами-медиками. КЗК припускає, що специфічні особливості надання медичної допомоги у в'язничному середовищі можуть виправдати запровадження визнаної професійної спеціальності як для лікарів, так і для медичних сестер, що ґрунтуватиметься на післядипломній підготовці та безперервному навчанні на службі⁵⁴. Ширше визнання цих професійних вимог може підвищити професійну й соціальну репутацію медичного персоналу, який піклується про ув'язнених пацієнтів, а відповідно й сприяти працевлаштуванню нових лікарів на вакантні посади.

53. ВООЗ, Московська декларація про охорону здоров'я у в'язницях як частина системи охорони здоров'я; <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/pre-2005/moscow-declaration-on-prison-health-as-part-of-public-health>.

54. Рада Європи. Стандарти КЗК: Основні розділи Загальних звітів КЗК, витяг із 3-го загального звіту за 1993 рік; <http://hudoc.cpt.coe.int/eng?i=p-standards-inf-1993-12-part-en-1>.

Первинна медична допомога

За даними ВООЗ, первинна медична допомога – це догляд за людьми, а не лікування конкретних захворювань або станів. ПМД зазвичай є першою точкою контакту із системою охорони здоров'я. Сюди входить спектр послуг від профілактики до скринінгу, виявлення гострих і хронічних станів здоров'я та управління ними, а також заходи паліативної допомоги. ПМД у в'язниці не відрізняється; це лише окрема установа для надання первинної медичної допомоги. Служба первинної медичної допомоги повинна знати потреби пацієнтів під час потрапляння до установи, особливо ті, що пов'язані з психічним здоров'ям, проблемами залежності від наркотиків та інфекціями, найбільш поширеними у в'язниці. Вона зобов'язана піклуватися про них під час ув'язнення та допомагати їм підготуватися до звільнення⁵⁵. Для значної кількості ув'язнених, які до в'язниці перебували поза досяжністю медичних служб громади внаслідок несприятливих соціальних умов чи хаотичного способу життя, послуги ПМД у в'язниці можуть стати першою можливістю комплексного медичного обстеження з виявленням, діагностикою та лікуванням психічних і/або фізичних порушень здоров'я.

*Окрім обстеження стану психічного та фізичного здоров'я, медичне обстеження під час потрапляння до установи передбачає **також** виявлення ознак травм і жорстокого поводження, які могли трапитися з людиною перед потраплянням до в'язниці. **Важливо** фіксувати звинувачення, спостерігати та документувати пошкодження, робити висновки про сумісність тверджень і зафіксованих пошкоджень, а також повідомляти про такі випадки відповідно до рекомендацій КЗК⁵⁶ та Стамбульського протоколу⁵⁷. Аналогічні дії повинні бути здійснені після кожного випадку насильства під час ув'язнення.*

55. ВООЗ Європа: В'язниці та охорона здоров'я, 2014 рік. Promoting health in prisons: a settings approach, с. 180-184; <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/2014/prisons-and-health>.

56. КЗК: Фіксація та звітування про медичні свідчення жорстокого поводження. Витяг із 23-го загального звіту КЗК, оприлюднений у 2013 році. СРТ/Inf(2013)29-part.

57. Стамбульський протокол УВКПЛ; <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1en.pdf>.

Команда ПМД повинна бути міжпрофесійною командою з надійними знаннями та оновленими під час навчання кваліфікаційними навичками із загальної медичної допомоги або сімейної медицини, охорони психічного здоров'я та питань залежності. У таку команду також мають входити кваліфікований стоматолог та фармацевт для професійного управління питанням видавання ліків. У в'язницях, де утримують жінок, матерів із дітьми чи неповнолітніх осіб, група ПМД повинна мати достатню підготовку та навички для задоволення їхніх особливих потреб, зокрема для надання гінекологічної, акушерської допомоги і забезпечення догляду педіатра. Право на контрацептивні засоби та на добровільне припинення вагітності (IVG) має бути аналогічним до відповідного права жінок у громаді. Якщо жінкам дозволено мати своїх маленьких дітей, то повинна існувати й регулярна педіатрична допомога, фахівці якої можуть оглянути дитину в присутності матері в умовах конфіденційності.

За винятком надзвичайних медичних ситуацій, первинну медичну допомогу у в'язниці варто надавати у відповідних обладнаних та призначених для надання консультацій і здійснення втручань кабінетах медичного відділення з метою забезпечити приватність і конфіденційність медичних служб, які до того ж обладнані сейфом для конфіденційної медичної документації. Для стоматологічних втручань необхідно створити належно обладнаний кабінет стоматолога-хірурга. Додаткові кімнати повинні бути доступні для консультацій спеціалістів, які укладають відповідний контракт та відвідують в'язницю, а також для зустрічей групи медичних працівників. Первинна медична допомога може також передбачати тимчасовий садок для дітей пацієнтів у диспансері або денний стаціонар у в'язниці.

Служби первинної медичної допомоги в тюрмах, як і в громаді, насправді відіграють важливу роль сторожових на варті вторинної медичної допомоги, зменшуючи неналежне використання дорогих лікарень та інших закладів вторинної медичної допомоги. Ідеться про ефективну допомогу в добре обладнаних тюремних кабінетах та/або денних клініках, коли забезпечується догляд і лікування ув'язнених, що мають не лише незначні інфекції або інші несерйозні гострі розлади, а й хронічні захворювання, які не потребують лікарняної допомоги; ідеться про допомогу, що відбувається під наглядом працівників сфери первинної медичної допомоги та/або під наглядом фахівців. Варто встановити ефективну комунікацію та співпрацю з лікарняними установами громади для оперативного переведення пацієнтів, які потребують лікарняної допомоги та/або інших послуг вторинної чи третинної медичної допомоги, що не доступні у в'язниці. Як і всі інші медичні підрозділи, в'язничні ізолятори повинні бути ліцензовані органами охорони здоров'я країни за своїм призначенням.

Команда первинної медичної допомоги у в'язниці також несе відповідальність за забезпечення оптимального управління системою охорони здоров'я у випадку надзвичайних медичних ситуацій. Такий сегмент роботи передбачає: оновлене навчання всього персоналу з питань надання першої допомоги, організацію невідкладної медичної допомоги на місці, підтримку команди ПМД із боку служб екстреної допомоги, які не представлені у в'язниці, та оперативне забезпечення професійного транспорту швидкої допомоги для надання невідкладної лікарняної допомоги.

Вторинна медична допомога та стаціонарне лікування

Вторинна медична допомога охоплює всю медичну допомогу, яка потребує спеціальних медичних фахових навичок – або в амбулаторних умовах, або в лікарні. Водночас догляд у вузькоспеціалізованих лікарняних дослідницьких центрах розглядають як третинне медичне обслуговування. Значну частину вторинної медичної допомоги можуть надавати в амбулаторних умовах із залученням фахівців, тим самим економлячи на дорогому стаціонарному лікуванні в лікарні.

Амбулаторну вторинну медичну допомогу ув'язненим можуть надавати спеціалісти, які працюють у в'язницях, фахівці, які приходять до в'язниці (поліклінічна структура) або супроводжують в'язнів до спеціалістів поза межами в'язниць, наприклад до амбулаторій громадських закладів охорони здоров'я. Модель поліклініки, тобто робота фахівців, які працевлаштовані у в'язницях або мають підписані контракти з такими установами та які практикують в обладнаних медичних кабінетах у в'язницях під час запланованих візитів чи за викликом, є кращою з точки зору як безпеки, так і економічної ефективності. Це особливо важливо в довготерміновій перспективі, навіть якщо за ретельно розрахованої оцінки потреб у співпраці з фахівцями потрібно придбати спеціальне непортативне діагностичне обладнання, як-от обладнання для ультразвуку й ехокардіографії. Як було згадано вище, значну частину консервативних (тобто неоперативних) методів лікування, які належать до спеціалізованих діагностичних служб, можна безпечно застосувати у межах амбулаторного лікування у в'язниці, тюремних диспансерах/денних стаціонарах

під керівництвом відповідних фахівців. Окрім того, доопераційну та післяопераційну допомогу, яка не потребує перебування у стаціонарі, можуть проводити під наглядом спеціалістів та у співпраці з хірургічним центром у в'язничних медичних частинах, що відповідно скоротить час перебування цих пацієнтів у дорогих лікарнях.

Госпітальну допомогу ув'язненим зазвичай можуть надавати у в'язничних або громадських лікарнях. Згадане вище опитування Ради Європи продемонструвало, що лише 29 із 45 в'язничних систем мали лікарні, які були розташовані на території в'язниць. Коефіцієнти доступності наявних ліжок у в'язничних лікарнях відповідно до кількості ув'язнених, кількості госпіталізованих ув'язнених та тривалості перебування у в'язничних і цивільних лікарнях наведено в Таблиці 1.

Таблиця 1: Системи в'язниць із власними лікарнями та без них

Системи в'язниць із власними лікарнями, 29 із 45		
	середній показник	загальні показники
співвідношення кількості місць до кількості ув'язнених:	1/54	1/7 – 1/3381
кількість госпіталізованих ув'язнених упродовж року:	11%	1 – 39%
тривалість перебування, дні:	30	1 – 424
госпіталізованих до цивільних закладів	7%	1 – 20%
Системи в'язниць без власних лікарень, 16 із 45		
Госпіталізованих до цивільних закладів упродовж року:	7%	6 – 16%
Тривалість перебування, дні:	4	2 – 22

Під час розгляду переваг в'язничних лікарень у контексті ідеї організувати всю лікарняну допомогу в громадських установах найчастіше звучить аргумент про вже наявний рівень безпеки у в'язничних лікарнях.

Що стосується медикаментозного лікування та медико-етичних аспектів, то переваги тюремних лікарень порівняно з лікарняними послугами, які надають ув'язненим у громадських лікарнях, відсутні або ж їх зовсім небагато. Що стосується серйозних операцій, то існують наукові докази того, що низька частота значних хірургічних втручань у в'язничних лікарнях порівняно з великими цивільними лікарнями невігідна для пацієнтів через чіткий взаємозв'язок між більшими обсягами хірургічної практики та меншою

післяопераційною смертністю у великих лікарнях. Окрім того, професійні навички та обладнання, необхідні для того, аби гарантувати той самий рівень безпеки і якості хірургічного втручання, як у лікарнях для громад, є рідкісним ресурсом, якщо взагалі доступним у пенітенціарній системі, наприклад, у разі, коли необхідним виявиться післяопераційний відділ інтенсивної терапії (ICU)⁵⁸. Це також стосується нехірургічних інтенсивних медичних втручань, що потребують високоспеціалізованих навичок та обладнання на випадок захворювань на кшталт ішемічної хвороби серця, гострої судинної хвороби мозку тощо. Нехтування цими аргументами може призвести до порушення етичного принципу еквівалентності допомоги.

Установлення відокремлених захищених відділень для в'язничних пацієнтів у клінічній службі громадських лікарень з окремим входом та відгородженням від цивільних пацієнтів, з охороною, яку складає невелика команда працівників служби безпеки, дозволяє надати еквівалентну клінічну допомогу й уникнути зіткнення із тією частиною лікарні, де перебувають звичайні пацієнти. Використання загальних людських ресурсів, приміщень та обладнання як для громадян, так і для в'язнів у великій лікарні громади, яка перебуває у приватній чи державній власності, економічно більш вигідне для держави, ніж наявність окремих в'язничних лікарень для порівняно меншої кількості пацієнтів у в'язниці, які справді потребують лікарської допомоги.

Плануючи необхідну кількість ліжок для лікарняної допомоги ув'язненим, варто переконатися, що кожного пацієнта з екстремим випадком зможуть негайно прийняти у лікарні, тоді як для планових втручань лікарням (у разі вибіркового хірургічного втручання) потрібно встановлювати прозорий список очікування. Електронний список очікування прийому в лікарню, який було створено, наприклад, пенітенціарною системою Грузії, може слугувати прикладом належної практики в цьому плані, оскільки такий список перешкоджає невинуватим перевагам, які можуть надавати для певних ув'язнених. Окрім того, тривалість перебування пацієнтів у лікарнях потрібно визначати та документувати виключно на простежуваних медичних підставах, щоб підтримувати необхідну спроможність у надзвичайних випадках та уникати надмірного перебування в лікарні.

58. Urbach DR. Pledging to eliminate low-volume surgery. *N Engl J Med* 2015;373:1388-1390.

Надання психіатричної допомоги ув'язненим

Забезпечення лікування розладів психічного здоров'я особам, які перебувають у в'язниці, – це справжній виклик. Адже мета, на якій постійно наголошують у такій ситуації, – гарантувати догляд, еквівалентний тому, який надають у громаді та в лікарнях для громад. Цієї еквівалентності досягають рідко.

Рекомендація R(98)7 Комітету міністрів Ради Європи вимагає: *«Адміністрація в'язниць та міністерство, яке несе відповідальність за стан психічного здоров'я, повинні співпрацювати з метою організації психіатричних служб для ув'язнених»*. Такої рекомендації дотримуються рідко.

«В'язниці погано впливають на психічне здоров'я» – такий різкий висновок викладено у спільному інформаційному бюлетені ВООЗ та МКЧХ щодо охорони психічного здоров'я ув'язнених.

Дійсно, як засвідчено у відповідній частині практики ЄСПЛ, в'язничне середовище майже завжди токсичне для осіб із психічними розладами. І цьому є багато причин, серед яких:

- ▶ втрата механізмів соціальної підтримки;
- ▶ переповненість;
- ▶ часте використання ізоляції для ув'язнених із психічними розладами, які демонструють руйнівну поведінку, погрожують самогубством чи самокаліцтвом;
- ▶ конфліктні стосунки з іншими ув'язненими (такі ув'язнені часто перебувають на нижньому щаблі в'язничної ієрархії);
- ▶ широко поширене зловживання наркотичними речовинами;
- ▶ стрес, пов'язаний із кримінальним провадженням;
- ▶ вплив осуду та дискримінації.

Із цих причин самокаліцтво, самогубство, насильство між в'язнями, неналежна поведінка та жорстокі конфлікти з працівниками в'язниць надто поширені серед ув'язнених, які мають психічні розлади.

Один із психіатрів, які працюють у тюрмах, зазначив: «Є тривожні повідомлення про ув'язнених, особливо про тих, хто страждає на серйозні психічні розлади, – над ними знущаються, вони зазнають експлуатації та ізоляції, такі особи мають дуже слабку надію на те, що їх підтримають чи захистять, внаслідок чого зростає ризик заподіяння самокаліцтва та нападів на інших осіб».

Негативний вплив в'язничного середовища на психічне здоров'я насамперед спричиняє високий ступінь страждань, пов'язаних із погіршенням психіатричних симптомів, та призводить до збоїв у реабілітації й реінтеграції під час звільнення.

Поширеність психічних розладів у в'язницях набагато вища, ніж у громаді загалом. Експерти давно попереджають про високий рівень психічних захворювань серед осіб, позбавлених волі, й ситуація, схоже, погіршується – існують дані, які свідчать про те, що приблизно чверть від усього загалу осіб у в'язницях мають біполярний розлад, депресію або розлади особистості. В інших дослідження зазначено, що близько чверті жінок та 15% чоловіків у в'язниці повідомляють про нервові зриви. Рівень поширеності аналогічної проблеми серед широкого загалу становить близько 4%.

Деякі спостерігачі стверджували, що в'язниці іноді використовують як сміттєві майданчики для людей із психічними розладами і що метою насправді має стати спрямування людей із психічними розладами до системи психічного лікування. Така мета виявилася нереальною. Багато осіб, які страждають від психічних розладів та потрапляють до в'язниці, раніше мали контакти із зовнішніми службами психічного здоров'я, але не продовжували лікування через несприятливі соціальні обставини. Ще один чинник, який ускладнює проблему у в'язницях, полягає в тому, що психіатричні служби в громаді часто переповнені хворими внаслідок хронічного дефіциту ліжок у лікарнях. Можна сказати, що в'язниці нерідко стають жертвами невдач у системі охорони здоров'я в громаді. Служби психічного здоров'я в громаді часто не можуть впоратися із завданнями, коли проблеми психічного здоров'я поєднуються із соціальними проблемами: бідністю, бездомністю, наявністю нелегальних іноземців, безробіттям. Такі люди нерідко опиняються у в'язниці. Багато ув'язнених із психічними розладами не отримували належної допомоги в громаді, а профіль психічного здоров'я, який спостерігається у в'язниці, – особливо складне завдання.

Як результат – і адміністраціям в'язниць, і службам охорони здоров'я доводиться жити з реальністю, де значна частина осіб, яка перебуває у пенітенціарних установах, страждає від психічних розладів. Навіть більше, психічні розлади часто

бувають особливо складними в контексті необхідності управління ними та потреби їхнього лікування: ідеться, зокрема, про емоційно нестабільні та антисоціальні розлади особистості, біполярні розлади й низку розладів, ускладнених наркоманією, які можуть прогресувати у людини всередині в'язниці.

Відповідно в кожній в'язниці повинен бути доступ до належного лікування та догляду за психічним здоров'ям як невід'ємних частин загальних медичних послуг, доступних для всіх ув'язнених. На практиці це означає, що лікарі первинної ланки повинні володіти необхідними навичками для виявлення психічних розладів. Готовність забезпечити належний догляд має підкріплюватися регулярною присутністю психіатрів та інших фахівців із питань психічного здоров'я і наявністю психосоціальної підтримки та обґрунтовано призначених психотропних препаратів. Необхідна також спеціальна команда, яка допоможе особам, що мають наркотичну залежність, вирішити свої проблеми з доступом до підтримувальної терапії у разі її наявності у громаді.

Потреби ув'язнених повинні бути складником національної політики та планів, які стосуються питань психічного здоров'я.

Існує очевидна потреба діагностувати проблеми із психічним здоров'ям ув'язненого під час його потрапляння до в'язниці, надто коли існує ризик самогубства. Осіб із психотичними розладами, яких не лікували, можуть відмежувати від інших осіб у разі високого ризику заподіяння самокаліцтва чи самогубства. Зловживання речовинами, які призводять до виникнення абстинентного синдрому, потребує лікування. В ув'язнених з уразливими станами може розвинути реактивна депресія та тривога.

Існує також потреба у створенні гарячої лінії між в'язничними медичними службами та громадськими службами психічного здоров'я, щоб виявити пацієнтів, які вже отримували психотропні препарати до ув'язнення, а також пацієнтів, які перебувають на підтримувальній терапії у зв'язку з лікуванням від наркоманії, та осіб, які не контактували з громадськими службами психічного здоров'я, але відомо, що вони мають психічні розлади.

Під час перебування в тюрмі амбулаторну психічну допомогу повинна надавати міждисциплінарна команда психіатрів, медсестер зі сфери забезпечення психічного здоров'я, психологів та психотерапевтів. У в'язниці має бути доступний той самий діапазон психотропних препаратів, який можна отримати в громаді, – й такі препарати повинні бути безплатними для ув'язнених.

Спеціальні програми для ув'язнених із розладами особистості потребують активної участі як фахівців сфери психічного здоров'я, так і працівників в'язниць, які мали нагоду засвідчити те, що їм вдається знизити ризики заподіяння самокаліцтва та зменшити вияви асоціальної поведінки у в'язниці.

Деякі ув'язнені матимуть гострі стани свого психічного розладу (сильна депресія, декомпенсований психоз, гострий суїцидальний ризик), які не можна лікувати у в'язниці. Тому варто мати можливість швидко перевести таких ув'язнених до психіатричної лікарні, якщо це необхідно – у той самий день, коли виникає потреба. Вирішення таких ситуацій шляхом розміщення хворої особи в ізоляторі всередині в'язниці є неприйнятним.

Водночас психіатричну госпіталізацію часто сприймають крізь призму небезпеки втечі. Тому судові чи адміністративні органи влади можуть відмовити у переведенні до лікарні. Іншим несприятливим наслідком імовірного ризику втечі є те, що ув'язненого негайно розміщують окремо, а іноді ще й застосовують певні фізичні обмеження після прибуття до лікарні й утримують у таких умовах упродовж усього перебування в лікарні без доступу до повного комплексу терапевтичних заходів.

КЗК неодноразово звертав увагу на такий неприйнятний стан справ. Проблема психіатричної госпіталізації ув'язнених за умов, що відповідають «еквівалентності допомоги», залишається невирішеною у більшості держав-членів Ради Європи. Тому варто згадати дві конкретні ініціативи.

- ▶ У Франції відкрито «*Спеціально пристосовані лікарняні відділення*» (UHSA) як складник державних психіатричних лікарень. Психіатрів, медсестер, психологів, терапевтів приймають на роботу державні психіатричні служби, які виплачують зарплату. Норми догляду в них – такі самі, як і в інших лікарняних відділеннях. Гарантування безпеки території, в'їзду/виїзду та відвідувань здійснюють представники пенітенціарної служби. Цей випадок – прекрасний приклад успішної співпраці між керівництвами медичних та пенітенціарних установ, яка передбачає значні капіталовкладення й поточні витрати та наслідком якої є істотне покращення психічного здоров'я ув'язнених, що мають важкі психічні розлади.
- ▶ У Нідерландах керівництво пенітенціарних установ узяло на себе відповідальність за ініціативу створення чотирьох «*Пенітенціарно-психіатричних центрів*» (PPC), результатом якої є створення 620 місць для надання психіатричної допомоги у в'язницях. Догляд у цих установах здійснюватимуть офіцери, які працюють у в'язниці та пройшли дворічну підготовку з догляду за психіатричними пацієнтами. Психіатри працевлаштовані в Нідерландському інституті судової психіатрії.

Представники КЗК нещодавно відвідали і UHSA, і PPC, надавши загалом позитивну оцінку обом дуже різним моделям догляду.

Основні питання щодо організації охорони здоров'я та менеджменту у в'язницях – контрольні запитання

Організаційна, правова та адміністративна база

1. Чи охорона здоров'я у в'язниці є прямим обов'язком міністерства (а не є відповідальністю керівника в'язниці)?
2. Чи передбачають національні закони про охорону здоров'я (безпосередньо чи опосередковано) охорону здоров'я у в'язницях?
3. Чи повністю відповідають законодавчі норми щодо охорони здоров'я у в'язницях положенням національного законодавства про загальну охорону здоров'я?
4. Чи існує міжвідомчий комітет для встановлення міжгалузевої співпраці щодо управління охороною здоров'я у в'язниці?
5. Чи відокремлено бюджет на охорону здоров'я від загального бюджету в'язниці?
6. Чи існують викладені у письмовій формі національні стандарти щодо охорони здоров'я у в'язницях та/або СРП для обраних критичних сценаріїв охорони здоров'я у в'язниці?

Приміщення

7. Чи існує організований регулярний нагляд за здоровими умовами життя ув'язнених, який охоплює простір, гігієну, санітарію, їжу, воду, опалення, освітлення та безпечну утилізацію відходів, із боку сторонніх компетентних органів, як-от міністерство охорони здоров'я чи інші органи у сфері охорони здоров'я?
8. Чи повинні приміщення, обладнання та професійна кваліфікація медичних служб у в'язниці підлягати процедурам ліцензування та акредитації, аналогічним до тих, яких вимагають від служб охорони здоров'я в громаді?

9. Чи відповідають приміщення для первинної медичної допомоги необхідним вимогам щодо наявності простору, безбар'єрної доступності, приватності та конфіденційності?

Медичний персонал

10. Чи заповнено всі посади у сфері охорони здоров'я у в'язницях?

11. Зарплата працівників медичних закладів у в'язниці однакова чи вища порівняно із зарплатою медичних фахівців у громаді?

12. Чи проходять медичні працівники, які працюють у в'язниці, той самий БМО-ПМД, як і їхні колеги, що працюють у громаді?

13. Чи належно укомплектовані в'язниці фахівцями первинної медичної допомоги, та чи навчені вони проведенню ретельного медичного огляду під час прийняття ув'язненого до закладу?

14. Чи має персонал, який надає первинну медичну допомогу у в'язниці, повну компетенцію лікаря-терапевта або сімейного лікаря чи медсестри, чи має надійні знання щодо медичної етики у в'язниці та всіх тих розладів здоров'я, які найчастіше трапляються у в'язниці, таких як психічні розлади, наркотична залежність, захворювання, що передаються від людини до людини, а також знання про професійне обстеження, ведення документації та повідомлень про випадки насильства?

15. Чи має медичний персонал, який працює у в'язницях для жінок та неповнолітніх, відповідну кваліфікацію для забезпечення задоволення потреб таких ув'язнених?

16. Чи інформують медичних працівників, які входять до складу персоналу в'язниці та носять уніформу, про те, що вони не повинні носити таку уніформу під час надання медичної допомоги ув'язненим?

ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

17. Чи проводять медичне обстеження/консультацію під час потрапляння особи до установи або на прохання ув'язненого невідкладно та не пізніше ніж через 24 години після потрапляння до установи або після запиту?

18. Чи гарантовано конфіденційність запиту на медичну консультацію, та чи не буде такий запит попередньо відсортований кимось з-поміж немедичного персоналу?

19. Медичні послуги надають безплатно, чи в'язні мають платити (офіційно чи неофіційно) за такі послуги самостійно?

20. Чи належним є доступ до відповідної психічної допомоги як невід'ємної частини загальних медичних послуг, доступних для всіх ув'язнених?

21. Чи доступні в кожній в'язниці послуги кваліфікованого стоматолога з відповідним стоматологічним обладнанням, та чи такі послуги безплатні?

22. Чи відбувається негайне інформування команди охорони здоров'я про осіб, яких поміщено до одиночної камери з дисциплінарних причин?

23. Чи забезпечено безперервність догляду за ув'язненим після його звільнення у межах співпраці зі структурами підтримки в громаді?

Вторинна та стаціонарна охорона здоров'я

24. Чи гарантовано за необхідності доступ до додаткових спеціалізованих медичних послуг у межах амбулаторної та/або стаціонарної допомоги без зайвих затримок?

25. Чи доступний психіатр/клінічний психолог у кожній в'язниці, та чи надають психіатричну стаціонарну допомогу у відповідному закладі психічного здоров'я, якщо це потрібно?

26. Чи доступна регулярна гінекологічна, акушерська та педіатрична допомога жінкам, які перебувають у в'язниці, а також матерям із дітьми?

27. Чи є доступ до закладів цивільного здоров'я без зайвих затримок, коли центри охорони здоров'я у в'язницях не можуть надати необхідних медичних послуг?

28. Чи всі основні хірургічні втручання та всі нехірургічні інтенсивні медичні втручання ув'язнених, що потребують високоспеціалізованих навичок та/або обладнання, виконують в установах цивільного медичного обслуговування?

29. Чи існує прозорий список очікування на вибіркові медичні втручання у лікарнях, який зумовлений потребою запобігти нехтуванням черги ув'язнених та дозволяє здійснити невідкладне втручання у випадках, коли така дія необхідна з медичної точки зору?

Профілактика та зміцнення здоров'я

30. Чи залучають осіб, які перебувають у в'язниці, до всіх національних ініціатив щодо охорони здоров'я?

31. Чи визначено стратегії профілактики захворювань, що передаються від людини до людини, зокрема, таких як туберкульоз, ВІЛ/СНІД, гепатит В/С, включно із заходами щодо зменшення шкоди, які застосовують у всіх в'язницях, та чи відповідають вони рекомендаціям УНЗ ООН/ВООЗ/МОП/UNAIDS?

32. Чи відповідають стратегії профілактики захворювань, що передаються від людини до людини, національним стратегіям у питаннях запобігання й зменшення шкоди від таких захворювань, та чи інтегруються ці стратегії в національні стратегії?

33. Чи існує чітко визначена міжпрофесійна пропаганда здорового способу життя – включно з програмою чи ініціативою щодо зміцнення психічного здоров'я у кожній в'язниці?

Медична документація

34. Чи відповідають медична документація та медичні дані/електронні медичні записи у в'язниці тим самим вимогам, які застосовують до медичної документації в громаді, та чи сумісні вони між собою?

35. Чи зберігають медичні файли в конфіденційності та чи надають доступ до них лише медичному персоналу й пацієнтові, за винятком тих випадків, коли дозвіл надає безпосередньо пацієнт або існує рішення суду про розголошення окремих даних, які стосуються питань здоров'я?

36. Чи всі медичні фахівці, що працюють у в'язниці, використовують документацію із застосуванням кодування МКХ?

37. Чи існує організоване регулярне звітування щодо епідеміологічних даних, отриманих у в'язниці, перед органами охорони здоров'я або міністерством охорони здоров'я?

Медикаменти та медичне обладнання

38. Чи оновлений перелік основних лікарських засобів відповідає Орієнтовному переліку основних лікарських засобів ВООЗ⁵⁹, який використовують під час закупівлі ліків для ув'язнених, яким надається первинна медична допомога?

39. Чи всі ліки доступні для надання первинної медичної допомоги відповідно до оновленого переліку основних лікарських засобів (ВООЗ)?

40. Чи кваліфіковані та сертифіковані фармацевти контролюють облік, зберігання та заміну ліків на центральному та всіх нижчих рівнях ?

41. Чи існує оновлений перелік мінімально необхідного медичного обладнання для первинної медичної допомоги, та чи гарантовано його ремонт/заміну за необхідності?

Етика в контексті охорони здоров'я

42. Чи виключно персонал в'язниці бере участь у догляді, наданні послуг з охорони здоров'я та піклуванні про ув'язнених (і крім того, він не повинен здійснювати медичного втручання в інтересах третіх осіб)?

43. Чи працівників в'язниці, які здійснюють в'язничий нагляд, повідомляють про те, що під час медичної консультації/обстеження ув'язнених вони зазвичай повинні перебувати поза кабінетом та поза межами зору та слуху задля збереження медичної конфіденційності?

44. Чи запитують у пацієнтів згоди на всі медичні втручання у в'язниці, включно з медичним оглядом після потрапляння до установи, а також в осіб, які оголосили голодування? Чи поважають право пацієнтів відмовитися від такого втручання?

59. Орієнтовний перелік основних лікарських засобів; <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>

45. Чи примусове лікування психічно недієздатних пацієнтів проводять виключно у психіатричних лікарнях і лише внаслідок безпосереднього рішення суду?
46. Медичні фахівці ухвалюють медичні рішення чи здійснюють медичні втручання в умовах абсолютної необмеженої професійної незалежності без зайвого впливу з боку адміністрації в'язниці або інших третіх осіб?
47. Чи існують правові та адміністративні домовленості, які дозволяють невиліковно хворим ув'язненим померти на свободі та в гідних умовах?
48. Чи працівники медичної служби негайно повідомляють про кожну відому їм жертву насильства, яка зазнала наруги до і під час ув'язнення, з метою проведення огляду/надання консультацій та професійної фіксації та інформування відповідно до рекомендацій КЗК та Стамбульського протоколу?
49. Чи всі події, які стосуються фізичних обмежень, травм, насильства та ймовірного жорстокого поводження, самокаліцтва, спроб самогубства й випадків самогубств чи голодування, зафіксовані у відповідних реєстраційних книгах?
50. Чи відповідають процедури сегрегації за медичними обставинами аналогічним процедурам у громаді?
51. Чи повідомляють незалежних медичних фахівців про скарги ув'язнених щодо питань, пов'язаних з охороною здоров'я?
52. Чи підлягають медичні працівники у в'язниці таким самим дисциплінарним процедурам, що й медичні працівники у громаді, та чи можуть ув'язнені особи подавати скаргу безпосередньо до дисциплінарного органу для того, щоб він розглянув її?

Список літератури

- ▶ Dolan, K, Wirtz, A.L, Moazen, B et al. (2016) Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees. *Lancet*, 388, с. 1089–1102.
- ▶ Dubois C, Linchet S, Mahieu C, Reynaert J-F, Seron P. (2017) Organization models of health care services in prisons in four countries. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports 293. D/2017/10.273/69.
- ▶ Fazel S, Baillargeon J. (2011) The health of prisoners. *Lancet*; 377, с. 956–965.
- ▶ Fazel S, Danesh J. (2002) Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet*; 359, с. 545–550.
- ▶ Foucault Michel (1975) *Surveiller et punir, naissance de la prison*, Paris, Gallimard.
- ▶ Goffman, Erving (1961) *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Anchor Books.
- ▶ Harding T.W. AIDS in prison. *Lancet* 330, i8570, 1260–1263, 198.
- ▶ Hayton P, Gatherer A, Fraser A. (2010) Patient or prisoner: does it matter which ministry is responsible for the health of prisoners? A briefing paper for a network meeting, Copenhagen; World Health Organization, Regional Office for Europe, EUR/10/05.
- ▶ Human Rights Office of the High Commissioner (1982) Principles of Medical Ethics Relevant to the Role of Health Personnel, Particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees Against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. Джерело: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/MedicalEthics.aspx>.
- ▶ Kintz, Kimberly E. (2013) «Quality measures in correctional health care». *Scholar Archive*. 990.
- ▶ Leaman J, Richards AA, Emslie L and O’Moore EJ (2017) Improving health in prisons – from evidence to policy to implementation – experiences from the UK. *International Journal of Prisoner Health*, 13, с. 139–147.
- ▶ Lehtmetts, A and Pont, J (2014) Prison Health Care and Medical Ethics. A manual for health-care workers and other prison staff with responsibility for prisoners’ well-being. Джерело: <https://rm.coe.int/publications-healthcare-manual-web-a5-e/16806ab9b5>.

- ▶ Lines R. (2006) From equivalence of standards to equivalence of objectives: The entitlement of prisoners to health care standards higher than those outside prisons. *International Journal of Prisoner Health*, 2, с. 269–280.
- ▶ Palumbo R, Annarumma C, Adinolfi P (2018) The dance of change in penitentiary care: window dressing or a new penitentiary care recipe? *Studi Organizzativi* 2:17–43, 2018 DOI 10.3280/SO2017-002002I.
- ▶ Pont J, Enggist St, Stöver H, Williams B, Greifinger R, Wolff H (2018) Prison healthcare governance: guaranteeing clinical independence. *American Journal of Public Health*, 108(4), с. 472–476.
- ▶ Public Health England. Health and Justice Annual Review 2016/17.
- ▶ Public Health England. Rapid review of evidence of the impact on health outcomes of NHS commissioned health services for people in secure and detained settings to inform future health interventions and prioritisation in England.
- ▶ Urbach D.R. (2015) Pledging to eliminate low-volume surgery. *The New England Journal of Medicine*. 373, с. 1388–1390.
- ▶ ВООЗ/УНЗ ООН: Добре врядування системи охорони здоров'я у в'язницях у 21 столітті. Аналітична записка щодо організації системи охорони здоров'я у в'язницях. Джерело: https://www.who.int/hiv/pub/prisons/prison_health/en/
- ▶ ВООЗ Європа (2014 рік). В'язниці та охорона здоров'я. Promoting health in prisons: a settings approach, с. 180–184. Джерело: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/2014/prisons-and-health>.
- ▶ ВООЗ, Московська декларація про охорону здоров'я у в'язницях як частина системи охорони здоров'я. Джерело: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/pre-2005/moscow-declaration-on-prison-health-as-part-of-public-health>.
- ▶ ВООЗ, Орієнтовний перелік основних лікарських засобів. Джерело: <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>.
- ▶ ВООЗ, Оттавський статут ВООЗ щодо зміцнення здоров'я населення. Джерело: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- ▶ ВООЗ, Первинна медична допомога. Джерело: <http://www.who.int/primary-health/en/>.
- ▶ Всесвітня медична асоціація (2008 рік). Сеульська декларація про професійну автономію та клінічну незалежність. Джерело: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-seoul-on-professional-autonomy-and-clinical-independence/>.

- ▶ Всесвітня медична асоціація (2017 рік). Statement on solitary confinement. Джерело: <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-solitary-confinement>.
- ▶ Всесвітня медична асоціація (2017 рік). Рекомендація щодо оглядів ув'язнених. Джерело: <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-body-searches-of-prisoners>.
- ▶ Всесвітня медична асоціація Міжнародний кодекс медичної етики. Джерело: <https://www.wma.net/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics>.
- ▶ Європейська конвенція з прав людини. Джерело: https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ENG.pdf.
- ▶ Європейський суд з прав людини, Тематичний звіт щодо питань, пов'язаних зі сферою охорони здоров'я у практиці Європейського суду з прав людини, 2015 рік. Джерело: http://www.echr.coe.int/Documents/Research_report_health.pdf.
- ▶ КЗК (2013): Фіксація та звітування про медичні свідчення жорстокого поведіння. Витяг із 23-го загального звіту КЗК. СРТ/Inf(2013)29-part.
- ▶ Коментар до Рекомендації Rec(2006)2 Комітету міністрів державам-членам щодо Європейських пенітенціарних правил. Джерело: https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=0900001680795966.
- ▶ Комітет ООН з економічних, соціальних та культурних прав (КЕСКП ООН), (2000) Загальний коментар №14: Право на найвищий досяжний рівень здоров'я, E/C.12/2000/4. Джерело: <http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html>.
- ▶ Конституція Всесвітньої організації охорони здоров'я. Джерело: www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.
- ▶ Міжнародна статистична класифікація хвороб та пов'язаних із ними проблем зі здоров'ям, 10-е видання (МКХ-10), версія за 2016 рік Джерело: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>.
- ▶ Мінімальні стандартні правила ООН щодо поводження з ув'язненими (Правила Нельсона Мандели). Джерело: www.unodc.org/documents/jus-tice-and-prison-reform/GA-RESOLUTION/E_ebook.pdf.
- ▶ ООН: Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права. Джерело: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>.
- ▶ Рада Європи, Щорічна кримінальна статистика. Джерело: <http://wp.unil.ch/space>.
- ▶ Рекомендація Rec(2006)2 Комітету міністрів державам-членам щодо Європейських пенітенціарних правил. Джерело: https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805d8d25.

- ▶ Рекомендація Rec(98)7 Комітету міністрів державам-членам щодо етичних і організаційних аспектів охорони здоров'я у в'язниці. Джерело: <https://rm.coe.int/09000016804fb13c>.
- ▶ Стандарти КЗК. Основні розділи Загальних звітів КЗК, витяг із 3-го загального звіту за 1993 рік. Джерело: <http://hudoc.cpt.coe.int/eng?i=p-standards-inf-1993-12-part-en-1>.
- ▶ УНЗ ООН, ВООЗ, UNAIDS, МОП: Аналітична записка. Профілактика ВІЛ, лікування та догляд за хворими на ВІЛ у в'язницях і в інших закритих умовах: комплексний пакет заходів. Джерело: http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en/www.who.int/hiv/pub/prisons/interventions_package/en/.
- ▶ Управління Верховного комісара ООН з прав людини. Стамбульський протокол. Джерело: <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1en.pdf>.

Додаток 1: Міжнародні документи, які стосуються організації та менеджменту системи охорони здоров'я у в'язницях

Рада Європи:

- ▶ Європейська конвенція з прав людини. Джерело: https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ENG.pdf.
- ▶ Рекомендація R(93)6 Комітету міністрів державам-членам щодо пенітенціарних та кримінологічних аспектів контролю інфекційних хвороб, включаючи СНІД та супутні проблеми охорони здоров'я у місцях позбавлення волі. Джерело: <https://rm.coe.int/16804d7777>.
- ▶ Рекомендація Rec(2006)2 Комітету міністрів державам-членам щодо Європейських пенітенціарних правил. Джерело: <https://rm.coe.int/european-prison-rules-978-92-871-5982-3/16806ab9ae>.
- ▶ РЄ/ВООЗ (2014 рік), Страсбурзькі висновки про пенітенціарні установи та охорону здоров'я, 2014 рік. Джерело: <https://rm.coe.int/strasbourgconclusions-on-prisons- and-health-final-draft-20-june-2014/168075f56c>.
- ▶ Стандарти КЗК, Основні розділи Загальних звітів КЗК, витяг із 3-го загального звіту за 1993 рік. Джерело: <http://hudoc.cpt.coe.int/eng/?i=p-standards-inf-1993-12-part-en-1>.

Організація Об'єднаних Націй:

- ▶ Human Rights Office of the High Commissioner (1982) Principles of Medical Ethics Relevant to the Role of Health Personnel, Particularly Physicians, in the Protection

of Prisoners and Detainees Against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. Джерело: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/MedicalEthics.aspx>.

- ▶ Конституція Всесвітньої організації охорони здоров'я. Джерело: www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.

ВООЗ/УНЗ ООН:

- ▶ ВООЗ (2013 рік). Належне врядування щодо охорони здоров'я у в'язницях у 21 столітті: аналітична записка щодо організації системи охорони здоров'я у в'язницях. Джерело: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0017/231506/Good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.pdf.

Додаток 2: Додаткові джерела інформації

- ▶ Murdoch, J., Jiricka V (2016): *Combatting ill-treatment in prison. A handbook for prison staff with focus on the prevention of illtreatment in prison*, Рада Європи. Джерело: <https://rm.coe.int/combating-ill-treatment-in-prison-2-web-en/16806ab9a7>.
- ▶ Pont, J, Stöver, H, Wolff, H (2012): *Dual Loyalty in Prison Health Care*. *American Journal of Public Health*, 102(3), с. 475-480. Джерело: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3487660/.
- ▶ ВООЗ (2014 рік) В'язниці та охорона здоров'я. Джерело: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf.
- ▶ Регіональне європейське бюро ВООЗ (2007 рік), Тренчинські рекомендації щодо в'язниць та психічного здоров'я. Копенгаген. Джерело: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/99006/E91402.pdf?ua=1.
- ▶ Регіональне європейське бюро ВООЗ (2009 рік), Здоров'я жінок у в'язницях. Подолання гендерної нерівності в контексті охорони здоров'я. Копенгаген. Джерело: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/76513/E92347.pdf?ua=1.
- ▶ Регіональне європейське бюро ВООЗ (2010 рік), Мадридська рекомендація: Охорона здоров'я у в'язницях як важлива частина охорони здоров'я. Копенгаген. Джерело: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0012/111360/E93574.pdf?ua=1.
- ▶ УНЗ ООН (2011 рік), Бангкокські правила, Правила ООН стосовно поводження з ув'язненими жінками і засобів покарання для жінок-правопорушниць без позбавлення їх свободи. Джерело: http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/women_and_imprisonment_-_2nd_edition.pdf.

Ця публікація спрямована на те, аби надати відповідальним за формування політики фахівцям та посадовим особам відповідних установ рекомендації, які забезпечать інтеграцію політики охорони здоров'я у в'язницях у національну політику у сфері охорони здоров'я і сприятимуть досягненню їхньої взаємної сумісності.

На цьому зосереджене й видання Ради Європи «Охорона здоров'я та медична етика у в'язницях» – посібник для медичних працівників й інших працівників у в'язниці, які відповідальні за добробут в'язнів. Окрім того, видання можна вважати додатковим посібником, що містить практичну інформацію щодо надання медичної допомоги у в'язниці. Ці рекомендації – результат багатосторонньої зустрічі з питань організації та управління охороною здоров'я у в'язницях, що відбулася в Страсбурзі в жовтні 2017 року як частина заходів, присвячених співпраці Ради Європи у пенітенціарній сфері в контексті впровадження, що реалізуються Департаментом із питань співробітництва у сфері кримінального права. Цей текст також доступний за посиланням: <https://www.coe.int/en/web/criminal-law-coop>

Рада Європи – провідна правозахисна організація континенту. До її складу входять 47 держав-членів – серед яких усі члени Європейського Союзу. Усі держави-члени Ради Європи підписали Європейську конвенцію з прав людини – договір, спрямований на захист прав людини, демократії та верховенства права. Виконання Конвенції в державах-членах контролює Європейський суд з прав людини.