

**НАЦІОНАЛЬНИЙ ЮРИДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ЯРОСЛАВА МУДРОГО
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

ЛЕВИЦЬКА ЮЛІЯ АНДРІЇВНА

УДК 343.82:61(477):340.134

**ДИСЕРТАЦІЯ
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВА ЗАСУДЖЕНИХ ДО ПОЗБАВЛЕННЯ ВОЛІ
НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я**

081 «Право»

08 «Право»

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ Ю. А. Левицька

Науковий керівник:

Автухов Костянтин Анатолійович,

кандидат юридичних наук,

старший науковий співробітник

Харків – 2023

АНОТАЦІЯ

Левицька Ю. А. Забезпечення права засуджених до позбавлення волі на охорону здоров'я. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 081 «Право». – Національний юридичний університет імені Ярослава Мудрого, Міністерство освіти і науки України, Харків, 2023.

Вибір теми дослідження зумовлений її актуальністю для науки кримінально-виконавчого права і правозастосовної практики, оскільки неналежні умови тримання засуджених, а також ненадання їм медичної допомоги призводять до погіршення стану їхнього здоров'я. Проте надання належної та адекватної медичної допомоги засудженим особам є важливим аспектом забезпечення їхніх прав та гідності. Це також сприяє створенню належних умов в установах виконання покарань, що є ключовим для забезпечення безпеки населення як тюремного, так і населення у країні в цілому.

У першому розділі дисертаційної роботи, присвяченому з'ясуванню сутності права засуджених на охорону здоров'я, констатовано, що під ним необхідно розуміти діяльність уповноважених суб'єктів кримінально-виконавчої системи, що являє собою сукупність медичних, соціально-організаційних, правових і фінансових заходів, спрямованих на збереження й відновлення психічних і фізіологічних функцій засудженої особи, профілактику соціально-небезпечних захворювань, набутих під час виконання покарань, а також збереження її працездатності та соціальної активності.

Проведено історико-правовий аналіз розвитку законодавчої бази з питань забезпечення охорони здоров'я засуджених, за підсумками якого встановлено, що кримінально-виконавчим законодавством врегульоване питання загальної організації медико-санітарного нагляду, лікування та протиепідемічного забезпечення в установах виконання покарань. Із поступовою гуманізацією відбулося розширення обсягу прав засуджених, у тому числі у сфері медичних

послуг, додалися такі, як: право на таємницю про стан здоров'я, право на вільний вибір лікаря, право на отримання лікарських засобів від інших осіб, право на отримання виписки зі своєї медичної карти, право на паліативну допомогу, медичну реабілітацію, превентивну медицину. Авторкою досліджено також міжнародно-правове регулювання права засуджених на охорону здоров'я і встановлено, що у переважній кількості міжнародні стандарти відображені в нормах національного права.

Крім того, у цій частині роботи проведено огляд практики Європейського суду з прав людини щодо порушення права засуджених до позбавлення волі на медичну допомогу. На підставі проаналізованої практики ЄСПЛ щодо України та інших країн Ради Європи можна стверджувати, що Суд зауважує, що медична допомога, яка надається засудженим, має бути адекватною. Під адекватністю можна розуміти забезпечення регулярного й систематичного спостереження за захворюваннями в'язнів завдяки швидкій та точній діагностиці, а також комплексному терапевтичному підходу. Враховуючи, що заходи позбавлення волі можуть містити такий елемент, як страждання, держава має забезпечити повагу до гідності засуджених осіб, у тому числі у формі надання медичної допомоги.

У другому розділі дисертаційної роботи основна увага приділена аналізу умов, за яких здійснюється надання медичної допомоги в установах виконання покарань, що ґрунтується на доповідях Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини і звітах, підготовлених моніторинговими групами в рамках візитів громадських організацій до місць несвободи. Узагальнено, що засуджені у місцях позбавлення волі стикаються з широким спектром проблем, включаючи незадовільні умови тримання, що негативно позначаються на їх здоров'ї; несвоєчасне надання медичної допомоги; відсутність необхідного медичного обладнання; порушення вимог щодо ведення медичної документації; неуплектованість медичного персоналу; неналежний рівень обстеження і надання медичної допомоги засудженим, хворих на інфекційні захворювання тощо.

Окрему увагу приділено такій проблемі, як неукомплектованість медичних частин установ виконання покарань. У цій частині роботи висвітлено результати емпіричного дослідження – анкетування співробітників Державної установи «Центр охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України», а також студентів та інтернів медичних закладів освіти України щодо їх ставлення до роботи із такою уразливою групою, як засуджені до позбавлення волі. Встановлено, що небажання співпрацювати з цією специфічною групою населення пов'язане переважно з етичною складовою.

Доведено, що основною метою лікарської етики є надання рекомендацій щодо моральної складової обов'язків медичних працівників. Це передбачає, що лікарі повинні зосередитися на покращенні стану пацієнтів, проявляючи співчуття й повагу до кожного пацієнта. Міжнародні документи вказують на те, що медичні працівники можуть нести відповідальність за активну участь у неетичних практиках. Медична етика – невід'ємна складова діяльності будь-якого медичного персоналу, а її порушення неприпустиме у всіх установах, включаючи установи виконання покарань. Нехтування медичною етикою медичним персоналом у таких установах є серйозною проблемою, невирішення якої може призвести до серйозних наслідків для здоров'я і безпеки осіб, які знаходяться в місцях позбавлення волі.

У цьому розділі також висвітлено питання поширення інфекційних захворювань серед засуджених і доведено важливість забезпечення доступу до належної медичної допомоги. Встановлено, що поширення інфекційних захворювань є однією з ключових проблем у пенітенціарних системах у всьому світі, оскільки ув'язнені частіше заражаються туберкульозом, ВІЛ або гепатитом, ніж населення в цілому.

У третьому розділі дисертації авторкою запропоновано напрями вдосконалення нормативно-правового забезпечення права засуджених на охорону здоров'я в установах виконання покарань. Розглянуто моделі забезпечення охорони здоров'я засуджених: відомчу, позавідомчу і змішану. Наведено власне визначення суті змішаної моделі забезпечення охорони здоров'я

засуджених, критерій класифікації якої залежить від територіального поділу держави. Аргументовано необхідність переходу України до позавідомчої моделі, тобто до передачі медичного сектору під управління Міністерства охорони здоров'я України.

Низку наукових висновків і рекомендацій сформульовано авторкою для вирішення проблеми неналежного забезпечення права засуджених до позбавлення волі осіб на охорону здоров'я, а саме: надання їм доступу до укладання декларації із сімейним лікарем, а також електронних сервісів у сфері медицини, які використовуються цивільним населенням; внесення Державної установи «Центр охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби» до переліку відповідальних виконавців за проведення тренінгів і семінарів для лікарів з питань протидії туберкульозу; запровадження страхової медицини для осіб, позбавлених волі; внесення змін до Кримінально-виконавчого кодексу України у частині забезпечення роздільного тримання осіб з психічними відхиленнями.

Практичне значення отриманих результатів полягає у тому, що авторські висновки і пропозиції можна використати: (а) у науково-дослідницькій сфері – при подальшому дослідженні процесу забезпечення права на охорону здоров'я засуджених і розробці рекомендацій щодо покращення надання медичної допомоги в місцях несвободи; (б) у правотворчій сфері – для вдосконалення чинного законодавства з питань регулювання охорони здоров'я засуджених до позбавлення волі; (в) у правозастосовній діяльності – для оптимізації діяльності і підвищення ефективності роботи адміністрації установ виконання покарань, а також діяльності медичних працівників ДУ «ЦОЗ ДКВС»; (г) у навчальному процесі – при викладанні дисципліни «Кримінально-виконавче право», спецкурсів, написанні навчально-практичних і методичних посібників, монографій.

Ключові слова: установи виконання покарань; права засуджених; охорона здоров'я засуджених, міжнародні стандарти; реформування кримінально-правової системи.

SUMMARY

Levytska Yu. A. Ensuring the right of convicts to health care. – Qualifying scientific work on the rights of a manuscript.

Thesis for the degree of Doctor of Philosophy in the specialty 081 «Law». – Yaroslav Mudryi National Law University, Ministry of Education and Science of Ukraine, Kharkiv, 2023.

The research topic is chosen due to its relevance for the science of criminal executive law and law enforcement practice, since inadequate conditions of convicts' detention, as well as the lack of medical care, lead to a decrease in their medical condition. Providing proper and adequate medical care to convicts is an important aspect of ensuring their rights and dignity.

In the first part of the thesis, which is devoted to clarifying the essence of the right to health care for convicts, it is stated that this term should be understood as the activities of authorized subjects of the penal system, which is a set of medical, social, organizational, legal and financial measures aimed at preserving and restoring the mental and physiological functions of a convicts, preserving their ability to work and social activity, as well as maximizing their life expectancy.

The author also conducts a historical and legal analysis of the legal basis for ensuring the health care of convicts, which revealed that the criminal executive legislation regulates the general organization of medical and sanitary supervision, treatment and anti-epidemic support in penal facilities. With the gradual humanization, the scope of rights of convicts has been expanded, including in the field of medical services, namely: the right to confidentiality of health status, the right to freely choose a doctor, the right to receive medicines from other persons, the right to receive an extract from their medical records, the right to palliative care, medical rehabilitation, and preventive medicine. The author also examines the international legal regulation of the right to health care for convicts and found that the majority of international standards are reflected in the norms of national law.

In addition, this part of the work also reviews the practice of the European Court of Human Rights regarding violations of the right of convicted prisoners to medical

care. Based on the analyzed case law of the ECHR in relation to Ukraine and other Council of Europe countries, it can be argued that the Court notes that medical care provided to convicts must be adequate. Adequacy can be understood as ensuring regular and systematic monitoring of prisoners' illnesses through prompt and accurate diagnosis, as well as a comprehensive therapeutic approach. Given that measures of imprisonment may contain such an element as suffering, the state has to ensure respect for the dignity of convicted persons, particularly in the context of medical care.

The second part of the thesis focuses on the analysis of the conditions under which medical care is provided in penitentiary institutions, based on the reports of the Ukrainian Parliament Commissioner for Human Rights and reports prepared by monitors during visits of NGOs to places of detention. It is summarized that prisoners in places of detention face a wide range of problems, including unsatisfactory conditions of detention that negatively affect their health; problems with untimely medical care; lack of necessary medical equipment; violations of requirements for keeping medical records; understaffing of medical staff; inadequate examination and medical care for prisoners with infectious diseases, etc.

Particular attention is paid to the problem of understaffing of medical units of penitentiary institutions. This part of the thesis highlights the results of an empirical study which consisted of a questionnaire survey of employees of the State Institution "Health Care Center of the State Criminal Executive Service of Ukraine", as well as students and interns of medical educational institutes of Ukraine regarding their attitude to work with such a vulnerable group as convicts. It is established that the reason for the unwillingness to cooperate with this specific group of the population is mainly related to the ethical component.

It is proved that the main purpose of medical ethics is to provide recommendations on the moral component of the duties of medical professionals. This implies that doctors should focus on improving the condition of patients, showing compassion and respect for each patient. International documents indicate that healthcare professionals can be responsible for actively engaging in unethical practices. Medical ethics is an integral part of the practice of any medical personnel and its

violation is unacceptable in all institutions, including penitentiary institutions. Neglect of medical ethics in the activities of medical personnel in such institutions is a serious problem that can lead to critical consequences for the health and safety of persons in detention.

This section also highlights the issue of the spread of infectious diseases among prisoners and proves the importance of ensuring access to proper medical care. It has been established that the spread of infectious diseases is one of the key problems in penitentiary systems around the world, as prisoners are more likely to contract tuberculosis, HIV or hepatitis than the general population.

In the third part of the thesis, the author proposes ways to improve the regulatory and legal support for the right of prisoners to health care in penitentiary institutions. The author analyzes the models of health care for convicts: departmental, non-departmental and mixed. The author provides her own definition of the content of the mixed model of health care for convicts, the classification criteria of this model depending on the territorial division of the State. The author proves the necessity of Ukraine's transition to a non-departmental model, i.e., transfer of the medical sector to the Ministry of Health of Ukraine.

The author makes a number of scholarly conclusions and recommendations to address the problem of inadequate provision of the right to health care for persons sentenced to imprisonment, namely: providing convicts with access to signing a declaration with a family doctor, as well as electronic medical services used by the civilian population; inclusion of the State Institution "Health Care Center of the State Criminal Executive Service" in the list of responsible executors for conducting trainings and seminars for doctors on issues related to tuberculosis control.

The practical significance of the results obtained is that the author's conclusions and proposals can be used: (a) in the research sphere – in further study the process of ensuring the right to health care of convicts and developing recommendations for improving the provision of medical care to convicts in places of detention; (b) in the law-making sphere – to improve the current legislation on the regulation of health care of people sentenced to imprisonment; (c) in law enforcement activities – to optimize

the activities and increase the efficiency of the administration of penitentiary institutions, as well as the activities of medical workers of the State Institution “Health Care Center of the State Criminal Executive Service of Ukraine”; (d) in the educational process – when teaching the discipline “Criminal Executive Law”, special courses, writing educational and practical and methodological manuals, monographs.

Key words: penitentiary institutions; rights of convicts; health care of convicts, international standards; reform of the criminal legal system.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧКИ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні результати дослідження:

1. Левицька Ю. А. Законодавство у сфері пенітенціарної медицини: розвиток упродовж 29 років незалежності. *Науковий вісник публічного та приватного права*. 2020. Вип. 3. С. 190–195. DOI: <https://doi.org/10.32844/2618-1258.2020.3.33>;
2. Левицька Ю. А. Міжнародні стандарти реалізації права на охорону здоров'я в місцях позбавлення волі та українські реалії. *ISSN 2353-8406 Knowledge, Education, Law, Management*. 2021. № 4 (40). С. 221–227. DOI: <https://doi.org/10.51647/kelm.2021.4.35>;
3. Levytska Yu. Medical care for prisoners in the context of HIV/AIDS treatment and prevention, *Periodyk Naukowy Akademii Polonijnej, Częstochowa*, 2022, 51 (2022) nr 2. P. 257-261. DOI <https://doi.org/10.23856/5130>.
4. Левицька Ю. А. До проблеми неукомплектованості штату медичного персоналу в установах виконання покарань. *Науковий юридичний журнал «Правові новели»*. 2023. № 20. С. 72–80. <https://doi.org/10.32782/ln.2023.20.10>.
5. Автухов К. А., Левицька Ю. А. Інтеграція медичного забезпечення засуджених у цивільний сектор як перспективний напрям реформування кримінально-виконавчої системи. *Міжнародний науковий журнал «Інтернаука»*. Серія: «Юридичні науки». 2023. № 2 (60) С. 17–24. DOI: <https://doi.org/10.25313/2520-2308-2023-2-8613>.

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дослідження:

1. Левицька Ю. А. Подолання наркотичної залежності засуджених у рамках пробації. *Встановлення позитивних взаємин із правопорушником як принцип пробації: матеріали наук.-практ. «круглого столу» онлайн (м. Харків, 18 грудня 2020 р.)*. Харків. 2021. С. 30–33.
2. Левицька Ю. А. Надання належної медичної допомоги засудженим як гарантія безпеки громадського здоров'я. *Діджиталізація і безпека: матеріали*

Міжнар. наук.-практ. конф., (м. Харків, 19 лист. 2020 р.). Харків. 2020. С. 211–215.

3. Левицька Ю. А. Засуджені до позбавлення волі як жертви нелюдського чи такого, що принижує гідність, поводження. *Злочинці і жертви злочинів*: матеріали XX Всеукр. наук. конф. з кримінології для студ., аспірантів та молодих вчених (м. Харків, 16 лист. 2020 р.). Харків. 2020. С. 371–374.

4. Levytska Yu. The Problem of Clinical Dependence in Penitentiary Institutions of Ukraine. *Сучасне суспільство і наука: актуальні дослідження молодих науковців* : матеріали Всеукр. наук.-практ. інтернет-конф. (м. Харків, 29 трав. 2020 р.). Харків. 2020. С. 60–62.

5. Левицька Ю. А., Автухов К. А. Роль національного превентивного механізму у забезпеченні права засуджених на охорону здоров'я та медичну допомогу в Україні. *Дотримання прав ув'язнених та роль у цьому національного превентивного механізму* : матеріали «круглого столу» (м. Харків, 13 груд. 2019 р.). Харків. 2019. С. 20–25.

6. Левицька Ю. А. Надання медичної допомоги як протидія наркозлочинності в місцях позбавлення волі. *Актуальні проблеми протидії злочинності*: матеріали Наук. конф. за результатами роботи фахівців Наук.-дослід. ін-ту вивч. пробл. злочинності імені академіка В. В. Сташиса Нац. акад. прав. наук України за фундаментальними темами у 2019 р. (м. Харків, 23 груд. 2019 р.). Харків. 2019. С. 413–416.

7. Левицька Ю. А. Проблема забезпечення права засуджених на охорону здоров'я: міжнародні стандарти та українські реалії. *Збірник тез міжнародної конференції. Протидія злочинності і корупції: міжнародні стандарти та досвід України*: матеріали конф. (м. Харків, 22 вер. 2021р.). Харків. 2021. С. 199–202.

8. Левицька Ю. А. Медичне запобігання наркозлочинності в установах виконання покарань. *Протидія злочинності і корупції: зб. матеріалів Міжнар. наук. конф з кримінології для студентів, аспірантів та молодих вчених*. Харків: Нац. юрид. ун-т імені Ярослава Мудрого, 2021. С. 208–210.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	4
ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1. ЗАГАЛЬНОТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВА ЗАСУДЖЕНИХ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я	16
1.1. Сучасний стан наукової розробки проблематики забезпечення права засуджених на охорону здоров'я	16
1.2. Міжнародні стандарти та зарубіжна практика реалізації права на охорону здоров'я в місцях позбавлення волі	37
Висновки до розділу 1	55
РОЗДІЛ 2. СТАН РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВА ЗАСУДЖЕНИХ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я ТА МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ В УСТАНОВАХ ВИКОНАННЯ ПОКАРАНЬ В УКРАЇНІ	60
2.1. Загальна характеристика рівня забезпечення охорони здоров'я засуджених до позбавлення волі	60
2.2. Проблематика підготовки і професійна етика медичного персоналу для роботи з засудженими	74
2.3. Організація медичної допомоги засудженим в контексті лікування та профілактики соціально-небезпечних захворювань на території України	89
Висновки до розділу 2	105
РОЗДІЛ 3. ВДОСКОНАЛЕННЯ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВА ЗАСУДЖЕНИХ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я В УСТАНОВАХ ВИКОНАННЯ ПОКАРАНЬ	109
3.1. Перспективні напрями реформування правового регулювання надання медичної допомоги засудженим	109
3.2. Імплементация міжнародних стандартів з прав на охорону здоров'я засуджених в національне законодавство України	135
Висновки до розділу 3	150

ВИСНОВКИ	157
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	166
ДОДАТКИ	198

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

- IGRA – аналіз на виявлення гамма-інтерферону
- АРТ, ВААРТ – високоактивна антиретровірусна терапія
- ВГ – вірусний гепатит
- ВІЛ – вірус імунодефіциту людини
- ВК – виправна колонія
- ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я
- ГО – громадська організація
- ДКВС України – Державна кримінально-виконавча служба України
- ДУ – державна установа
- ДУ «ЦОЗ ДКВС» – Державна установа «Центр охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України
- ЕСОЗ – електронна система охорони здоров'я
- ЄПП – Європейські пенітенціарні (в'язничні) правила
- ЄСПЛ – Європейський суд з прав людини
- ЗОЗ – заклади охорони здоров'я
- КВК України – Кримінально-виконавчий кодекс України
- КВП – Кримінально-виконавче право
- КЗК – Європейський комітет з запобігання катування
- КМУ – Кабінет Міністрів України
- КТ – комп'ютерна томографія
- ЛЖВ – люди, які живуть з ВІЛ
- ЛТБІ – латентна туберкульозна інфекція
- МВС – Міністерство внутрішніх справ України
- Мін'юст – Міністерство юстиції України
- МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України
- МСЕК – медико-соціальна експертиза
- НПА – нормативно-правовий акт
- НПМ – національний превентивний механізм
- НСЗУ – Національна служба здоров'я України

ООН – Організація Об'єднаних Націй

ПЛТ – профілактичне лікування туберкульозу

СНІД – синдром набутого імунодефіциту

ССЗ – серцево-судинні захворювання

ТБ – туберкульоз

УВП – установа виконання покарань

УЗД – ультразвукове дослідження

Уповноважений ВРУ, Омбудсман – Уповноважений Верховної Ради
України з прав людини

ШТТ – шкірний туберкуліновий тест

ЮНЕЙДС – Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй з
ВІЛ/СНІД

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. Конституція України надає кожному право на охорону здоров'я, медичну допомогу й медичне страхування (ст. 49). Натомість поширені випадки, коли вказане право реалізується вкрай обмежено. Засуджені до позбавлення волі особи мають право на реалізацію гарантованих Конституцією прав, втім при перебуванні в установах виконання покарань це ускладнюється.

Україна не є єдиною державою, у якій рівень надання засудженим медичної допомоги потребує покращення. Європейський суд з прав людини (далі ЄСПЛ) засвідчує, що нерідко трапляються випадки порушення державою права засудженого на охорону здоров'я, йдеться, зокрема про: неналежні умови їх тримання, що призвели до погіршення стану їх здоров'я, ненадання психіатричної допомоги і безвідповідальне ставлення медичних працівників до хворих в установах виконання покарань. Європейське співтовариство намагається вирішити проблему медичного забезпечення шляхом побудови позавідомчої моделі функціонування закладів охорони здоров'я й пенітенціарних установ.

Зауважимо, що проблема забезпечення права засуджених до позбавлення волі на охорону здоров'я в умовах реформування національного законодавства з урахуванням рекомендацій міжнародного співтовариства набуває значущості. Це пояснюється передусім необхідністю створення ефективної системи функціонування закладів охорони здоров'я для засуджених, віднайдення способів укомплектування медичного персоналу й налагодження механізму звітності медичних працівників. Незважаючи на наявність певного нормативного регулювання державного механізму надання засудженим права на охорону здоров'я, все ж маємо відмітити, що на цей час існують суттєві недоліки у правовому забезпеченні реалізації цього права, а також визнати недосконалість його засобів. Потребують також вирішення такі питання, як: забезпечення замісної підтримувальної терапії у місцях несвободи і доступ до інших медичних програм, існуючих для загального населення.

Варто нагадати, що шлях до запровадження нової позавідомчої моделі забезпечення охорони здоров'я засуджених було розпочато ще у 2017 році, втім кінцевої мети й досі не досягнуто. Нині утворено нові структури, зокрема, Державну установу «Центр охорони здоров'я ДКВС України» (далі – ДУ «ЦОЗ ДКВС»), прийнято відповідне законодавство, але процес передачі підпорядкування медичного сектору в установах виконання покарань Міністерству охорони здоров'я України на цьому зупинено. Відтак, проблема медичного забезпечення засуджених в установах виконання покарань залишається гострою у кримінально-виконавчому секторі. Як свідчить зарубіжний досвід, зміна відомчого підпорядкування медичного сектору в установах виконання покарань дає змогу вирішити ряд медичних проблем у пенітенціарній системі, які є актуальними й для України.

Таким чином, виникла нагальна необхідність дослідити засади забезпечення права засуджених на охорону здоров'я в установах виконання покарань на рівні дисертаційної роботи.

Додамо, що проблему медичного забезпечення засуджених до позбавлення волі осіб частково висвітлено у рамках права засуджених на життя, а саме завдання тілесних ушкоджень, у двох дисертаціях: «Забезпечення в Україні прав засуджених до позбавлення волі на охорону життя та здоров'я», захищеній у 2017 році Н. В. Рябих, а також дисертація «Міжнародно-правові механізми забезпечення прав засуджених до позбавлення волі», захищеній О. В. Краснокутським у 2019 році. Однак питання медичного забезпечення засуджених в установах виконання покарань як конституційне право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування не було розглянуто в монографічних і дисертаційних дослідженнях. Саме цим і обґрунтовується актуальність даної теми і потреба її більш детального вивчення.

Різним аспектам забезпечення права засуджених на охорону здоров'я приділяли увагу вітчизняні науковці. Зокрема, ця проблема висвітлювалася у працях таких вчених, як К. А. Автухов, Б. М. Головкін, А. Ф. Зелінський, В. С. Батиргарєєва, І. Г. Богатирьов, О. І. Богатирьова, О. В. Гальцова, А. П. Гель, Р.

М. Гура, Н. О. Гуторова, О. М. Джужа, О. Г. Колб, О. В. Краснокутський, М. Ю. Кутєпов, О. В. Лисодєд, Г. В. Муляр, В. М. Пашков, О. С. Почанська, М. В. Романов, Н. В. Рябих, А. Х. Степанюк, С. Г. Стеценко, О. В. Таволжанський, І. С. Яковець та інші.

З метою вивчення практики забезпечення та реалізації права на охорону здоров'я засуджених було досліджено праці таких зарубіжних вчених, як: С. Dubois, S. Linche, C. Mahieu, G. Garman, W. Weijts, F. Douw, R. Keukens, A. Liausedas, R. van Voren, C. Heard, J. Carlowe, P. Lahtinen, A. Kajamaa, L. Seppänen, B. Johnsen, S. Hean, T. Esko та інші.

Роботи цих науковців збагатили науку кримінально-виконавчого права системою знань, а також розширили теоретичні положення й підвищили їх практичну значущість. Щоправда, більшість праць щодо охорони здоров'я засуджених присвячена проблемі фізичного насильства щодо засуджених, а не адекватності медичної допомоги, яка надається в установах виконання покарань особам, позбавлених волі. Втім, саме недостатність вивчення проблеми незабезпечення охорони здоров'я засуджених у контексті надання їм медичної допомоги є додатковим важелем і аргументом для вибору цієї теми, а також підтвердженням її актуальності, теоретичної та практичної значущості.

До того ж вбачається, що належне правове регулювання цих відносин, беручи до уваги швидкість змін, що відбуваються в суспільному житті, має бути надійним і розробленим своєчасно і з урахуванням міжнародних стандартів і досягнень у цій сфері. Протягом останніх років у світі поширюється ідея збільшення обсягу прав засуджених до позбавлення волі, що стосується і права на охорону здоров'я і втілюється у міжнародних нормах. Їх аналіз й імплементація – актуальні завдання як на науковому, так і на практичному рівні, адже втілення в національну практику цих норм і стандартів є частиною реформування кримінально-виконавчої системи України.

У зв'язку з цим і виникла необхідність проаналізувати правову регламентацію забезпечення охорони здоров'я засуджених до позбавлення волі на дисертаційному рівні.

У роботі проведено теоретичне й прикладне дослідження історико-юридичних засад розвитку обсягу права на охорону здоров'я засуджених і медичну допомогу; питання найрозповсюдженіших проблем, з якими стикаються засуджені до позбавлення волі у зв'язку з правом на охорону здоров'я; моделей надання медичної допомоги засудженим, які можуть бути використані в нашій країні; проведено аналіз практики і рішень Європейського суду з прав людини щодо країн Ради Європи й України.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертацію виконано відповідно до положень Стратегії реформування пенітенціарної системи на період до 2026 року (розпорядження Кабінету Міністрів України від 16 грудня 2022 року № 1153-р).

Робота виконана на кафедрі кримінально-правової політики Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого, в межах фундаментального дослідження «Теоретичні і прикладні проблеми запобігання злочинності та реформування державної кримінально-виконавчої служби в Україні» (номер державної реєстрації 0111U000958).

Тему дисертації «Забезпечення права засуджених до позбавлення волі на охорону здоров'я» на здобуття наукового ступеня доктора філософії зі спеціальності 081 «Право» затверджено вченою радою Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого (протокол № 4 від 22 листопада 2019 р.).

Мета і завдання дослідження. Метою дисертаційної роботи є розроблення науково обґрунтованих положень і рекомендацій щодо вдосконалення законодавства і практики його застосування в установах виконання покарань, медичних частинах виправних колоній, під час навчання у закладах вищої медичної освіти, а також надання пропозицій щодо підвищення ефективності освітнього процесу з акцентуванням на роботу із вразливими групами населення.

Відповідно до мети поставлені основні завдання дослідження:

- проаналізувати історичні засади розвитку законодавчого

закріплення права засуджених на охорону здоров'я;

- розкрити зміст і складові права засуджених на охорону здоров'я;
- провести аналіз міжнародних норм і стандартів забезпечення права засуджених на охорону здоров'я;
- дослідити практику Європейського суду з прав людини щодо порушення права засуджених до позбавлення волі на медичну допомогу;
- розглянути умови надання засудженим медичної допомоги в установах виконання покарань;
- вивчити стан забезпечення охорони здоров'я засуджених, зокрема, тих, які страждають на соціально небезпечні захворювання;
- удосконалити способи залучення медичних працівників на роботу до установ виконання покарань;
- запропонувати основні шляхи вдосконалення кримінально-виконавчого законодавства України за рахунок імплементації міжнародних норм;
- надати пропозиції щодо способів покращення надання засудженим медичної допомоги.

Об'єктом дослідження є суспільні відносини, які виникають у процесі виконання покарання засудженими в установах виконання покарань стосовно надання медичної допомоги й забезпечення права на охорону здоров'я.

Предметом дослідження є правова регламентація порядку забезпечення в установах виконання покарань права засуджених на охорону здоров'я.

Методи дослідження обрані відповідно до поставленої мети і завдань дисертації, її об'єкта і предмета. Методологічну основу роботи складає діалектичний метод дослідження правових явищ, за допомогою якого встановлено особливості забезпечення в установах виконання покарань права засуджених на охорону здоров'я. Завдяки історико-правовому методу встановлено закономірності розширення права засуджених на охорону здоров'я (підрозділ 1.1). Логічний метод було застосовано для послідовного викладення й узгодження між собою матеріалу дослідження (розділ 1, 2, 3), а метод аналізу та

синтезу використовувався задля розроблення пропозицій щодо удосконалення норм чинного законодавства. Формально-логічний метод став у нагоді при вивченні нормативно-правових актів у сфері забезпечення в установах виконання покарань права засуджених на охорону здоров'я, а статистичний метод дозволив здійснити вибіркове узагальнення, зведення, групування й аналіз матеріалів анкетування засуджених до позбавлення волі, відповідей студентів та інтернів вищих медичних закладів освіти, медичних працівників, зокрема, метод експертних оцінок дав змогу проаналізувати матеріали опитування працівників ДУ «ЦОЗ ДКВС» (розділ 2, 3).

Емпіричну базу дисертації становлять результати анонімного опитування, проведеного шляхом анкетування 192 студентів та інтернів закладів вищої медичної освіти з 13 областей України. Також емпіричну базу складають результати анонімного опитування 461 медичного працівника «ЦОЗ ДКВС» і звіти, надані громадськими організаціями, у яких міститься інформація щодо опитування засуджених.

Нормативно-правову й інформаційну базу дисертації склали Конституція України, закони України, укази Президента України, постанови і розпорядження Кабінету Міністрів України, Кримінальний кодекс України, кримінально-виконавче, кримінально-процесуальне законодавство України, інші закони, а також підзаконні нормативно-правові акти України, законодавство зарубіжних країн, рішення Європейського суду з прав людини.

Теоретичною базою даної роботи стали наукові праці вітчизняних і зарубіжних учених у галузі філософії, соціології, теорії права, міжнародного права, кримінально-виконавчого, кримінального, міжнародного права і кримінології.

Наукова новизна отриманих результатів визначається тим, що представлена робота є першим в Україні комплексним дослідженням, присвяченим питанню забезпечення в установах виконання покарань права засуджених на охорону здоров'я й особливостям надання їм медичної допомоги. За результатами дослідження сформульовано низку наукових положень,

висновків і рекомендацій, а саме:

Уперше:

- досліджено історичний аспект законодавчої регламентації забезпечення права засуджених до позбавлення волі на охорону здоров'я з часів незалежності України та до сьогодення;

- проаналізовано поняття «право на охорону здоров'я» й усі його складові, запропоновано авторське визначення поняття «забезпечення права на охорону здоров'я засуджених до позбавлення волі» – це діяльність уповноважених суб'єктів кримінально-виконавчої системи, що являє собою сукупність медичних, соціально-організаційних, правових і фінансових заходів, спрямованих на збереження й відновлення психічних і фізіологічних функцій засудженої особи, профілактику соціально-небезпечних захворювань, набутих під час виконання покарань, а також збереження її працездатності та соціальної активності;

- виокремлено наступні способи забезпечення безперервності медичної допомоги засудженим: запровадження програм замісної підтримувальної терапії; можливість за домовленістю із цивільними установами продовження будь-якого необхідного медичного лікування після звільнення; ведення медичної документації осіб, які перебувають у місцях несвободи, у тих самих електронних програмах, які використовуються цивільним населенням;

- запропоновано впровадити вивчення ситуації щодо охорони здоров'я засуджених до позбавлення волі у медичних закладах вищої освіти, що сприятиме вирішенню проблеми неукомплектованості медичних частин у місцях несвободи.

Удосконалено:

- визначення суті змішаної моделі надання засудженим медичної допомоги, запропоновано її розглядати як таку форму організації надання медичної допомоги в установах виконання покарань, за якої відбувається одночасне підпорядкування медичного сектору як органам чи структурам, відповідальним за тюремну систему, так і за охорону здоров'я і яка поділяється

не за територіальним принципом, а за сферою повноважень;

- обґрунтування пропозиції щодо доречності передачі відповідальності за медичні частини установ виконання покарань до Міністерства охорони здоров'я України, тобто переходу до позавідомчої моделі надання засудженим медичної допомоги в Україні, що сприятиме забезпеченню більш компетентного та професійного управління якістю медичної допомоги для засуджених;

- аргументування необхідності роздільного тримання засуджених із психічними відхиленнями від інших засуджених із метою надання належної медичної допомоги цій категорії в'язнів та впровадження підходів динамічної безпеки.

Набули подальшого розвитку:

- обґрунтування позицій стосовно необхідності імплементації міжнародних стандартів забезпечення реалізації права засуджених на охорону здоров'я у національне законодавство зокрема стосовно питання безперервного та продовженого медичного забезпечення осіб, які звільняються з установ виконання покарань;

- теза щодо необхідності забезпечення рівного доступу засуджених до позбавлення волі до кваліфікованої медичної допомоги, спеціалізованого лікування соціально-небезпечних захворювань, сучасних методів дослідження, а також до електронної системи охорони здоров'я, що запроваджено для населення в цілому.

Практичне значення одержаних результатів полягає у тому, що розроблені положення і наведені висновки поглиблюють знання про об'єкт дослідження, сприяють вивченню процесу забезпечення охорони здоров'я засуджених до позбавлення волі. Сформульовані й обґрунтовані у дисертації положення, висновки і рекомендації мають не лише теоретичне значення для розвитку науки кримінально-виконавчого права, а й спрямовані на всебічне вдосконалення кримінально-виконавчої політики.

Результати дослідження можуть бути використані:

у науково-дослідницькій сфері – при вивченні процесу забезпечення права на охорону здоров'я засуджених і розробці рекомендацій щодо покращення надання засудженим медичної допомоги в місцях несвободи;

у правотворчій сфері – для вдосконалення чинного законодавства щодо регулювання питання охорони здоров'я засуджених до позбавлення волі;

у правозастосовній сфері – для оптимізації діяльності і підвищення ефективності роботи адміністрації установ виконання покарань, а також діяльності медичних працівників «ЦОЗ ДКВС»;

у навчальному процесі – при викладанні дисципліни «Кримінально-виконавче право», спецкурсів, написанні навчально-практичних і методичних посібників, монографій.

Особистий внесок здобувача. Викладені в дисертації положення, що становлять її новизну, є результатом самостійної роботи авторки. З наукових праць, опублікованих у співавторстві, у дисертації використані лише ті ідеї та положення, які є результатом особистої роботи дисертантки. Основні положення й результати дослідження відображено у 13 публікаціях, серед яких 5 статей (4 одноосібних і 1 у співавторстві, де авторський внесок здобувача складає 75%) та 8 (7 одноосібних та 1 у співавторстві, де авторський внесок здобувача складає 75%) матеріалів міжнародних конференцій.

Апробація результатів дисертації.

Дисертаційне дослідження виконане, обговорене і схвалене на кафедрі кримінально-правової політики Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого. Основні результати роботи оприлюднені на таких науково-практичних заходах, як: Наукова конференція за результатами роботи фахівців Науково-дослідного інституту вивчення проблем злочинності імені академіка В. В. Сташиса Національної академії правових наук України за фундаментальними темами у 2019 р. (Харків, 23 грудня 2019); XIX Всеукраїнська наукова конференція з кримінології «Протидія злочинності і корупції»; круглий стіл «Дотримання прав ув'язнених та роль у цьому національного превентивного механізму» (Харків, 13 листопада 2019), Всеукраїнська науково-практична

інтернет-конференція «Сучасне суспільство і наука: актуальні дослідження молодих науковців» (Харків, 29 травня 2020), «Актуальні проблеми протидії злочинності»; науково-практичний онлайн-круглий стіл «Встановлення позитивних взаємин із правопорушником як принцип пробації (м. Харків, 18 грудня 2020); XX Всеукраїнська наукова конференція з кримінології для студентів, аспірантів та молодих вчених «Злочинці і жертви злочину» (Харків, 16 листопада 2020); Міжнародна науково-практична конференція «Діджиталізація і безпека» (Харків, 19 листопада 2020); Міжнародна конференція «Протидія злочинності і корупції: міжнародні стандарти та досвід України» (Харків, 22 вересня 2021); Міжнародна конференція «Протидія злочинності і корупції: збірник матеріалів Міжнародної наукової конференції з кримінології для студентів, аспірантів та молодих вчених» (Харків, 16 листопада, 2021).

Структура та обсяг дисертації. Структура дисертації складається зі вступу, трьох розділів, що містять сім підрозділів, висновків, списку використаних джерел і додатків. Загальний обсяг дисертації становить 218 сторінок, з них основний текст – 165 сторінок, список використаних джерел налічує 257 найменувань – 32 сторінки, додатки – 21 сторінка.

РОЗДІЛ 1

ЗАГАЛЬНОТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВА ЗАСУДЖЕНИХ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я

1.1. Сучасний стан наукової розробки проблематики забезпечення права засуджених на охорону здоров'я

Надання медичної допомоги й забезпечення охорони здоров'я засуджених є одним із найбільш розповсюджених питань тюремного забезпечення по всьому світу. Люди, які перебувають в установах виконання покарань, зазвичай походять із неблагополучного середовища й мають слабше фізичне і психічне здоров'я. Велика кількість засуджених перебуває в небезпечних, антисанітарних і застарілих установах. Для людей, які потрапляють до в'язниць, підвищується ризик виникнення психічних розладів, наркоманії, хронічних та інфекційних захворювань.

Виходячи з того, що предметом вивчення є забезпечення охорони здоров'я засуджених, передусім вкажемо, що виконання покарання у виді позбавлення волі полягає у суворому дотриманні вимог режиму установ виконання покарань (далі УВП). Втім, навіть за таких умов засуджені не позбавлені права вступати у трудові, сімейні, соціальні тощо відносини. Крім того, оскільки «кожна людина є біосоціальною істотою, їй притаманна двоїста асиметрична детермінація – біологічна й соціальна» [118, с. 73]. Саме належний стан забезпечення охорони здоров'я є центральною категорією біологічного існування кожного.

Зважаючи на тему нашого дослідження, відмітимо, що актуальність наукової проблеми зумовлюється станом вивчення питання, його практичною цінністю й реалізацією. Отже, для з'ясування рівня наукової розробки того чи іншого питання необхідно ознайомитися зі спеціальними науковими джерелами, їх систематизацією й оцінкою. Спираючись на їх (джерел) основні положення, можна співставити поточний стан забезпечення права засуджених до позбавлення волі на охорону здоров'я й медичну допомогу із тим, як воно має

забезпечуватися, використовуючи метод аналізу, а також дослідити поняття «право на охорону здоров'я засуджених» та всі його складові.

Передусім наголосимо, що питання охорони здоров'я виступає предметом вивчення не тільки спеціалістів у галузі медицини, а й філософів, соціологів, правників та інших вчених. Пояснюється такий стан справ тим, що «здоров'я людини є складним феноменом, що може розглядатися як філософська, соціальна, біологічна й медична категорії, виступає індивідуальною й суспільною цінністю, явищем системного характеру, динамічним, що постійно взаємодіє з навколишнім середовищем, яке, у свою чергу, постійно змінюється» [66].

Таким чином, насамперед необхідно з'ясувати детермінацію поняття «здоров'я». У філософському контексті під терміном «здоров'я» розуміється «значущість міри можливого здійснення людиною цілеспрямованих та усвідомлених дій без погіршення свого фізичного й духовного стану, без втрат в адаптації до життєвого середовища» [84, с. 58]. У Великому тлумачному словнику сучасної української мови надається наступне визначення поняття «здоров'я» – «стан організму, за якого нормально функціонують усі його органи» [68, с. 455]. Згідно з позицією Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі – ВООЗ) «здоров'я – це стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб чи психічних дефектів» [231].

Розглядаючи дефініції поняття «здоров'я», спеціалісти у сфері медицини, зокрема С. Цимбалюк, вважають за доцільне виокремити три підходи до його трактування: вузькоспрямований (включає оцінку фізичного стану й функціональні можливості організму або здоров'я), комплексний (до поняття «здоров'я» входять усі його види й відчуття людини, а також оцінка власного стану), стратегічно-орієнтований (розуміється як можливість самореалізації, виконання суспільно корисної діяльності, досягнення й підтримка відповідного рівня здоров'я) [244, с. 90]. Заслужовує на увагу також думка про те, що пасивно-захисним способом формування здоров'я є створення здорових умов існування людини.

Як зазначають фахівці медичної галузі, «здоров'я є людським трудовим ресурсом, без якого не обійтися». Мається на увазі те, що здорові люди здатні забезпечити довготривалість використання трудового ресурсу без втрати працездатності, без інвалідності [222, с. 7]. Така характеристика має суттєве значення, адже залучення до праці можливе лише за умов фізичної працездатності людини.

Однак, як уже наголошувалося, здоров'я людини – це не лише медико-біологічна категорія, а передусім соціальна, яка визначається природою і характером суспільних відносин, соціальними умовами й факторами, залежними від способу суспільного ладу [200, с. 64]. Таким чином, під поняттям «здоров'я» необхідно розуміти такий стан людини, за якого вона зберігає як фізіологічні, так і соціальні, зокрема трудові, властивості. Стан здоров'я впливає не тільки на якість життя особи, а й визначає можливість її участі в інших відносинах. Для засуджених надзвичайно важливо зберегти соціальну частину їх життя, адже це сприяє реабілітації, ресоціалізації й породжує бажання досягти змін у бік виправлення.

Зауважимо, що забезпечення належного стану здоров'я – це завдання не тільки медичних працівників, а й органів держави. Додамо, що О. П. Доброславін уперше вказав на «обмежені можливості медицини щодо здійснення санітарно-оздоровчих заходів, постійно підкреслюючи державний характер останніх, і звідси, в основному, державну, а не медичну природу охорони здоров'я як системи щодо організації, розробки та реалізації заходів, спрямованих на збереження та зміцнення суспільного й особистого здоров'я» [84, с. 59]. Позиція автора є переконливою особливо щодо осіб, які перебувають у місцях несвободи, адже держава повністю покладає на себе обов'язки із забезпечення осіб, які потрапляють до установ виконання покарань. Саме тому надання медичної допомоги засудженим і забезпечення охорони їхнього здоров'я мають бути реалізовані в повному обсязі.

Слушною, на наш погляд, є думка М. В. Романова, який наголошує, що засуджені, які перебувають у кримінально-виконавчих установах, а також особи,

які утримуються під вартою, знаходяться під повним контролем держави, оскільки їх утримують у спеціальних установах, відокремлених від суспільства. Отже, держава, враховуючи принцип відповідальності перед засудженими і положення Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод щодо забезпечення належних умов утримання, повинна постачати всім особам, які перебувають у вказаних установах, індивідуальні засоби захисту. Вказане не може бути обов'язком самого засудженого, оскільки він не завжди у змозі забезпечити себе такими засобами, а навіть якщо він має таку можливість, то ця відповідальність не повинна лежати на ньому. Держава сама мусить взяти на себе опіку над тими, кого вона вирішила позбавити волі з метою подальшої реабілітації та ресоціалізації [217, с. 264].

На переконання О. І. Краснової та Т. В. Плужнікової, під механізмом державного регулювання сфери охорони здоров'я розуміється «сукупність цілей, принципів, методів адміністративного, економічного, правового та соціально-мотиваційного характеру, які здійснюються державою за допомогою досконалого набору інструментів і направлені на забезпечення ефективного та динамічного розвитку сфери охорони здоров'я». Одними із цілей такого регулювання визнаються забезпечення громадян якісними медичними послугами, державною безкоштовною допомогою, новітніми технологіями, а також підвищенням кваліфікації кадрів. Об'єктом державного регулювання виступають усі установи охорони здоров'я [119, с. 46]. Однак з огляду на те, що заклади охорони здоров'я (далі ЗОЗ), які надають медичні послуги засудженим, підпадають під об'єкт державного регулювання, варто погодитися з думкою Д. В. Карамішева та Н. М. Удовиченко, що «важливість впливу держави на охорону здоров'я зумовлена, перш за все, тим, що соціально незахищені верстви населення не завжди можуть отримати адекватну медичну допомогу, а отже, державне регулювання процесів, які відбуваються в системі охорони здоров'я, може значно послабити негативні наслідки і, навпаки, поліпшити функціональний стан системи» [99, с. 134].

Висловлене повністю відповідає положенням ст. 3 Конституції України, в якій закріплюється, що людина, її життя і здоров'я визнаються в Україні

найвищою соціальною цінністю, ч. 2 ст. 27 Основного Закону, згідно з якою захист здоров'я належить до фундаментального права на життя. Крім того, право кожної людини на охорону здоров'я визначено ст. 49 вказаного акта [113], де законодавець, закріпивши право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу й медичне страхування, передбачив, що охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Суттєвою гарантією цього права є й те, що держава зобов'язана створювати умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування [113]. Із даної конституційної норми випливає, що право на охорону здоров'я включає три складові: охорону здоров'я, медичну допомогу й медичне страхування.

Як відомо з теорії права, вказане право належить до другого покоління прав людини, а його реалізація «залежить від правових, організаційних, фінансових, координуючих та інших форм діяльності держави» [225, с. 8]. «Право людини на охорону здоров'я забезпечує особисту свободу, незалежність і самостійність особи, гарантує життя і захист від будь-яких форм насильства, жорстокого й такого, що принижує людську гідність, ставлення. Здоров'я є природним, невідчужуваним і невід'ємним благом, без якого у тій чи іншій мірі втрачають значення інші цінності, оскільки нездорова людина так чи інакше обмежена у своїй фізіологічній і соціальній активності» [247, с. 79].

На думку О. В. Гальцової та А. Х. Степанюка, «існує деяка неузгодженість при визначенні терміна «право людини на здоров'я», оскільки законодавець підміняє його словосполученням «право на охорону здоров'я». Це відбувається внаслідок того, що право людини на здоров'я неможливо відділити від її права на охорону здоров'я, бо останнє включає в себе широкий спектр соціальних й економічних факторів, які дають можливість зберегти й підтримувати життя людини на належному рівні» [184, с. 76].

Розкриваючи зміст права на охорону здоров'я, можна погодитися з думкою І. Я. Сентюти стосовно того, що воно є загальносоціальним (природним) правом людини, а це означає «можливість людини використовувати усі соціальні,

насамперед державні, засоби, спрямовані на збереження, зміцнення, розвиток та, у випадку порушення, відновлення максимально досяжного рівня фізичного й психічного стану її організму» [220, с. 110].

Продовжуючи розгляд даного права, наведемо висловлювання Н. В. Павловської, яка в дисертаційному дослідженні зазначає, що відповідно до права людини на охорону здоров'я у всіх інших осіб виникає обов'язок утримуватися від дій, що порушують це право, або навпаки, вчинити певні дії (наведене стосується, зокрема, спеціальних суб'єктів), які за законодавством зобов'язані вживати необхідних заходів для збереження і зміцнення здоров'я кожної людини, підтримання її життя, надання їй медичної допомоги [157, с. 44]. З таким неможливо не погодитися, адже поміщення особи до установи виконання покарань породжує обов'язок адміністрації останньої слідкувати за станом здоров'я засуджених.

Варто додати, що, незважаючи на важливість, законодавче визначення терміна «право на охорону здоров'я» наразі відсутнє. У нормативно-правових актах наведені трактування понять «здоров'я» й «охорона здоров'я». Так, під терміном «здоров'я» розуміється стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних вад [155]. Як вказує О. А. Гриценко, «стандарт нормального здоров'я визначається не лише медичним втручанням, а й іншими обставинами», до яких, зокрема, відносять: «спосіб життя (50%), спадковість (20%), зовнішнє середовище і природні умови (20%), систему охорони здоров'я (10%)» [82, с. 56]. Оскільки засуджені змушені підлаштовуватися під умови виконання покарання й особливий спосіб життя, ваговим фактором їхнього благополуччя і здоров'я виступає стан забезпечення права на охорону здоров'я.

Примітно і показово є те, що у преамбулі прийнятого у 1992 році Верховною Радою України Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» закріплено, що кожна людина має природне невід'ємне і непорушне право на охорону здоров'я, що повністю узгоджується із ст. 3 Конституції України, яка, і про це вже йшлося, проголошує здоров'я людини

однією з найвищих соціальних цінностей держави [113]. Основи законодавства про охорону здоров'я під терміном «охорона здоров'я» визнають систему заходів, спрямованих на збереження й відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності й соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя. Також перераховуються суб'єкти, на яких покладається обов'язок вжиття цих заходів [155]. Позитивним аспектом цього визначення є виокремлення таких складових, як система заходів, їх мета, уповноважені суб'єкти. Крім того, відповідно до ст. 4 цього Закону одним із принципів охорони здоров'я є те, що вона є пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним із головних чинників виживання та розвитку народу України [155].

Термін «охорона здоров'я» доповнюється недискримінаційним визначенням суб'єкта, яке надає В. М. Князевич. Так, на думку автора, «охорона здоров'я – система загальнонаціональних (загальндержавних) соціально-економічних і медичних заходів, що мають на меті зберегти й підвищити рівень здоров'я кожної окремої людини і населення в цілому, громадська, соціальна функція медицини і всього суспільства, держави, діяльність товариств, установ та організацій (у тому числі медичних) з охорони здоров'я» [84, с. 159].

У свою чергу, В. Є. Ковригіна під правом на охорону здоров'я розуміє «систему закріплених та охоронюваних державою адміністративно-правових норм, якими врегульовано відносини щодо споживання природного блага – здоров'я, спрямованих на самостійне або за допомогою інших осіб збереження, зміцнення, розвиток та (в разі порушення) відновлення максимально досяжного рівня фізичного та психологічного стану організму людини» [106, с. 130]. У своєму дослідженні авторка робить висновок, що «право на охорону здоров'я» і «право на здоров'я» необхідно використовувати як рівноцінні поняття й вживати в аналогічному сенсі [106, с. 128], що протирічить наведеному раніше висловлюванню О. В. Гальцової та А. Х. Степанюка. На переконанням вченої, охорона здоров'я співвідноситься із медичною допомогою як загальне й похідне відповідно [106, с. 130].

Натомість Г. В. Муляр не погоджується із тим, що право на охорону здоров'я є загальним, а право на медичну допомогу – похідним. Так, у своєму дисертаційному дослідженні науковець пояснює власну точку зору наступним чином: «положення ст. 49 Конституції України виділяють три компоненти права на охорону здоров'я (охорона здоров'я, медична допомога, медичне страхування)» [149, с. 110]. Для того, щоб визначити зміст права на охорону здоров'я, необхідно з'ясувати інші його складові, а саме медична допомога та медичне страхування.

Крім визначення складових права на охорону здоров'я, треба дослідити питання реалізації цього права, оскільки без останнього застосування норм буде неможливим. На думку Н. Гуторової та В. Пашкова, «реалізація права на здоров'я включає в себе надання медичних послуг, зокрема, й профілактичного характеру, і діагностики, що передбачає наявність добровільної інформованої згоди на медичне втручання» [158, с. 63]. Реалізація права на охорону здоров'я має бути безумовною й рівною для всіх людей, незалежно від їх соціального, економічного чи іншого статусу, адже це є відтворенням одного з фундаментальних принципів права – рівності. Як наголошує О. Г. Колб, рівність є «обов'язковою вимогою, що ставиться до будь-якої правової системи» [109, с. 163].

У монографії Є. В. Курінного й Б. О. Логвиненка звернено увагу на те, що у співвідношенні суто медичних понять: «медицина», «охорона здоров'я» та «медичне забезпечення» останнє є найбільш загальним і безпосередньо стосується відповідної організаційної функції, тоді як медицина являє собою галузь науки і практичну діяльність, спрямовану на збереження і зміцнення здоров'я людей, попередження й лікування хвороб [125, с. 48].

Як зазначається у ресурсному довіднику, медико-санітарна допомога, до якої відносяться профілактика, лікування і діагностика захворювань, а також охорона психічного і фізичного благополуччя шляхом надання медичних, сестринських і суміжних спеціалізованих послуг, застосовується до терміна «охорона здоров'я» [59, с.265].

Додамо, що термін «медична допомога» широко вживається у національному законодавстві України, його визначення наводиться і у працях науковців [216]. Зокрема, Основи законодавства України про охорону здоров'я під медичною допомогою розуміють діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику та лікування у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю і пологами [155]. Як бачимо, визначення медичної допомоги охоплює широкий комплекс дій.

Зміст поняття «медична допомога» було висвітлено Конституційним Судом України у 2002 році шляхом його граматичного аналізу і дослідження правових актів. Так, Суд зробив висновок, що у лінгвістичному аспекті слово «допомога» означає: 1) сприяння, підтримку (фізичну, матеріальну, моральну тощо) в чому-небудь; 2) захист кого-небудь, порятунк у біді; 3) робити певний вплив, що дає потрібні наслідки, приносить полегшення, користь, у тому числі і виліковувати; 4) дію, скеровану на підтримку (реалізацію чийх-небудь запитів або потреб у чому-небудь) за певних обставин [216].

Продовжуючи розгляд питання, вкажемо, що Закон України «Про захист прав споживачів» регламентує питання якості надання будь-яких послуг, у тому числі медичних. Так, при наданні медичної допомоги пацієнтам повинні використовуватися методики, медикаменти, устаткування й засоби медичного призначення, розроблені, виготовлені чи придбані згідно зі встановленими правилами і державними стандартами [86, с. 380].

Здебільшого вчені під поняттям «право людини на медичну допомогу» розуміють «закріплену у законодавстві та гарантовану державою можливість кожної людини отримувати у закладі охорони здоров'я чи лікаря приватної практики, які здійснюють професійну діяльність відповідно до чинного законодавства, комплекс заходів, які спрямовані на профілактику, діагностику, лікування і реабілітацію, з метою збереження, зміцнення, розвитку та, у разі порушення, відновлення максимально досяжного рівня фізичного й психічного стану людського організму» [224, с. 282].

Оскільки законодавче закріплення поняття «право на медичну допомогу» відсутнє, погодимося із визначенням, яке пропонує Т. Блащук: «право на медичну допомогу – це можливість кожної людини вимагати від суб'єктів, що здійснюють медичне обслуговування населення, ужиття комплексу заходів, які спрямовані на профілактику, діагностику, лікування й реабілітацію фізичного та психічного стану її здоров'я». Авторка зазначає, що право на медичну допомогу складається з: прав, пов'язаних з безпосереднім наданням медичної допомоги; прав, пов'язаних з інформованою згодою пацієнта; прав, що забезпечують медичну таємницю [60, с. 7].

Перейдемо до наступного терміна – «медичне страхування». У Законі України «Про страхування» під страхуванням розуміється вид цивільно-правових відносин щодо захисту майнових інтересів фізичних та юридичних осіб у разі настання певних подій (страхових випадків), визначених договором страхування або чинним законодавством, за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати фізичними та юридичними особами страхових платежів (страхових внесків, страхових премій) і доходів від розміщення коштів цих фондів [193]. Стосовно медичного страхування в Законі зазначається, що воно може бути як обов'язковим, так і добровільним, а у ст. 4 цього Закону закріплено, що медичне страхування є різновидом особистого страхування. З 1 січня 2024 року набере чинності новий Закон України «Про страхування», яким передбачено такий вид страхування, як страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне). За цим Законом «застрахованою особою може бути фізична особа, визначена страхувальником у договорі страхування, життя, здоров'я, працездатність та/або пенсійне забезпечення якої є об'єктом страхування за договором страхування» [194]. У Законі не передбачено обмежень стосовно осіб, які знаходяться у місцях позбавлення волі.

Згідно з іншим актом, а саме Законом України «Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування», медичне страхування розглядається як вид загальнообов'язкового державного соціального страхування, що являє собою «систему прав, обов'язків і гарантій,

яка передбачає надання соціального захисту, що включає матеріальне забезпечення громадян у разі хвороби, повної, часткової або тимчасової втрати працездатності, ... та в інших випадках, передбачених законом, за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати страхових внесків роботодавцями, громадянами, а також бюджетних та інших джерел, передбачених законом» [156].

На думку фахівців, медичне страхування – «це система заходів зі створення спеціального грошового фонду, з якого відшкодовуються витрати на медичні послуги, утримання хворих у лікувально-профілактичних закладах та інші матеріальні збитки, пов'язані з погіршенням здоров'я, зниженням працездатності та порушенням соціальної активності людини» [86, с. 384].

За підсумками вивчення різних поглядів, представлених у науковій літературі, вважаємо необхідним розуміти медичне страхування як «вид особистого страхування, який передбачає, згідно з законом або договором, обов'язки страховика з оплати, включеної до програми страхування медичної, лікарської та профілактичної допомоги, наданої застрахованій особі, за рахунок цільових фондів, сформованих через кошти підприємств, органів влади і громадян» [103, с. 58].

Резюмуючи вищенаведені дефініції, можемо зробити висновок, що забезпечення права на охорону здоров'я є діяльністю уповноважених суб'єктів, що полягає у вжитті сукупності медичних, соціально-організаційних, правових, фінансових, заходів, спрямованих на збереження й відновлення психічних і фізіологічних функцій людини, її працездатності й соціальної активності людини, а також максимізацію тривалості її життя. Проаналізовані вище складові поняття «право на охорону здоров'я», «медична допомога» та «медичне страхування» дають нам можливість розглянути це право відносно такої уразливої групи населення, як особи, засуджені до позбавлення волі.

Деякі вчені-теоретики у сфері юриспруденції наголошують, що у вітчизняному законодавстві є суттєві прогалини щодо «повноти визначення окремих термінів і понять, які в ньому містяться (включаючи і Конституцію

України) та які повинні розкривати сутність конституційних засад права на охорону здоров'я. Така термінологічна невизначеність ускладнює формування єдиного уявлення про зміст конституційних положень та ускладнює практику ... забезпечення засад реалізації права на охорону здоров'я» [149, с. 112]. Через наявні недоліки може мати місце неналежне забезпечення охорони здоров'я засуджених. Розглянемо нормативно-правові акти, спираючись на приписи яких забезпечується реалізацію зазначеного конституційного права особам, які утримуються в установах виконання покарань.

Кримінально-виконавчий кодекс України (далі КВК України) закріплює, що засуджені мають право на охорону здоров'я в обсязі, встановленому Основами законодавства України про охорону здоров'я, крім передбачених законом обмежень. Згідно із згаданим актом охорона здоров'я забезпечується завдяки вжиттю системи медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних заходів, а також поєднанню безоплатних і платних форм медичної допомоги. У нормативно-правових актах встановлюється, що терміни використовуються у значеннях, наведених у КВК, Основах законодавства України про охорону здоров'я та інших законодавчих актах, що регулюють відносини з питань, пов'язаних з охороною здоров'я [176]. Підтримуємо твердження О. В. Таволжанського, що «засуджені мають такі самі права, як і звичайні громадяни, що означає заборону порушувати природні права людини під час тюремного ув'язнення» [236, с. 89].

Однією із засад формування системи громадського здоров'я, визначених у Концепції розвитку системи охорони здоров'я, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1002-р, є право на здоров'я та охорону здоров'я як одне з базових прав людини незалежно від її раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, віку, сексуальної орієнтації, гендерної ідентичності, етнічного та соціального походження, майнового стану, місця проживання, мовних або інших ознак, в тому числі стану здоров'я [116].

Варто погодитися з думкою, що «охорона здоров'я базується на загальних принципах забезпечення медичної допомоги, її рівної доступності для всіх громадян, заснованої на солідарній участі багатих і бідних, здорових і хворих, молодих і старих, працюючих і непрацюючих, незалежно від місця проживання, тобто на принципах соціального страхування, а також надання якісної медичної допомоги, досягнення високих показників здоров'я й задоволення потреб пацієнтів з урахуванням можливого рівня витрат (йдеться про ефективність медичної допомоги – найкраще співвідношення витрат і результатів)» [99, с. 133].

У цілому засади реалізації права людини на охорону здоров'я й умови їх забезпечення у кримінально-виконавчому праві можна проаналізувати через логічне поєднання цих категорій. При цьому положення Конституції України мають першочергове значення, а норми кримінально-виконавчого права (далі КВП) забезпечують можливість їх реалізації та ефективність дії.

Відповідно до ст. 3 Конституції України, «Людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю. Права і свободи людини та їх гарантії визначають зміст і спрямованість діяльності держави. Держава звітує перед людиною за свою діяльність. Утвердження і забезпечення прав і свобод людини є головним обов'язком держави» [113]. Визнання здоров'я людини найвищою цінністю підтверджує те, що право на здоров'я належить до групи невід'ємних прав людини.

Як закріплює Кримінально-виконавчий кодекс України, засуджені користуються всіма правами людини і громадянина, передбаченими Конституцією України, за винятком обмежень, визначених цим Кодексом, законами України і встановлених вироком суду [122]. Як наголошує А. П. Гель, «засуджені володіють такими ж правами на охорону здоров'я та благополуччя, як і всі інші люди» [73, с. 196].

Беззаперечно, закріплене у Конституції України право на охорону здоров'я й медичну допомогу має включати в себе систему заходів, вжиття яких

спрямоване на збереження й підтримання стану здоров'я особи. Як вже згадувалося вище, медична допомога є однією зі складових поняття «охорона здоров'я», оскільки здатна відновити та вдосконалити такий стан. «Складовими права громадян України на охорону здоров'я національне законодавство передбачає: життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та соціальне обслуговування; кваліфіковану медико-санітарну допомогу; відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди тощо» [225, с. 6]. Зрозуміло, що життєвий рівень засуджених до позбавлення волі осіб значно відрізняється від рівня загального населення, втім законодавством встановлено, що якість медичних послуг, а тому і стан забезпечення охорони здоров'я, мають надаватися відповідно до стандартів.

Статтею 8 Кримінально-виконавчого кодексу України визначені основні права засуджених, серед яких, зокрема, право на охорону здоров'я. Так, згідно з приписами згаданого акта «охорона здоров'я забезпечується системою медико-санітарних й оздоровчо-профілактичних заходів, а також поєднанням безоплатних і платних форм медичної допомоги. Засуджені, які мають розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю, наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів чи інших одурманюючих засобів, можуть за їх письмовою згодою пройти курс лікування від вказаних захворювань» [122].

Отже, дослідивши термін й основні складові поняття «права на охорону здоров'я», можна сформулювати визначення «забезпечення права на охорону здоров'я засуджених до позбавлення волі», під яким слід розуміти діяльність уповноважених суб'єктів кримінально-виконавчої системи, що являє собою сукупність медичних, соціально-організаційних, правових і фінансових заходів, спрямованих на збереження й відновлення психічних і фізіологічних функцій засудженої особи, профілактику соціально-небезпечних захворювань, набутих під час виконання покарань, а також збереження її працездатності та соціальної активності.

За час існування незалежної України відбувалося активне прийняття змін до законодавства у сфері надання медичної допомоги засудженим. На момент

проголошення незалежності України й до 2004 року медико-санітарне забезпечення засуджених гарантувалося Виправно-трудоим кодексом України, яким передбачалася організація необхідних лікувальних закладів, лікувально-профілактична та санітарно-протиепідемічна робота [70]. Вбачається, що норми цього Закону мають знайти відображення й у спеціальному законодавстві, що регулює порядок утримання засуджених.

Прийнятий у 1993 році спільний наказ Міністерства внутрішніх справ України й Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Настанови по медико-санітарному забезпеченню осіб, які утримуються в слідчих ізоляторах та установах виконання покарань МВС України» мав посилення на вищезгаданий Закон. Цей нормативно-правовий акт визначав санітарно-епідемічне забезпечення й організацію надання медичної допомоги особам, які перебувають в установах виконання покарань, який у 1997 році був доповнений порядком проведення тестування, медичного огляду й умовами тримання ВІЛ-інфікованих осіб у виправно-трудоих установах [160, п.7.3.17]. Причиною таких змін була активна нормотворчість щодо запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (далі СНІД) в ті роки, а внесені у 1998 році зміни щодо заходів профілактики й контролю за ВІЛ-інфекцією привели наше законодавство у цій сфері у відповідність до рекомендацій Всесвітньої організації з охорони здоров'я [179]. У цілому на той час законодавство у сфері тюремної медицини регламентувало загальну організацію медико-санітарного нагляду, лікування у відповідних закладах і протиепідемічне забезпечення, натомість все ще вимагало приведення у відповідність до Конституції України й міжнародних стандартів.

У 2000 році Державним департаментом України з питань виконання покарань й Міністерством охорони здоров'я України затверджено спільний наказ «Про затвердження нормативно-правових актів з питань медико-санітарного забезпечення осіб, які утримуються в слідчих ізоляторах та установах виконання покарань», що діяв протягом чотирнадцяти років. Упродовж цього часу даний документ зазнавав змін, у зв'язку з прийняттям

Кримінально-виконавчого кодексу (2004), Правил внутрішнього розпорядку установ виконання покарань (2000 та 2003 роки), Положення Міністерства юстиції України «Про організацію лазне-прального обслуговування осіб, які тримаються в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах (2006 та 2012 роки)» і змін до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», які, зокрема, стосувалися дотримання державних стандартів, порядку приймання ліків, санітарного забезпечення, особистої гігієни і проведення медичного огляду засуджених.

У результаті порівняння внесених до законодавства змін можна вказати наступне. Перш за все, велику кількість норм було доповнено посиланням на державні стандарти, наприклад, щодо якості продуктів і питної води, з яких готується їжа для засуджених [172, п.2.8.18]. Деяких змін зазнав також порядок надання ліків засудженим. Наприклад, у Настанові від 1993 року видача ліків була обмеженою, адже отримати антибіотики мали право лише засуджені, яким загрожує небезпека зараження особливо небезпечними інфекціями, а також туляремією, бруцельозом, висипним тифом, сибіркою. У Положенні від 2000 року цей список захворювань доповнено дифтерією [144, п.4. 4.13].

Щодо санітарного забезпечення додано, що приміщення мають бути обладнані умивальниками, зокрема, у місці приймання їжі, а раніше згадувалося лише про туалетні зони [172, п.2.6.12]. Крім того, закріплювалася обов'язковість забезпечення системою гарячого й холодного водопостачання, а також системою опалення (централізованого або місцевого), хоча раніше це було лише бажаним в установах виконання покарань [172, п.5.3.2]. Звертаючись до Мінімальних стандартних правил Організація Об'єднаних Націй (далі ООН) поводження із в'язнями (у ред. 2015 р.), приміщення, якими користуються в'язні, повинні відповідати всім санітарним вимогам [144, п.10]. Це свідчить про те, що потребувалося сім років для того, щоб засуджені особи в Україні отримали мінімум санітарного забезпечення, який рекомендується міжнародними нормами.

Порядок проходження медичного огляду не зазнав вагомих змін, адже норми нового наказу фактично дублювали положення Настанови по медико-санітарному забезпеченню осіб, які утримуються в слідчих ізоляторах та установах виконання покарань, МВС України від 1993 року. Натомість, періодичність проходження флюорографічного обстеження змінено на один раз на рік замість двох разів, що, на думку медиків, небезпечно для здоров'я. У разі відсутності даних про рентгено-флюорографічне обстеження в поточному році останнє проводиться протягом двох тижнів, а раніше було якнайшвидше [172, п.6.1.7], тобто було зазначено, коли саме має особа пройти обстеження, що є важливим для організації медичного огляду взагалі. У 2008 році прийнято відповідне законодавство, а саме Інструкція Міністерства охорони здоров'я України (далі МОЗ України) «Про періодичність рентгенівських обстежень органів грудної порожнини певних категорій населення України», що осіб, які тримаються в установах кримінально-виконавчої системи, відносить до соціальних груп ризику і встановлює обов'язковість проведення рентгенологічного дослідження один раз на рік [98, п.2.7.2.1]. Вважаємо, що такі зміни у сфері пенітенціарної медицини є обґрунтованими як із законодавчої, так і з наукової точки зору.

Серед змін також варто відзначити такі, згідно з якими було вперше закріплено відповідальність лікаря-психіатра за надання особі психіатричної допомоги [172, п.9.1.1]. Натомість залишався такий самий порядок проходження медичного огляду, використання «лазні як засобу санітарної обробки, якою засуджені мають користуватися не рідше 1 разу на 7 днів з одночасною зміною натільної та постільної білизни». Проте Настанова від 1993 року вимагала проведення обов'язкового медичного огляду фельдшером, але Постановою від 2000 року цього не передбачалося. Положення про організацію лазне-прального обслуговування осіб, які тримаються в установах виконання покарань, також зазнало змін упродовж цього періоду. Раніше передбачалося приймання душу у спеціально облаштованих для цього місцях, а зараз це є можливим лише для засуджених жіночої статі [165, п.3.2]. Повертаючись до Мінімальних тюремних

правил, «від в'язнів слід вимагати, щоб вони утримували себе у чистоті. Для цього їх треба забезпечувати водою і туалетним приладдям, необхідним для підтримання чистоти і здоров'я» [144, п.15]. Тому при обґрунтуванні доречності таких змін виникає низка сумнівів і зауважень, адже «надати можливість приймати душ протягом тижня не повинно бути гендерною перевагою» [126, с. 193].

Із 2012 року, з часу запровадження національного превентивного механізму, розпочався етап детальної перевірки чинного законодавства й аналізу реальної ситуації в установах виконання покарань щодо відповідності міжнародним стандартам. Уповноваженим Верховної Ради України з прав людини видається Спеціальна доповідь «Моніторинг місць несвободи в Україні», в якій у 2012 році серед рекомендацій є вирішення питання обладнання необхідної кількості умивальників для миття рук, забезпечення надання медичних послуг ув'язненим відповідно до клінічних протоколів і нормативів надання медичної допомоги, вжиття заходів щодо укомплектування вакантних посад медичних працівників тощо [226, с.93]. Отже, проведені дослідження підтверджують, що внесені зміни до законодавства у сфері пенітенціарної медицини були необхідними, проте їх реалізація ще потребує вдосконалення.

У 2007 році Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» доповнено статтею 39¹, якою закріплюється право на таємницю про стан здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також відомості, одержані при його медичному обстеженні [155, ст.39]. Лише у 2014 році з прийняттям нового наказу Міністерства юстиції України й Міністерства охорони здоров'я України передбачено право на таємницю про стан здоров'я для засуджених осіб. Серед інших суттєвих змін слід згадати те, що закріплено, по-перше, право на вільний вибір лікаря (ст.11), а його допуск до засудженого має забезпечитися протягом трьох днів, по-друге, право на отримання засудженими від їх родичів або інших осіб лікарських засобів, виробів медичного призначення та інших засобів реабілітації, натомість раніше за рахунок родичів можна було отримати лише протез й окуляри. До цього моменту також обмежувалося

видання ліків на руки засудженим, а за новим положенням, за призначенням лікаря, вони почали надаватися на руки хворому [176, п.9]. Як зазначає О. В. Лисодед, «розширення прав засуджених, зокрема, у сфері права на медичну допомогу, свідчить про наближення кримінально-виконавчого законодавства до європейських стандартів. Втім, має бути розроблений дієвий механізм їх реалізації» [136, с. 19]. Б. М. Головкін також зазначає про євроінтеграційний напрямок кримінально-виконавчого законодавства, що здійснюється за рахунок приведення національних норм, зокрема у медичній сфері, у відповідність до європейських стандартів [80, с. 106].

У Положенні від 2014 року також врегульоване питання медичного обстеження засуджених у дільниці карантину, діагностики та розподілу, закріплено чіткий перелік маніпуляцій, що мають виконуватися при повному медичному обстеженні. Зокрема, звернено увагу на обстеження психіатром, стоматологом (зубним лікарем), обстеження молочних залоз, що повністю відповідає міжнародним рекомендаціям [176]. Додамо, що у 2014 та 2018 роках також зазнали змін Правила внутрішнього розпорядку установ виконання покарань. Прикладом може слугувати норма, що за необхідності засуджені за письмовими заявами у змозі отримувати виписки зі своїх медичних карт і передавати їх близьким родичам, коли раніше цього не було передбачено законодавством [182, п.22]. Відтак, родичі можуть бути ознайомлені зі станом здоров'я засуджених і сприяти недопущенню погіршення їх стану.

Одним із важливих аспектів аналізу змін законодавства у сфері пенітенціарної медицини є вивчення формування закладів, які забезпечують надання медичної допомоги засудженим. Під час дії Настанови від 1993 року систему лікувально-профілактичних закладів складала здоровпункти, завданням яких було здійснення медичного контролю за станом здоров'я засудженого, медична частина й лікарні для засуджених [150, п.5.1.2]. Таку саму систему закладів передбачала Постанова від 2000 року [172, п.5.1]. Із набранням чинності Постанови від 2014 року систему закладів охорони здоров'я ДКВС України було поділено на лікарняні заклади, амбулаторно-поліклінічні заклади та аптеки.

Навряд чи можна погодитися, що такі зміни вплинули на функціональну можливість закладів охорони здоров'я, адже перелік медичної допомоги, який може надаватися засудженим, не був змінений. Однак збільшено строки надання медичної допомоги, зокрема, амбулаторне лікування, що триває не більш як 14–15 днів, подовжено до 15–20 днів [169, п.6.2.18], стаціонарну ж допомогу – з 15 до 30 днів [169, п.9, 5.1].

На даний час засуджені користуються правом на вільний вибір методів лікування відповідно до рекомендацій лікаря, які назначаються згідно із стандартами у сфері охорони здоров'я та клінічними протоколами [176, п. І]. Крім того, передбачено можливість отримання лікарських засобів або їх аналогів (п. 21), що значно збільшує можливість надання своєчасної медичної допомоги засудженим якісними ліками. Втім, за даними моніторингу місць несвободи в Україні на 2016 рік виявлені проблеми із санітарно-гігієнічними умовами, відсутність санвузлів, перебої доставок харчування, незадовільний рівень організації надання медичної допомоги в'язням, не проведення медичних оглядів і зроблено ряд інших зауважень [146, с. 53]. Це дозволяє зробити висновок, що зміни до законодавства не сприяли реалізації надання якісно нової медичної допомоги в установах виконання покарань. За даними науковців, внесені зміни «не усувають можливості адміністрації установи виконання покарання зловживати своїм правом надавати дозвіл на допуск лікаря, направлення засудженого до закладу охорони здоров'я тощо» [117, с. 190].

У вересні 2017 року набула чинності Постанова Кабінету Міністрів України «Про утворення державної установи «Центр охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України» [195], з якої розпочинається створення нової системи медичної допомоги, що має надаватися засудженим. Положенням про ДУ «ЦОЗ ДКВС» (у ред. 2019 р.) додатково закріплено паліативну допомогу, медичну реабілітацію, превентивну медицину й цілодобове чергування лікаря [164]. Це свідчить про перехід на якісно новий рівень надання медичної допомоги засудженим в Україні.

Із започаткуванням діяльності «ЦОЗ ДКВС» відбулося «впровадження пацієнт-орієнтованої моделі системи охорони здоров'я, створення незалежної медичної вертикалі, інтегрованої у загальнонаціональну систему охорони здоров'я та забезпечення відповідності медичного персоналу кваліфікаційним вимогам» [245]. Фактично з цього часу, як наголошує А. П. Гель, «пенітенціарна система Україна змінила відомчу модель організації охорони здоров'я в установах виконання покарань, оскільки діяльність лікаря стала незалежною від керівника УВП, що забезпечує неупереджене ставлення до пацієнта» [73, с. 197]. На наш погляд, аргументів щодо незалежності лікарів автор не наводить.

Як зауважують вітчизняні фахівці, на даний час слід удосконалити стан розробки й запровадження медико-реабілітаційних програм реабілітації засуджених [225, с. 160]. З огляду на це лише нормативного закріплення недостатньо, слід розробити ефективний метод реалізації. Разом із тим координація діяльності закладів охорони здоров'я пенітенціарної системи з керівництва УВП передана ЦОЗ ДКВС України, але її діяльність спрямовується і координується Міністерством юстиції України [57, с. 56].

Підсумовуючи вище сказане, відзначимо, що здоров'я людини – це не тільки медико-біологічна категорія, а насамперед соціальна, яка визначається характером суспільних відносин, соціальними умовами й чинниками, залежно від типу суспільного ладу. Кримінально-виконавчим кодексом України передбачено, що засуджені мають право на охорону здоров'я у межах, встановлених Основами законодавства України про охорону здоров'я, крім обмежень, передбачених законом. Як уже наголошувалося, медична допомога – одне із складових поняття «охорона здоров'я», оскільки вона здатна відновити й покращити такий стан. Натомість, порядок проходження медичного огляду ув'язнених з 2000 року залишався без істотних змін, що обмежує засуджених до позбавлення волі осіб отримувати медичну допомогу на такому рівні, що гарантується загальному населенню. Створення нової ДУ «ЦОЗ ДКВС» започаткувало розширення переліку послуг, які можуть надаватися в установах

виконання покарань, втім медична діяльність все ще залишається під впливом адміністрації установ виконання покарань.

1.2. Міжнародні стандарти та зарубіжна практика реалізації права на охорону здоров'я в місцях позбавлення волі

У сучасному світі питання охорони здоров'я в місцях позбавлення волі визнається однією з найбільш актуальних та важливих тем. Міжнародні стандарти і зарубіжна практика реалізації права на охорону здоров'я в місцях позбавлення волі відіграють ключову роль у визначенні стандартів та принципів, які повинні бути втілені державою для забезпечення найвищого ступеня охорони здоров'я для всіх, включаючи засуджених. Виходячи з цього, вивчення міжнародних стандартів і зарубіжної практики реалізації права на охорону здоров'я в місцях позбавлення волі є необхідним для розвитку національних систем охорони здоров'я й забезпечення справедливості й гідності всіх громадян.

Одним із поштовхів до якісних змін в забезпеченні права людини на охорону здоров'я в Україні можна вважати підписання Угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом від 27 червня 2014 року, у ст. 14 якої зазначено, що «співробітництво у сфері юстиції, свободи та безпеки буде відбуватися на основі принципу поваги до прав людини та основоположних свобод» [241]. Взяття Україною на себе міжнародних зобов'язань актуалізує необхідність врахування досвіду країн для гарантування права людини на охорону здоров'я. До того ж модернізація національних систем охорони здоров'я дозволить наблизити рівень цього права до стандартів, які діють у ЄС.

Відповідно до Концепції реформування пенітенціарної системи України, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 13 вересня 2017 року № 654-р, завданням держави визнається «здійснення реформи медичної служби пенітенціарних закладів з метою належного надання медичної допомоги утримуваним особам». На зміну цієї Концепції схвалено Стратегію

реформування пенітенціарної системи на період до 2026 року, однією з основних цілей якої є забезпечення права на охорону здоров'я й медичну допомогу, соціальний захист в установах виконання покарань і слідчих ізоляторах [232].

Що стосується зарубіжної практики, зауважимо, що міжнародна спільнота активно досліджує тему прав засуджених і розробляє правила, дотримання яких слід прагнути в діяльності установ виконання покарань кожної країни. Найпершим документом, що захищає права кожної людини, є Загальна декларація прав людини, прийнята Генеральною Асамблеєю від 10 грудня 1948 року. Вона визнає «гідність властивістю всіх членів людської сім'ї та проголошує всіх людей рівними у своїй гідності та правах. Декларація закріплює, що ніхто не може зазнавати тортур, або жорстокого, нелюдського, або такого, що принижує його гідність, поводження і покарання, а також визнає, що кожна людина має право на соціальне забезпечення за допомогою національних зусиль і міжнародного співробітництва» [92, ст. 1,3,5]. Хоча Загальна декларація прав людини не є юридично обов'язковою, вона значно вплинула на більшість національних конституцій. Так, вказані норми імплементовані у статті 3 та 28 Конституції України й відображаються у законах і підзаконних актах [113].

Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод, прийнята 4 листопада 1950 року, також містить норми щодо зобов'язання поважати права людини й заборони катування [111], втім є обов'язковою для країн, що її ратифікували. Європейський суд з прав людини у своїх рішеннях, зокрема, у справі «Кудла проти Польщі», визнавав ненадання медичної допомоги засудженим порушенням статті 3 Конвенції й встановлював, що «держава повинна забезпечити належну охорону здоров'я та благополуччя засуджених шляхом забезпечення їм необхідної медичної допомоги» [202, п.94]. Як свідчить практика ЄСПЛ, засуджені користуються можливістю звернення до Суду з метою захисту своїх прав.

До міжнародно-правових актів, які стосуються недопущення катувань і жорстокого поводження і покарання, також відносять Конвенцію проти катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів

поводження і покарання й Європейську конвенцію про запобігання катуванням чи нелюдському або такому, що принижує гідність, поводженню чи покаранню. Міжнародний пакт про громадянські і політичні права, ратифікований Україною від 19 жовтня 1973 року, забезпечує права людини, забороняючи дискримінацію, а також закріплює «неможливість катування чи жорстокого, нелюдського або принижуючого гідність поводження чи покарання, зокрема, у вигляді медичних чи наукових дослідів». Однією з особливостей Пакту є те, що він містить норму щодо засуджених, яка проголошує їх право на гуманне поводження і поважання гідності [140, ст. 2,7,10].

Крім того, Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права визнає «право кожного на достатній життєвий рівень для нього і його сім'ї, що включає достатнє харчування, одяг і житло, і на неухильне поліпшення умов життя, найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я. Держави-учасниці мають вживати заходів для запобігання і лікування епідемічних, ендемічних, професійних та інших хвороб і боротьби з ними; створення умов, які забезпечували б всім медичну допомогу і медичний догляд у разі хвороби» [141, ст. 11, 12].

Ще одним міжнародним нормативно-правовим актом є Люблінська хартія з реформування охорони здоров'я, яка закріплює принцип, згідно з яким «охорона здоров'я має насамперед сприяти поліпшенню здоров'я та якості життя людей» [49].

Важливим міжнародним стандартом у сфері діяльності лікарів є Принципи медичної етики Генеральної Асамблеї ООН від 18 грудня 1982 року, що окремо регулюють діяльність працівників охорони здоров'я, які забезпечують медичне обслуговування ув'язнених і затриманих осіб. Принципи закріплюють «обов'язок лікарів охороняти фізичне і психічне здоров'я засуджених і забезпечувати лікування захворювань таких саме якості і рівня, які забезпечуються особам, які не є ув'язненими або затриманими. До порушення медичної етики відноситься посвідчення того, що стан здоров'я засуджених дозволяє застосування покарання, яке може справити негативний вплив на їх

фізичний або психічний здоров'я і яке не узгоджується з відповідними міжнародними документами» [185].

Проаналізуємо регіональні міжнародно-правові стандарти прав пацієнтів, зокрема, Декларацію про політику в галузі забезпечення прав пацієнтів в Європі, де звертається увага на те, що «кожен має право отримувати таку медичну допомогу, яка відповідає потребам, включаючи профілактичну допомогу та заходи, спрямовані на зміцнення здоров'я. Пацієнти мають право на гідне лікування у зв'язку з їх діагнозом, відповідно до їх культури та цінностей». Важливим є пункт щодо «права пацієнтів на полегшення своїх страждань, гуманну термінову допомогу та гідну смерть». Не можна оминати й того, що цим стандартом передбачено «право не бути повідомленим щодо свого стану здоров'я за письмовою згодою» [83].

Наступним актом є Європейська хартія прав пацієнтів, яка проголошує «необхідність гарантування регулярних медичних процедур для різних груп населення, схильних до ризику» [88]. За законодавством України особи, які утримуються або звільнилися з установ виконання покарань, належать до груп підвищеного ризику, зокрема, щодо можливості захворювання на туберкульоз (далі ТБ) [174, п.10]. Серед нових стандартів Хартія закріплює «право на повагу до часу пацієнта. Кожна людина має право на необхідне лікування протягом швидкого і заздалегідь встановленого періоду часу. Це право діє на кожній стадії лікування. Медичні служби зобов'язані встановлювати строки очікування, протягом яких повинні надаватися деякі послуги на основі конкретних стандартів і залежно від ступеня терміновості справи. Лікарі повинні приділяти достатньо часу своїм пацієнтам, у тому числі час, що приділяється наданню інформації. В умовах технологічного прогресу необхідно згадати право на доступ до інноваційних процедур, включаючи діагностичні процедури, відповідно до міжнародних стандартів і незалежно від економічних або фінансових міркувань» [88, п.10].

Європейською хартією також передбачається «право на індивідуалізоване лікування, що означає проведення діагностичних або терапевтичних програм

відповідно до конкретних потреб людини». Із цією метою служби охорони здоров'я повинні «гарантувати гнучкі програми, в максимально можливій мірі орієнтовані на забезпечення того, щоб критерії економічної стійкості не превалювали над правом на охорону здоров'я» [88]. Незважаючи на те, що Європейська хартія не є юридично обов'язковою для України, гармонізація національного законодавства до міжнародних стандартів є пріоритетом для розвитку нашої країни, зокрема, її пенітенціарної системи.

Ще один міжнародний акт, а саме Європейська соціальна хартія, закріплює, що «з метою забезпечення здійснення права на охорону здоров'я необхідно вживати таких заходів, як усунення причини слабого здоров'я та забезпечення діяльності консультативно-просвітницьких служб. З метою забезпечення права на соціальну та медичну допомогу кожна людина може отримувати у відповідних державних чи приватних службах такі поради та персональну допомогу, які можуть бути необхідними для запобігання виникненню особистого або сімейного нужденного становища, для його подолання чи полегшення» [87, ст.11,13]. Європейська соціальна хартія ратифікована Україною у 2006 році, втім про дотримання цих положень в установах виконання покарань неможливо говорити в контексті забезпечення прав засуджених на охорону здоров'я.

Вищезазначені міжнародно-правові акти, хоча здебільшого не мають застережень щодо засуджених, втім стосуються всіх людей без винятку, а тому норми щодо охорони здоров'я й медичної допомоги мають бути відображені у національному кримінально-виконавчому законодавстві. Так, Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» у своїй преамбулі закріплює, що «кожна людина має природне невід'ємне і непорушне право на охорону здоров'я» [155]. Кримінально-виконавчий кодекс і підзаконні нормативно-правові акти щодо утримання засуджених відображають положення Конституції України й законодавства про охорону здоров'я, передбачаючи право на вільний вибір лікаря, регулярний медичний огляд, отримання медикаментів, особливо на лікування соціально небезпечних і соціально значущих хвороб

тощо.

Нарешті розглянемо основні міжнародні принципи і стандарти щодо охорони здоров'я безпосередньо засуджених. За думкою Д. В. Ягунова, «будь-яка тотальна інституція за своєю природою є середовищем постійного конфлікту та створює об'єктивні передумови для порушення прав людини. Тому міжнародні стандарти прав саме ув'язнених відзначаються високим ступенем деталізації та охоплюють майже всі аспекти поводження з ними» [154, с. 27].

Перш за все звернемося до Мінімальних стандартних правил поводження з в'язнями, впровадження яких у пенітенціарні й виправні установи, а також використання їх при розробці національного законодавства є рекомендацією Генеральної Асамблеї ООН. Крім загальних норм щодо необхідності дотримання санітарних вимог чистоти в УВП, слід детальніше зупинитися на стандартах щодо медичного обслуговування, а саме наявності «принаймні одного кваліфікованого психіатра та зубного лікаря». Правила також містять рекомендацію «повідомляти родичів та близьких осіб щодо хвороби засуджених, а також можливість користуватися всіма видами допомоги». Окремо звернено увагу на те, що «персонал установи має бути добросовісним, гуманним та компетентним і проходити курси для працівників щодо цих правил» [144, п. 22].

Із часу створення державної установи «Центр охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України» відбулося розширення обсягу надання медичної допомоги засудженим, адже за останньою редакцією положенням про ДУ «ЦОЗ ДКВС» «в установах виконання покарань забезпечується паліативна допомога, медична реабілітація, превентивна медицина та цілодобове чергування лікаря» [164].

Європейські пенітенціарні правила (далі ЄПП), прийняті Комітетом міністрів Ради Європи 11 січня 2006 року, у редакції 2018 року, встановлюють правила, рекомендовані для застосування у пенітенціарній законотворчій діяльності, політиці та практиці. Правила наголошують на тому, що «засуджені зберігають усі права, яких вони не були законно позбавленні за рішенням суду, а якість їхнього утримання не може виправдовуватися нестачею ресурсів [89].

ЄПП закріплюють право засуджених на доступ до медичних послуг, які існують у країні, без дискримінації за правовим становищем. Україна зараз стає на шляху реформування охорони здоров'я, створюючи систему сімейної медицини, запозичивши досвід європейських країн. Згідно з Порядком надання первинної допомоги, затвердженим Міністерством охорони здоров'я України, «взаємодія пацієнта з лікарями різних галузей відбувається через сімейного лікаря, декларацію та зв'язок з яким підтримується за допомогою мобільного телефону» [173]. Хоча Кримінально-виконавчий кодекс України передбачає можливість користування мобільними телефонами, проте лише «під контролем адміністрації, у спеціально відведені час та місце» [122, ст.10]. Таким чином, позбавлені волі особи не мають змоги вільно спілкуватися зі своїм лікарем, про що також наголошується у доповіді Уповноваженого ВРУ з прав людини за 2020 рік.

Європейські пенітенціарні правила можна, безсумнівно, вважати найсучаснішими у сфері прав засуджених, оскільки останні зміни були прийняті у липні 2020 року. На думку О. В. Дикого, М. О. Д'ячкової та інших авторів, «ключову роль у змінах відіграло безперервно зростаюче число рішень, ухвалених Європейським судом з прав людини щодо застосування статей Європейської конвенції про захист прав людини і основоположних свобод (1950) про основні права засуджених, і стандарти, розроблені Європейським комітетом з попередження тортур і нелюдських чи таких, що принижують гідність видів поводження чи покарання, – про поводження з ними» [160, с. 21]. Проаналізувавши ці зміни, можна зробити висновок, що вони стосуються правил одиночного тримання як заходу суворого режиму або безпеки, адже засудженим тепер гарантується «право читати та займатися фізичними вправами, обов'язкове відвідування лікарем таких засуджених, а також неможливість поміщення в одиночну камеру осіб з фізичними чи розумовими вадами» [89]. Кримінально-виконавче законодавство України не містить прямого забезпечення цього права. Вважаємо, що, незважаючи на рекомендаційний характер, зміни до Європейських пенітенціарних правил є суттєвими й розширюють права

засуджених. Відображення цих норм у національному законодавстві змінить не тільки підхід до тримання в одиночній камері, а й стосовно гендерно-чутливої політики й незалежного моніторингу [129, с. 224].

На підтримку цієї думки наведемо тезу С. В. Зливко про те, що «міжнародні стандарти мають на меті надати державам приклад правильної організації професійної діяльності, продемонструвати механізм порівняння правильної та хибної професійної поведінки, їх рекомендаційний характер не означає необов'язковості» [97, с. 224], з цим необхідно погодитися. Більше того, у Рекомендації Комітету міністрів щодо ЄПП зазначається, що державам-членам необхідно «керуватися у своєму законодавстві, політиці та практиці текстом правил та забезпечити, щоб ця рекомендація та коментарі, що її супроводжують, ... були перекладені та поширені якомога ширше, зокрема, серед судової влади, тюремного персоналу та окремих ув'язнених» [41].

Крім вказаного, порядок виконання покарань неповнолітніми та жінками додатково врегульований Мінімальними стандартними правилами Організації Об'єднаних Націй, що стосуються здійснення правосуддя щодо неповнолітніх, («Пекінські правила») і Правилами ООН стосовно поводження з ув'язненими жінками і засобів покарання для жінок-правопорушниць без позбавлення їх свободи (Бангкокські правила) відповідно. Ці правила містять чіткі рекомендації, дотримання яких може реально підвищити рівень гуманізації системи виконання покарань, до чого Україну неодноразово закликали у своїх доповідях Комітет ООН проти катувань, Комітет ООН з прав людини, Європейський комітет з питань запобігання катуванням чи нелюдському або такому, що принижує гідність, поводженню чи покаранню. Пенітенціарна система України втілює більшість норм у своїй практиці, втім існують проблеми з лікуванням жінок у закладах ДКВС [183].

Порушення державами норм міжнародних зобов'язань щодо неналежного медичного забезпечення засуджених найбільше фіксується завдяки діяльності Європейського суду з прав людини щодо встановлення фактів порушення норм Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод. Ненадання

медичної допомоги засудженим нерідко тлумачиться ЄСПЛ, і про це вже йшлося, як порушення статті 3 Конвенції, а саме як катування або нелюдське чи таке, що принижує гідність, поводження або покарання [127, с. 372].

У ході дисертаційного дослідження було проаналізовано 120 рішень Європейського суду з прав людини щодо матеріально-побутових умов тюрми й забезпечення охорони здоров'я засуджених на такому рівні, що Суд зробив висновок про порушення статті 3 Конвенції. Найбільша кількість заяв стосувалася неналежних побутових умов в установах виконання покарань, таких як цвіль, бруд, відсутність вентиляції, погана якість харчування, антисанітарія, відсутність холодної та гарячої води, затоплення під час дощів тощо. Також вказувалася проблема ненадання медичної допомоги особам, які мають ВІЛ-позитивний статус, гепатит та інші інфекційні захворювання. Ще одна низка справ стосувалася ненадання засудженим психіатричної допомоги. Щодо ненадання комплексної терапії лікування захворювання, а лише полегшення стану також була чимала кількість справ.

З огляду на вищезазначені скарги, в яких засуджені зверталися до Європейського суду з прав людини (далі – ЄСПЛ, Суд), можна виокремити ключові положення, що стосуються права засуджених на охорону здоров'я й медичну допомогу та за яких обставин це буде вважатися катуванням, або нелюдським чи таким, що принижує гідність, поводженням або покаранням.

Перш за все, однією із проблем, які впливають на стан здоров'я засуджених, є матеріально-побутові умови їхнього перебування у в'язниці. Суд зазначає, «якщо переповненість не є настільки серйозною, щоб сама по собі порушувати статтю 3 Конвенції, вона все одно може призвести до порушення цього положення, якщо в поєднанні з іншими аспектами умов ув'язнення, такими як погана вентиляція, відсутність доступу до природного світла та свіжого повітря, відсутність належного опалення або відсутність елементарної гігієни призводить до такого рівня страждань, що перевищує той, що притаманний ув'язненню» [6]. Данський інститут із протидії катуванням у своїх довідкових документах неодноразово звертає увагу на питання переповненості в'язниць,

наголошуючи, що це «може бути прирівняне до нелюдського або принизливого поведження або покарання, оскільки перешкоджає забезпеченню безпечних і гуманних умов і поведження з ув'язненими, що також часто призводить до інших порушень прав людини» [201, с. 6].

Наступним моментом, на який у ключових рішеннях звертається увага, виступає медичний стан ув'язненого й адекватність медичної допомоги, яка надається під час ув'язнення. Суд наголошує, що «вирішення цих проблем може потребувати значних фінансових ресурсів. Втім, державні органи мають організувати свої пенітенціарні системи таким чином, щоб забезпечити дотримання цього положення, незалежно від фінансових або матеріально-технічних труднощів» [6]. Як наголошує М. М. Яцишин, «проблема недостатнього фінансування органів і установ виконання покарань призводить до недотримання встановлених норм харчування, медичного та комунально-побутового забезпечення засуджених та осіб, узятих під варту, що призводить до порушення прав людини» [256, с. 246].

Стосовно вищезазначених елементів Суд також надає тлумачення поняття «адекватність». ЄСПС повторює, що «сам факт того, що затриманого оглянув лікар і призначив йому певну форму лікування, не може автоматично призводити до висновку, що медична допомога була адекватною. Органи влади також повинні забезпечити ведення повного обліку стану здоров'я затриманого та його/її лікування під час ув'язнення, щоб діагностика та допомога були швидкими та точними, а також щоб, якщо це необхідно через характер медичного стану, здійснювався нагляд регулярний і систематичний, який передбачає комплексну терапевтичну стратегію, спрямовану на адекватне лікування затриманого. Органи влади також повинні показати, що були створені необхідні умови для фактичного дотримання призначеного лікування. Крім того, медичне обслуговування, що надається в пенітенціарних установах, повинно бути відповідним, тобто на рівні, порівнянному з тим, який державна влада зобов'язалася надавати населенню в цілому. Проте це не означає, що кожному затриманому має бути гарантовано такий самий рівень медичного

обслуговування, який доступний у найкращих медичних закладах за межами пенітенціарних установ» [11].

З огляду на це можемо зробити висновок, що адекватність надання медичної допомоги засудженим визначається шляхом забезпечення регулярного й систематичного спостереження за будь-якими захворюваннями, які можуть бути у засудженого, для встановлення якого необхідна швидка й точна діагностика з метою створення й здійснення лікування засудженого на основі комплексного терапевтичного підходу.

Основними проблемами, які призводять до констатації Європейським судом з прав людини порушень Україною положень Конвенції, протягом багатьох років залишаються жорстоке поводження з особами, які перебувають у місцях виконання покарань, неналежні матеріально-побутові умови тримання осіб, які перебувають в установах виконання покарань, а також ненадання вказаній категорії осіб належної медичної допомоги [253, с.7]. У своєму дослідженні, присвяченому триманню осіб, засуджених до довічного позбавлення волі, Романов М. В. зауважив, що житлові, санітарно-гігієнічні та соціальні умови тримання в УВП мають бути «достатніми для гідного та комфортного проживання» [152, с. 103].

Стосовно справ щодо засуджених з обмеженими можливостями Суд вказав, що «коли органи влади вирішують помістити та тримати інваліда в умови несвободи, вони повинні продемонструвати особливу турботу, гарантуючи такі умови, які відповідають особливим потребам, спричиненим його інвалідністю». У цілому Суд залишає за собою достатню гнучкість у визначенні необхідного стандарту медичної допомоги, вирішуючи це в кожному конкретному випадку. Цей стандарт має бути «сумісним із людською гідністю» засудженого, але також має враховувати «практичні вимоги ув'язнення».

Крім того, Суд повторює, що відповідно до його прецедентної практики «жорстоке поводження має досягати мінімального рівня жорстокості, якщо воно підпадає під дію статті 3 Конвенції. Оцінка цього мінімального рівня тяжкості є відносною; це залежить від усіх обставин справи, таких як тривалість лікування,

його фізичні та психічні наслідки та, в деяких випадках, стать, вік і стан здоров'я потерпілого ... Суд постійно наголошував, що страждання та приниження повинні в будь-якому випадку виходити за межі неминучого елемента страждання чи приниження, пов'язаного з певною формою законного поводження чи покарання. Заходи щодо позбавлення особи волі часто можуть містити такий елемент. Згідно з цим положенням держава повинна забезпечити, щоб особа перебувала у місцях несвободи у таких умовах, які сумісні з повагою до її людської гідності, щоб спосіб і метод виконання заходу не завдавали їй стресу чи труднощів, інтенсивність яких перевищує неминучий рівень страждань, притаманних ув'язненню, і що, враховуючи практичні вимоги ув'язнення, його здоров'я та благополуччя належним чином забезпечені, зокрема у контексті надання йому необхідної медичної допомоги» [10].

Хоча статтю 3 Конвенції не можна тлумачити як таку, що встановлює загальне зобов'язання звільнити затриманих за станом здоров'я, вона, тим не менш, «покладає на державу зобов'язання захищати фізичне благополуччя осіб, позбавлених волі, наприклад, надаючи їм необхідну медичну допомогу» [4].

У контексті поняття «належне лікування» Суд перевіряє на основі інформації, наявної в матеріалах справи, чи був застосований індивідуальний та спеціалізований підхід до лікування. ЄСПЛ вважає, що «інформація, яка вказує на те, що заявники мали доступ до медичних працівників і ліків, може свідчити про те, що вони не були покинуті, але цього недостатньо для оцінки терапевтичних заходів, які були застосовані» [8].

Для з'ясування ситуації в Україні проаналізуємо випадки й обставини звернень осіб, позбавлених волі в нашій країні, до Європейського суду з прав людини щодо порушення статті 3 Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод. Виявляється, що на сьогодні великою проблемою залишається надання належної медичної допомоги особам, що перебувають в установах виконання покарань, переведення для лікування хворих в цивільні лікарні і тривалість процедури звільнення за станом здоров'я. На існуванні цієї проблеми акцентує О. В. Таволжанський, наголошуючи, що «поганий стан

установ, неналежне медичне обслуговування, тримання хворих і здорових осіб в одній камері, ... у більшості випадків визнавалося судом як порушення Конвенції з прав людини, а саме порушення заборони катування» [236, с. 89].

Так, 26 вересня 2013 року було винесено рішення, яке констатувало порушення медичних прав засудженого у справі «Квашко проти України» [204]. Засуджений втратив зір через жорстоке поводження й ненадання медичної допомоги вчасно. Більше того, практика Європейського суду у справах «Коваль проти України» [205], «Мельник проти України» [212], «Петухов проти України» [213] свідчить про недовіру національних засобів захисту. Усі заявники зазнали жорстокого поводження відповідно до рішення Суду.

Суд неодноразово підкреслював, що здоров'я ув'язнених має адекватно охоронятися, однак також встановлював, що статтю 3 Конвенції «не можна тлумачити як таку, що гарантує кожній ув'язненій особі медичну допомогу на рівні «найкращих цивільних медичних закладів». Суд зазначив, що «готовий визнати, що ресурси медичних підрозділів пенітенціарної системи обмежені порівняно з ресурсами цивільних медичних закладів». У цілому Суд «залишає за собою достатню свободу розсуду при визначенні того, який саме вимагався рівень охорони здоров'я в контексті конкретних обставин справи». Такий рівень має бути «сумісним з людською гідністю» ув'язненого, але також має враховувати «практичні вимоги ув'язнення» [213, п. 89].

Іншою проблемою є поширення серед засуджених інфекційних хвороб і ненадання медичного лікування хворим. У вже згадуваній справі «Кушнір проти України» [209] заявник захворів на туберкульоз, проте йому не надавали лікування, і до моменту звернення до Суду його легені потребували негайної медичної допомоги. У справі «Луцьков проти України» [211], заявник скаржився на те, що його стан здоров'я був недопустимим для ув'язнення. Незважаючи на те, що у «заявника була ВІЛ-інфекція, він не отримував медичної допомоги протягом року. Крім того, заявник мав інші інфекції, які були наслідком ослабленого імунітету. Однак лікування не надавалося, поки стан заявника не став критичним». Ненадання медичної допомоги особі з ВІЛ статусом також

мало місце у справі «Салахов та Іслямова проти України» [9], коли він з «2005 був хворим, а у 2008 р. його стан різко погіршився, супроводжуючись постійною лихоманкою та серйозними проблемами із травленням. Декілька разів йому викликали швидку допомогу. Інформація про ВІЛ-інфекцію стала відомою владі лише на початку червня 2008 року після медичного обстеження заявника в лікарні. Лікар поставив діагноз пневмонія та кандидоз, констатуючи, що ВІЛ-інфекція перейшла на четверту клінічну стадію, але немає нагальної потреби в госпіталізації».

У своєму рішенні Суд вкотре звернув увагу на те, що стаття 3 Конвенції «покладає на державу обов'язок забезпечити належним чином здоров'я та добробут ув'язненого» (п. 126). «Одним із важливих факторів для такої оцінки належності є різке погіршення стану здоров'я особи в місцях ув'язнення, що неминуче викликає сумніви щодо адекватності медичної допомоги, яка є в них» (п. 129). У даній ситуації відсутні відомості, зокрема, медичні записи з місця позбавлення волі, які свідчили б про здійснення необхідних медичних процедур для засудженого (п. 135). Таким чином, медичний персонал установи не здійснив належного медичного огляду й не надавав належної медичної допомоги [9].

Справа «Невмержицький проти України» [7] також стосується порушення статті 3 Конвенції, втім воно проявляється у «неналежних умовах тримання, надмірній кількості осіб у камері та відсутності належної гігієни, вентиляції, сонячного світла, щоденних прогулянок, відповідної чистої постільної білизни чи одягу. Крім того, під час ув'язнення заявник захворів на різні шкірні захворювання, зокрема, коросту та екзему. Його стан здоров'я відчутно погіршився, як свідчать його медичні огляди» (п.86). Хоча це правда, що «заявник отримував певну медичну допомогу, але їх початкове скорочення, рецидив, загострення та подальше медичне лікування заявника після звільнення свідчать про те, що він утримувався в антисанітарних умовах, без дотримання елементарної гігієни» (п. 87).

У цій справі Суд також наголошує, що «заявник був оглянутий лікарем вперше через півтора місяця після його затримання, що вже є порушенням

національного законодавства. До того ж заявник підлягав примусовому годуванню, яке Суд визнав порушенням статті 3 Конвенції, що «саме по собі свідчить про те, що національні органи влади не надали заявникові належного лікування та допомоги». Крім того, заявник припинив своє голодування 14 липня 1998 року, відновивши його в жовтні 1998 року. Однак із записів, наданих Урядом, видно, що заявника не оглядав і не відвідував лікар з 5 серпня 1998 року по 10 січня 2000 року. На думку Суду, це «не можна вважати адекватною та розумною медичною допомогою, враховуючи голодування та захворювання, на які страждав заявник». Крім того, Уряд не надав жодних письмових записів щодо примусового годування під час голодування, виду харчування чи медичної допомоги, наданої йому у зв'язку з цим».

Справа «Мельник проти України» [5] також стосується порушення умов тримання засуджених. «Заявник стверджує, що під час перебування в Вінницькій в'язниці № 1 з 29 вересня по 18 жовтня 2000 року його утримували в камері № 26, призначеній для 24 осіб. Однак заявник стверджує, що в камері фактично знаходилося близько 60 осіб, деякі з них хворіли на туберкульоз та СНІД. Ув'язнені спали на металевих ліжках, де кожен спав по чергово. Камера була забруднена та заповнена паразитами, такими як таргани та клопи. Заявник не мав доступу до природного світла та свіжого повітря, і його особистий простір склав приблизно 1–1,5 квадратних метра. Крім того, йому не надавалося належного харчування» (п.98).

Заявник стверджував, що «протягом півроку свого перебування в установі виконання покарань, до його переведення до міжрегіональної лікарні для лікування туберкульозу для засуджених (УВП № 5), його щоденне харчування не відповідало його потребам або встановленим нормам. Заявник зазначав, що більшість їжі надходила від родичів інших ув'язнених. Зокрема, він отримав 20 посилок (кожна важила до 10 кілограмів) протягом ув'язнення. Йому також було заборонено отримувати ліки від своїх родичів».

Заявник, крім того, повідомив, що під час «перебування в лікарні Виправної колонії № 5 його рівень альбуміну був низьким, що свідчить про

недостатнє отримання необхідних харчових компонентів, таких як м'ясо, жири, молоко та інші, у щоденному харчуванні. Заявник вказав, що держава встановила денну фінансову норму на харчування в'язнів у розмірі 1,77 гривень. Однак медичні витрати на утримання осіб, хворих на туберкульоз, становлять 13 гривень. Суд у цій справі також визнав, що санітарні умови, в яких перебував заявник, були незадовільними та спричинили погіршення його стану здоров'я». Таким чином, порушені стандарти статті 3 Конвенції про права людини.

Більше того, у справі «Коновальчук проти України» [206] встановлено комплексні порушення права засуджених осіб на медичну допомогу в системі лікувальних установ Державної пенітенціарної служби України (рішення від 13 жовтня 2016 р). Громадянину Коновальчуку «призначена компенсація від української держави в сумі 10 тис. євро», до речі, подібний випадок зафіксований і у справі «Логвиненко проти України» [210], у якій позивач, відбуваючи покарання у виді довічного позбавлення волі і маючи ВІЛ-інфекцію, хронічний туберкульоз, бронхіт, гепатит і пневмонію, скаржився на відсутність лікування ВІЛ та на те, що йому жодного разу не робили аналізу крові для того, щоб визначити, чи потребує він невідкладної антивірусної терапії. У цій справі Суд зробив висновок, що пан Логвиненко став жертвою нелюдського і такого, що принижує гідність, поводження у зв'язку з відсутністю повноцінного медичного спостереження і лікування від туберкульозу та ВІЛ, а також через погані умови утримання.

Додамо, що ЄСПЛ прийнято низку рішень стосовно незабезпечення своєчасної та належної медичної допомоги у таких справах, як: «Каверзін проти України» [203]; «Кучерук проти України» [208]; «Похлебін проти України» [214]; «Тодоров проти України» [215]. У всіх без винятку рішеннях Суд встановлював порушення ст. 3 Конвенції і зазначав, що ця стаття є втіленням основних цінностей демократичних суспільств, які входять до складу Ради Європи, і вважається одним із найважливіших базових положень Конвенції, відступ від якого не дозволяється.

Вітчизняні вчені досліджували практику ЄСПЛ щодо лікування туберкульозу в установах виконання покарань, зокрема Б. М. Головкін у своєму дослідженні прийшов до висновку, що кількість звернень до Суду «підтверджує незадовільний рівень реалізації медичних прав ув'язнених» [76, с. 63]. Порухенням ст. 3 Конвенції також визнавалося ненадання медичної допомоги засудженому, хворому на туберкульоз. Так у справі «Логвиненко проти України» [210] заявник підкреслював, що «загальні умови ув'язнення та медична допомога в контексті ВІЛ-інфекції та туберкульозу не відповідали його стану здоров'я. Незважаючи на те, що адміністрація УВП була добре ознайомена з його станом здоров'я, протягом усього періоду ув'язнення він не отримував лікування ВІЛ-інфекції». Щодо туберкульозу відповідне лікування було надано лише до кінця травня 2001 року, а потім, незважаючи на призначення, воно залишалося малоефективним. «Стан здоров'я заявника погіршувався також через неналежні умови ув'язнення, включаючи відсутність опалення, гарячої води, можливості виконувати фізичні вправи та виходити на свіже повітря. Заявник отримував консультації медичних фахівців, проходив різні обстеження та приймав ліки кілька разів, проте наявні дані не свідчать про те, що ці заходи були оперативними, послідовними і регулярними».

Схоже, що деякі медичні заходи були проведені з неприпустимим запізненням. За шість років пацієнту були призначені ті самі протитуберкульозні препарати першого ряду, попри послідовні рецидиви інфекції, яка розповсюджувалася на обидві легені (п. 71). У лікуванні туберкульозу заявника «використовували лише антибіотики, спеціальний раціон і, час від часу, вітаміни. Немає жодних даних про те, що коли-небудь були розглянуті альтернативні методи лікування (такі як хірургічні втручання) або додаткові методи (такі як патогенетичні, фізіологічні або реабілітаційні)» (п. 72).

Суд визнає «неприпустимим той факт, що протягом тривалого періоду, а саме понад вісім років, заявнику не було надано жодного лікування для ВІЛ-інфекції. У підсумку, беручи до уваги відсутність системного підходу до медичного нагляду за станом заявника й лікування ВІЛ-інфекції та туберкульозу,

а також недостатню забезпеченість загальних умов ув'язнення, які розумною мірою сприяли б його одужанню, Суд вважає, що державні органи не виконали свого обов'язку, який можна було розумно очікувати від них згідно зі статтею 3 Конвенції. Як наслідок, заявника було піддано нелюдському і такому, що принижує гідність, поводженню» [210].

Звичайно, існують випадки, коли Суд констатує відсутність порушень з боку держави. Наприклад, у справі «Кравченко проти України» [207] заявник скаржився на те, що був засуджений на підставі свідчень, які дав без присутності адвоката. Він також стверджував: «попри те, що самостійно відмовився від такої допомоги, його психічний стан (шизофренія) перешкоджає усвідомленню наслідків відмови. При розгляді справи ЄСПЛ урахував, що ця вимога дотримана Україною, а адвокат був призначений, тільки-но слідчого поінформували про історію хвороби. Тож Суд не знайшов жодних підстав, аби вважати, що право на захист було порушено». Тому скаргу щодо порушення п. 1 ст. 6 Конвенції визнали необґрунтованою та відхилили.

Наведена судова практика та інші випадки звернення до ЄСПЛ свідчать про системну проблему реалізації медичних прав засуджених. Порушення прав людини у місцях позбавлення волі поєднуються з неможливістю їх довести і захистити права в суді. У той саме час є очевидним, що проблеми надання медичної допомоги в установах виконання покарань наявні як на території України, так і закордоном. Одним із засобів унеможливлення і запобігання цьому є рішення Європейського суду з прав людини, у яких розглядаються конкретні ситуації, пов'язані з умовами тримання й поводження з особами, позбавленими волі [242].

Вступ України до Ради Європи означав взяття певних обов'язків, зокрема, у сфері управління пенітенціарною системою. Значущість їх виконання підтверджується тим, що стан дотримання прав людини саме в місцях позбавлення волі є одним з критеріїв, за яким світова спільнота оцінює рівень розвиненості демократії в державі, а участь у громадському контролі широкого

кола ініціативних і зацікавлених громадян – головна умова організації ефективного контролю за дотриманням прав засуджених.

У своєму дисертаційному дослідженні, яке стосується адміністративно-правового забезпечення реалізації права на охорону здоров'я, Г. В. Муляр також вказує на важливість питання організації надання доступу до медичної допомоги і медичних оглядів/обстежень для затриманих і ув'язнених осіб. Авторкою зазначається, що «від прозорості регламентації процедур надання доступу до медичної допомоги залежить зменшення негативних показників направлення позовів до ЄСПЛ» [105].

Таким чином, належне забезпечення права на охорону здоров'я засуджених сприятиме виконанню Україною покладених на неї міжнародними актами обов'язків і сприятиме впровадженню традицій демократичної, правової, соціальної держави. На додаток до цього, наслідком рішення ЄСПЛ є значні виплати компенсації з державного бюджету. Тому вирішення проблеми лежить не тільки в площині кримінального-виконавчого права, а й усієї правозахисної системи кожної країни, щодо якої подається заява до ЄСПЛ.

Висновки до 1 розділу

У першому розділі роботи досліджено загальнотеоретичні засади правового регулювання забезпечення права засуджених на охорону здоров'я.

1. Доведено, що засуджені повинні дотримуватися правил поведінки, встановлених установами виконання покарань. Такі правила зазвичай вимагають від ув'язнених суворого виконання вимог конкретного режиму покарання. Однак ці правила не завжди впливають на повсякденне життя ув'язнених, адже багато його аспектів, наприклад, соціальні й сімейні відносини, залишаються доступними навіть у місцях несвободи. Кожна людина існує як біосоціальна істота, що має як соціальну, так і біологічну половини. Вкрай важливо, щоб медичні працівники правильно визначали потреби кожної людини з урахуванням цих двох складових. Вони повинні спиратися як на фізичні, так і на

психосоціальні аспекти здоров'я, беручи до уваги унікальний баланс між цими двома сферами.

2. Встановлено, що забезпечення охорони здоров'я осіб, поміщених у місця несвободи, має полягати у вжитті державою сукупністю заходів, спрямованих на збереження здоров'я, яке поєднує в собі повне психічне, соціальне, фізичне благополуччя, а не тільки відсутність захворювань. Медична допомога може бути надана як на безоплатній, так і платній основі. Поміщення особи до установи виконання покарань вимагає від держави вжиття належних заходів для підтримання її здоров'я на такому ж рівні, або навіть покращення цього стану, адже засуджені мають право на охорону здоров'я в обсязі, встановленому законодавством про охорону здоров'я, з урахуванням законних обмежень.

3. Аналіз генезису нормативно-правового регулювання охорони прав засуджених доводить, що з часу проголошення незалежності України кримінально-виконавчим законодавством було регламентовано загальну організацію медико-санітарного нагляду, лікування й протиепідемічне забезпечення в установах виконання покарань. Із часів дії радянської влади, коли засуджені були значною мірою позбавлені гуманного ставлення до себе в тюрмах, саме в цей період перейнята переважна більшість норм. Однак головне, що із значною гуманізацією відбулося розширення обсягу прав засуджених, зокрема, у сфері медичних послуг. Втім, національне законодавство не швидко пристосовувалося до цих змін. У перші роки незалежності активна нормотворчість згідно з рекомендаціями ВООЗ здійснювалася щодо забезпечення прав засуджених, особливо щодо запобігання розповсюдженню ВІЛ/СНІД.

У подальші роки пенітенціарне законодавство у сфері медицини зазнало змін завдяки набуттю чинності Кримінально-виконавчим кодексом у 2004 році, які стосувалися переважно дотримання державних стандартів, порядку приймання ліків, санітарного й матеріально-побутового забезпечення, дотримання особистої гігієни засудженими і порядку проходження медичного огляду.

Із 2012 року, часу запровадження національного превентивного механізму, розпочався етап детальної перевірки чинного законодавства на предмет відповідності міжнародним стандартам. У 2014 році були закріплені такі істотні права, як: право на таємницю про стан здоров'я, право на вільний вибір лікаря, право на отримання лікарських засобів від інших осіб, право на отримання виписки зі своєї медичної карти. Саме таке розширення медичних прав засуджених є ознакою наближення українського законодавства до міжнародних стандартів.

Розширення прав засуджених у сфері охорони здоров'я також відбулося у 2017 році зі створенням ДУ «ЦОЗ ДКВС». Закріплюються право на паліативну допомогу, медичну реабілітацію, превентивну медицину й запроваджується цілодобове чергування лікаря. Це свідчить про перехід на якісно новий рівень надання медичної допомоги засудженим в Україні.

У той же час закріплення вищезазначених прав засуджених на охорону здоров'я не гарантує їх безперешкодної реалізації. У цілому необхідно відмітити законодавче сприяння розширенню медичних прав засуджених, що є відображенням імплементації міжнародних стандартів. Загальна декларація прав людини, прийнята у 1948 році, є першим документом, створеним для захисту прав кожної людини в усьому світі. Відтоді міжнародне співтовариство активно досліджує правила пенітенціарних установ і створює нові стандарти, яких вони повинні дотримуватися.

4. Виявлено, що до Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини надходять скарги від засуджених щодо незадовільних умов тримання в установах виконання покарань, у тому числі стосовно медичного забезпечення. Не отримавши суттєвого поліпшення справ, вони звертаються до національних способів захисту своїх прав, а у випадку відсутності сатисфакції, звертаються до Європейського суду з прав людини.

Порушення статті 3 Конвенції про захист прав людини найчастіше визнає Суд у питаннях, пов'язаних із незадовільним забезпеченням охорони здоров'я засуджених. Найбільше випадків звернення до ЄСПЛ було у зв'язку із

ненаданням медичної допомоги вчасно, захворювання на інфекційні хвороби під час перебування в місцях несвободи і ненадання належного лікування цих захворювань. На окрему увагу заслуговує проблема санітарно-гігієнічного й матеріально-побутового оснащення місць виконання покарань, адже значна частина скарг подана у контексті цього питання. Через неможливість проведення належної гігієни, відсутність вентиляції, сонячного світла, одягу, постільної білизни, щоденних прогулянок, а також незбалансоване харчування стан здоров'я засуджених суттєво погіршувався.

З'ясовано, що подаються скарги до ЄСПЛ стосовно неналежного медичного забезпечення засуджених. Можна зазначити такі проблеми, наявність яких давало Суду підстав визнати це катуванням або нелюдським чи таким, що принижує гідність, поводження чи покарання: захворюваність на інфекційні хвороби під час перебування у тюрмі, неналежні умови тримання (відсутність вентиляції, пліснява, антисанітарія), неналежне харчування, відсутність доступу до психіатра чи психолога, неотримання лікування тощо.

Ця системна проблема виникає через складність доведення фактів порушення прав людини під час перебування під вартою і неможливість законного захисту таких прав у суді. Оскільки рішення ЄСПЛ вимагає витрат державного бюджету, його результат потребує довгострокового вирішення. Тому пошук вирішення цієї проблеми вимагає врахування всіх аспектів системи прав людини у країні.

5. Позитивним моментом є те, що переважна кількість міжнародно-правових актів, які встановлюють правила поводження із в'язнями, норми яких були імплементовані в національне законодавство. Ці акти встановлюють норми і принципи, яких слід дотримуватися в умовах виконання покарання, забезпечуючи належне поводження і відповідні стандарти. До них можна віднести Міжнародний пакт про громадянські і політичні права, Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права, Люблінська хартія з реформування охорони здоров'я, Принципи медичної етики, Декларацію про політику в галузі забезпечення прав пацієнтів в Європі, Європейську хартію прав

пацієнтів, Європейську соціальну хартію, Європейські пенітенціарні правила, Мінімальні стандартні правила поводження з в'язнями. Більшість положень цих НПА, попри переважно рекомендаційний характер, знайшли своє відображення в національному законодавстві України.

Імплементація цих міжнародних норм у національне законодавство відображає зобов'язання держав дотримуватися міжнародних стандартів стосовно ув'язнених, забезпечуючи гідне й гуманне поводження. Це сприяє підвищенню рівня їх правової захищеності, а також забезпечує створення системи нагляду й контролю за дотриманням цих стандартів у місцях позбавлення волі.

РОЗДІЛ 2

СТАН РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВА ЗАСУДЖЕНИХ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я ТА МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ В УСТАНОВАХ ВИКОНАННЯ ПОКАРАНЬ В УКРАЇНІ

2.1. Загальна характеристика рівня забезпечення охорони здоров'я засуджених до позбавлення волі

Конституція України закріпила право кожного на охорону здоров'я й медичну допомогу. Звісно, засуджені особи фактично мають право на реалізацію свого конституційного права, натомість умови, в яких вони відбувають покарання, знецінюють якість такої допомоги.

Засуджені до позбавлення волі особи розраховують на персонал установи покарань для гарантування власної безпеки і задоволення базових потреб [134, с. 20]. Перебуваючи у залежності від адміністрації, вони позбавлені реальної можливості повідомити про порушення своїх прав і жорстоке поводження над ними. Для поновлення цього права і відстежування дійсної ситуації в установах виконання покарань Україна, ратифікувавши Факультативний протокол до Конвенції ООН проти катувань і жорстокого поводження, забезпечила існування національного превентивного механізму в моделі «Омбудсман+».

Національний превентивний механізм (далі НПМ) функціонує у понад 44-ох країнах світу [142, с. 100]. Запровадження варіативних моделей здійснення моніторингу забезпечує обрання найбільш ефективного способу вчасного реагування на істотні порушення прав засуджених. Кожна держава, приєднавшись до Факультативного протоколу, щорічно формує звіт відвідувань місць позбавлення волі з метою посилення захисту засуджених осіб від катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поводження й покарання. Моніторингові місії стримують поведінку адміністрації установи виконання покарань і мінімізують ризик засуджених стати жертвою неналежного поводження й катування.

Варто зауважити, що аналіз звітності моніторингу місць несвободи за 2012–2021 роки доводить необхідність розроблення дієвого національного превентивного механізму. Так, із моменту запровадження діяльності НПМ на території України кожного року публікуються доповіді Уповноваженого Верховної Ради з прав людини, дані яких базуються на результатах моніторингових візитів працівників офісу Омбудсмена спільно з активістами громадських організацій. За даними на 2018 рік, Департаментом НПМ залучено 153 громадські монітори й здійснено 375 моніторингових візитів до установ виконання покарань, у той же час у 2017 році задіяно 140 моніторів і проведено 248 моніторингових візитів [227, с. 8]. Дана статистика вказує на те, що обсяг моніторингових візитів зростає, хоча й не повсюдно. Спільним для усіх доповідей є те, що до основних проблемних аспектів віднесено: недостатнє фінансове забезпечення, що впливає на умови тримання і вжиття профілактичних заходів; неналежну кваліфікацію медичного персоналу та його кількість; залежність медичного персоналу від системи виконання покарань; незадовільне нормативне визначення порядку проведення цієї діяльності [255, с. 154]. Із появою НПМ в Україні ці проблеми висвітлювалися, завдяки чому значну увагу почали приділяти сучасному стану установ виконання покарань.

У березні 2020 року ВООЗ офіційно оголосила пандемію коронавірусної хвороби 2019 (COVID-19) у світі [13]. Поширення інфекції не оминуло установи виконання покарань й суттєво вплинуло на якість надання медичної допомоги засудженим. За даними Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини, «у 2020 році надійшло 800 звернень про порушення прав на охорону здоров'я у місцях несвободи, що є вдвічі більшим ніж у 2019 році». Карантин позначився негативно на діяльність установ виконання покарань, оскільки хворі на туберкульоз засуджені не отримували необхідного профільного лікування й не етапувалися до спеціалізованої лікарні. Також було встановлено «невиконання своїх обов'язків сімейними лікарями, які не надавали медичної допомоги засудженим, що стало наслідком неотримання якісного лікування коронавірусної хвороби» [249, с. 262].

Результати моніторингових візитів, проведених у 2020 році, засвідчили, що неналежна організація й недотримання працівниками ДКВС і «ЦОЗ ДКВС» вимог прийнятих нормативно-правових актів призвели до системних порушень прав утримуваних осіб, зокрема, у сфері охорони здоров'я. Так, в установах виконання покарань не проводився температурний скринінг, не надавалася вторинна медична допомога і було відсутнє необхідне медичне обладнання. І це мало місце на тлі того, що, як зазначено у «Живій» клінічній настанові, «помірний та тяжкий перебіг захворювання на COVID-19 характеризуються пневмонією, для лікування якої необхідна своєчасна візуалізація грудної клітки (рентгенографія, КТ, ультразвукове дослідження (далі УЗД))» [104, с. 21]. «Етіологія цього захворювання пов'язана з мікрофлорою дихальних шляхів, що найважче переноситься пацієнтами з тяжкими дефектами імунітету (ВІЛ-інфекція, онкологічні захворювання та ін.)» [243, с. 10]. Як підсумок наведемо думку Харківської правозахисної групи, яка також наголошує на тому, що «неналежні матеріально-побутові та санітарно-гігієнічні умови, високий рівень інфекційних та хронічних захворювань серед засуджених мають місце в кримінально-виконавчій службі України» [163]. Проте головне, що про це звітують, інформують суспільство, а не замовчують.

Вітчизняні фахівці у сфері кримінально-виконавчого права питання надання засудженим якісної медичної допомоги також вважають проблемним. На підтвердження своїх висновків вони наводять те, що нині в місцях несвободи відсутня «організація лікування осіб, які є хворими на туберкульоз або інші небезпечні інфекційні хвороби, недостатня укомплектованість медичних установ кваліфікованими кадрами, низький рівень забезпечення медичним обладнанням, 70 % якого застаріле, технічно зношене або не функціонує взагалі, тощо» [121, с. 196]. Крім того, за даними моніторингових візитів у 2020 році, у 8 закладах ЦОЗ ДКВС були виявлені несправні рентгенівські апарати [228, с. 25].

Невипадково Омбудсмен відзначає те, що для постановки правильного діагнозу та лікування тяжких респіраторних захворювань не тільки під час

пандемії, а й у звичайний час необхідна наявність обладнання для проведення досліджень внутрішніх органів.

Крім скарг на якість медичного обслуговування під час пандемії COVID-19, національними моніторами констатовано: неналежний рівень обстеження й лікування ув'язнених, хворих на ВІЛ/СНІД; неналежне забезпечення медчастин обладнанням і медикаментами; неукомплектованість посад лікарів; непроведення або формальне проведення медичних оглядів; відсутність організації медичного забезпечення в'язнів під час їхнього етапування [249, с. 262].

Принагідно додати, що стан забезпечення охорони здоров'я в місцях позбавлення волі у 2019 році згідно з доповіддю Уповноваженого ВРУ з прав людини можна охарактеризувати наступним чином: відсутність необхідних ліцензій на здійснення медичної практики, неукомплектованість вакансій лікарів, недостатність ліків, зокрема, для лікування ВІЛ/СНІД і туберкульозу, недбале проведення медичних оглядів, неналежне ведення медичної документації, відсутність усвідомленої згоди утримуваних осіб на лікування. Начебто підтверджуючи наведене, у вітчизняні фахівці кримінально-виконавчого права наголошують, що «з 2017 року і по цей час щорічно зменшується кількість персоналу колоній» [78, с. 100].

Вбачається за доцільне звернути увагу на те, що на відміну від попередніх років у доповіді Уповноваженого ВРУ з прав людини за 2019 рік не було зафіксовано невідповідності ведення медичної документації й приховуванням фактів отримання засудженими тілесних ушкоджень, що мало місце у доповідях за минулий рік [250, с. 155]. Таким чином, за час існування НПМ відбулися позитивні зміни в наближенні діяльності УВП до міжнародних стандартів, втім ключові питання надання медичної допомоги засудженим потребують гармонізації з нормами м'якого права [27, с. 260].

Отже, аналіз спеціальних і щорічних доповідей Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини дає змогу побачити фактичний стан забезпечення прав засуджених, у тому числі на охорону здоров'я. Розглянемо

звіти Уповноваженого ВРУ починаючи з 2012 року, які знаходяться у відкритому доступі.

Крім того, з метою більш детального вивчення рівня забезпечення охорони здоров'я у місцях позбавлення волі нами було подано запити до кількох громадських організацій, які у складі національного превентивного механізму залучаються до відвідування установ виконання покарань. У відповідь ми отримали звіти щодо візитів до 25 виправних колоній за період з 2020 по 2021 рік. У цілому під час відвідувань цих місць позбавлення волі опитано 659 засуджених. Зібраний матеріал щодо діяльності національного превентивного механізму, який ґрунтується на звітах громадських організацій та доповідях Уповноваженого ВРУ з прав людини, підлягає структуруванню за найбільш поширеними недоліками:

- незадовільні матеріально-побутові умови тримання засуджених, разом із незадовільним рівнем їх харчування;
- несвоєчасне надання засудженим первинної медичної допомоги, неналежна організація консультування фахівцями, необґрунтоване зволікання при прийнятті рішень за запитами про госпіталізацію засуджених тощо;
- відсутність необхідного медичного обладнання й медикаментів;
- порушення вимог чинного законодавства щодо ведення медичної документації;
- неукomплектованість посад лікарів у медичних частинах установ;
- ненадання медичної допомоги засудженим, що мають психічні розлади (відсутність стаціонарів, інфекційних ізоляторів, ізоляторів для тримання осіб з психічними розладами);
- неналежний рівень обстеження й надання медичної допомоги засудженим, які мають соціально небезпечні хвороби, зокрема, ВІЛ/СНІД, туберкульоз;
- порушення норм чинного законодавства у сфері ліцензування філій ДУ «Центр охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України»;

Розглянемо детальніше кожен із вказаних груп недоліків, яким чином вони проявляються на практиці. Спочатку зупинимося на незадовільних матеріально-технічних умовах, у яких перебувають засуджені. Зазвичай для установ виконання покарань характерною особливістю є відсутність поточних і капітальних ремонтів медичних частин, спальних приміщень, місць для приймання їжі, а також недостатність природного освітлення та доступу до свіжого повітря. До того ж у деяких установах виконання покарань «не було навіть забезпечено можливості для миття рук безпосередньо в їдальні». У декількох виправних колоніях (Полтавська ВК № 64, Могилів-Подільська ВК № 114, Одеська ВК № 14, Кам'янська ВК № 34, Літинська ВК № 123) виявлено «відсутність системи примусової вентиляції, у результаті чого з'явилися грибок та пліснява на стінах, а також не були наявні бачки з питною водою» [145, с. 80].

Вітчизняні науковці також звертають увагу на те, що «неналежні умови тримання не тільки призводять до негативного впливу на здоров'я засудженого, а й не пристосовані для надання медичної допомоги. Антисанітарні умови у більшості кримінально-виконавчих установ не дозволяють надавати медичну допомогу, оскільки остання вимагає підвищених санітарних стандартів, належного забезпечення, наявності спеціального обладнання, ліків тощо» [121, с. 208].

Одна зі складових побутових умов тримання засуджених і елемент фізіологічного існування людини – харчування. Як з'ясувалося, для Секретаріату Уповноваженого з прав людини надходять скарги від в'язнів та їх родичів щодо неналежного харчування в установах виконання покарань. Серед основних порушень неналежна органолептична властивість продуктів, недостатня кількість м'ясних продуктів, а також незадовільні умови зберігання, що призводить до псування продуктів. Незважаючи на це, такі продукти використовувалися для приготування їжі. Так, у Дніпровській установі виконання покарань (№ 4) в раціоні ув'язнених протягом місяця були відсутні м'ясні продукти, а у Диканівській ВК № 12 використовувалися тільки консерви замість свіжого м'яса чи риби. У Вознесенській ВК № 72, Закарпатській ВК № 9

було виявлено продукти, термін придатності яких закінчився, а також гнилі овочі і фрукти [146, с. 48].

У щорічній доповіді Уповноваженого Верховної Ради з прав людини про стан додержання й захисту прав і свобод людини і громадянина в Україні за 2018 рік було звернуто значну увагу на харчування в установах виконання покарань. Відповідно до «норм харчування осіб, які тримаються в установах виконання покарань, слідчих ізоляторах Державної кримінально-виконавчої служби, ізоляторах тимчасового тримання, приймальниках-розподільниках та інших приймальниках Національної поліції, які затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 16.06.1992 р. № 336, щоденно таким особам мають видаватися овочі, зокрема, капуста, буряк, морква, цибуля ріпчаста, огірки, помідори. Разом із тим згідно з отриманою інформацією засуджені у Казанківській ВК (№ 93) отримували лише капусту» [с. 227].

Більше того, в установах не завжди дотримуються вимоги щодо зберігання продуктів харчування. Так, «у Бердичівській ВК (№ 70) крупи зберігалися у приміщенні варочного цеху, яке було засмічене дровами. При огляді м'ясного та рибного цехів Цуманської ВК (№ 84) виявлено, що у рибному цеху вийшов з ладу холодильник, у зв'язку із чим риба, яка призначалася на сніданок наступного дня, зберігалася разом із м'ясними продуктами» [с. 228]. «У Стрижавській ВК (№ 81) не зберігалися проби страв кожного прийому їжі протягом доби до закінчення аналогічного прийому їжі наступного дня, що є порушенням відомчих нормативно-правових актів Міністерства юстиції України». Також на момент візиту до даної колонії «у книзі контролю якості приготовлених продуктів були здійснені записи чергового медичного працівника про перевірку страв, які були відсутні в меню та не готувалися того дня взагалі. Згідно із розкладкою продуктів Житомирської УВП (№ 8) на обід в'язні повинні були отримати кашу ячмінну, проте у цей час їм було приготовлено кашу з іншої крупи. При цьому відповідних документів з дозволом на проведення такої заміни моніторам надано не було» [251, с. 228].

При відвідуванні Бердичівської ВК № 70 монітори у вказаному приміщенні побачили «хаотично розсипане хлорне вапно, а посуд, у якому доставляється їжа до окремих об'єктів установ, часто є брудним, а іноді – іржавим». Такі випадки мали місце у Житомирській УВП (№ 8), Жовтоводській ВК (№ 26), Стрижавській ВК (№ 81) та Казанківській ВК (№ 93). В останній установі «їжа стаціонарним хворим, які перебували на лікуванні у медичній частині, доставлялася в пластикових господарських відрах. Миття посуду у Личаківській ВК № 30 здійснювалося холодною водою та брудними ганчірками» [251, с. 227–229].

Перейдемо до іншої поширеної проблеми – несвоєчасне надання первинної медичної допомоги засудженим і недостатня організація консультацій з лікарями-спеціалістами, а також неправомірне зволікання у вирішенні запитів щодо госпіталізації засуджених. В окремих випадках монітори зафіксували «вкрай низький рівень організації медичної допомоги ув'язненим, що може бути охарактеризовано як катування, жорстоке або таке, що принижує гідність, поводження або покарання» [252, с. 269].

Факт ненадання медичної допомоги був виявлений у Синельниківській виправній колонії № 94. «Після отримання засудженим травми у вигляді відкритого перелому правої великогомілкової кістки в середній третині зі зміщенням, протягом 16 місяців йому не було надано необхідної медичної допомоги. Протягом цього часу засуджений був переведений до міжобласної лікарні при Дніпропетровській установі виконання покарань № 4 шість разів, проте у цих умовах було неможливо забезпечити необхідне оперативне лікування» [252, с. 55].

Також грубі порушення прав ув'язнених на охорону здоров'я й медичну допомогу виявлені під час відвідування Кагарлицької виправної колонії № 115, Дніпропетровської установи виконання покарань № 4, Новгород-Сіверської установи виконання покарань № 31, Закарпатської установи виконання покарань № 9. «У Чернігівському слідчому ізоляторі взагалі відсутній стаціонар і хворі ув'язнені змушені отримувати медичну допомогу в загальних камерах, незважаючи на стан здоров'я» [252, с. 270].

Наступним кроком розглянемо суттєву проблему, яка стає перешкодою в наданні медичної допомоги засудженим, – відсутність медичного персоналу, необхідного обладнання й лікарських засобів. Як приклад, «у ході візитів до Петрівської виправної колонії (№ 49) та Кіровоградської виправної колонії (№6) медичні частини не укомплектовано лікарями, що обумовлювало низький рівень первинного медичного огляду засуджених або його відсутність та унеможливило проведення медичного обстеження новоприбулих засуджених, а також профілактичних медичних оглядів» [146, с. 52]. Питання щодо неуккомплектованості медичних частин у місцях несвободи будуть детальніше розглянуті у наступному розділі.

На тлі цього не менш суттєвою проблемою визнається й відсутність необхідних медикаментів, щоправда, може бути й навпаки, лікарські препарати наявні, втім термін їх придатності закінчився за декілька місяців до проведення закупівлі за кошти державного бюджету. Так, «під час візиту до Солонянської виправної колонії (№ 21) виявлено факт, коли протягом вересня-жовтня 2015 року в медичній частині установи медичні працівники видавали ВІЛ-позитивним засудженим препарат «Лазід», який за інформацією представників БО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ (люди, які живуть з ВІЛ)» було централізовано закуплено Державною пенітенціарною службою України за кошти державного бюджету, втім термін придатності цих препаратів сплив. Після виявлення учасниками моніторингового візиту зазначеного факту прострочені ліки, які знаходилися у засуджених, були замінені адміністрацією колонії на аналогічні з належним строком придатності» [147, с. 60].

У ході моніторингових візитів також було виявлено медичні препарати, термін придатності яких закінчився: у Кіровоградській виправній колонії (№ 6) – препарати високоактивної антиретровірусної терапії, а в Чернігівському слідчому ізоляторі – протитуберкульозні препарати [146, с. 55].

Наступною проблемою, яка потребує вирішення, є те, що медичні частини не укомплектовані передбаченими в штатному розписі посадами лікарів і медичного персоналу, що негативно впливає на якість надання медичної

допомоги в'язням. «Під час конфіденційних бесід з в'язнями надходили неодноразові скарги на ігнорування їхніх заяв щодо стану здоров'я, а також на непроведення консультацій лікарів вузьких спеціальностей, таких як кардіолог, отоларинголог, психіатр, хірург та інші. Ці скарги були підтверджені під час аналізу медичної документації. Наприклад, під час візиту 4 лютого 2020 року до ДУ Бориспільської ВК № 119 було виявлено відсутність лікаря-рентгенолога, лікаря-фтизіатра, рентгенлаборанта та лаборанта в медичній частині. Крім того, не було обладнання для рентген-флюорографії та клініко-діагностичної лабораторії, що призвело до неможливості своєчасної діагностики захворювань» [229, с. 32].

Порушення вимог чинного законодавства щодо ведення медичної документації також мало місце. Так, при відвідуванні Південної виправної колонії № 51 виявлено «суттєві порушення прав засуджених на медичну допомогу. Медичні картки хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні, медичним персоналом не велись, що фактично унеможливило надання об'єктивної оцінки якості та своєчасності забезпечення засуджених медичною допомогою» [147, с. 61].

Наступним розглянемо право засуджених на психіатричну допомогу, реалізація якого гарантується національним законодавством і міжнародними стандартами. Втім, на практиці існують непоодинокі випадки, коли засуджені до позбавлення волі не отримують належної психіатричної допомоги. Так, «у Черкаській ВК № 62 виявлено численні порушення прав засудженого на медичну допомогу та охорону здоров'я. Зокрема, під час візиту засуджений сидів у мокрому одязі на бетонній підлозі в калюжі сечі у палаті № 7 медичної частини. На ліжку був відсутній матрац, а в камері стояв нестерпний запах випорожнень. Проведений аналіз медичної документації свідчив про те, що засуджений з 2008 року перебував під наглядом лікаря психіатра установи, неодноразово проходив стаціонарне лікування в медичній частині установи та у міжобласній спеціалізованій психіатричній лікарні при Вільнянській ВК № 20 з приводу наявних у нього психічних розладів. Встановлений у 2008 році діагноз важкого

психічного захворювання міг бути підставою для визначення наявності інвалідності, а також подання до суду матеріалів для вирішення питання про звільнення його від подальшого виконання покарання. Разом з тим згідно із отриманою інформацією група інвалідності засудженому встановлена не була, питання щодо можливості звільнення його від подальшого виконання покарання у зв'язку із наявним захворюванням не розглядалося. Через місяць після цього візиту моніторів засуджений помер» [251, с. 239].

У зв'язку з відсутністю у штаті медичних частин ДУ «ЦОЗ ДКВС» лікарів-психіатрів, всупереч Порядку організації надання медичної допомоги засудженим до позбавлення волі, затвердженого наказом Міністерства юстиції України (далі Мін'юст) і МОЗ від 15.08.2014 р. № 1348/5/572, під час проведення профілактичних медичних оглядів засудженим не забезпечується огляд лікарем-психіатром. Таку ситуацію було зафіксовано у міській медичній частині № 12 філії «ЦОЗ ДКВС» у Чернівецькій, Івано-Франківській, Закарпатській областях. «У медичних частинах відсутні необхідні фармакологічні препарати для лікування психічних розладів» [229, с. 36]. Це може призводити до загострення психічних розладів, зокрема психозів, що, в свою чергу, створює загрозу як для самого засудженого, так і для навколишніх осіб [131, с. 212].

Врешті-решт, окрему групу недоліків, що фіксують монітори під час візитів до установ виконання покарань, становлять інші проблеми зі здоров'ям засуджених. Моніторами зафіксовано порушення прав засуджених, які мають цукровий діабет. Як приклад, у засудженого, «який хворіє на цукровий діабет II типу, у Темнівській виправній колонії № 100 були вилучені таблетки, що забезпечують належний рівень цукру у крові. При поверненні до Шосткинської виправної колонії № 66 будь-яких замісних препаратів йому не надавалось, тобто протягом двох тижнів він не отримував будь-якого лікування, що створювало небезпеку для його життя» [148, с. 128].

Додамо, що серед причин, що призвели до летальних випадків як у цілому світі, так і в установах виконання покарань, перше місце посідають серцево-судинні захворювання (далі ССЗ). Зокрема, у 2020 році було 61 випадок смерті

від ССЗ, що становить 34,1 % загальної кількості летальних випадків [96, с. 212]. Із цієї точки зору, надання допомоги засудженим, які скаржаться на біль в області серця, є вкрай важливим. На підтвердження цього, «засудженому у Петрівській виправній колонії (№ 49) було рекомендовано обстеження у лікаря кардіохірурга для вирішення питання необхідності оперативного лікування серця, яке йому не було проведено. Лише після відкриття провадження Уповноваженим з прав людини та вжиття заходів реагування щодо забезпечення права на охорону здоров'я та медичну допомогу засуджений був обстежений в інституті серцево-судинної хірургії, за результатами чого порушено питання щодо проведення йому протезування серцевого клапана» [148, с. 61]. У той же час, за даними дослідження Н. Гуторової, О. Житнього та Т. Кагановської, «у багатьох випадках смерть пацієнтів або заподіяння шкоди їхньому здоров'ю є наслідком лікарських помилок» [18, с. 2161]. Загалом, як зауважує О. Г. Колб «у сфері виконання покарань персоналом колоній вчиняються кримінальні правопорушення різного виду» [108, с.58]. Вважаємо цілком вірогідним, що випадки ненадання допомоги засудженим можуть вважатися лікарською недбалістю.

Не можна не вказати й того, що частиною медичної допомоги як на міжнародному, так і національному рівні визнається надання в установах виконання покарань стоматологічних послуг. Незважаючи на це, стоматолог, який періодично проводив прийом хворих в'язнів у Петрівській виправній колонії №49, «через брак пломбувальних матеріалів здійснював лише видалення зубів, навіть без наявності показань до цього, а в Кіровоградській виправній колонії № 6 посада лікаря-стоматолога тривалий час була вакантною, унаслідок чого засуджені не отримували стоматологічної допомоги впродовж кількох місяців» [147, с. 54].

За результатами 98 % візитів до медичних частин «ЦОЗ ДКВС» встановлено, що «стоматологічні кабінети не були обладнані необхідними медикаментами, включаючи матеріали для пломбування та інші витратні матеріали. Це призвело до того, що в'язні не отримували необхідної

стоматологічної допомоги, а замість цього їм видаляли зуби [230, с. 35]. Ці дані свідчать про те, що дана категорія осіб не отримує лікування найбільш поширених захворювань зубів і ротової порожнини, а також не проводяться профілактичні заходи. Це може призвести до погіршення загального стану здоров'я в'язнів, оскільки стоматологічні проблеми можуть впливати на інші аспекти здоров'я і життя в цілому.

Як уже наголошувалося, зміни до Основ законодавства про охорону здоров'я запровадили можливість вільного вибору лікаря для всіх осіб. Втім, на практиці ситуація зовсім інша. Так, «ув'язнена, яка трималася в Одеській установі виконання покарань № 21, повідомила про факт неодноразової відмови адміністрацією зазначеної установи в реалізації її права на вільний вибір лікаря, а саме не допуск до неї обраного лікаря-фахівця» [147, с. 55].

На окрему увагу заслуговує надання медичної допомоги засудженим з особливими потребами. У медичній частині № 25 ДУ «ЦОЗ ДКВС України» у Харківській та Луганській областях станом на жовтень 2021 р. утримувалися 13 осіб з інвалідністю. У звіті зазначено, МСЕК відмовлялася видавати інвалідність через відсутніх необхідної документації або взагалі не пояснювала своє рішення, що суперечить законодавству ... Також було зафіксовано відсутність програм реабілітації, недотримання належних діагностичних і лікувальних заходів. У Темнівській багатопрофільній лікарні № 100 та Медичній частині № 11 ДУ «ЦОЗ ДКВС України» у Харківській та Луганській областях станом на жовтень 2021 року перебувало 17 та 11 осіб з інвалідністю відповідно, які не отримували відповідних програм лікування та належних умов для утримання людей з інвалідністю.

Таке ставлення до осіб з особливими потребами, які перебувають у місцях несвободи, є порушенням норм як національного, так і міжнародного права, зокрема, Конвенції про права осіб з інвалідністю, яка вважається одним із основних міжнародно-правових актів у цій сфері. Так, відповідно до вказаного акта «держави-учасниці мають забезпечувати особам із інвалідністю, у разі позбавлення їх волі, покладення нарівні з іншими гарантій, що узгоджуються з

міжнародним правом з прав людини, і щоб поводження з ними відповідало цілям і принципам цієї Конвенції, зокрема, щодо забезпечення розумного пристосування» [112, ст. 14]. Необхідно також згадати Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів, які надають конкретні рекомендації державам щодо вжиття необхідних заходів для забезпечення особам з інвалідністю можливості реалізовувати свої права та свободи. Стандартні правила ООН для держав-учасників, до яких входить і Україна, мають рекомендаційний характер. Проте вони послідовно стають нормами міжнародного права, перетворюючись на органічну складову національного законодавства цих держав [137, с. 507].

Дещо детальніше розглянемо законодавство України щодо забезпечення прав осіб з інвалідністю, які перебувають у місцях несвободи. Забезпечення засуджених медичними виробами, технічними та іншими засобами реабілітації здійснюється відповідно до загального законодавства України [177]. Правила внутрішнього розпорядку в установах виконання покарань закріплюють, що в УВП, «у яких тримаються особи з інвалідністю, адміністрацією установ створюються умови для задоволення особливих потреб таких засуджених, в тому числі відповідними конструкційними елементами, такими як поручні, пандуси, сходові підйомники тощо» [183].

Зауважимо також, що Кримінально-виконавчий кодекс забороняє застосовувати заходи фізичного впливу, спеціальні засоби і зброю до осіб з вираженими ознаками інвалідності (п. 3 ст. 106). Для таких осіб комунально-побутові послуги надаються безоплатно (п. 4 ст. 115), вони мають право працювати за власним бажанням з урахуванням висновку лікарської комісії колонії (п. 2 ст. 118), а також мають право на призначення та отримання пенсії (п. 2 ст. 112) [122]. Принагідно додати, що процедура отримання інвалідності під час перебування у колонії стала полегшеною, адже засуджені, які отримали інвалідність після того, як потрапили до місця позбавлення волі, до 2014 року не отримували пенсії і для зовнішнього світу не були особами з інвалідністю. З прийняттям нового «Порядку організації надання медичної допомоги

засудженим до позбавлення волі», до них почала застосовуватися медико-соціальна експертиза (далі МСЕК), за результатами якої всі необхідні документи надсилаються і до УВП, і до Пенсійного фонду України, разом із індивідуальною програмою реабілітації [69, с. 47].

2.2. Проблематика підготовки і професійна етика медичного персоналу для роботи з засудженими

Надання медичної допомоги в установах виконання покарань все одно залежить від загальної медицини, адже підготовка лікарів, які можуть працювати як в «ЦОЗ ДКВС», так і у загальних лікарських закладах, здійснюється у загальній системі. Українські лікарі як свідчать історичні факти, були у пошані та їхня робота добре оплачувалася, а посада вважалася почесною. Однак зменшення доходів медичної галузі за часів перебудови викликало значні зміни в суспільстві, що фактично призвело до того, що медперсонал став самотужки рятувати свої робочі місця [152, с. 178]. Така ситуація викликала суттєвий недобір медичних кадрів, особливо у державному секторі. Як зазначає Л. В. Прокопець, ВООЗ «сприймає дефіцит медичного персоналу як глобальний ризик. Зараз у світі не вистачає приблизно 7,2 мільйона середніх медичних працівників». В Україні ж відсутній нормативно-правовий документ, який стосується політики управління кадрами в закладах охорони здоров'я. Погоджуємося із думкою Л. В. Прокопець, що «необхідно створити цілісну стратегічну програму, яка містила б ідеї, інструменти та процедури пошуку професіоналів для задоволення потреб цієї сфери. Така програма має також передбачати можливості підвищення якості навчання та професійної підготовки кадрів медичного персоналу» [198, с. 268].

Питання навчання й отримання медичної освіти є частиною підготовки медичного персоналу, тому зупинимося на ньому детальніше. Вища медична освіта як невід'ємна складова української освітньої системи нашої країни регулюється Законом України «Про вищу освіту», положенням «Про спеціалізацію

(інтернатуру)» і положенням «Про клінічну ординатуру». Чотирирівнева система навчальних закладів забезпечує якісне навчання з подальшим присвоєнням таких кваліфікаційних рівнів, як молодший спеціаліст (2–3 роки), бакалавр (3–4 роки), спеціаліст (6 років) і магістр (1–2 роки). Також провадиться післядипломна освіта, а саме інтернатура за фахом (1–3) роки [138]. Таким чином, для того, щоб стати лікарем за певною спеціальністю, особа має опанувати цю справу приблизно дев'ять років.

Більше того, робота медичного персоналу пов'язана з безперервним професійним розвитком, що регламентується Положенням про систему безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників, затвердженим Кабінетом Міністрів України. Так, згідно з цим документом, «безперервний професійний розвиток працівників сфери охорони здоров'я здійснюється шляхом здобуття неформальної освіти під час проходження: навчання, професійного медичного стажування за межами закладу, відвідування майстер-класів, тренінгів, семінарів, наукових та/або науково-практичних конференцій тощо» [167]. Таким чином, підготовка медичного працівника не завершується з отриманням відповідного диплома, цією справою потрібно займатися, вдосконалюючи себе та свої навички упродовж усього трудового стажу.

Матеріали нашого дослідження, яке полягало у проведенні анкетного опитування інтернів і студентів медичних закладів вищої освіти у 13 областях України, свідчать про те, що більшість опитуваних (90%) має бажання продовжувати працювати у сфері охорони здоров'я (див. Додаток В). Натомість, медичні заклади мають високий рівень неукомплектованості персоналу, а філії Центру охорони здоров'я ДКВС не є винятком.

До прикладу, за даними центру економічних і соціальних досліджень, станом на 1 липня 2021 р. дефіцит вакансій у галузі охорони здоров'я складав майже 13 тис. посад [71]. За даними Державної служби статистики України, у цілому нараховується 1,7 тис. таких закладів (дані не оновлюються з 2017 року) [95]. За даними на початок 2019 року усього нараховувалося 1292 установи [102].

Оскільки останнім часом є тенденція до скорочення закладів охорони здоров'я, вважатимемо, що станом на 2022 рік в Україні функціонувала 1 тис. установ. Виходячи з цих даних, у середньому на рік в одному цивільному закладі охорони здоров'я є вакантними 13 (13.000 посад : 1000 установ) посад.

Розглянемо заклади охорони здоров'я, які надають медичну допомогу засудженим. Заклади «ЦОЗ ДКВС» у цілому нараховують 104 установи, з них 8 багатопрофільних лікарень, 6 спеціальних туберкульозних лікарень, 1 спеціалізована психіатрична лікарня, 28 міських медичних частин, 58 медичних частин і 3 фельдшерських пункти. За інформацією, розміщеною на офіційному сайті «ЦОЗ ДКВС» у розділі вакансії, станом на 2022 рік оголошувався набір на заміщення 136 вакансій [65]. З огляду на ці дані, приблизно 1,3 (136 вакансій: 104 установи) посади на 1 заклад охорони здоров'я в установах виконання покарань були не зайняті.

Проведений статистичний аналіз і розрахунки дозволяють стверджувати, що неукомплектованість медичних закладів є як у цивільному секторі, так і в установах виконання покарань. Так, у цивільних закладах, на одну установу є 13 посад на заміщення, водночас у місцях несвободи це 1,3 посади. Наведене свідчить про те, що у цивільних закладах охорони здоров'я потреба у персоналі у 10 разів (13 : 1,3) більша, ніж у закладах «ЦОЗ ДКВС». У той саме час необхідно усвідомлювати, що у цивільному секторі пацієнт більш мобільний щодо вибору лікаря й закладу лікування, ніж пацієнт, який перебуває у місцях несвободи. Умовно кажучи, цивільна особа має змогу звернутися до іншого закладу й отримати там консультацію необхідного їй спеціаліста, а засуджений позбавлений цього й дійсно страждає від неукомплектованості медичного персоналу.

На думку деяких вчених, зокрема Ю. В. Кернякевич-Танасійчук, «однією з перманентно існуючих проблем у сфері медико-санітарного забезпечення засуджених до позбавлення волі залишається невисока заробітна плата медичного персоналу закладів охорони здоров'я у виправних установах, що призводить до неукомплектованості медичних закладів» [101, с. 230]. Також на

думку деяких вчених, нереалізованими положення Концепції реформування (розвитку) пенітенціарної системи України зразка 2017 року щодо залучення нових кадрів у систему на всіх рівнях – насамперед за рахунок підвищення рівня заробітної плати» [169, с. 198].

Із метою підтвердження цієї тези ми подивилися вакансії на одному з популярних рекрутингових сайтах. Так, у грудні 2022 році була вакантною посада лікаря-інфекціоніста на повну зайнятість у «ЦОЗ ДКВС» у Сумській області, графік роботи 5/2, за яку пропонувалося від 10 до 20 тис. грн. Також потребувався лікар загальної практики на неповну зайнятість також у ЦОЗ ДКВС у Сумській області, заробітна плата пропонувалася від 10 до 12 тис. грн. Завідувачу медичної частини на повну зайнятість до ДУ «ЦОЗ ДКВС» України у м. Київ та Київській обл. пропонувалася заробітна плата від 21 до 27 тис. грн. Порівняємо заробітну плату, яка пропонується за такі ж самі посади, але у цивільному секторі. Перевірені нами пропозиції щодо посади лікаря-інфекціоніста починалися від 18 до 20 тис. грн, лікаря загальної практики від 15 до 27 тис. грн, завідувача медичної частини – від 20 тис. грн. На підставі цих даних, лише за посаду завідувача медичної частини у ЦОЗ ДКВС було запропоновано вищу заробітну плату, ніж у цивільному секторі. Стосовно решти посад в установах виконання покарань пропонувалася заробітна плата майже у два рази нижча за вакансії у цивільному секторі [135, с. 75].

Стає очевидним, що під час пошуку місця роботи фахівець зацікавиться тією пропозицією, де йому буде запропоновано більшу матеріальну винагороду. Із метою з'ясування ставлення студентів та інтернів медичних закладів вищої освіти в Україні до роботи у медичних частинах цивільного сектору й установах виконання покарань нами було проведено емпіричне дослідження. Так, за допомогою гугл-форми було створено анкету для опитування студентів та інтернів і розіслано до 13 навчальних медичних закладів у різних областях України. Анкетування проводилося з 12 серпня по 12 вересня 2022 року. У ньому взяли участь 189 учасників, з них 165 студентів і 24 інтерни. Одне із запитань анкети передбачало з'ясування, чи посиляться бажання студентів й інтернів

працювати в медичних частинах установ виконання покарань, якщо їм буде запропоновано більшу заробітну плату. Частина респондентів (39 %) відповіли позитивно, втім більшість (61 %) не змінили б свого ставлення до цієї роботи (див. Додаток В).

Отже, можна, безумовно, погодитися з думкою, що матеріальна мотивація може бути заохоченням до збільшення медичних працівників в установах виконання покарань. Проте, як свідчать результати дослідження, підвищення заробітної плати не стане єдиною передумовою зростання кількості медичного персоналу, а отже, необхідно шукати альтернативні способи залучення медпрацівників до тюремних установ.

Спираючись на результати анкетування, аналізу думок науковців, можна зробити припущення, що проблема неукомплектованості медичних частин УВП полягає в небажанні медиків працювати з такою особливою групою населення, як засуджені, тобто причина – морально-етичні принципи й уявлення лікарів та іншого медичного персоналу щодо осіб, які можуть звернутися й отримати належну медичну допомогу. Так, за результатами проведеного нами анкетування, залишається невелика кількість рецензентів (6 %), які вважають, що засуджені не мають права на такий самий рівень охорони здоров'я, як і загальне населення (див. Додаток В).

З огляду на вищесказане, постає питання у доцільності підготовки спеціально навченого медичного персоналу, який працюватиме із засудженими. Ще у 2004 році в Об'єднаному Королівстві за результатами проведеного дослідження виявилось, що багато медсестер, працюючих у тюрмах, вже мали досвід роботи у закладах охорони здоров'я. Натомість, під час роботи у місцях несвободи «вони навіть не знали, як користуватися медичним обладнанням, їм навіть не було до кого звернутися за відповідною консультацією чи навчанням» [23]. Здебільшого вони обрали цю роботу через те, що втомилися від обсягу покладених на них завдань під час роботи у цивільному секторі.

Зауважимо, що закордонні фахівці навіть визнають окрему спеціальність «корекційна сестринська справа», яка «включає в себе широкий спектр аспектів,

що стосуються не тільки здоров'я, а й виправного контексту, ставлячи професіоналів між ув'язненням та доглядом. Ці аспекти пов'язані як зі здоров'ям, так і з особливим середовищем, притаманним пенітенціарним установам. Йдеться про «догляд за пацієнтами з травмами та складними проблемами зі здоров'ям, а також робота з пацієнтами, які перебувають у стані безпорадності через фізичну чи емоційну травму. Все це відбувається у ворожому середовищі, під впливом правових норм та інших обставин, які впливають на добробут ув'язнених» [29].

У той саме час автори дослідження у Об'єднаному Королівстві наголошують, що «навички корекційної медсестри не набуваються шляхом простого вивчення ступеня в медсестринстві, оскільки вони не включені до навчальної програми, тому спеціально розроблене навчання базується на знаннях, навичках та процедурах в областях психічного здоров'я, наркоманії, інфекційних захворювань, первинної медичної допомоги та феномені виправного середовища. Водночас деякі зарубіжні науковці погоджуються з тим, що медсестр слід включати до складу медичних команд для розвитку їхньої професійної навички щодо стратегії освіти до зміцнення здоров'я та запобігання захворюванням, прихильності до лікування та оптимальних терапевтичних відносин між пацієнтом і постачальником послуг, у тому числі у пенітенціарних установах» [29].

У контексті освітнього питання стосовно працівників медичних частин виправних установ необхідно зазначити, що у світі поширюється ідея проведення курсів і тренінгів для поглиблення знань щодо роботи у пенітенціарних установах. До прикладу, Європейське регіональне бюро ВООЗ у співпраці з Єльською школою медицини розробило навчальний курс он-лайн для розширення можливостей і підвищення кваліфікації національних партнерів і лікарів, які працюють із тюрмами та іншими місцями несвободи. «Таке навчання є безкоштовним і дає можливість впровадити успішну практику лікування неінфекційних захворювань в умовах тюрми, розробити подальші стратегії

захисту інтересів, а також навчати своїх колег проведенню рекомендованого ВОЗ втручання» [55].

Виходячи з наведеного, задля з'ясування наявності й можливості відвідування схожих курсів для працівників закладів охорони здоров'я в установах виконання покарань видавалося за доцільне проведення анкетування співробітників ДУ «ЦОЗ ДКВС». Із цією метою було підготовлене питання у вигляді гугл-форми, яка була розміщена на інтернет-ресурсах «ЦОЗ ДКВС». Опитування, у якому взяли участь 462 співробітники, проводилося з березня по квітень 2023 року (див. Додаток Б).

В опитуванні взяли участь працівники, які обіймають різні посади у ЦОЗ ДКВС України. За отриманими даними встановлено, що найбільшу кількість складають респонденти, які працюють медиками у пенітенціарній системі від 1 до 5 років (45,89 %). Респонденти, які обіймають посади у «ЦОЗ ДКВС» від 5 до 10 років складають 11,69 %, а ті, хто працюють більше 20 років у медичних частинах ДКВС, становлять 20,56 % загальної кількості опитаних (див. Додаток Б).

За результатами опитування визначено, що переважна більшість осіб, які взяли участь в анкетуванні, працюють переважно у денну зміну (76,4 %), добову – 23,4 % і 0,2 % опитаних – у нічну (див. Додаток Б). Необхідно зазначити, що 5,6 % респондентів відповіли, що обрали цю роботу через зручний графік. Найбільша кількість респондентів вказала, що вони обрали роботу «ЦОЗ ДКВС» оскільки була вакантна посада (14,50 %), деякі (16,88 %) відповіли, що обрали цю роботу через комфортні умови праці, але більшість (23,16 %) зазначила, що вони обрали цю роботу через власні вподобання. Стосовно заробітної плати, 10,82 % опитаних вказали, що на момент прийняття їх на роботу їм було запропоновано більш високу плату, ніж в інших медичних закладах. Водночас, деяка частина респондентів відповіла, що обрали цю професію через бажання надавати медичну допомогу саме особам у місцях несвободи (9,09 %) (див. Додаток Б).

У цілому абсолютна більшість працівників, які взяли участь в опитуванні, задоволена своєю роботою (92,0 %), а також заробітною платою (70,5 %). Також

75,9 % учасників анкетування вважають свою роботу престижною, а 87,6 % не мають наміру її змінювати. Відповідаючи на питання стосовно регулярного навчання й професійних тренінгів для працівників медичних частин установ виконання покарань, 95,9 % респондентів відповіли, що вони їх відвідують (див. Додаток Б). Натомість, потрібно взяти до уваги те, що посилення на анкету було поширене через адміністрацію «ЦОЗ ДКВС» України, а тому відповіді респондентів можуть бути необ'єктивними.

Підбиваючи підсумки, необхідно зазначити, що переважна більшість працівників, які взяли участь у нашому опитуванні, задоволена роботою у закладах охорони здоров'я «ЦОЗ ДКВС» і бажає продовжувати тут працювати. Постає питання, чому упродовж останніх 5 років у доповідях Уповноваженого ВРУ з прав людини серед недоліків міститься теза про неукомплектованість медичних частин установ виконання покарань.

На нашу думку, питання зневажливого ставлення до роботи із такою уразливою категорією населення, як засуджені, взагалі не має виникати під час медичної практики. Слушно зазначає О. Г. Колб, що одним із завдань реформування пенітенціарної системи має бути «зміна психології персоналу органів та установ виконання покарань щодо відношення цих осіб до засуджених на партнерські, людські відносини взаємоповаги та допомоги» [107, с. 58]. Погоджуємося також із М. В. Романовим, що «феномен захисту прав засуджених в Україні відсутній, адже справи установи виконання покарань і статус тих осіб, які тримаються в них, у людській свідомості залишаються місцями приниження, ганьби, нерідко катувань та позбавлення більшості прав». Більше того, «самі засуджені також сприймають більшість обмежень, заборон та принижень, які мають місце в УВП, належними та прийнятними» [220, с. 337].

Усі люди є рівними у своїх правах на медичну допомогу, а медичний персонал проходить таку тяжку підготовку для майбутньої практики, аби сприяти кожному в отриманні допомоги належної якості. Неупереджене ставлення до пацієнтів має відтворюватися у принципах діяльності лікарів, саме

із цим пов'язана актуальність вивчення етичної складової у питанні забезпечення охорони здоров'я засуджених.

Як слушно зазначає Б. М. Головкін, поки що ми є свідками стихійного становлення нової системи суспільних цінностей та ідеалів у душі загальноєвропейської та американської культурних традицій, викривлених капіталізацією суспільних відносин на вітчизняному ґрунті» [77, с. 81]. Проблеми, що виникають під час діяльності медичних працівників, часто пов'язані з недостатнім рівнем етичної обізнаності лікарів і нехтуванням правилами моралі. Передусім зауважимо, що слово «етика» – філософська категорія, тому необхідно розглянути семантику цього терміна. «Етика (грец. *ethika*, від *ethos* – звичай, правило) – філософська наука, яка досліджує природу, сутність, виникнення, розвиток, структуру, функції моралі, її прояви у різноманітних сферах діяльності. Предметом етики є мораль як форма особистісно-суспільної свідомості і моральність, тобто реальні стосунки між людьми, які відповідають чи суперечать принципам добра» [235, с. 135].

У кожній професії є свої моральні проблеми. Проте саме для професій, об'єктом яких є людина, професійна етика має надважливе значення. Якщо представники однієї професії у зв'язку із її специфікою постійно або навіть безперервно спілкуються з іншими людьми, то для такої професії властиве існування «моральних кодексів» [63, с. 3]. У зв'язку з цим питання медичної етики є однією з важливих складових професійної етики, адже саме медичний персонал найбільш тісно співпрацює з людиною, забезпечуючи охорону її здоров'я й надання якісної медичної допомоги.

Як наголошує В. П. Бралатан, саме зв'язок між особистістю людини й обраною нею професією, різницю між власними цілями людини й потребами її роботи вивчає професійна етика. «Крім того, розглядається, як ці потреби впливають на професійну етику». Вказане пояснюється тим, що від працівників, яку б роботу він не виконував, вимагається дотримання певних принципів професійної етики, сформованих шляхом накопичення загальних знань про нормативні принципи моралі, яких, у свою чергу, дотримуватимуться на

практиці в професійному житті. Далі науковець зауважує, покликання професійної етики – надати рекомендації професійним службам стосовно моральної складової їх обов'язків. «Це також про заохочення професійної турботи про потреби та інтереси всіх залучених сторін» [63, с. 10]. З огляду на сказане стає зрозумілою і цілком обґрунтованою наявність кодексів етики лікарів як на національному, так і на міжнародному рівні, положень яких мають суворо дотримуватися медичні працівники у своїй діяльності.

Більш того, у багатьох розділах етики вивчається мораль конкретних соціальних і професійних груп. До них відносить етику медичних працівників. «Етика медпрацівників – галузь етичної науки, яка досліджує об'єктивні основи, сутність, специфіку, структуру й основні функції моралі працівників медичної сфери діяльності» [239, с. 173]. Складовою медичної етики є біомедична етика, що означає «розділ загальної етики, яка вивчає сукупність моральних норм, принципів, якими керуються медики, працівники всіх сфер діяльності, спрямованої на задоволення потреб суспільства і людини в збереженні та зміцненні здоров'я» [105, с. 21].

Розглянемо офіційні документи, які регламентують роботу лікаря. За останні 50 років прийнято ряд декларацій, кодексів, правил, що визначають етичні нормативи поведінки лікарів. Деякі з них носять міжнародний характер, як-от Женевська декларація Всесвітньої медичної асоціації (1948), Міжнародний кодекс медичної етики (Лондон, 1949), Гельсінська декларація Всесвітньої медичної асоціації «Етичні принципи медичних досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження» (1964, 1975), Принципи медичної етики, що стосуються ролі працівників охорони здоров'я, особливо лікарів, у захисті ув'язнених або затриманих осіб від катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поводження і покарання, схвалені Генеральною Асамблеєю ООН (1982) та ін. Зупинимось на основних положеннях згаданих нормативно-правових актів.

До прикладу, Женевська декларація Всесвітньої медичної асоціації містить положення, яких має дотримуватися особа, що приєднується до медичної

спільноти. Необхідно звернути особливу увагу на тезу про те, що «міркування медика стосовно соціального становища чи інший фактор не можуть негативно вплинути на його ставлення до пацієнтів» [90]. Міжнародний кодекс медичної етики визначає етичні обов'язки лікарів у цілому. Зокрема, у ньому закріплено, що «від лікарів завжди очікують дотримання найвищих професійних стандартів ... Приймаючи професійні рішення, лікарі не повинні переслідувати лише свої фінансові вигоди, натомість вони повинні зосередитися на покращенні стану пацієнта. Лікарі мають ставитися до своїх пацієнтів зі співчуттям і повагою. Їм також необхідно розуміти людську гідність своїх пацієнтів і нести відповідальність за кожен аспект їхнього медичного обслуговування. Лікар повинен бути чесним зі своїми пацієнтами та колегами» [139].

Гельсінська декларація регулює питання проведення досліджень за участю людини. Так, у цій Декларації зазначається, що «медичні дослідження за участю знедолених та вразливих груп населення можуть бути виправдані лише в тому випадку, якщо воно відповідає медико-санітарним потребам та пріоритетам цих груп, а також якщо існує достатня ймовірність того, що ця група отримає користь з результатів дослідження» (п.17). Не менш важливо й те, що на проведення дослідження обов'язково отримана згода [74]. Положення вказаної Декларації певною мірою стосується осіб, позбавлених волі, адже вони належать до уразливої групи населення. Національне законодавство також забороняє проведення дослідження над людьми без їх на те згоди.

Розглянуті вище міжнародні НПА стосуються медичної етики лікарів загальної практики, а не конкретно тих, які лікують осіб, позбавлених волі. Втім, спираючись на те, що в кожному з них прямо сказано про заборону дискримінації, можемо констатувати, що положення цих етичних кодексів поширюються на всіх пацієнтів. Поряд із цим, безпосередньо осіб, які перебувають у місцях несвободи, стосуються Принципи медичної етики, прийняті резолюцією Генеральної Асамблеї. Розглянемо їх детальніше.

Передусім зауважимо, що у Принципах наголошується на тому, що «працівники охорони здоров'я мають забезпечувати засудженим лікування

захворювань такої ж якості та рівня, як і загальному населення». Згідно з приписами Принципів порушенням медичної етики можна вважати: а) участь у діях, які є тортурами, чи інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують людську гідність, видах поведінки й покарання; б) підбурювання до їх вчинення, або спроби вчинити їх; в) заохочення вказаних дій або намагання їх вчинити. Більш того, відповідно до чинних міжнародних документів «медичні працівники вчиняють злочин, якщо вони активно беруть участь у цих неетичних практиках. Крім того, медичні працівники також порушують етичні кодекси, якщо вони пасивно беруть участь, не повідомляючи про зловживання відповідним органам або відмовляючись лікувати пацієнтів» [38].

У своєму дослідженні, присвяченому детермінації злочинності, Б. М. Головкін зазначає, що «причиною злочинності є соціально-психологічний фактор, а тому злочинність може залежати від свідомості і волі людей» [79, с. 275]. Погоджуємося з цією точкою зору, адже саме упереджене ставлення до такої когорти як засуджені, може призвести до злочинних дій з боку медичних працівників установ виконання покарань.

Не можна оминати увагою того факту, що в деяких країнах існують етичні кодекси медичних працівників виправних установ. Наприклад, Американський коледж лікарів у виправних установах має етичний кодекс, який переважно складається з зобов'язань. Вивчивши положення документа, можемо констатувати, що до лікарів у виправних установах висувуються такі вимоги: 1) «спеціаліст з виправної медицини повинен мати відповідний диплом», 2) «конфіденційні записи слід зберігати та транспортувати таким чином, щоб уся медична інформація залишалася конфіденційною», 3) «медичні процедури мають виконуватися тільки після отримання інформованої згоди пацієнта», 4) «будь-яке необхідне лікування має бути підтверджено медичним працівником» [1, с.276].

На окрему увагу заслуговують наступні положення Кодексу: у «надзвичайних ситуаціях ув'язнені повинні отримувати допомогу, незважаючи на їхні бажання. Однак ненадзвичайні ситуації повинні дозволити їм відмовитися

від допомоги. Це може наражати їх на небезпеку або погіршити їхні здібності. Ставитися до всіх ув'язнених необхідно незалежно від їхньої причини ув'язнення. Під час кожного медичного втручання потрібно вважати ув'язненого пацієнтом або клієнтом» [1]. Як бачимо, ключовим посилом документа є те, що ув'язнені незалежно від причини їх ув'язнення повинні отримувати необхідну медичну допомогу, у деяких випадках навіть незважаючи на їх бажання.

Етичний кодекс Румунії містить статтю щодо проведення медичного огляду пацієнта, який перебуває в установі виконання покарань. «Лікар, якого просять оглянути або який повинен оглянути людину, яка перебуває у місцях несвободи, або надати допомогу в карцері. Якщо лікар дізнається, що ув'язнений зазнав жорстокого поводження, він зобов'язаний повідомити про це судові органи» [46, ст. 50].

Таким чином, національні етичні медичні кодекси закріплюють визнані й прийняті на міжнародному рівні принципи ставлення до осіб, засуджених до позбавлення волі. Їх затвердження саме на державному рівні, на нашу думку, є раціональним, оскільки наголошується на специфічній роботі/враховується специфіка роботи медичних працівників із такою категорією, як засуджені.

Перейдемо до проблеми, пов'язаної з кваліфікацією й етикою медичного персоналу установ виконання покарань. За інформацією, що міститься у доповідях Уповноваженого ВРУ з прав людини, УВП не мають достатньої кількості медичних працівників, а ті, які є, часто не мають відповідних знань положень і вимог міжнародних правових актів із прав людини, стандартів поводження з в'язнями або не відвідують навчання медичного персоналу для підтвердження чи підвищення кваліфікаційного рівня. У звітах також фіксуються непоодинокі випадки порушення строків і порядку проходження атестації медичними працівниками установ виконання покарань.

Продовжуючи висвітлення питання, додамо, що в установах виконання покарань також має місце зневажання лікарською етикою в діяльності медичного персоналу. Стосунки лікар-хворий є наріжним каменем лікарської практики, а отже, і лікарської етики. Женевська декларація вимагає від лікаря, щоб він у

своїй діяльності керувався принципом: «Здоров'я мого хворого буде моєю першою турботою». Крім того, Міжнародний кодекс лікарської етики говорить: «Лікар/лікарка зобов'язується перед своїми хворими повною лояльністю і всіма доступними йому/їй науковими ресурсами» [163, с. 40]. Варто вказати, що до складових медичної етики міжнародне співтовариство відносить співчуття, компетентність і автономію. Так, «Співчуттям визнається розуміння і відношення до страждань іншої особи, необхідне для практики в медицині. Компетентність передбачає тривалий період навчання, наукові знання та технічні навички лікарів. Автономія – основна цінність медицини, що означає можливість вільно визначати стандарти лікарської освіти і практики» [163, с. 25].

Ведучи розмову про автономність медичного персоналу від адміністрації установ виконання покарань, вкажемо, що в Україні ще зарано говорити про перехід від відомчої моделі надання допомоги засудженим. Як вже зазначалося нами вище, такої думки дотримується А. П. Гель, втім ми з нею не згодні. Наша позиція зумовлена ще й тим, що, попри панування відомчої моделі, непоодинокими є випадки відмови засудженим у госпіталізації в інші лікарні на підставі особистого рішення працівника медслужби установи. Так, «під час візиту до Шосткинської виправної колонії № 66, стан здоров'я засудженого потребував термінового оперативного хірургічного лікування, у зв'язку з чим він був направлений до відповідної лікарні. Натомість, засудженому оперативними співробітниками установи було у категоричній формі запропоновано написати відмову від лікування та його повернули до місця виконання покарання» [149, с. 128]. Низка вітчизняних вчених також виокремлюють таку проблему, як залежність медичних працівників від керівництва установ пенітенціарної системи. Лікування засуджених має підпорядковуватися виключно меті відновлення здоров'я особам, які захворіли, тож зрозуміло, що медичні працівники не повинні бути «включеними» у процес виконання кримінального покарання [222, с. 208]. Це свідчить про повну залежність медичного персоналу від адміністрації УВП у прийнятті рішень, що є порушенням однієї зі складових медичної етики – автономії [28, с. 61].

Порушення такої складової, як компетентність також має місце в установах виконання покарань, адже монітори національного превентивного механізму фіксують неналежне знання персоналом установ положень і вимог міжнародних правових актів з прав людини, стандартів поводження з в'язнями. Також зазначається про «незадовільний рівень організації навчання медичного персоналу для підтвердження чи підвищення кваліфікаційного рівня» [148, с. 59].

Як слушно зауважує О. В. Таволжанський, «належне медичне обслуговування засуджених є однією із складових гуманізації системи виконання покарань. ... Нехтувати правом на охорону здоров'я недопустимо, оскільки для того, аби особа, яка перебуває у місцях позбавлення волі, бажала виконувати закони держави і вважала себе її частиною, вона повинна відчувати підтримку і піклування з боку держави. До того ж здорові громадяни здатні в повній мірі нести громадський обов'язок та бути корисними суспільству» [236, с. 116].

Ще одним прикладом порушення медичної етики є «пояснення начальника медичної частини установи виконання покарань того, що засудженим не надається медична допомога у повному обсязі тим, що медичні працівники не бажують витратити час на те, за що їм не платять» [148, с. 54].

Отже, вивчивши національну практику та досвід зарубіжних країн у питанні етичності, можемо констатувати, що в Україні ще зарано говорити про неупереджене морально-етичне ставлення медичних працівників до засуджених, які звертаються за медичною допомогою до закладів охорони здоров'я ДКВС України. Відсутність спеціального етичного кодексу поглиблює проблему зневажливого ставлення до засуджених. Практика в Україні свідчить про те, що формального переходу до позавідомчої системи забезпечення охорони здоров'я засуджених не відбулося, через що лікарі обмежені у вільному виборі власних дій щодо надання медичної допомоги в установах виконання покарань.

2.3. Організація медичної допомоги засудженим в контексті лікування та профілактики соціально-небезпечних захворювань на території України

Поширення інфекційних захворювань є серйозною проблемою у тюремних системах у всьому світі, причому ув'язнені частіше ніж люди в загальному середовищі хворіють на туберкульоз, ВІЛ або гепатит. Поряд із поганими й антисанітарними умовами перебування, що властиво переважній більшості в'язниць, одним із основних шляхів зараження є небезпечне вживання ін'єкційних наркотиків. Проте не всі пенітенціарні системи вирішують окреслене питання або надають послуги зі зменшення цієї шкоди у в'язницях.

Не слід забувати й про те, що в'язниці з точки зору передачі захворювань з ряду причин вважаються середовищем високого ризику [128, с. 208]. Пояснюється вказане тим, що, по-перше, у всьому світі серед ув'язнених переважну більшість становлять представники бідних та маргіналізованих груп; по-друге, такі фактори, як бідність і дискримінація, означають, що засуджені, як правило, несуть непропорційно високий тягар захворювань, включаючи більш високий рівень захворюваності на туберкульоз і ВІЛ.

Крім того, стигматизація й дискримінація хворих на ВІЛ і СНІД виступають головною причиною непроведення профілактичних заходів у боротьбі з цим захворюванням, догляду й лікування таких осіб. З огляду на це захист прав людей, які входять до груп ризику, є необхідним, оскільки його забезпечення важливе не лише для тих, хто вже інфікований, а й для стану здоров'я населення загалом, оскільки такі особи зустрічаються серед людей, що вживають наркотики, є гомосексуалами, бісексуалами чи перебувають у місцях несвободи. Гидливість і неповага до таких людей, неотримання належної медичної допомоги мають наслідком щорічне зростання кількості інфікованих [130, с. 415].

Генеральна Асамблея ООН наголошує на тому, що «визначити конкретні групи населення, які відіграють ключову роль у поширенні епідемії і реагуванні на неї, з урахуванням епідеміологічних даних і національних умов» (п. 29). Як

відзначається, «доступ до безпечних, ефективних, недорогих і якісних медичних препаратів є необхідним для повної реалізації права кожного на найвищий досяжний стандарт психічного та фізичного здоров'я» (п. 32). Крім того, визнається, що «тісна співпраця з особами, що живуть з ВІЛ, та населенням, що належить до категорії підвищеного ризику зараження ВІЛ, буде сприяти прийняттю більш ефективних заходів боротьби з ВІЛ» (п.40) [37].

Вбачається не випадковим той факт, що в Рекомендації людей, які перебувають у в'язниці та інших місцях несвободи адже вони перебувають в групі підвищеного ризику через «специфічну поведінку, доповнену структурними проблемами, такими як криміналізація, насильство, стигматизація та дискримінація, що впливають на їхній доступ до медичних послуг» (п. 6.5.2, с. 262). Зазначається, що «залишаються великі ризики переривання лікування в установах виконання покарань, особливо при переведенні та звільненні» (п. 7.2, с. 346). Як шлях запобігання цьому пропонується впровадження заходів безпеки для забезпечення безперервності допомоги, наприклад, «надання два місяці АРТ засудженим, які повертаються до спільноти та зіштовхуються з проблемами житла, медичного страхування та медичного обслуговування» (п. 7.6.1, с. 370). «Опіїдна замісна терапія повинна бути безкоштовною та доступною для кожного, хто потребує цього, у тому числі в тюрмах та інших місцях несвободи [132, с. 31]. Програми щодо ВІЛ мають тісно співпрацювати з іншими постачальниками послуг, щоб забезпечити успішне виконання цих рекомендацій» (п. 7.9.5, с. 388) [12].

Зазначено, що «держави – члени ООН заявили про рішучість покінчити з епідемією СНІДу до 2030 року» [54]. Визнається, що «злидні, брак розвитку та неграмотність входять до глобальних чинників, що сприяють поширенню ВІЛ/СНІДу» (п. 11). На переконання світової спільноти, «Доступ до медикаментів у контексті пандемій, подібних до ВІЛ/СНІДу, є одним з основоположних елементів поступового досягнення повної реалізації права кожного на максимально високий рівень охорони фізичного і психічного здоров'я» (п. 15). Спираючись на це, робиться висновок, що зменшити ступінь

ризиком інфікуватися й запобігти дискримінації щодо інфікованих осіб дозволять профілактика, підтримка та лікування (п. 16). Згідно з положеннями Рекомендацій: зміна поведінки й забезпечення недискримінаційного доступу до вакцин, презервативів, бактерицидних засобів, обладнання, ліків, у тому числі антиретровірусної терапії, а також активізація проведення наукових досліджень і розробок дасть змогу виробити ефективні стратегії профілактики (п. 23) [224 с. 45]. За даними звіту «ЦОЗ ДКВС», захворюваність на ВІЛ-інфекцію в установах ДКВС України складає 7 018,18, що у 20 разів перевищує захворюваність у МОЗ України (342,6 на 100 тис. населення) [96].

Виходячи з наведеного вище, Комітет з прав людини у 2006 році висловив занепокоєння високими показниками захворюваності засуджених на ВІЛ/СНІД і ТБ в Україні й рекомендував забезпечити необхідні санітарно-гігієнічні умови, доступність медичної допомоги та необхідного харчування.

У резолюції Генеральної Асамблеї ООН «Перетворення нашого світу: Порядок денний в галузі сталого розвитку на період до 2030 року» зазначено, що «Цілі Порядку денного можуть бути реалізовані лише шляхом досягнення Глобального партнерства, об'єднуючи уряди, громадянське суспільство, приватний сектор, систему ООН та інших суб'єктів та мобілізуючи всі наявні ресурси» [162]. Враховуючи це, в Україні було розроблено проєкт розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2019–2023 роки», який, однак, так і не був прийнятий.

Увагу також слід звернути на те, що, на противагу Цілям сталого розвитку, положення Декларації тисячоліття знайшли своє відображення у національному законодавстві. Так, Законом України «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки» від 20 жовтня 2014 року затверджено програму, «метою якої є зниження рівня захворюваності та смертності від ВІЛ-інфекції/СНІДу, надання якісних і доступних послуг з профілактики та діагностики ВІЛ-інфекції, насамперед представникам груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, послуг з

лікування, медичної допомоги, догляду і підтримки людей, які живуть з ВІЛ, у рамках реформування системи охорони здоров'я» [114].

У коментарі до Мінімальних стандартних правил поводження з в'язнями вказано, що «ці правила лише частково стосуються конкретних питань прав людини, можливого усунення різних порушень прав людини відповідно до існуючих міжнародних чи регіональних стандартів і норм» [144]. Спираючись на це, варто розглянути міжнародні правила й стандарти, що безпосередньо стосуються людей, які живуть з ВІЛ/СНІД.

На попередніх сторінках нами відзначалося, що у всьому світі (і це знайшло відображення в документах, до глобальних чинників, що сприяють поширенню ВІЛ/СНІДу, відносять «злідні, брак розвитку та неграмотність» (п.11). Виходячи з цього, одним з основних елементів поступового досягнення повної реалізації права кожного на максимально високий рівень охорони фізичного і психічного здоров'я, зменшення ризику інфікування та запобігання дискримінації щодо інфікованих осіб визнається доступ до медикаментів в контексті пандемій, подібних до ВІЛ/СНІДу (п. 15), а також профілактика, підтримка та лікування (п. 16), зміна поведінки й забезпечення недискримінаційного доступу до вакцин, презервативів, бактерицидних засобів, обладнання, ліків, у тому числі антиретровірусної терапії, а також активізація проведення наукових досліджень і розробок (п. 23) [224 с. 87].

Спираючись на це (що видається цілком логічним і обґрунтованим) Міжнародні настанови щодо ВІЛ/СНІДу і прав людини зазначають, що «законодавство про охорону здоров'я має розширювати можливості для надання повного спектру послуг для профілактики та лікування ВІЛ і СНІДу, в тому числі доступ до добровільного тестування та консультування, лікування наркоманії, чисті ін'єкційні матеріали тощо» (п.20 а). В окремих рекомендаціях щодо установ виконання покарань наголошується на «необхідності легалізації та просування програму обміну голочок і шприців» (п.21 д). «Керівництво в'язниці має забезпечувати ув'язнених доступом до інформації щодо профілактики ВІЛ, освіти, добровільного тестування, засобів профілактики, лікування, добровільної

участі у клінічних дослідженнях. Також необхідно розглянути питання дострокового звільнення засуджених, які мають СНІД» (п. 21 і). «Держави також повинні вжити заходів, необхідних для забезпечення для всіх осіб на постійній і рівноправній основі наявності і доступності якісних товарів, послуг й інформації щодо профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки, включаючи антиретровірусну (далі АРТ) та інші безпечні й ефективні ліки (п. 24). Такі заходи мають розроблятися з особливою увагою до вразливих груп населення [94].

Принагідно додати, що Міжнародні настанови з прав людини й політики у сфері наркотичних речовин містять окрему главу стосовно осіб, позбавлених волі. Головною тезою є «забезпечення усіх позбавлених волі осіб доступом до медичної допомоги, у тому числі лікування наркоманії, а також до основних лікарських засобів, включаючи послуги з лікування ВІЛ та гепатиту С на рівні, еквівалентному тому, що є у співтоваристві. Забезпечити, щоб послуги, пов'язані з наркотиками, та інші медичні послуги для цих груп населення надавалися кваліфікованим медичним персоналом, здатним приймати незалежні, засновані на фактичних даних, рішення для своїх пацієнтів. Контрольоване використання наркотичних засобів у медичних цілях є також рекомендацією щодо забезпечення прав засуджених на охорону здоров'я» (с. 20) [94].

Не менш важливо й те, що Консолідовані настанови щодо людиноцентрованого моніторингу пацієнтів, хворих на ВІЛ, і спостереження відповідних випадків пропонують ефективну, злагоджену систему моніторингу і спостереження за пацієнтами як частини нагляду за охороною здоров'я [22], а Денверські принципи звертають увагу на те, що люди зі СНІД заслуговують на якісне лікування й повне роз'яснення всіх медичних процедур і ризиків, обрати або відмовитися від методів лікування [47].

У свою чергу, Декларація з питань СНІД одним із основних підходів до профілактики ВІЛ/СНІД називає необхідність надати ресурси для боротьби з пандемією, у тому числі адекватну підтримку інфікованим, розширення діяльності «недержавних і громадських організацій, що працюють з уразливими

верствами населення» [50].

На проблемі зростання кількості засуджених, які мають хронічні важкі, невиліковні захворювання, акцентують Р. М. Кубрак та С. М. Тюфтії. Так, на тлі зменшення загальної кількості осіб, які утримуються в УВП, «кількість ВІЛ-інфікованих серед них залишається високою, зокрема, у 2019 році перебувало 3 880 осіб з ВІЛ/СНІД, а у 2020 році ця кількість становила 4 002 особи. Втім, з 2009 року по 2014 рік, було 6–7 тис. ВІЛ-інфікованих засуджених» [124, с. 71]. Отже, зменшення кількості (абсолютних показників) хворих на ВІЛ/СНІД в УВП у тюремній звітності було досягнуто, серед іншого, через зниження загальної кількості осіб, поміщених до установ виконання покарань.

На підставі даних ЮНЕЙДС, в Україні у 2019 році відбулося зменшення кількості засуджених, хворих на ВІЛ, що безпосередньо пов'язано з «проведенням профілактичних програм у тюрмах», зокрема, антиретровірусною терапією було охоплено 87,4 % засуджених, тоді як у 2016 – 50,3 % [54].

Із наведеного випливає, що протидія ВІЛ у в'язницях й установах виконання покарань вимагає спеціалізованих моделей і програм. Ці моделі можуть поєднуватися й адаптуватися до конкретних потреб й умов установ виконання покарань для забезпечення ефективної протидії ВІЛ та покращення стану здоров'я ув'язнених. До прикладу, канадська правова мережа з питань ВІЛ/СНІДу розробила «модельний закон для держав, які бажають прийняти закони та сформувані політику в галузі ВІЛ щодо осіб, які вживають наркотики, що базуються на правах людини». Модельний закон містить детально розроблені правові норми й коментарі до них, які розкривають підхід, спрямований на збереження громадського здоров'я при передачі ВІЛ ін'єкційним способом. Документ використовувався у різних джерелах, зокрема: у співпраці з Державним департаментом України з питань виконання покарань з метою дослідження й розробки положень щодо розповсюдження стерильних шприців у місцях виконання покарань [94]. Вказане повною мірою узгоджується з тим, що: «Україна – учасник міжнародного співробітництва у сфері охорони здоров'я, член Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та інших міжнародних

організацій. Держава гарантує зазначеним організаціям належні умови діяльності на території України, сприяє розширенню і поглибленню участі України у заходах, що ними проводяться» (ст. 79) [156].

Продовжуючи висвітлення питання, нагадаємо, що згідно з Основами законодавства про охорону здоров'я одним із обов'язків посадових і службових осіб установ виконання покарань є «забезпечення дотримання прав людини і громадянина, реалізацію законних прав та інтересів засуджених і осіб, узятих під варту, вимог законодавства щодо виконання і виконання кримінальних покарань» (п. 2 ст. 18) [189]. У той саме час засуджені користуються усіма правами, що має цивільне населення, окрім обмежень, пов'язаних з їх особливим статусом. Отже, необхідно розглянути загальне законодавство щодо профілактики, діагностування та лікування ВІЛ/СНІДу.

Законодавство України визнає антиретровірусну терапію «невід'ємною частиною комплексної медико-соціальної допомоги людям, які живуть з ВІЛ, що надається на безоплатній основі відповідно до вимог галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я з ВІЛ-інфекції» (п. 3.1). Вітчизняне законодавство наголошує на рівності перед законом та забороняє дискримінацію людей, які живуть з ВІЛ, та осіб, які належать до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ (ст. 14). До інших прав згідно з наявною нормативною базою також відносять безоплатне забезпечення антиретровірусними препаратами й лікарськими засобами для лікування опортуністичних інфекцій (ст.15) [176]. У той саме час АРТ надається ЗОЗ, що включені до особливого переліку.

Крім того, на даний час в Україні існує спеціальний пакет медичних послуг, який надається відповідно до медичних потреб пацієнтів «Діагностика, лікування та супровід осіб з ВІЛ-інфекцією», у межах якого пацієнт отримує тестування на ВІЛ-інфекцію, післятестове консультування, призначення АРТ, психологічна підтримка, проведення лабораторних досліджень. Отримати послугу за цим пакетом можливо амбулаторно, за направленням сімейного лікаря [197]. Засуджені, перебуваючи в умовах ізоляції, зіштовхуються з обмеженим користуванням телефоном, що унеможливорює звернення до сімейного лікаря та

заклучення з ним декларації. Таким чином, засуджених у своїх правах на охорону здоров'я не можна назвати рівними з цивільним населенням. Як уже відзначалося в попередніх підрозділах, із метою вдосконалення діяльності Державної кримінально-виконавчої служби й приведення умов тримання засуджених у відповідність до європейських стандартів у рамках Державної цільової програми розпорядженням Кабінету міністрів України (далі КМУ) від 13 вересня 2017 р. створено спеціальну установу «Центр охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України».

Додамо, що з огляду на те, що вірус імунодефіциту людини й захворювання на вірусний гепатит В і С є серйозною глобальною проблемою здоров'я, врегулюванню цього питання присвячено значну кількість профільних нормативно-правових актів.

Так, основні засади організації надання медичної допомоги засудженим до позбавлення волі і взаємодії закладів охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України із закладами охорони здоров'я з питань надання медичної допомоги засудженим визначає «Порядок організації надання медичної допомоги засудженим до позбавлення волі», затверджений наказом Міністерства юстиції України та Міністерства охорони здоров'я України від 15 серпня 2014 року. Згідно з цим документом при проведенні первинного медичного огляду, повного медичного обстеження в дільниці карантину діагностики й розподілу, профілактичного медичного огляду, направленні до лікарняного закладу із засудженими проводиться співбесіда з питань профілактики інфекційних захворювань, у тому числі ВІЛ/СНІДу, та пропонується проведення тестування на ВІЛ-інфекцію за згодою засудженого, що фіксується в медичній карті хворого. Тестуванню передують предтестове й післятестове консультування відповідно до Порядку добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію [177].

Медичний працівник, який призначається наказом директора «ЦОЗ ДКВС», є відповідальним за «перед- та післятестове консультування та спільно із завідувачем медичної частини (фельдшерського пункту) у триденний строк після оформлення первинної облікової документації надсилає її оригінали на паперових носіях поштою

до обласного (міського) центру профілактики та боротьби зі СНІДом» (п.7,8). Порядком врегульовано, що у разі діагностування у засудженого ВІЛ-інфекції медичним працівником медичної частини (фельдшерського пункту), який відповідає за перед- та післятестове консультування, і лікарем-інфекціоністом спільно визначаються показання для призначення антиретровірусної терапії й вживаються відповідні заходи (п.10) [177].

Для повноти розгляду питання вкажемо, що ще у вересні 2012 р. затверджено Порядок взаємодії закладів охорони здоров'я, територіальних органів внутрішніх справ, установ виконання покарань і слідчих ізоляторів в частині забезпечення наступності диспансерного спостереження за ВІЛ-позитивними особами, здійснення клініко-лабораторного моніторингу за перебігом захворювання та проведення антиретровірусної терапії. Щоправда, в 2005 р. Міністерство охорони здоров'я спільно з тодішнім Державним департаментом України з питань виконання покарань вже ухвалювався схожий за змістом наказ «Про організацію АРТ для хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД осіб, які тримаються в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах». Цей порядок взаємодії багато в чому дублював раніше прийняті норми. Однак, виходячи з теми дослідження, ключовим для нас є те, що, як показує детальне вивчення змісту згаданих документів, поряд із деякими новаціями, він вніс і протиріччя до чинного законодавства. Наприклад, згідно з наказом № 186/607, перед звільненням ВІЛ-інфікованої особи, яка одержує АРТ, заклад охорони здоров'я «ЦОЗ ДКВС» мав забезпечувати її запасом антиретровірусних препаратів із розрахунку на один місяць лікування, а новий порядок передбачає видачу ліків на двомісячний строк [94, с. 32].

Погоджуємося з висновками, зробленими в аналітичному звіті щодо стану забезпечення права на здоров'я, доступу до ліків і діагностики захворювань в установах виконання покарань засуджених з уразливих груп, що «серед позитивних нововведень необхідно відмітити перенесення провідної ролі координатора міжвідомчої взаємодії в забезпеченні профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД до органів

охорони здоров'я» [94, с. 32]. Підтверджує наведене той факт, що за наказом № 186/607 АРТ призначали лікарі-інфекціоністи закладів охорони здоров'я кримінально-виконавчої служби, або фахівці обласних (міських) центрів профілактики та боротьби зі СНІДом (п. 3.1). Чинним наказом № 692/775/1311/5 на адміністрацію установ виконання покарань покладається обов'язок забезпечувати і сприяти в організації лікування ВІЛ-інфікованих засуджених. «Надання консультацій, проведення тестування, забезпечення лікарськими засобами для проведення АРТ, здійснення скрінінгових та підтверджувальних досліджень, а також забезпечення лабораторного супроводу покладається на органи й заклади охорони здоров'я» [170]. Запровадження такого механізму, на думку багатьох експертів, здатна вирішити проблему, пов'язану з низькою доступністю імунологічних досліджень для ВІЛ-інфікованих засуджених.

Наведений перелік дозволяє зробити висновок, що нормативно в системі виконання кримінальних покарань врегульовані лише окремі аспекти профілактики й лікування ВІЛ/СНІД, комплексність у вирішенні цієї проблеми у теперішній час відсутня. Це створює додаткові складнощі у практичних працівників, оскільки вони вимушені користуватися доволі значною кількістю нормативних актів при проведенні такої діяльності.

У попередньому підрозділі було розглянуто основні випадки порушення права засуджених на охорону здоров'я, виявлені під час моніторингових візитів до УВП. Наведемо приклади таких порушень стосовно надання медичної допомоги особам з ВІЛ/СНІД.

Перш за все, одним із найчастіших порушень було переривання проведення високоактивної антиретровірусної терапії (далі – ВААРТ), що, як наголошувалося раніше, є ключовим етапом підтримання осіб з ВІЛ-позитивним статусом. «В Одеській установі виконання покарань (№ 21) ув'язнений с ВІЛ-позитивним статусом повідомив про те, що у нього відбулося переривання проведення ВААРТ починаючи з часу затримання до направлення до УВП. Незважаючи на те, що засуджений мав зовнішні явні ознаки вторинних супутніх захворювань, медичних призначень він не отримував» [148, с. 60].

Ще одним прикладом може бути візит до Петрівської виправної колонії № 49, у якій також «засуджений із ВІЛ-позитивним статусом скаржився на медичний персонал установи у зв'язку з тим, що відповідно до медичних показників потребував антиретровірусного лікування, яке йому не надавалося» [148, с. 61]. Така сама ситуація зафіксована під час візитів до Кіровоградської виправної колонії № 6 [147, с. 54].

Перейдемо до іншої небезпечної хвороби – туберкульозу. Як відомо, одним із пріоритетних завдань Плану заходів щодо реалізації Державної стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню на 2020–2023 роки є забезпечення доступності швидкої діагностики туберкульозу відповідно до керівних принципів ВООЗ із залученням різних джерел фінансування. Це передбачає впровадження систем молекулярно-генетичної діагностики туберкульозу в усіх опорних закладах охорони здоров'я й у закладах охорони здоров'я, які забезпечують медичне обслуговування засуджених.

Ще одним «пунктом програми є проведення тренінгів, семінарів з питань протидії туберкульозу для лікарів, представників ключових груп населення та громадських організацій, фахівців, які надають психосоціальну підтримку хворим на туберкульоз, втім відповідальні виконавці визначені лише МОЗ та неурядовими організаціями» [190]. Оскільки «ЦОЗ ДКВС» підпорядковується Міністерству юстиції України, тюремні медики не мають можливості отримувати таке навчання. Керівництво «ЦОЗ ДКВС» звертає на це увагу, намагаючись отримати додаткові кошти для запровадження навчання для медичних працівників установ виконання покарань [241].

«Особи, що живуть із вірусом імунодефіциту людини, особи, що контактують із хворими на ТБ, мають високий ризик захворювання на ТБ, тому вони є пріоритетними групами для профілактичного лікування туберкульозу (далі ПЛТ). На жаль, наявні біомаркери й тести на виявлення туберкульозної інфекції не можуть відрізнити нещодавню й давню інфекцію. Придатність до ПЛТ включає виключення ТБ клінічно й рентгенологічно серед осіб і груп, які мають високий ризик захворювання на ТБ, за можливості використовуючи тести

як помічник у прийнятті рішень» [154].

Додамо, що ВООЗ у своєму керівництві щодо туберкульозу рекомендує проходження профілактичного лікування туберкульозу в межах комплексного пакету допомоги ВІЛ-інфікованим людям, а також тим, хто проходить антиретровірусну терапію. «Особам, що живуть із ВІЛ рекомендовано проходити скринінг за клінічним алгоритмом, навіть якщо вони не повідомляють про симптоми, що можуть бути при туберкульозі» (с. 21). «Одним із ефективних засобом скринінгу є рентгенографія, втім відсутність спеціального обладнання не повинна бути перешкодою для впровадження та поширення ПЛТ» (с. 22). «Для тесту на виявлення латентна туберкульозна інфекція (далі ЛТБІ) може бути використаний шкірний туберкуліновий тест (ШТТ) або аналіз на виявлення гамма-інтерферону (далі IGRA). Зауважимо, що ці тести запобігають необґрунтованому лікуванню неінфікованих осіб, втім їх недоступність не повинна бути перешкодою для надання ПЛТ тим, хто цього потребує» [с. 24].

Дотримання курсу ПЛТ й завершення лікування є важливими і корисними клінічними факторами на особистісному й популяційному рівні. Втім, засуджені не отримують такої допомоги через поширену практику переривання терапії, особливо під час переведення. Як відомо, захисну ефективність режиму ПЛТ знижує саме нерегулярне або неналежне лікування. Крім того, ризик розвитку ТБ, включаючи ТБ із лікарською стійкістю (хоча це не підкріплюється наявними даними з досліджень) може підвищитися через погане дотримання режиму прийому або дострокове припинення ПЛТ. Ефективність ПЛТ зростає, якщо принаймні 80 % доз приймаються протягом режиму» [100].

Додамо, що стосовно осіб із групи з високим ризиком розвитку туберкульозу увага зосереджується не на проведенні скринінг, а на способі проведення. Зауважимо, що перевага надається високочутливому алгоритму, який починається з рентгену органів грудної клітини (РГ ОГК). Пояснюється це високим ризиком передачі в цій групі захворювання. Звісно, у більших в'язницях і пенітенціарних установах існує можливість розмістити рентгенографічний апарат або запросити мобільні бригади для проведення скринінгових кампаній. У

менших установах або тих місцях, де немає змоги встановити РГ ОГК, «можуть бути прийнятними алгоритми скринінгу на основі симптомів або молекулярні дослідження, рекомендовані ВООЗ для діагностики туберкульозу, поки не будуть доступні послуги РГ ОГК» [с. 39].

«Чотирисимптомний алгоритм проведення скринінгу на ТБ, рекомендований ВООЗ, – це простий неінвазивний підхід до скринінгу, для якого не потрібна інфраструктура (технології, електроенергія, Інтернет), і його можливо застосувати в будь-яких умовах. Цей алгоритм включає такі симптоми: кашель, лихоманка, втрата ваги або нічне потовиділення» [154, с. 45].

Протоколи діагностики й лікування туберкульозу, що діють на території України, передбачають використання «алгоритму послідовного скринінгу, до якого входить скринінгове анкетування (під час кожного контакту з медичним працівником), радіологічне дослідження органів грудної порожнини та тест-системи. ... До симптомів, при яких пацієнту проводять обстеження на ТБ відносять: 1) кашель більше двох тижнів; 2) кровохаркання; 3) підвищена втомлюваність та слабкість; 4) підвищена пітливість, особливо вночі; 5) зменшення ваги тіла з невизначених причин; 6) підвищення температури тіла (має значення навіть незначне підвищення – до 37 – 37,2°C); 7) задишка при незначному фізичному навантаженні; 8) біль у грудній клітці» [231, с. 57]. У зв'язку з цим, можна зробити висновок, що в Україні також запроваджено процедуру обстеження на ТБ із використанням як простих інструментів, так і детального аналізу. Втім, вітчизняними протоколами передбачено більш широкий спектр симптомів, необхідних для обстеження людини на туберкульоз.

Політична декларація з питань боротьби з туберкульозом закріпила зобов'язання ліквідувати епідемію туберкульозу в усьому світі до 2030 року. У документі підкреслено необхідність «захищати і заохочувати право на найвищий досяжний рівень фізичного та психічного здоров'я з метою забезпечення загального доступу до якісних і недорогих послуг з профілактики, діагностики, лікування, догляду та надання підтримки тим, хто отримав інвалідність у результаті захворювання на туберкульоз, на комплексній основі в межах системи

охорони здоров'я в інтересах забезпечення загального охоплення послугами охорони здоров'я та усунення бар'єрів для догляду за хворими; розглянути економічні та соціальні детермінанти захворювань; а також сприяти припиненню стигматизації та дискримінації в усіх її формах, зокрема, шляхом скасування дискримінаційних законів, правил і програм щодо осіб, хворих на туберкульоз, за допомогою захисту прав людини та людської гідності, а також застосування стратегій і методів, які сприяють більш ефективному здійсненню інформаційно-пропагандистської та просвітницької діяльності» (п. 37) [36].

Українське законодавство, зокрема, Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», передбачає, що особи, які тримаються в установах виконання покарань, проходять обов'язковий медичний огляд на туберкульоз під час прибуття до цих установ, не рідше одного разу на рік та за місяць до звільнення (п. 5 ст. 3). «У разі звільнення хворого на туберкульоз з місць позбавлення волі, установа виконання покарань, в якій засуджений відбував покарання, інформує про стан його здоров'я та необхідність продовжити лікування, а також надає необхідну інформацію протитуберкульозному закладу» (ст.18) [193].

Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб» наголошує на необхідності «обов'язкових профілактичних медичних оглядів та обстежень осіб, хворих на інфекційні хвороби» (ст.21). «Особи, які хворіють на соціально небезпечні інфекційні хвороби, підлягають своєчасному та якісному лікуванню, періодичним обстеженням і медичному нагляду» (ст.24). «Посадові особи закладів охорони здоров'я незалежно від форм власності та медичні працівники у разі виявлення хворого на інфекційну хворобу зобов'язані вжити заходів для його тимчасової ізоляції, надати невідкладну медичну допомогу, за необхідності організувати проведення поточних дезінфекційних заходів, терміново повідомити відповідний орган державної санітарно-епідеміологічної служби та організувати госпіталізацію хворого до відповідного закладу охорони здоров'я» (ст.38) [192].

Порядок проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів на

туберкульоз включає в себе «опитування особи, яка звертається за медичною допомогою, фізикальне, рентгенівське та бактеріологічне обстеження. Крім того, передбачено, що хворим на туберкульоз засудженим, які тримаються в установах виконання покарань, медична допомога надається «відповідно до вимог законодавства про охорону здоров'я» (п. 6) [178].

Спільний наказ «Про затвердження Порядку взаємодії установ виконання покарань, уповноважених органів з питань пробації та суб'єктів соціального патронажу під час підготовки до звільнення осіб, які відбувають покарання у виді обмеження волі або позбавлення волі на певний строк» закріплює порядок поводження із хворими на заразну форму туберкульозу засудженими, які звільняються з установ виконання покарань (п.12). Так, згідно з актом «перед звільненням із засудженим проводиться бесіда та роз'яснюється положення законодавства у сфері протидії туберкульозу, а також ув'язнені попереджаються про необхідність дотримання протиепідемічного режиму та за їх згодою направляються до спеціального закладу для госпіталізації та продовження лікування» (п.14) [171].

Продовжуючи розгляд питання, вкажемо, що ще однією зафіксованою моніторами національного превентивного механізму під час візитів до установ виконання покарань проблемою щодо надання допомоги засудженим, хворим на туберкульоз, є «тримання в стаціонарному відділенні медичної частини в одній палаті разом з іншими хворими засудженого, хворого на туберкульоз» [148, с. 61], що є порушенням норм чинного законодавства.

За результатами моніторингових візитів виявлено, по-перше, неналежний рівень обстеження в'язнів на туберкульоз та відсутність надання якісної медичної допомоги хворим на різні форми туберкульозу, по-друге, недотримання інфекційного контролю під час лікування осіб, хворих на туберкульоз. Крім того, монітори звертають увагу на системні недоліки, а саме: «відсутні пункти збору мокроти або вони не відповідають встановленим вимогам – в окремих випадках збір мокроти проводиться в камерах або загальних коридорах; у зв'язку з вільним пересуванням ув'язнених установами не здійснюється контроль за розподілом

потоків хворих за результатами мікроскопії мазка мокротиння на кислотостійкі палички та даними чутливості до протитуберкульозних препаратів, який проводиться лікарем фтизіатром; медичні працівники та працівники установ не проходять профілактичних медичних оглядів через відсутність фінансування; в окремих клінічних лабораторіях та приміщеннях ізоляторів відсутні природна та примусова вентиляція» [230, с. 32].

Підсумовуючи вищезазначене, вкажемо, що туберкульоз є серйозною проблемою в установах виконання покарань через високий ризик поширення інфекції серед засуджених і персоналу. З огляду на це досягнення високого стандарту медичного обслуговування й контролю за туберкульозом в установах виконання покарань – важливе завдання, виконання якого має велике значення для збереження здоров'я й забезпечення безпеки осіб, які перебувають в ув'язненні, а також для запобігання поширенню інфекції всередині установи й за її межами.

Перейдемо до наступного захворювання, яке має поширене серед осіб, засуджених до позбавлення волі, – гепатит. Захворювання на нього (точніше на будь-яку його форму, а саме, вірусний або хронічний) вважається показанням до направлення хворих, які знаходяться в установах виконання покарань, до спеціалізованих та багатопрофільних лікарень [177].

За даними ДУ «Центр охорони здоров'я ДКВС», з 2019 року розпочато більш якісне обстеження й лікування хронічного вірусного гепатиту С. Нині в медичних установах «ЦОЗ ДКВС» України протягом трьох років проводяться скринінгові анкетування засуджених щодо ризику вірусних гепатитів і наявності антитіл до вірусу гепатиту С й антигенів вірусу гепатиту В. Тим часом з 2019 року хронічний вірусний гепатит С лікують противірусними препаратами прямої дії. Люди з ВІЛ-інфекцією і вірусним гепатитом В отримують антиретровірусну терапію тенофовіром.

Більше того, задля підвищення прихильності до лікування засуджених хворих на туберкульоз, СНІД та хронічний вірусний гепатит С залучаються соціальні працівники й психологи громадських організацій, медичний персонал

проводить регулярний моніторинг виникнення побічних реакцій лікарських засобів та надає консультації щодо їх лікування» [62].

Запровадження такої реформи у сфері забезпечення права на охорону здоров'я засуджених осіб є вдалим кроком для покращення якості життя хворих на гепатит осіб. У той же час «у 2022 році до Уповноваженого ВРУ з прав людини звернулася особа, яка перебуває в установі виконання покарань, у якої було діагностовано гепатит С за 9 місяців до звернення. Втім, медичної допомоги цей засуджений не отримував. Результати проведеної перевірки підтвердили скаргу засудженого щодо ненадання необхідних медикаментів. Було встановлено, що відповідна філія «ЦОЗ ДКВС» не була забезпечена медичними препаратами проти вірусного гепатиту С. Омбудсмен відреагував на цей випадок та засудженому було проведено додаткове обстеження і у повному обсязі забезпечено необхідними ліками» [91].

Вбачаємо за необхідне звернути увагу на те, що випадки незабезпечення засуджених, хворих на гепатит, ліками непоодинокі, а отже, проблема із забезпеченням та/або закупівлею ліків Центрами охорони здоров'я ДКВС є актуальною. Так, за даними експертної організації StateWatch, у 2018 році «Центр охорони здоров'я ДКВС» закупив ліки від вірусного гепатиту С, офіційно не володіючи даними щодо точної кількості хворих. Рахунковою палатою встановлено, що співробітники «ЦОЗ ДКВС» не порахували реальну кількість засуджених, хворих на гепатит, а замовили ліки посилаючись на загальний стан здоров'я в Україні. Це змусило їх придбати лікарські засоби на суму понад 83 мільйони грн, що на 53,7 млн грн було вище за ціни на лікарські засоби Міністерства охорони здоров'я [75].

Висновки до 2 розділу

Результати дослідження стану реалізації права засуджених на охорону здоров'я й медичну допомогу в установах виконання покарань в Україні дають підстави зробити наступні висновки.

1. Обґрунтовано, що запровадження варіативних моделей моніторингу забезпечує вибір найбільш ефективного методу своєчасного реагування на суттєві порушення прав засуджених. Існування гострої необхідності у розробленні і запровадженні національного превентивного механізму підтверджується під час аналізу звітів про моніторинг місць відбування покарання. Серед найпоширеніших проблем, із якими стикаються засуджені в місцях позбавлення волі, є: незадовільні матеріально-побутові умови тримання, які негативно впливають на здоров'я засуджених; несвоєчасне надання медичної допомоги; відсутність медичного обладнання; порушення вимог ведення медичної документації; неукомплектованість медичного персоналу; неналежний рівень обстеження й надання медичної допомоги засудженим, хворим на інфекційні захворювання, тощо.

2. Доведено, що ВООЗ сприймає дефіцит медичного персоналу як глобальний ризик. Безперервний професійний розвиток медичних працівників здійснюється шляхом здобуття неформальної освіти під час: навчання, професійного медичного стажування поза закладом; відвідування майстер-класів, тренінгів, семінарів, наукових та/або науково-практичних конференцій тощо. Виходячи з цих даних, в середньому у «ЦОЗ ДКВС» є приблизно 1,3 вакансій, але у цивільних закладах охорони здоров'я потреба у персоналі у 10 разів більша, ніж у закладах «ЦОЗ ДКВС».

3. За допомогою анкетування студентів й інтернів медичних закладів вищої освіти з'ясовано, що більшість респондентів не змінила б свого ставлення до цієї роботи. Можна припустити, що проблема неукомплектованості медичних частин УВП полягає в небажанні лікарів працювати з такою особливою групою населення, як засуджені. Це пов'язано як зі здоров'ям, так і з виправним середовищем, наприклад, догляд за пацієнтами з травмою і складними проблемами зі здоров'ям, а також робота з пацієнтами, які перебувають у стані безпорадності через фізичну чи емоційну травму. І хоча деякі працівники вважають отримувану у закладах охорони здоров'я установ виконання покарань зарплату незадовільною, інші в цілому задоволені своєю заробітною платою.

4. Виявлено, що проблема дефіциту медичних працівників в установах виконання покарань пов'язана із етичною складовою. Етика медичних працівників – розділ етичної науки, що досліджує об'єктивні основи, сутність, специфіку, структуру та основні функції моральності лікаря. Існують кодекси етики лікарів як на міжнародному, так і на національному рівнях, яких повинні дотримуватись медичні працівники у своїй діяльності.

Професійна етика покликана давати рекомендації професійним службам щодо моральної складової їх обов'язків. Лікарі мають не тільки думати про свою фінансову вигоду, а й зосереджуватися на покращенні стану пацієнта. Лікар повинен ставитися до пацієнтів із співчуттям і повагою.

Аналіз міжнародних документів доводить, що медичні працівники вчиняють злочин, якщо вони активно беруть участь у цих неетичних практиках. Крім того, лікарі порушують медичну етику, якщо заохочують або намагаються їх вчинити. Нехтування медичною етикою в діяльності медичного персоналу має місце і в установах виконання покарань. Медичні процедури повинні проводитися лише після отримання інформованої згоди пацієнта. Будь-яке необхідне лікування має бути підтверджене медичним працівником. Під час кожного медичного втручання ув'язненого слід розглядати як пацієнта або клієнта.

5. Встановлено, що поширення інфекційних захворювань є однією з ключових проблем у пенітенціарних системах у всьому світі, оскільки ув'язнені частіше заражаються туберкульозом, ВІЛ або гепатитом, ніж населення в цілому. Проте не всі пенітенціарні системи дозволяють або надають послуги зі зменшення шкоди у в'язницях. Зазначається, що все ще існують високі ризики переривання лікування в установах виконання покарань, особливо під час переведення й звільнення. Наголошується, що країни висловили свою рішучість покласти край епідемії СНІДу до 2030 року. Для ефективної реалізації цієї стратегії необхідно змінити поведінку й забезпечити недискримінаційний доступ до вакцин, презервативів, бактерицидних засобів, обладнання, ліків, у тому числі антиретровірусної терапії, а також активізувати наукові дослідження й розробки.

6. Зазначено, що в Україні розроблено проект розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2019-2023 роки», який, однак, так і не був прийнятий. Аргументовано, що доступ до ліків у контексті захворювань, подібних до ВІЛ/СНІДу є одним із фундаментальних елементів поступового досягнення повної реалізації права кожного на найвищий можливий рівень захисту фізичного й психічного здоров'я. Профілактика, підтримка й лікування можуть зменшити сприйнятливість до ризику інфікування й запобігти дискримінації інфікованих осіб. Контрольоване використання наркотичних засобів у медичних цілях також є рекомендацією щодо забезпечення прав засуджених на охорону здоров'я.

РОЗДІЛ 3

ВДОСКОНАЛЕННЯ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВА ЗАСУДЖЕНИХ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я В УСТАНОВАХ ВИКОНАННЯ ПОКАРАНЬ

3.1. Перспективні напрями реформування правового регулювання надання медичної допомоги засудженим

У попередніх розділах неодноразово наголошувалося на тому, що реформування пенітенціарної системи є одним із шляхів вирішення проблеми неналежного надання медичних послуг особам, які знаходяться в місцях позбавлення волі. Проте перш ніж запроваджувати нову законодавчу та нормативну базу у сфері виконання покарань необхідно переглянути та привести вже існуюче законодавство у відповідність до Конституції України, правових ідеалів і принципів перспективного демократичного розвитку з урахуванням міжнародних норм, напрацьованих світовим співтовариством. Звісно, треба зберегти й вже перевірене практикою виконання кримінальних покарань, а також «запобігти механічному перенесенню неточностей, не зовсім вдалої термінології та суперечностей» [200, с. 12].

Вкажемо, що позитивним моментом є визнання урядом України цілком встановлення верховенства права саме реформування системи виконання судових рішень [191]. Процес суттєвої модернізації пенітенціарної медицини розпочався з 2017 року. Більш того, його визнано одним із пріоритетів діяльності Міністерства юстиції України. Стратегія реформування судоустрою, судочинства й суміжних правових інститутів на 2015–2020 роки передбачала «вдосконалення системи виконання покарань, зокрема, за рахунок розробки й практичного застосування сучасних підходів то управління пенітенціарними установами, а також вдосконалення етичних і дисциплінарних правил і механізмів внутрішнього контролю» [234].

Одним із завдань реформи, передбаченої Концепцією реформування

(розвитку) пенітенціарної системи України, визнано «розроблення законодавства у сфері функціонування установ виконання покарань відповідно до законодавства Європейського Союзу». Позитивним слід визнати те, що надання засудженим й ув'язненим якісної медичної допомоги уряд відносить до проблемного питання. Як уже відзначалося, при цьому особливо наголошується/акцентується, зокрема, на організації лікування хворих на туберкульоз або інші небезпечні інфекційні хвороби осіб, неукомплектованості медичних закладів кваліфікованим персоналом, низькому рівню забезпечення медичним обладнанням, 70 відсотків якого застаріле, технічно зношене або зовсім непридатне для використання, тощо. У документі зазначено, що засуджені не мають доступу до кваліфікованої медичної допомоги, що призводить до підвищення захворюваності та смертності серед них. На переконання уряду, місця позбавлення волі перетворилися на небезпечний осередок інфекційних захворювань (п. 3.4) [115].

Одним із способів вирішення вказаної вище проблеми згідно з Концепцією є утворення Державної установи «Центр охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби», що дозволить зробити лікаря незалежним від керівника установи виконання покарань і забезпечить неупереджене встановлення діагнозу й надання якісної медичної допомоги. Наступним кроком було зазначено вжиття комплексу заходів для планової передачі функції надання медичної допомоги засудженим від Мін'юсту до МОЗ (п. 4) [115]. Так, 13 вересня 2017 р. розпорядженням Кабінету Міністрів України утворена державна установа «Центр охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України» (далі ДУ «ЦОЗ ДКВС»). Згідно з Положенням про «ЦОЗ ДКВС» ця структура належить до сфери управління Міністерства юстиції України [165]. Таким чином, уряд нашої держави визнає необхідність реформування медицини в установах виконання покарань, втім станом на 2023 рік етапи Концепції залишаються виконаними не в повному обсязі, зокрема, переходу повноважень щодо надання медичної допомоги засудженим від Міністерства юстиції до Міністерства охорони здоров'я досі не відбулася.

Проте слід зауважити, що протягом багатьох років в Україні існує й набуває обертів конструктивний діалог між неурядовими організаціями, персоналом установ виконання покарань і засудженими. Постійний обмін думками й ідеями УВП із громадськістю заохочує до чесного, ефективного і високо стандартизованого поводження з ув'язненими. Персонал установ має розуміти особливості середовища, у якому працює з метою створення умов, які відповідали б цим вимогам. Так, для реформування пенітенціарної системи Міністерство юстиції України співпрацює з багатьма благодійними організаціями й місцями несвободи. Наприклад, громадська організація (далі ГО) «Вільна зона» за підтримки декількох партнерів підготувала аналітичний звіт щодо стану забезпечення права на здоров'я, доступу до ліків та діагностики захворювань в установах виконання покарань засуджених з числа уразливих груп. Експерти вважають, що «уповільнення інтеграції пенітенціарної медицини до загальної системи охорони здоров'я відбувається через те, що замість тимчасового функціонування ДУ «ЦОЗ ДКВС» як перехідної ланки, ця установа розглядається як вінець реформи пенітенціарної системи» [94, с. 143].

Зупинимося на стані проведення вказаної вище реформи. На сьогодні медичне забезпечення засуджених не інтегроване в цивільну медичну систему, немає продовження надання медичних послуг і після звільнення. На думку експертів з ГО «Вільна зона», «перший етап медичної реформи первинної ланки не було розпочато в установах ДКВС, оскільки у Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» не передбачено норм з регулювання особливостей забезпечення реалізації програми медичних гарантій у в'язницях». Експертами наголошується, що спроби правоохоронних відомств врегулювати нормативно-правовими актами спільними з МОЗ питання медичного обслуговування в'язнів не були успішними, що може призвести до повного колапсу в цій сфері. Водночас наслідком відокремлення пенітенціарної медицини від адміністрації УВП стало самоусунення керівників цих закладів від вирішення проблем у сфері охорони здоров'я, «а в ряді випадків – створення штучних перешкод для засуджених і ув'язнених при спробі доступу до медичних

послуг» [94, с. 143].

Вважаємо доречним доповнити думку авторів вищезгаданого дослідження тим, що у 2022 році прийнято Постанову КМУ «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2022 році», якою затверджується Порядок реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2022 році. У цьому НПА передбачається, що Національна служба здоров'я України (далі НСЗУ) оплачує «медичні послуги, які надаються з направленнями в паперовій формі, у випадках направлення пацієнтів, які тримаються в установах виконання покарань» [85]. Тож, медичні послуги, зазначені у направленні щодо конкретного засудженого, мають бути надані за рахунок коштів НСЗУ. Отже, враховуючи принцип рівності при забезпеченні реалізації програми медичних гарантій і відсутність прямого законодавчого обмеження, засуджені мають право на отримання допомоги у межах медичних гарантій. Втім, погоджуємося, що дане положення – єдина згадка про можливість осіб, які знаходяться у місцях несвободи, стати учасниками медичної програми, на практиці ж, навіть подання необхідних документів ускладнене.

На підтримку реформи забезпечення охорони здоров'я засуджених необхідно зазначити, що Європейський комітет з запобігання катування (далі КЗК) ще у 1998 році звертав увагу на «загальноєвропейську тенденцію до збільшення ролі міністерств охорони здоров'я у тюремній медицині». КЗК вказував, що «більше залучення міністерства, відповідального за охорону здоров'я загального населення до тюремної медицини зможе гарантувати оптимальне медичне забезпечення в'язнів, а також принцип еквівалентності тюремної медицини тій, що на свободі». У 2017 році КЗК вже прямо закликав українську владу передати відповідальність за тюремну медицину Міністерству охорони здоров'я України. Тим не менш, реформування зупинилося на етапі створення «ЦОЗ ДКВС». До того ж, «створення автономної структури управління тюремною медициною призвело до низки проблем. Зокрема йдеться про неукомплектованість, а подекуди відсутність медичних співробітників,

незабезпечення медичними препаратами та обладнанням. Питання взаємодії між медичними закладами та адміністрацією установ виконання покарань залишається невизначеним і призводить до викривленої практики співпраці та координації» [247, с. 57].

У доповіді Уповноваженого ВРУ з прав людини міститься теза про те, що відповідно до рекомендацій європейського регіонального бюро ВООЗ, «з метою забезпечення права ув'язнених на належну медичну допомогу, застосування принципу еквівалентності при наданні медико-санітарних послуг в установах ДКВС України, медичні заклади в таких установах мають бути інтегровані в державну систему охорони здоров'я. Керівництво та контроль за ними має здійснювати МОЗ». Упродовж шести років питання щодо передачі функцій з надання медичної допомоги засудженим та особам, узятим під варту, залишається невирішеним. За інформацією Мін'юсту, керівництвом міністерства за цей час проводилися робочі зустрічі з представниками МОЗ, за результатами яких не було досягнуто домовленостей про подальші кроки в цьому напрямі. [18, с. 25].

Актуальним питанням сьогодення залишається питання організації медико-санітарного забезпечення засуджених до позбавлення волі та відповідність цієї діяльності мінімальним стандартним правилам Організації Об'єднаних Націй і Ради Європи. Деякі правозахисні організації і вчені висловлюють стурбованість медичними та санітарними умовами в установах виконання покарань. Вони вважають, що Державна кримінально-виконавча служба України має повністю передати повноваження щодо надання медичної допомоги засудженим Міністерству охорони здоров'я. «Це дасть перевагу, дозволяючи зосередитися на медичній справі, а не на виконанні службових обов'язків. Це також зменшило б фактор, який спричиняє зловживання владою чи службовими обов'язками — корупцію — шляхом створення середовища зі стандартами справедливого ставлення до в'язнів». Крім того, такий спосіб обмежує засуджених у конституційних правах через підпорядкування керівників медичних працівників МОЗу [61, с. 73].

У Коментарі до Європейських пенітенціарних (в'язничних) правил також зазначається, що «найефективніший спосіб забезпечення права засуджених на охорону здоров'я є покладення відповідальності на національний орган охорони здоров'я за надання медичної допомоги у місцях позбавлення волі, або встановлення тісних зв'язків між адміністрацією тюрми та постачальниками медичних послуг» [39].

Розглянемо аспекти доречності передачі послуг з медичного забезпечення засуджених у відання Міністерства охорони здоров'я з огляду зарубіжного досвіду. «У світі існують три моделі підпорядкованості системи охорони здоров'я у пенітенціарних установах: відомчу (підпорядкованість медичного сектору органу юстиції), позавідомчу (тюрмна охорона здоров'я забезпечується громадянськими органами здоров'я), змішану» [20, с. 156].

Аналіз звіту, підготовленого ВООЗ, щодо використання 47 держав-членів Ради Європи моделей організації медичного обслуговування в пенітенціарних установах, свідчить про те, що у деяких країнах покладається відповідальність за охорону здоров'я засуджених на міністерство охорони здоров'я, а в інших – на міністерство, відповідальне за юстицію, тоді як у кількох країнах використовується змішана система. У ході дослідження було виявлено, що 10 із 47 країн (Велика Британія, Ісландія, Італія, Данія, Норвегія, Кіпр, Мальта, Словенія, Фінляндія, Франція) повністю перейшли до позавідомчої системи, передавши управління медичної сфери до публічного сектору охорони здоров'я. Ще 6 держав (Іспанія, Литва, Албанія, Вірменія, Словаччина, Швейцарія) використовують змішану систему, у якій охорона здоров'я засуджених забезпечується одночасно пенітенціарними органами та закладами охорони здоров'я [20].

Розглянемо особливості організації медичного забезпечення засуджених у тих країнах, що є прихильниками відомчої моделі. Для прикладу, ув'язнені у Нідерландах питанням забезпечення охорони здоров'я засуджених займається служба в установах юстиції. У такій системі критикується: відсутність чіткого бачення медичної допомоги; відсутність офіційних повноважень у медичній

службі та безладну організаційну структуру; нечіткі посадові інструкції; відсутність організаційної структури; нечіткість посадових інструкцій; недостатня увага до безперервності надання медичної допомоги тощо. Як наслідок цих зауважень, відділ охорони здоров'я розпочав реформування у 2003 році, спрямований на формулювання бачення, політики та деяких принципів надання медичної допомоги у тюрмах.

У цій країні також запроваджувалося створення медичної служби, прагненням якої є надання медичної допомоги засудженим у такому ж обсязі, що надається населенню у цілому («принцип еквівалентності»). Саме це прагнення призвело до таких змін у наданні медичних послуг. За останні десять років відбулися певні покращення, зокрема, була створена посада керівника медичної служби, відбулася професіоналізація персоналу (лікарів та медсестер), було прийнято на роботу більш кваліфікований персонал.

Основними проблемами, що зберігаються і на сьогодні, є: графік роботи лікарів, адже кваліфікований лікар не завжди доступний; проблеми з медичною документацією, доступ до системи електронних медичних записів; управління та використання лікарських засобів для надання невідкладної допомоги; безперервність надання допомоги до, під час та після затримання має бути покращена [14, с. 23].

Система охорони здоров'я у в'язницях Португалії перебуває у спільному віданні Міністерства юстиції (забезпечення базового медичного обслуговування) та Міністерства охорони здоров'я (додаткова медична допомога при певних станах за необхідності). У цілому, система має спільні з Україною ознаки, адже вся первинна медична допомога надається безпосередньо в установі виконання покарань, а у разі необхідності, засуджений може звернутися до будь-якого закладу охорони здоров'я. Історично, у Португалії система тюремної медицини належала Міністерству юстиції, а її трансформація відбулася у 1980 році через велику кількість засуджених із серйозними проблемами зі здоров'ям, включаючи вживання наркотиків, ВІЛ, гепатит, туберкульоз та психічні розлади. Завдяки угоді про співпрацю, у тюрмах став

можливим доступ до спеціалізованого лікування інфекційних захворювань, з'явився доступ до сучасних методів дослідження тощо [32, с. 10].

Португалія не пройшла формальний перехід до Міністерства охорони здоров'я, залишивши пенітенціарну медицину у віданні Міністерства юстиції. Однак, укладені угоди про співпрацю між цими двома міністерствами свідчать про покращення стану здоров'я осіб у місцях несвободи та роботи системи охорони здоров'я. «Угода передбачає періодичні візити спеціалізованого медичного персоналу в установі виконання покарань і проведення необхідних обстежень під час цих візитів. Таким чином, усі засуджені, які потребували лікування, отримали належну медичну допомогу, вдалося уникнути додаткових витрат на паливо для перевезення, амортизацію автомобіля, а також на персонал, необхідний для супроводу засуджених. Організуючи медичні прийоми у тюремних відділеннях, було зроблено величезний внесок у добробут та людську гідність людей, які перебувають у в'язниці, оскільки їм більше не доводилося годинами чекати у лікарні у наручниках та у супроводі тюремного офіцера». Така угода є гарним прикладом успішного партнерства, яке приносить очевидну користь [32, с. 15].

Структура організації медичного забезпечення засуджених у Польщі, Угорщині та Чехії також є відомчою, тобто знаходиться у керівництві міністерства юстиції. Водночас, чеська пенітенціарна служба охорони здоров'я є більш інтегрованою у національну службу здоров'я, іноді є навіть кращою, оскільки у тюрмі є можливість швидше отримати направлення на лікування, є доступ до безкоштовних ліків, які призначаються лікарем [30, с. 16].

Загалом, як вітчизняні, так і закордонні науковці до переваг відомчої системи охорони здоров'я відносять наступне: порівняно менші фінансові витрати, дотримання режимних заходів, висока соціальна захищеність медичного персоналу установ виконання покарань [181, с. 101]. Також можна зазначити зручність надання медичної допомоги безпосередньо на місці виконання покарання та відсутність конфлікту повноважень між міністерствами.

У свою чергу, така система має ряд суттєвих недоліків: недостатній рівень

знань медичного персоналу, нестачу зовнішнього контролю за медичним забезпеченням, залежність лікарів від волевиявлення адміністрації установ тощо.

Перейдемо до розгляду практики тих країн, які мають змішану систему надання медичної допомоги засудженим, тобто ця сфера перебуває як у віданні міністерства, відповідального за виконання покарань, так і міністерство охорони здоров'я. За даними проведеного дослідження, у Раді Європи є 6 країн, які використовують саме таку модель і здебільшого вона виступає проміжною ланкою переходу до позавідомчої системи.

Пенітенціарна служба охорони здоров'я Іспанії організаційно «залежить від Міністерства внутрішніх справ, серед основних завдань якого зміцнення здоров'я не передбачено, а тому такі органи не викликають довіри, незважаючи на зусилля, що докладаються з боку органів державного управління. Спостерігається ієрархічна залежність лікарів від адміністрації тюрми, що позбавляє можливості кар'єрного зросту, фактично створюючи професійну ізоляцію медичного персоналу тюрем від загальної медичної спільноти. Як зауважують іспанські вчені, така система охорони здоров'я засуджених є застарілою, адже заснована на ізоляції тюрми від публічного сектору» [26, с. 50].

Необхідно зазначити, що Європейський комітет з питань запобігання катуванням та нелюдського або такого, що принижує гідність, поводження чи покарання у 2018 році серед недоліків іспанської моделі охорони здоров'я засуджених зазначив залежність медичного персоналу від адміністрації тюрми; випадки несвоєчасного надання медичної допомоги засудженим; присутність персоналу установи під час медичного огляду. Хоча, Комітет зазначив позитивним моментом покладення відповідальності за надання медичної допомоги засудженим на Департамент охорони здоров'я Каталонії, фактично приєднавши пенітенціарну медицину до публічного сектору [40, с. 40].

Литва, до прикладу, також належить до змішаної моделі організації охорони здоров'я засуджених. Наразі надання медичної допомоги в литовських тюрмах знаходиться у відповідальності Міністерства юстиції, до діяльності якого входить організацію, здійснення та контроль за охороною і наглядом за

засудженими, їх виправленням, соціальною реабілітацією, психологічною підтримкою та медико-санітарним забезпеченням у місцях позбавлення волі [24, с. 22]. Міністерство здоров'я ж, розробляє, організовує та координує надання медичних послуг на національному рівні. Втім, через відсутність чіткого розподілу функцій між різними міністерствами, деякі нормативно-правові акти приймаються без належного узгодження, що може спричинити труднощі у застосуванні [24, с. 23]. КЗК неодноразово закликав литовську владу посилити роль Міністерства охорони здоров'я щодо медичного забезпечення в'язнів, особливо стосовно набору медичного персоналу, його навчання, сертифікації [40, с. 21].

Таким чином, функціонування змішаної моделі забезпечення охорони здоров'я засуджених через ізолюваність медичної сфери від публічного сектору все одно зумовлює залежність лікарів від тюремної адміністрації та не у повній мірі сприяє наданню медичної допомоги засудженим на належному рівні. Загалом, чіткий розподіл функцій та їх закріплення у нормативно-правових актів, без дублювання повноважень, може слугувати вдалою реалізацією існування такої моделі.

Розглянемо практику тих країн, які перейшли до позавідомчої моделі організації медичного обслуговування засуджених. «У Фінляндії медичні послуги у тюрмах організовуються та фінансуються урядом Фінляндії та забезпечуються Відділом медичного обслуговування, що є незалежною структурою при Фінському інституті охорони здоров'я та соціального забезпечення та перебуває у віданні Міністерства соціального забезпечення та охорони здоров'я» [с.2]. Необхідно зазначити, що раніше тюремна охорона здоров'я у Фінляндії була організована органом кримінально-виконавчої системи, але протягом десяти років відбулася передача міністерству, відповідальному за охорони здоров'я. Метою такого переходу була можливість засуджених отримувати користь з останніх розробок та результатів досліджень у сфері медицини [с.4].

«Структура тюремної медицини складається з трьох відділень: відділ

амбулаторного обслуговування, разом зі стоматологією, психіатрична лікарня та тюремна лікарня соматичної допомоги. Необхідно звернути увагу на те, що всі медичні заклади знаходяться на території установ виконання покарань. Засуджені мають можливість відвідувати амбулаторні клініки за направленням у разі необхідності, для цього вони мають заповнити спеціальний друкований бланк та отримати відповідь протягом трьох днів» [32, с. 6].

Перехід пенітенціарної медицини з Міністерства юстиції до Міністерства охорони здоров'я відбувся і в Англії. З моменту передачі обов'язків до Департаменту охорони здоров'я відбулося значне поліпшення введення в експлуатацію та надання медичної допомоги, що призводить до кращих результатів стану здоров'я людей у в'язницях» [32, с. 27].

Законом від 18 січня 1994 року, засуджені у Франції стали частиною загальної системи охорони здоров'я. «Реформування було викликано через критичну ситуацію, яка склалася у французьких в'язницях щодо ВІЛ, гепатиту В, гепатиту С, туберкульозу та психічних розладів. Надання медичної допомоги засудженим відбувається у три етапи: загальна первинна медична допомога, що організовується у пенітенціарних закладах здоров'я. Послуги вторинної медичної допомоги, які потребують спеціалізованих матеріалів або госпіталізації (на термін менше 48 годин), надаються в асоційованій лікарні, що знаходиться у тюрми. Третій рівень надання медичної допомоги стосується послуг, які потребують стаціонарної госпіталізації, а згодом, і звільнення засудженого».

«Як зазначають французькі фахівці, завдяки цій реформі було збільшено частку персоналу на одного ув'язненого. Наприклад у 1999 році, на кожні 500 ув'язнених припадав один штатний працівник (лікар) замість 1000, загальна кількість медсестер збільшилася з 14 до 29 на 4000 ув'язнених і замість 14 нових фармацевтичних асистентів було прийнято на роботу 26 [с.24]. Зараз у Франції медичні частини укомплектовані таким чином: 3,4 лікаря-терапевта, 0,5 лікаря-спеціаліста, 3,2 лікаря-психіатра, 5,2 лікаря-психолога, 14,8 медичних сестер, 7,7 медичних психіатричних сестер психіатричні, 1,6 стоматологи, 0,4 фізіотерапевти. Натомість, такої кількості недостатньо від 5,5% до 16%».

Ще однією особливістю іноземних установ виконання покарань є те, що студенти можуть працювати в установах у якості стажування. Ці стажування під опікою пропонують широкий спектр ситуацій, схожих на первинну медичну допомогу у контексті громадського здоров'я. Вони починаються з навчання управлінню складними ситуаціями, забезпечують сильнішу орієнтацію на етичну охорону здоров'я та підвищують обізнаність інтернів про соціальну роль лікарів первинної медичної допомоги. Студенти вважають такий тип стажування гарною підготовкою до майбутньої роботи на первинній ланці медичної допомоги, особливо в контексті мультидисциплінарної практики.

Франція робить свій внесок у соціальне забезпечення ув'язнених двома шляхами. По-перше, вона фінансово забезпечує, щоб кожен ув'язнений отримував таку ж допомогу, як і будь-який інший цивільний громадянин. По-друге, вона бере участь у співфінансуванні установ та відповідних лікарень. Ув'язнені не повинні сплачувати жодних внесків на свої медичні витрати на лікування. Більша частина фінансового тягара була перекладена з держави на страхові медичні компанії, які розподілені по регіонах. Отже, після реформи у 1995 р., фінансування охорони здоров'я було частково децентралізовано, адже перейшло до загального соціального страхування.

На думку авторів дослідження у Франції, передача управління охороною здоров'я ув'язнених до Міністерства охорони здоров'я Франції, «покращило якість та безперервність надання медичних послуг, використання сучасних методик у медичній практиці, а також збільшило чисельність медичного персоналу». До того ж, «Рахункова палата Франції визнає прогрес в управлінні охороною здоров'я, досягнутий з моменту передачі до міністерства, відповідального за охорону здоров'я. Втім, все ще залишається декілька недоліків, пов'язаних зі створенням епідеміологічного моніторингу, посилення психіатричної допомоги, створення шляхів надання медичної допомоги після звільнення засуджених» [с. 51].

Розглянемо наступний приклад позавідомчої моделі на практиці Норвегії. Взаємодія пенітенціарних органів із органами охорони здоров'я у Норвегії

здійснюється завдяки створенню двох планів для засудженого: «план покарання та індивідуальний план догляду, що включає в себе довгострокові та скоординовані послуги з охорони здоров'я та догляду». Ці плани постійно оновлюються завдяки застосуванню додаткової інформації, зібраною під час спілкування із засудженим, адміністрацією та лікарями [25]. Ще одною перевагою норвезької системи є те, що «вона забезпечує послідовність лікування після звільнення засуджених з тюрми». Оскільки охорона здоров'я є частиною послуг, які надаються лікарями публічного сектору, то вони вже можуть бути знайомим з ними та звернутися до них за допомогою після звільнення [2, с.8]. Оскільки тюремні медичні працівники є незалежними від адміністрації установи та фінансуються Департаментом охорони здоров'я, їхня діяльність є незалежною та направлена на надання медичної допомоги засудженим з метою сприяння їхньому стану.

Відповідальність за охорону здоров'я у в'язницях була також передана від Шотландської тюремної служби до Національної служби охорони здоров'я у листопаді 2011 року. Головними ідеями цього переходу стало те, що повинен існувати багатодисциплінарний план догляду для кожного ув'язненого, він має включати такі деталі, як стан, який необхідно лікувати, узгоджене управління, включно з оглядом, та очікуваний результат. Широкого розповсюдження набула система «Vision system», яка є однією з двох основних ІТ-систем, що використовуються лікарями загальної практики. Після цього, в 2016 році в Шотландії почала активно розвиватися використання «телездоров'я» у в'язницях.

Загалом було відзначено такі покращення після переходу медицини до міністерства охорони здоров'я: «подолання нерівності у сфері охорони здоров'я, сталий розвиток, відповідність визнаним міжнародним стандартам». Але навіть зараз, повідомляється про різні проблеми в тюрмах, а саме, доступ до постачальників психіатричних послуг, стоматологів і допоміжних медичних працівників, фінансові обмеження в бюджеті на ліки, проблеми з набором та утриманням лікарів загальної практики, які частково пов'язані з оплатою праці

[с.52].

Перейдемо до розгляду країн, у яких використовуються одразу обидві моделі підпорядкування медицини у пенітенціарних установах. Деякі вчені дійшли висновку, що «під змішаною моделлю необхідно розуміти поєднання організаційних компонентів відомчої та позавідомчої систем, яке застосовується у Сполучених штатах Америки» [20, с. 156]. «Змішаною також називають модель, яка може поєднувати в собі окремі організаційні елементи першої та другої у різних комбінаціях» [9, с. 197]. Втім, на нашу думку, ці дефініції потребують уточнення.

За нашим переконанням, використання одними самостійними суб'єктами відомчої, а іншими – позавідомчої системи у складі однієї федеративної держави не можна беззаперечно вважати прикладом змішаної моделі. Відповідно до американських джерел, «рівень медичної допомоги значно відрізняється від штату до штату, адже ці суб'єкти владні самостійно узгоджувати модель забезпечення охорони здоров'я засуджених» [2]. «Деякі штати вивели з державного забезпечення охорону здоров'я у тюрмах, як у Каліфорнії, а інші ж штати користуються державними програмами медичних гарантій» [5, с. 666]. Уявляється вірогідним стверджувати, що у даному випадку доречніше говорити про наявність у самостійних суб'єктах відомчої або позавідомчої моделі, адже фактично, змішування цих моделей відбувається лише за умов характеристики держави за територіальним принципом.

«На наш погляд, змішаною моделлю можна вважати таку форму організації надання медичної допомоги в установах виконання покарань, за якою відбувається одночасне підпорядкування медичного сектору як органам чи структурам, відповідальним за тюремну систему, так і за охорону здоров'я і поділяється не за територіальним принципом, а за сферою повноважень» [56, с. 22].

Вдалим прикладом може бути система Литви, у якій «було створено відділ, відповідальний за нагляд за медичним обслуговуванням у всіх в'язницях у співпраці з міністерством охорони здоров'я. Така співпраця відбувається у

вигляді передачі відповідальності за певний медичний сектор, зокрема судову психіатрію, до відомства, яке забезпечує охорону здоров'я загального населення, у той час як загальне медичне забезпечення засуджених покладається на адміністрацію пенітенціарних установ. Саме таке рішення сприяло можливості складення індивідуальних програм лікування разом із спеціально підготовленим персоналом для вирішення питання ресоціалізації та реінтеграції ув'язнених у суспільство» [53, с. 2].

Медична система Швейцарії має водночас дві моделі через наявність самостійних суб'єктів федерації (кантонів). Зазначається, що саме «у тих кантонах, де медицина підпорядкована міністерству юстиції, спостерігається відсутність незалежності медичних працівників та відсутність стратегії охорони здоров'я та управління медичними кадрами, а також фінансові обмеження, які впливають на набір персоналу. Натомість, на рівнях земель, у яких тюремну медицину було передано до міністерства охорони здоров'я, привабливість для медичного персоналу також вважається вищою через можливість безперервного, сучасного навчання» [53, с. 75].

Цікавим є те, що у Швейцарії розвинута співпраця між різними залученими суб'єктами, зокрема університетами. Так, центр дистанційної та безперервної освіти Женевського університету, а також Цюріхський університет пропонують однорічний сертифікат про підвищення кваліфікації з питань охорони здоров'я у в'язницях для лікарів, медичних працівників та соціальних працівників та інших зацікавлених осіб у в'язницях. До навчальних модулів відноситься вивчення правових та кримінальних положень, організація тюрем, медичні аспекти, з акцентом на психічне здоров'я, залежність та вивчення вразливих верств населення.

Зазначається, що перша модель дозволяє тісну і постійну співпрацю всіх зацікавлених сторін, зокрема засуджених і адміністрації тюрми, натомість залишається суттєвий контроль адміністрації над медичним персоналом. Серед негативних моментів також відзначають вплив на час очікування, безперервність та довгострокову перспективу медичної допомоги там, де лікар не є постійно

присутнім. До того ж, ця модель критикується через брак медичних знань у персоналу, відсутність стратегії охорони здоров'я та управління медичним персоналом [53, с. 81].

Доречно зауважують закордонні науковці, що «коли медичне обслуговування забезпечувалося міністерством, відповідальним за тюрми, було відсутнє таке дотримання стандартів відповідальності та якості, як у міністерстві охорони здоров'я. Поліпшення ж якості послуг відбувається лише у відповідь на судові позови» [53, с. 571]. 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 Управління ООН з наркотиків і злочинності 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». З огляду на проведений аналіз, країни, які дійшли до такого кроку, повідомляють про підвищення професійної незалежності медичних працівників і покращення якості охорони здоров'я.

Натомість, необхідно усвідомлювати можливість настання таких негативних наслідків, як: виникнення розбіжностей між установами виконання покарань та державними закладами охорони здоров'я, які надають медичні послуги у пенітенціарній системі; 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 волі.

«Незважаючи на різні організаційні та управлінські структури охорони здоров'я для ув'язнених, міжнародне співтовариство дійшло консенсусу в питанні того, що охорона здоров'я ув'язнених є виключно відповідальністю держави й повинна бути максимально тісно узгоджена, інтегрована та сумісна з національною політикою у сфері охорони здоров'я» [168, с. 27-32]. Представлені моделі управління охороною здоров'я свідчать про відсутність унікального рішення, яке підійшло б кожній країні. Встановлення партнерства між секторами юстиції та охорони здоров'я може відрізнитися за формою, проте зміст має бути одним – ефективна відповідність медичним потребам, дотримання процедур безпеки, а також підтримка стандартів поваги до людської гідності та захист прав засуджених.

Також необхідно дотримуватися стандартів робочої сили та персоналу охорони здоров'я, що має базуватися на принципі еквівалентності вимог щодо кваліфікації, безперервної професійної освіти та кар'єрного зростання, як у місцях несвободи, так і цивільних медичних установах. Проблема набору медичного персоналу залишається актуальною для України, а тому існуючі норми потребують перегляду. «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 заклад охорони здоров'я громади, мали такий самий, вищий або менший рівень оплати праці, як у аналогічних працівників із установ на волі. Досвід Фінляндії продемонстрував, що після переходу тюремної медицини до Міністерства охорони здоров'я, стало легше набирати постійний медичний персонал» [168, с. 8].

Поточна ситуація з кадрами у «ЦОЗ ДКВС» складається наступним чином. Відповідно до Положення про «ЦОЗ ДКВС», Директор «ЦОЗ ДКВС» України проводить добір працівників в установах, призначає на посади, переміщує, звільняє, заохочує, притягує до дисциплінарної відповідальності працівників ЦОЗ ДКВС України (п. 6.11) [165]. На сайті державної установи містяться вакансії, аналіз яких показав, що станом на травень 2022 року в Україні відсутня хоча б одна виправна колонія (далі ВК), яка мала б повну укомплектованість медичного персоналу. Найбільшу кількість спеціалістів станом на травень 2022 року, потребувала Дніпропетровська область. Серед посад, які були вакантними, можна назвати: лікар-терапевт, стоматолог, інфекціоніст, рентгенолог, молодший медичний персонал, фтизіатр і хірург [65].

Виходячи з вищесказаного, необхідно знайти раціональний підхід до виправлення ситуації з кількістю персоналу медичних частин установ виконання покарань. У Фінляндії, наприклад, робота у в'язницях – це обов'язкова ротація в межах ординатури розвитку кар'єри, надання клініцистам можливість завчасно розпізнати свою мотивацію та здатність працювати у в'язницях. У Португалії цей етап не є обов'язковим, але він також доступний і надається для всіх, хто йде цією кар'єрою. Практика залучення інтернів до роботи в установах виконання покарань є розповсюдженою закордоном.

Зокрема, дослідження серед австралійських студентів-медиків показало, що з 29 студентів 17 погодилися влаштуватися на роботу в установу виконання покарань. Причинами для влаштування були названі бажання зробити щось інше, інтерес до здоров'я ув'язнених, прихильність до соціальної справедливості, географічна зручність, відповідні години та відсутність інтересу до загальної практики. Під час стажування студенти повідомили, що «мали змогу ознайомитися з різноманітними можливостями навчання, включаючи практичну клінічну практику зі зворотним зв'язком, навчання за допомогою спостереження та знайомство з культурою та процесами в'язниці» [3].

Студенти-медики в Індії також брали участь в опитуванні стосовно роботи в місцях несвободи. Дослідження показало, що «студенти мають недостатне

розуміння реального стану надання медичної допомоги засудженим. Значна більшість респондентів зазначили, що вони вважають, що здоров'я ув'язнених має викладатися в медичній програмі, і що вони були б зацікавлені в роботі з ув'язненими». Тоді розумно припустити, що чим більше знань щодо проблем зі здоров'ям, з якими стикаються засуджені, буде в академічних інтересах студентів, тим більшу практичну цінність це матиме для їхньої майбутньої практики. Інтеграція курсів, семінарів, ротації або стажування з питань охорони здоров'я в'язниці в навчальні програми медичних шкіл, як мінімум, забезпечить більш доступний шлях для студентів до роботи з такою когортою як засуджені [51]. Як результат такого навчання, більше персоналу буде залучено до установ виконання покарань.

Оскільки в Україні також наявна проблема з укомплектованістю медичного персоналу у місцях несвободи, а також враховуючи позитивну міжнародну практику залучення нових кадрів до стажування в УВП, вважаємо доцільним проведення анонімного анкетування студентів вищих медичних навчальних закладів України щодо їхнього ставлення до роботи у місцях несвободи. Метою цього анкетування було з'ясування відношення студентів та інтернів до рівня загальної охорони здоров'я та у місцях позбавлення волі, щодо їх обізнаності у питанні медичного забезпечення засуджених та їхнє ставлення і бажання проходити стажування або влаштуватися на роботу до установ виконання покарань.

Так, у вигляді гугл-форми було створено анкету для опитування студентів та інтернів та розіслано до навчальних медичних закладів у 13 областях України. Анкетне опитування проводилося з серпня по вересень 2022 року. В анкетуванні взяли участь 189 учасників, з них 165 студентів і 24 інтерни. Серед опитуваних осіб 85 % відповіли, що їм подобається навчання за їхньою спеціальністю, а 90 % зазначили, що планують працювати у сфері охорони здоров'я. Такі результати свідчать про те, що заклади охорони здоров'я мають високу імовірність поповнення складу персоналу (див. Додаток В).

Стосовно питання оцінки рівня охорони здоров'я загального населення,

думка респондентів розділилася порівну: 39 % вважають його задовільним, 31 % - важко визначитись та 30 % не задоволені цим рівнем. На противагу загальному сектору, 56 % опитаних студентів та інтернів відповіли, що їм важко визначитись, 40 % вважають цей рівень незадовільним і 4 % опитаних задоволені рівнем охорони здоров'я в установах виконання покарань. Зібраний матеріал дозволяє прийти до висновку, що проблемне забезпечення медичної допомоги наявне не лише у тюремному світі, а й серед загального населення, втім респонденти не мають достатнього рівня знань стосовно пенітенціарної медицини. Доказом цього слугують відповіді на питання проходження навчання щодо проблеми охорони здоров'я засуджених. Так, абсолютна більшість (80 %) відповіли «ні», 13 % - проходили таке навчання, 7 % респондентів не пам'ятають, чи ознайомилися вони з цією темою під час навчання (див. Додаток В).

З огляду на такі відповіді студентів та інтернів, ще раз наголосимо на необхідності доповнення програми навчання у медичних закладах вищої освіти станом охорони здоров'я у місцях несвободи. Більше того, 68 % опитуваних відповіли, що вважають проходження медичної практики у медичних частинах колоній позитивним явищем, якщо це буде безпечно, 13 % відповіли «так», навіть без передумови безпечності, та 19 % висловилися проти такого стажування. Отже, залучення студентів та інтернів до стажування у місцях несвободи може отримати широкої підтримки та стати суттєвим досягненням у реформуванні питання залучення майбутніх працівників медичних закладів УВП та поширення знань щодо медичного забезпечення засуджених серед загального населення (див. Додаток В).

Наступне питання анкетування стосувалося зацікавленості студентів та інтернів у роботі місцях несвободи, 28 % з яких відповіли позитивно, 36 % ще не визначилися та 36 % мають негативну відповідь. Необхідно зазначити, що мотивація у більш високій заробітній платі не є вирішальним чинником у їхньому ставленні до роботи із засудженими, адже 61 % респондентів вважають, що вища оплата праці не заохотить їх до роботи із засудженими, а 39 % могли б змінити свою думку у випадку вищої заробітної плати (див. Додаток В). Таким

чином, проблема неукомплектованості персоналу медичних частин УВП залежить не лише від рівня заробітної праці та небажання працювати з уразливою групою населення, адже третина опитуваних виявляє таке бажання.

Втішим є те, що 78 % опитуваних згодні з тим, що засуджені мають право на такий самий рівень охорони здоров'я як і загальне населення, 16 % учасникам анкетування важко визначитися із відповіддю, та все ж таки, 6 % студентів та інтернів не погоджуються з цією тезою (див. Додаток В). Вважаємо, що поширення інформації щодо засуджених під час навчання у медичних закладах та залучення до стажування в місця несвободи допоможе змінити думку цих 6 % та зведе до мінімуму дискримінаційне ставлення медичного персоналу до пацієнта, який знаходиться у місцях несвободи.

Багато держав-членів Ради Європи зіштовхуються зі значними труднощами у питанні залучення 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 безпеку, 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 [168, с. 48].

Як зазначають М. В. Романов і Є. Захаров у своєму дослідженні, «робота із засудженими та ув'язненими є інтенсивною та має підвищений рівень стресу та безпеки. Тому медичні працівники, які працюють у таких умовах, повинні отримувати відповідну компенсацію та пільги, пов'язані з перевантаженням. Необхідно запровадити систему надбавок і доплат за роботу в установах виконання покарань, а також передбачити обов'язкову ротацію медичних працівників та можливості їх реабілітації. Такі умови роботи дадуть змогу залучити до установ виконання покарань більш кваліфікованих медичних працівників та поповнити їх штат. Додаткове фінансове забезпечення медичних

працівників, які працюють в установах виконання покарань, вирішує додаткове завдання – запобігання корупції та зниження корупційних ризиків у роботі із засудженими» [42].

Звісно, пропозиція отримання вищої заробітної плати в установах виконання покарань може бути ефективним стимулом для заохочення до роботи, втім це понесе за собою додаткові витрати з бюджету. Реформування системи освіти шляхом запровадження можливості проходження практики та інтернатури в місцях несвободи може стати етапом привернення уваги фахівців до медичних потреб засуджених, а також слугуватиме шляхом усунення стигматизації цієї групи населення.

Також необхідні спільні зусилля, щоб пояснити громадськості та особам, які ухвалюють рішення, що надання медичної допомоги у в'язницях є важливою послугою для громадського здоров'я. Спеціалізовані знання медичних працівників, які дозволяють впоратися з усіма специфічними формами тюремної патології, та необхідні навички та досвід для їх ведення в умовах, створюваних тюремною середовищем, що значно недооцінюються як суспільством, так і колегами-лікарями. Саме тому, на нашу думку, медичне забезпечення засуджених може бути вдосконалено за рахунок внесення змін до програми навчання медиків та проходження ними практики й інтернатури.

«Застосування підходу до пенітенціарної реформи з позицій громадського здоров'я означає визнання того, що соціальне неблагополуччя та маргіналізація підвищують ризик залучення до виправних установ. Це означає прагнення усунути цей ризик шляхом більш ефективного забезпечення потреб у сфері охорони здоров'я в суспільстві, особливо тих, що мають проблеми з психічним здоров'ям та проблемами, пов'язаними з наркотиками або алкоголем. Це також означає, що для тієї кількості осіб, для яких ув'язнення є неминучим, має бути забезпечений належний доступ до медичної допомоги, скринінгу та лікування» [21, с. 6].

Наступне питання, що потребує реформування – це доступ засуджених до сімейного лікаря. Відповідно до частини четвертої статті 35¹ Закону України

«Основи законодавства України про охорону здоров'я» пацієнт має право обирати лікаря, який надає первинну медичну допомогу, у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я [156]. Статтею 9 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» передбачено, що «пацієнт (його законний представник) реалізує своє право на вибір лікаря шляхом подання надавачу медичних послуг декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу. Надавачам медичних послуг забороняється відмовляти у прийнятті декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу та веденні пацієнта, зокрема, на підставі наявності у пацієнта хронічного захворювання, його віку, статі, соціального статусу, матеріального становища, зареєстрованого місця проживання тощо, крім випадків, передбачених законодавством» [188].

Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 № 503 регулюється порядок вибору лікаря, підписання декларації та порядок звернення за допомогою до сімейного лікаря. Передбачено, що «для подання декларації пацієнт має звернутися або через електронну систему охорони здоров'я, або прийти особисто. В обох випадках, засуджені мають надати документи про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків та документ, що посвідчує особу» [172]. Перебування у місцях несвободи значною мірою ускладнює доступ засуджених до сімейного лікаря, тому ця процедура має бути врегульована з урахуванням тюремних обмежень.

У жовтні 2021 року було зареєстровано законопроект «Про внесення змін до Кримінально-виконавчого кодексу та деяких інших законодавчих актів України щодо забезпечення права на охорону здоров'я в установах Державної кримінально-виконавчої служби України», яким пропонується внести зміни до Кримінально-виконавчого кодексу, додавши норму про можливість укладення декларації із сімейним лікарем. Так, «засудженим гарантувалося право на отримання первинної медичної допомоги на підставі декларації, укладеної з лікарем, що надає таку допомогу, в тому числі у дистанційній формі.

Центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері виконання кримінальних покарань, зобов'язаний створити умови для доступу засуджених до укладення декларації з лікарем. У разі відсутності у засудженої особи паспорту, декларацію з лікарем укладається на підставі даних особової справи або картки особи, що відбуває (відбула) кримінальне покарання. Центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері виконання кримінальних покарань, забезпечує інформування засуджених про порядок отримання медичної допомоги, процедуру укладання декларації, а також забезпечує доступ до даних стосовно лікарів, з якими доступне укладання декларації» [199].

Загалом, законопроект передбачає усунення питань із переліком допомоги, яка має надаватися засудженому сімейним лікарем, доступ до електронної бази E-Health, а також доступ до послуг, передбачених Програмою медичних гарантій. Проектом Закону пропонується створити Єдиний медичний простір та встановити принципи і гарантії отримання медичної допомоги в обсязі і в порядку, визначеному законодавством про охорону здоров'я, державними соціальними нормативами та галузевими стандартами. Міністерство фінансів України розгляд законопроекту у запропонованій редакції не підтримало з огляду на вплив його положень на видаткову частину державного бюджету [110]. О. В. Таволжанський також вважає запровадження електронних ресурсів зручним способом фіксування діяльності та ефективним механізмом контролю. «Внесення історії хвороби о медичної системи E-Health, дасть змогу закладам охорони здоров'я ефективно надати допомогу вже після звільнення осіб» [238, с. 116].

Вважаємо, що вищезазначені способи реформування доступу засуджених до сімейної медицини є необхідною складовою права на охорону здоров'я. виправдування неприйняття зазначеного законопроекту в контексті суттєвого збільшення видаткової частини державного бюджету є порушенням міжнародних стандартів. Європейські пенітенціарні правила зазначають, що «утримання ув'язнених в умовах, які порушують їхні права людини, не може

бути виправдано нестачею ресурсів». Оскільки переважна кількість цивільного населення вже користується послугами сімейного лікаря, отримуючи повний та швидкий перелік медичних послуг, засуджені не мають змоги реалізувати своє право на повноцінне медико-санітарне забезпечення, що також призводить до порушення міжнародних стандартів, зокрема неможливості отримати доступ до медичних послуг, які існують у країні без дискримінації за ознакою їхнього правового становища. Всі необхідні медичні, хірургічні та психіатричні послуги, у тому числі наявні в цивільних установах, мусять бути надані ув'язненим для цього.

Громадські організації критично ставляться до пріоритетів розподілу бюджету, який виділяється для установ виконання покарань. Зокрема, зауважується, що «реформування має відбуватися з перерозподілом коштів з урахуванням пріоритетів прав людини, а не особистої зацікавленості пенітенціаріїв». Такий крок уряду підтверджує його віддаленість від пріоритетного завдання забезпечення дотримання прав людини. Якщо уряд не має бажання покращувати ситуацію, наприклад, з матеріально-побутовими умовами тримання, медичним забезпеченням – доведеться платити кошти державного бюджету на відшкодування за порушення прав людини, встановлені у Європейському суді з прав людини. Але суми, які доводитиметься платити, є мізерними порівняно із іншою ціною цієї економії – зниження швидкості прогресу євроінтеграції» [64].

Наявність правових прогалин і колізій негативно впливає на виконання покарань. Фахівці, зокрема А. В. Боровик, Д. С. Белкіна, О. Г. Колб та ін., «визначають, що однією із детермінант, які обумовлюють вчинення злочинів та інших правопорушень з боку засуджених у зв'язку з відсутністю у кримінально-виконавчому законодавстві України норм про роздільне тримання осіб з психічними відхиленнями у місцях позбавлення волі» [с.196]. На противагу цієї думки, Р. М. Кубрак та В. В. Лень у монографічному дослідженні зауважують, що «концентрування засуджених із психічними відхиленнями в окремій установі є недоцільним. Втім, автори вважають логічним перепрофілювання вже

існуючих УВП в УВП медико-реабілітаційного спрямування, де можливе поєднання тримання засуджених із психічними розладами та без» [123, с. 155].

Що стосується міжнародних стандартів, Європейські пенітенціарні правила зазначають, що «нагляд та лікування ув'язнених, які страждають психічними розладами або аномаліями ... мусять відбуватися в спеціалізованих пенітенціарних установах або відділеннях, які знаходяться під медичним контролем» [89]. Натомість, стосовно окремого тримання цієї категорії осіб від інших засуджених, рекомендації відсутні.

Як зазначає Асоціація запобігання тортурам, «інші критерії розділення можуть бути виправдані для захисту затриманих у випадку особливої вразливості через їхній вік, стан здоров'я, етнічну приналежність, сексуальну орієнтацію чи гендерну ідентичність. У таких випадках відокремлення не повинно бути систематичним, має враховувати згоду відповідних осіб і не повинно становити одиночне ув'язнення чи обмеження доступу до послуг і догляду, що надаються установою» [43]. Також зазначається, що «особи з психічними захворюваннями під час ув'язнення стикаються з особливими ризиками і не повинні утримуватися у в'язницях першочергово» [34].

У той же час, у зарубіжній літературі зазначається, що «поміщення осіб, які мають інвалідність, окремо від інших засуджених здійснюється через те, що тюремний персонал погано підготовлений для роботи з такими людьми і замість того, щоб надати необхідну медичну допомогу, простіше ізолювати таких осіб» [33, с. 26]. На наш погляд, роздільне тримання засуджених із психічними відхиленнями від інших засуджених в установах виконання покарань може бути слушною ідеєю не через побоювання адміністрації УВП настання ризиків для особистої безпеки, а задля забезпечення права засуджених на лікувально-профілактичні заходи. У цьому випадку мета ізоляції – сконцентрування всіх наявних ресурсів на медичній допомозі цій категорії засуджених. Більше того, такий підхід слугуватиме розвитку динамічної безпеки в установах виконання покарань. Роздільне тримання та надання належної медичної допомоги сприятиме встановленню довірливих відносин із засудженими та ефективній

комунікації між засудженими та адміністрацією УВП.

У зв'язку з вищевказаним підтримуємо думку вітчизняних вчених і вважаємо доцільним викласти частину 3 ст. 92 Кримінально-виконавчого кодексу у новій редакції: «Ізольовано від інших засуджених, а також роздільно тримаються засуджені із задокументованими в медичних матеріалах психічними відхиленнями».

Таким чином, законодавство у сфері охорони здоров'я засуджених потребує якісних змін. У ході дослідження запропоновано варіанти, які сприятимуть можливості засуджених отримати належну медичну допомогу в установах виконання покарань.

3.2. Імплементация міжнародних стандартів з прав на охорону здоров'я засуджених в національне законодавство України.

Конституція України в абзаці першому ст. 9 проголосила, що «чинні міжнародні договори, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України, є частиною національного законодавства України» [113]. Положення Основного Закону однозначно «актуалізують вивчення і впровадження у вітчизняну систему виконання покарань кращих світових практик, вимагають якісного оновлення національної правової системи країни шляхом імплементации прогресивних надбань як загальносвітової, так і регіональної (європейської) правової системи». Вступивши до Ради Європи, Україна взяла на себе зобов'язання привести національне законодавство у відповідність до загальновизнаних міжнародних норм і стандартів, насамперед тих, які стосуються забезпечення прав і свобод людини і громадянина [67, с. 243].

Під імплементацией міжнародних стандартів прав людини розуміють «цілеспрямовану організаційно-правову діяльність держав, що здійснюється ними автономно або в рамках міжнародних організацій з метою своєчасного і повного виконання зобов'язань, які випливають із міжнародних стандартів прав людини. Методологічною основою імплементации виступає взаємодія

міжнародного права із правом національним. Це такий спосіб побудови взаємовідносин вказаних двох правових систем, який конститує процес їх взаємного впливу, в результаті якого забезпечується правове регулювання спільної для міжнародного і національного права сфери суспільних відносин» [93, с. 170]. Таким чином, під імплементацією міжнародних стандартів із прав на охорону здоров'я засуджених у національне законодавство України можна розуміти організаційно-правову діяльність держави з метою реалізації прав засуджених, зокрема, на охорону здоров'я, висвітлених у міжнародних стандартах.

«Механізм імплементації як система юридичних методів та засобів, за допомогою яких здійснюється забезпечення реалізації прав і свобод засуджених, містить у собі такі основні форми, як правотворча, правозастосовна, організаційна, оперативно-виконавча та контрольна діяльність суб'єктів забезпечення прав осіб, засуджених до кримінального покарання у виді позбавлення волі. Національну систему імплементації становлять органи державної влади та інші органи держави, уповноважені забезпечувати виконання державою міжнародно-правових зобов'язань» [179, с. 162].

Не можна не погодитися з думкою О. С. Почанської, що «основними формами діяльності держави у сфері ефективної участі та використання міжнародних стандартів щодо забезпечення прав осіб, засуджених до позбавлення волі, є безпосередня міжнародна співпраця, а також обмін досвідом стосовно реформування пенітенціарної системи». Це відбувається шляхом, по-перше, використання зарубіжного досвіду, по-друге, нормативно-правового закріплення й застосування міжнародних стандартів стосовно прав засуджених осіб завдяки ратифікації та подальшій імплементації цих стандартів в національне законодавство [с.160].

Вчена також відносить до одних із основних напрямів міжнародної співпраці у сфері виконання кримінальних покарань і поводження із засудженими необхідність «запровадити європейські стандарти охорони здоров'я засуджених для покращення умов їхнього утримання». Це пов'язано з

тим, що багато країн впроваджують ці стандарти за допомогою інноваційних методів. Деякі з цих методів включають програми психологічної та соціальної освіти, а також реформу охорони здоров'я. Крім того, слід вивчити законодавство щодо поводження із засудженими задля вдосконалення системи підготовки й підвищення кваліфікації кадрів у цій сфері. Нарешті, організація ефективних комунікацій між органами й установами виконання покарань та інститутами громадянського суспільства є також ефективним способом [179, с. 161].

Стосовно дотримання міжнародних нормативно-правових актів, приписами яких регулюються загальні права засуджених і встановлюються стандарти поводження із ними, можна з впевненістю сказати, що Україна ратифікувала всі основні регіональні й універсальні стандарти прав людини [133, с. 199]. До них належать: Загальна декларація прав людини, Міжнародний пакт про громадянські та політичні права, Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права, Декларація про захист усіх осіб від катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поводження та покарання, Конвенція проти катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поводження чи покарання, Факультативний протокол до цієї Конвенції, Європейська конвенція про захист прав людини та основоположних свобод, а також Європейські мінімальні стандартні правила поводження з ув'язненими.

Адаптація чинного законодавства до європейських нормативно-правових актів, що «полягає у розробці та прийнятті законів і підзаконних актів, також є частиною імплементації міжнародних норм». Як наголошують Б. М. Головкін та О. В. Таволжанський, «процес адаптації національного законодавства до міжнародних стандартів повинен бути багатопрофільним і враховувати всі аспекти поводження з засудженими» [81, с. 564].

Щодо адаптації законодавства, яке безпосередньо стосується правового статусу осіб, засуджених до позбавлення волі в Україні, насамперед слід згадати ухвалений у 2014 р. так званий євроінтеграційний закон – Закон України «Про

внесення змін до Кримінально-виконавчого кодексу України щодо порядку та умов відбування покарання», прийняття якого розглядалося як необхідний крок для підписання Угоди про асоціацію України з Європейським Союзом [с.165].

Із прийняттям цього Закону з'явилася потреба внести зміни до КВК України щодо адаптації правового статусу засудженого до європейських стандартів, зокрема, щодо права на охорону здоров'я в обсязі, встановленому Основами законодавства України про охорону здоров'я, за винятком обмежень, передбачених законом. Як уже наголошувалося, охорона здоров'я забезпечується системою медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних заходів, а також поєднанням безоплатних і платних форм медичної допомоги. «Засудженому гарантується право на вільний вибір і допуск лікаря для отримання медичної допомоги, у тому числі за власні кошти. Засуджені, які мають розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю, наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів чи інших одурманюючих засобів, можуть за їх письмовою згодою пройти курс лікування від зазначених захворювань» [187].

Удосконаленням вітчизняних механізмів забезпечення прав засуджених до позбавлення волі та їх гармонізацією з міжнародно-правовим досвідом займається багато вітчизняних науковців. Так, цьому питанню присвячена дисертація О. В. Краснокутського. У своєму дослідженні автор зауважує, що «оскільки до розробки пенітенціарної реформи залучаються провідні експерти світу, вони часто надають коментарі щодо прав людини. Більше того, Європейський комітет з питань запобігання катуванням чи нелюдському або такому, що принижує гідність, поводженню чи покаранню. Узагальнивши зауваження Комітету, вчений зробив висновок, що установи виконання покарань продовжують зловживати правами засуджених, зокрема, правом на охорону здоров'я, незважаючи на певні зусилля держави вирішити цю проблему» [120, с. 155].

Переконливою є позиція О. В. Краснокутського, що «проблема механізмів реалізації забезпечення прав засудженого виникає через те, що національне

законодавство визначає тільки загальне правило щодо медичного обслуговування засудженого», але при цьому докладно не регламентує порядок та умови його надання тощо. Як наслідок, права засуджених, незалежно від конкретних обставин, обмежені. «Задекларовані права мають жорсткий характер, що ускладнює їхню адаптацію до міжнародних стандартів». У своєму дослідженні науковець зробив невтішний висновок, що «незважаючи на оновлення нормативно-правових актів та спроби привести його у відповідність до міжнародного досвіду та вимог, у національному законодавстві, яке регулює питання надання медичної допомоги засудженим, так і не було усунуто системний недолік, який полягає у відсутності механізму реалізації медичних прав засудженого» [120, с. 167]. Погоджуємося з думкою науковця, що формально міжнародні стандарти у сфері прав засуджених на охорону здоров'я імплементовані у національне законодавство, втім механізм реалізації потребує вдосконалення. Необхідно також погодитися із думкою Романова М. В., що загалом вітчизняне законодавство відповідає міжнародним нормативним актам в частині декларування прав на охорону здоров'я, однак реальний стан речей і практичне втілення втілення цих норм знаходяться на низькому рівні, перетворюючись на системну проблему [219, с. 265].

У доповідях Уповноваженого ВРУ з прав людини Міністерству юстиції України, у щорічних звітах надається низка рекомендацій щодо усунення порушення прав людини і забезпечення надання належної медичної допомоги. Проте суттєвого покращення ситуації не відбувається, адже деякі проблеми залишаються невирішеними й надалі. До прикладу, «відсутність необхідних ліцензій на здійснення медичної практики, неукомплектованість вакансій лікарів, недостатність ліків, недбале проведення медичних оглядів, неналежне ведення медичної документації характеризують стан реалізації права на охорону здоров'я і медичну допомогу в більшості установ пенітенціарної системи» [230, с. 15].

Продовжуючи висвітлення питання, вкажемо, що одна з норм Європейських пенітенціарних правил потребує імплементатії у національне

законодавство, йдеться про приписи щодо «належної підготовки медичного персоналу установ виконання покарань» [89, п.41.4]. Як вже було зазначено у попередньому розділі, в Україні існує проблема проходження медичними працівниками установ додаткового навчання. Натомість вжиття «заходів із розвитку кадрового потенціалу, проведення тренінгів, семінарів з питань протидії туберкульозу для лікарів, представників ключових груп населення та громадських організацій, фахівців, які надають психосоціальну підтримку хворим на туберкульоз, передбачається в національному законодавстві, втім покладається лише на Міністерство охорони здоров'я» [190]. Оскільки наразі існує дискусія щодо доречності підпорядкування тюремної медицини МОЗ, вважаємо за необхідне внесення змін до чинного законодавства, передбачивши таку підготовку і для медичних співробітників, які підпорядковуються Міністерству юстиції України.

Так, пропонується додати до п. 21 розпорядження КМУ «Про затвердження плану заходів щодо реалізації Державної стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню на 2020–2023 роки» положення, що стосується проведення тренінгів, семінарів з питань протидії туберкульозу для лікарів, представників ключових груп населення та громадських організацій, фахівців, які надають психосоціальну підтримку хворим на туберкульоз, відповідального виконавця ДУ «ЦОЗ ДКВС». Ці нововведення вважаємо доречними використовувати також у подальших стратегіях. Таким чином, законодавче врегулювання питання розвитку кадрового потенціалу медиків, які працюють із засудженими, хворими на туберкульоз, буде здійснено.

Отже, вбачається, що проведення регулярних тренінгів і навчання для медичних співробітників установ виконання покарань має стати невід'ємною складовою якісної роботи лікаря. Закордонні фахівці стверджують, що «усі медичні працівники повинні бути належним чином навчені обмеженням клінічної практики у місцях несвободи, включаючи необхідність дотримання високих стандартів та послідовної практики, навички роботи в команді, а також

дотримання політики, спрямованої на підтримку довіри вразливих людей, які є пацієнтами у тюрмах» [19].

Наприклад, «уряд Об'єднаного Королівства розробив систему освіти та навчання персоналу, який надає медичну допомогу у тюрмах, підготовлений для Департаменту охорони здоров'я. Так, цей документ містить план необхідної підготовки лікарів загальної практики, молодшого медичного персоналу, стоматологів, фармацевтів, адміністрації установ тощо» [15]. Вважаємо за потрібне опрацювати схожий нормативно-правовий акт (далі НПА) для лікарів в установах виконання покарань.

Дискусії, що точаться в наукових колах і серед правозахисників, зводяться до констатації того, що в цілому Україна має нормативно-правове регулювання, яке відповідає міжнародним стандартам поводження з ув'язненими. Проте серед недоліків залишається, зокрема, відсутність індивідуального підходу в систему медичної допомоги в установах виконання покарань. Як стверджують окремі науковці, європейський досвід «передбачає та припускає індивідуальний підхід до конкретних випадків та ситуацій при виконанні покарань. Національне законодавство обмежується встановленням загальних правил, які не є гнучкими та не припускають можливості індивідуалізації та реагування на фактичні обставини» [143]. Погоджуємося із зауваженням вітчизняних фахівців, що норми, які стосуються регламентації права на охорону здоров'я засуджених мають декларативний характер, що унеможлиблює вирішення конкретної проблеми. Виходячи з цього, можемо стверджувати, що нашій країні варто імплементувати норми стосовно індивідуального підходу до конкретних випадків і ситуацій в установах виконання покарань.

Для покращення пенітенціарної системи України міжнародна команда експертів підготувала перелік пропозицій. Одна з них полягає в тому, що «тюремний психіатр чи психолог не повинні підпорядковуватися тюремній адміністрації. Вони мають бути рівноправними партнерами у діагностиці та лікуванні. Це допоможе зберегти психічне здоров'я в'язнів. Терапевти повинні перейти від опори на біологічні моделі до більш ефективних біопсихо-

соціальних моделей. Цей перехід потребує розмежування повноважень директора – того, хто відповідає за надання лікування, в лікаря-психіатра, який несе відповідальність за якість і вид проведеного лікування».

Вказане набуває важливості з огляду на те, що збереження здоров'я засуджених є однією з передумов їх успішного виправлення. На думку М. Ю. Кутепова, «цілі виправного впливу на засуджених полягають у тому, щоб зберегти їх здоров'я та гідність, сприяти формуванню в них почуття відповідальності та виробленню навичок, які допоможуть реінтегруватися в суспільство, виконувати вимоги законності та задовольняти свої життєві потреби власними силами після звільнення» [31, с. 1565]. Погоджуємося, що збереження здоров'я засуджених є важливим аспектом їх успішного виправлення й інтеграції в суспільство.

Комплексний підхід до лікування можливий завдяки співпраці з різними медичними працівниками. «Цей процес включає роботу психіатра разом із медсестрами, соціальними працівниками та іншими спеціалістами. Замість лікарняних палат, переповнених не пов'язаними пацієнтами, палати повинні приймати всіх пацієнтів як частину мультидисциплінарної команди. Людям потрібні радіо та телевізори в кімнатах. Вони також повинні мати легкий доступ до книг, журналів та іншої інформації в будинку. Пацієнти повинні вирішити, як оформити стіни відповідно до своїх побажань; додатково можуть планувати ремонт. Заохочуються додаткові елементи, такі як графіки на стіні, фотографії персоналу, рослини та новини із зовнішнього світу. Запропоновані зміни сприяють покращенню психічного стану засуджених» [17, с. 162].

У цілому погоджуємося із висвітленими рекомендаціями, що сприятимуть покращенню ментального стану засуджених. Із наведених варіантів вбачається, що цього можна досягти, імплементувавши вже розглянуті норми, зокрема, стосовно залучення персоналу до установ виконання покарань, а також створення сприятливого навколишнього середовища. Вважаємо дуже влучним висловлювання міжнародної команди, що все залежить від політичної волі до змін.

Як заважує М. Ю. Кутєпов, спостерігається «певний прогрес в імплементації міжнародних норм у національне законодавство. Втім, залишається невирішеною проблема переповненості в'язниць, комунально-побутових умов утримання ув'язнених та рівня медичного обслуговування» [31, с. 1563].

Підсумовуючи вищезазначене, можемо сказати, що питання імплементації міжнародних стандартів з прав на охорону здоров'я засуджених в національне законодавство України є актуальним. Більш того, вона має стати частиною нормотворчої діяльності в рамках реформування пенітенціарної системи України. У ході дослідження встановлено основні сектори, які потребують гармонізації із міжнародними стандартами, нормами м'якого права та іноземним досвідом. Як зазначає О. В. Гальцова, «нашій державі необхідно здійснювати належні соціально-економічні та організаційно-правові заходи та достатнє фінансування УВП, а також продовжити подальше реформування кримінально-виконавчої системи, щоб створити належні умови тримання в УВП, забезпечити висококваліфіковане медичне лікування, щоб максимально зберегти здоров'я та життя засуджених і персоналу установ виконання кримінальних покарань» [72, с. 372].

Вітчизняні фахівці звернули увагу на певні проблемні моменти у ході реалізації права на охорону здоров'я засуджених, наголосивши, що перетворення мають відбутися в таких сферах, як: нормативне посилення відповідальності адміністрації УВП за стан здоров'я, забезпечення доступу засуджених та ув'язнених до медичних послуг, а також за усунення можливих перешкод; запровадження елементів динамічної безпеки та навичок персоналу для можливості прийняття відповідального рішення про доцільність звернення засудженого чи ув'язненого за медичною допомогою до медичного працівника не установи виконання покарань (альтернативного); нормативне врегулювання незалежності медичних працівників у прийнятті рішень у питаннях охорони здоров'я засуджених та ув'язнених, нормативне закріплення переваги медичних висновків та рекомендацій над режимними й виховними заходами.

Серед більш конкретних рекомендацій слід вказати «прийняття спільного з Національною гвардією порядку етапування хворих на ВІЛ/ТБ. Пояснюється це тим, що нині під час етапування, яке може тривати понад місяць, переривається лікування хворих на ТБ, відсутня можливість надати медичну допомогу через те, що немає норми, що дозволяє не переривати лікування на етапі, а це призводить до повної відсутності контролю стану хворого на ТБ на час етапування» [94, с. 65].

У цілому маємо підкреслити, що питання безперервності лікування потребує законодавчого закріплення. Водночас необхідно додати, що у деяких сферах, зокрема, забезпечення охорони здоров'я осіб, хворих на ВІЛ/СНІД, завдяки рекомендаціям Уповноваженого й діяльності громадського сектору здоров'я, безперервність лікування гарантується шляхом запровадження програм замісної підтримувальної терапії.

Зокрема, у 2019 році розпочато втілення рекомендацій щодо забезпечення виконання вимог наказу Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства внутрішніх справ України, Міністерства юстиції України, Державної служби України з контролю за наркотиками від 22 жовтня 2012 р. № 821/937/1549/5/156 «Про затвердження Порядку взаємодії закладів охорони здоров'я, органів внутрішніх справ, слідчих ізоляторів і виправних центрів щодо забезпечення безперервності лікування препаратами замісної підтримувальної терапії». Так, вперше закуплено перелік препаратів антиретровірусної терапії для засуджених та ув'язнених (975 схем). Відповідно до вимог наказу Міністерства юстиції України від 26 грудня 2018 р. № 4092/5 затверджено протокол Пілотного проекту щодо запровадження замісної підтримувальної терапії в Бучанській виправній колонії № 85 [94, с. 67].

Зупинимося на інших аспектах забезпечення безперервної медичної допомоги засудженим. Європейськими пенітенціарними (в'язничними) правилами передбачається можливість за домовленістю із цивільними установами продовження будь-якого необхідного медичного або психіатричного лікування після звільнення, якщо ув'язнені дають згоду на такі домовленості, що

встановлюється відразу після першого огляду засудженого (п.42) [89]. Розглянемо поняття «продовження медичного лікування після звільнення». З англійської, «continuous» – такий, що не припиняється, без паузи або переривання [45]. Отже, українською цей термін можна перекласти як продовження (як використовується в українському перекладі ЄПП), так і безперервність. «Безперервність полягає в тому, що медицина орієнтована на людину, а не на хворобу, і ґрунтується на тривалих стосунках між пацієнтом і лікарем, охоплюючи охорону здоров'я людини протягом тривалого періоду її життя, а не обмежується певним конкретним випадком» [16, с. 7].

Таким чином, європейські стандарти передбачають продовження лікування засуджених навіть після їх звільнення, втім національне законодавство, зокрема, Порядок організації надання медичної допомоги засудженим до позбавлення волі, питання надання медичної допомоги засудженим після звільнення пов'язує лише з необхідністю надання екстреної медичної допомоги, а також супроводу осіб, хворих на туберкульоз [177]. Отже, в Україні після звільнення особі доведеться самотійно шукати лікаря, на що може знадобитися доволі тривалий час, перш ніж вона отримає необхідну медичну допомогу. Відповідно до цього засуджений повинен мати можливість продовженого лікування після звільнення.

«Безперервність лікування є вирішальним елементом якості охорони здоров'я. У випадку пацієнтів установ виконання покарань необхідно не лише полегшення доступу до медичної та терапевтичної інформації, а також встановлення зв'язку з такими пацієнтами після їх звільнення». З метою забезпечення продовження лікування осіб після їх звільнення з місць виконання покарань у Іспанії, до прикладу, функціонує програма «медична сестра зв'язку». Сутність полягає в тому, що є медсестра-зв'язкова, яка наділена повноваженнями на перевірку медичних даних тих засуджених, які мають звільнитися протягом наступних 40 днів. З такими особами медсестра проводить консультацію, у ході якої запитує про бажання продовжувати медичну програму, затверджену під час виконання покарання, та чи має засуджений бажання

залишатися у країні, чи має він житло. Остання зустріч супроводжується видачою конверта, в якому міститься план лікування, звід для направлення до цивільного центру здоров'я, а також ліки, необхідні для забезпечення безперервності лікування протягом 15 днів. У цілому така передача даних є ефективним координаційним елементом між тюремними та цивільними службами охорони здоров'я [52, с. 156].

Міжнародні експерти неодноразово наголошували на необхідності продовженого медичного забезпечення осіб, які звільняються з місць несвободи. Приміром, у Фінляндії засуджені отримують план медичного обслуговування після визволення, а також їм видається тижневий запас рецептурних ліків і рецепт на три місяці, після чого призначається прийом лікаря. Уся потрібна інформація про хворого передається дільничному лікарю. Португалія також може похвалитися наявністю «постпенітенціарної медицини для засуджених, адже після звільнення засудженим видається тижневий запас ліків та спеціальний рецепт, за яким вони можуть отримати негайний доступ до медичних препаратів». Визнано, що запобігання погіршенню здоров'я після звільнення за допомогою надійного відновлення зв'язку з медичними службами у спільноті сприятиме зменшенню нерівності у стані здоров'я цієї вразливої групи пацієнтів і спонукає їх взяти на себе особисту відповідальність за свої потреби у медичному обслуговуванні [32, с. 16].

Натомість в Україні після звільнення засудженого його медична карта разом із особою справою передається на зберігання впродовж п'яти років до УВП. Тільки якщо особі під час виконання покарання було встановлено інвалідність, у разі звільнення йому передається індивідуальна програма реабілітації, з якою у подальшому він може звернутися до медичного закладу і продовжити свою терапію. Вищезазначене дає підстав вважати, що після звільнення з установи виконання покарань засуджений не має можливості отримати свою медичну картку й звернутися безпосередньо до цивільного лікаря з повним анамнезом стану власного здоров'я. В українському законодавстві також не передбачене надання медикаментів після звільнення, що може

призвести до припинення лікування. Таким чином, положення про забезпечення безперервності лікування не імплементовано належним чином у національне законодавство [32, с. 22].

Приклад Іспанії щодо запровадження спеціальної посади – «медсестри», яка вносить дані щодо стану здоров'я засуджених, призначеної програми лікування, терапії та медикаментів може бути ефективним в Україні, якби було дозволено «ЦОЗ ДКВС» використовувати електронну систему охорони здоров'я (далі ЕСОЗ), яка наразі доступна для загального населення. Наказ МОЗУ, яким затверджено Порядок ведення Реєстру пацієнтів в електронній системі охорони здоров'я, передбачає можливість самостійної реєстрації пацієнтів. Втім для цього особа має надати свої паспортні дані, що не доступно для всіх засуджених в УВП, так само, як і укладання декларації з сімейним лікарем.

Експерти ГО «Вільна зона» у 2021 році розробили модель надання первинної медичної допомоги засудженим та ув'язненим в УВП, за якою пропонується підписання декларації з лікарем первинної ланки під час первинного медичного огляду засудженого після прибуття до установи. Цей лікар має регулярно відвідувати пацієнтів в УВП та надавати медичні послуги відповідно до пакету «Первинна медична допомога». Така модель схожа на укладання декларації з сімейним лікарем, що використовується у загальній медицині. До того ж «у разі вибуття з УВП лікар первинної ланки заносить інформацію до ЕСОЗ за необхідності призначення, на нашу думку, й продовження лікування. Також може бути передбачено процедуру видачі особі повного пакета медичної документації при вибутті [160].

Підсумовуючи вищевикладене, можемо зробити висновки, що допущення осіб, які перебувають в установах виконання покарань, до Електронної системи охорони здоров'я, а також запровадження можливості підписати декларації з лікарем може стати імплементацією європейського стандарту щодо безперервності надання медичної допомоги. Змога обрати лікаря з цивільної медицини стане кроком до інтеграції пенітенціарної медицини до цивільного сектору і має бути передбачена у положенні про ДУ «ЦОЗ ДКВС». Така модель

надання медичної допомоги також стане запорукою безперервності лікування після звільнення особи з УВП, адже вся інформація міститиметься в електронному вигляді та буде доступна у цивільному секторі.

Іншим способом надання медичної допомоги та покриття фінансових витрат на медичне забезпечення є наявність у особи страхового полісу. «Медичне страхування – це форма соціального захисту інтересів населення в охороні здоров'я, що виражається в гарантії оплати медичної допомоги при виникненні страхового випадку за рахунок накопичених страховиком коштів. Медичне страхування дає можливість гарантувати громадянину безкоштовне надання певного обсягу медичних послуг при виникненні страхового випадку (порушення здоров'я) за наявності договору зі страховою медичною організацією» [249, с. 5].

У багатьох країнах світу, де запроваджено загальнообов'язкове медичне страхування для цивільного населення, страхові поліси поширюються також і на осіб, засуджених до позбавлення волі. «Політика страхування ув'язнених отримала високу оцінку з боку ув'язнених, членів їх сімей та тюремного персоналу, а також сприяла покращенню стану здоров'я ув'язнених. Щодо фінансування, із загального бюджету страхування може бути виділено спеціальний бюджет, який розраховується на основі добутку витрат страхового полісу на душу населення, помноженого на загальну кількість ув'язнених» [44, с. 2].

Перейдемо до розгляду практики країн Ради Європи. До прикладу, «медичне обслуговування ув'язнених в Угорщині фінансується з державного бюджету та медичного страхування. Державне медичне страхування поширюється на засуджених, які на час перебування у в'язниці отримують безкоштовне лікування, але після звільнення вони мають платити за будь-яке подальше лікування. У Чеській Республіці за рахунок державного страхування сплачується 60% медичної допомоги, що складає до 20 євро на місяць, у випадку, якщо засуджений не працює» [30, с. 12]. «Витрати на засуджених із ТБ та ВІЧ, окрім тестів, не покриваються страхуванням, а фінансуються з бюджету тюрми»

[30, с.13]. У Польщі також «планують включити засуджених до національної системи медичного страхування, аби полегшити доступ до зовнішніх закладів» [30, с.16]. Західні лікарі також зазначають, що «постійний доступ до медичного страхування зменшить фінансові бар'єри для доступу до медичної допомоги та призведе до покращення стану здоров'я засуджених пацієнтів» [35].

Питання медичного страхування в Україні залишається актуальним протягом тривалого часу для загального населення, а не тільки для осіб, засуджених до позбавлення волі. Відповідно до ст. 49 КУ кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Можна впевнено стверджувати, що зараз Україна стоїть на порозі впровадження загальнообов'язкового медичного страхування. У 2016 році підготовлено проект Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування в Україні», за яким застрахованою особою може бути громадянин України, постійно проживаюча на території України особа без громадянства, іноземний громадянин, який підлягає страхуванню відповідно до Закону та на користь якого укладено договір про загальнообов'язкове медичне страхування (ст. 1). За цим законопроектом до осіб, які підлягають страхуванню, не відносять таку окрему категорію осіб, як особи, засуджені до позбавленні волі. Також вони не зазначаються серед тих, хто не підлягає загальнообов'язковому соціальному медичному страхуванню.

Водночас, лікарі-науковці, розглядаючи питання медичного страхування, вказують, що планується застосувати модель медичного страхування, згідно з якою страхова медицина фінансуватиметься з усієї суми податків і характеризуватиметься універсальним покриттям, тобто все населення буде мати право на її отримання. За цією моделлю, «виділяється певний обсяг медичних послуг, які фінансуються державою, а решта – оплачується пацієнтом самостійно». Така модель є прийнятною для України, адже дозволяє задовольнити потреби навіть соціально незахищеного населення [58, с. 113]. Вказане набуває актуальності з огляду на те, що, страхові компанії, які працюють на вітчизняному ринку добровільного медичного страхування, у своїх правилах

вказують, що договір добровільного медичного страхування не може бути укладений із засудженими до позбавлення волі [182, с. 4].

На даний час в Україні засуджені до позбавлення волі мають право на загальнообов'язкове державне соціальне страхування і пенсійне забезпечення, втім це не стосується медичної допомоги, адже ці витрати наразі фінансуються Міністерством юстиції України [122]. До того ж до ознак соціальних прав засуджених відносять наявність соціальних ризиків та/або страхового випадку, незалежно від того, чи вони виникли до ув'язнення або після.

Таким чином, теоретичні розробки вказують на можливість доступу засуджених до позбавлення волі до медичного страхування, втім ані чинне законодавство, ані перспективні законопроекти прямо це не закріплюють, що може викликати колізію під час практичного застосування. Як зауважує Г. А. Трунова, «логічним було б доповнення Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» від 23 вересня 1999 року окремим розділом «Загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування», яким визначити перелік осіб, які підлягають страхуванню, види матеріального забезпечення, підстави й умови надання страхового забезпечення та інші положення» [240, с. 38].

Вважаємо необхідним також доповнити цей розділ зазначенням осіб, засуджених до позбавлення волі, до категорії таких, що підлягають державному соціальному медичному страхуванню.

Висновки до 3 розділу

Результати дослідження напрямів вдосконалення нормативно-правового забезпечення права засуджених на охорону здоров'я в установах виконання покарань дають підстави для формулювання таких висновків:

1. Встановлено, що реформування пенітенціарної системи є одним із шляхів вирішення проблеми неналежного надання медичних послуг особам, які перебувають у місцях позбавлення волі. Найбільш перспективним напрямом

можна вважати реалізацію вимог Концепції реформування (розвитку) пенітенціарної системи України – передачу відповідальності за медичний сектор установ виконання покарань до Міністерства охорони здоров'я, тим самим обравши позавідомчу модель підпорядкування.

2. Аргументовано, що питання взаємодії медичних закладів з адміністрацією установ виконання покарань залишається суперечливим і призводить до викривленої практики. Створення окремої державної установи «ЦОЗ ДКВС» є суттєвим кроком на шляху до подолання залежності медичного персоналу в установах виконання покарань від адміністрації в'язниць. Втім, таку модель все одно необхідно вважати відомчою, адже ДУ «ЦОЗ ДКВС» підпорядковується Міністерству юстиції України, що може мати іншу проблему – вплив із боку адміністрації на медичний персонал в установі.

3. Вивчено моделі організації охорони здоров'я в місцях позбавлення волі, як-от: відомча, позавідомча, змішана. Огляд практики країн – членів Ради Європи свідчить про те, що проблеми надання належної медичної допомоги засудженим може залишатися незалежно від того, якому відомству підпорядковується медична частина установ. Натомість із запровадженням позавідомчої моделі підвищилася незалежність медичного персоналу і попит на працевлаштування до медичної частини тюрми.

4. Проведене емпіричне дослідження свідчить про те, що залучення студентів та інтернів на практику до медичних частин установ виконання покарань є успішним способом реформування політики набору персоналу. Обізнаність про стан речей в установах виконання покарань під час навчання дає змогу майбутнім медикам влаштуватися на цю посаду з розумінням того, що усі пацієнти є рівними і заслуговують на однакове ставлення, незалежно від їх статусу. Проведене нами дослідження свідчить про те, що деяка частина все ж таки чула під час навчання у медичних закладах вищої освіти про стан реалізації права засуджених на охорону здоров'я, втім більшість опитуваних не зустрічалася з цим під час навчання. Також опитування показало, що майже третина має бажання спробувати працювати із засудженими пацієнтами.

Вважається вдалим рішенням залучення студентів та інтернів до практики і в подальшому до роботи у медичних частинах пенітенціарних установ шляхом закріплення у навчальних програмах медиків такої можливості.

5. Обґрунтовано важливість реформування забезпечення доступу засуджених до сімейного лікаря, що може бути досягнуто шляхом закріплення права на укладання декларації із сімейним лікарем у Кримінально-виконавчому кодексі.

По-перше, важливість такої реформи полягає у забезпеченні фундаментальних прав ув'язнених. Розширення можливостей ув'язнених отримати медичну допомогу від свого сімейного лікаря сприятиме підтриманню фізичного та психологічного стану в'язнів, зменшуючи ризик розвитку хвороб і покращуючи їх загальне самопочуття.

По-друге, реформування забезпечення доступу до сімейного лікаря може сприяти покращенню охорони здоров'я в'язнів та контролю за їх станом. Засуджені часто можуть мати особисту лікарську історію і взаємодіяти з лікарем, який вже знайомий зі станом їх здоров'ям. Це може покращити якість медичного обслуговування, сприяючи вчасній діагностиці, лікуванню й попередженню можливих проблем.

По-третє, включення права на укладання декларації із сімейним лікарем до Кримінально-виконавчого кодексу може сприяти соціальній реабілітації та реінтеграції ув'язнених. Цей крок допоможе засудженим зберегти зв'язок зі своєю родиною та підтримці нормальних сімейних відносин, що вплине на їх подальше поведінкове становище після звільнення.

6. Зазначено, що під імплементацією міжнародних стандартів прав людини розуміється цілеспрямована організаційно-правова діяльність держав, що здійснюється ними самостійно або в рамках міжнародних організацій з метою своєчасного і повного виконання зобов'язань, що випливають з міжнародних стандартів прав людини. Адаптація чинного законодавства до європейських правових актів, яка полягає у розробці та прийнятті законів і підзаконних актів, також є частиною впровадження міжнародних норм. Можна сказати, що питання

імплементатії міжнародних стандартів щодо прав засуджених на охорону здоров'я в національне законодавство України є актуальною частиною нормотворчої діяльності в рамках реформування пенітенціарної системи.

І хоча переважна частина міжнародно-правових норм знайшла своє відображення у національному законодавстві України, втім ще залишаються положення, які потребують імплементатії. Зокрема, це одна з норм Європейських пенітенціарних правил щодо належної медичної підготовки персоналу і медпрацівників установ виконання покарань. Запропоновано додати до п. 21 розпорядження КМУ «Про затвердження плану заходів щодо реалізації Державної стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню на 2020-2023 роки» відповідального виконавця ЦОЗ ДКВС. Таким чином, питання щодо розвитку кадрового потенціалу медиків, які працюють із засудженими, хворими на туберкульоз, буде вирішене.

Акцентовано на необхідності імплементатії норм стосовно безперервності лікування, що може бути досягнуто за рахунок додавання усієї інформації з медичної картки засудженого до електронної системи охорони здоров'я, яка наразі функціонує для загального населення. Також вважаємо необхідним запровадити продовження забезпечення лікарськими засобами засуджених протягом деякого часу після їх звільнення з місць несвободи. Така практика також сприятиме безперервності та продовжуваності надання медичної допомоги засудженим.

7. Обґрунтовано важливість закріплення у національному законодавстві положення щодо запровадження страхової медицини, яка активно використовується у зарубіжних країнах.

По-перше, це може забезпечити більший доступ до якісної медичної допомоги для всього населення. Завдяки страховим програмам більше людей матиме можливість отримувати необхідні медичні послуги без значних фінансових труднощів. Це особливо важливо для осіб з низьким доходом, які зможуть уникнути відкладання необхідних обстежень і лікування через відсутність коштів.

По-друге, страхова медицина може сприяти раціональному використанню медичних ресурсів та покращенню ефективності системи охорони здоров'я. Оскільки пацієнти мають страхове покриття, вони можуть бути більш усвідомленими та відповідальними щодо свого здоров'я, вчасно звертатися за допомогою та не змушені чекати на тяжкі стадії захворювань для відвідування лікаря.

По-третє, страхова медицина сприяє збалансованому розподілу фінансування охорони здоров'я. За цією системою витрати на медичну допомогу розподіляються між пацієнтами та страховиками, що дозволяє зменшити фінансову навантаженість на державний бюджет і забезпечити стійке фінансування для медичних установ.

У цілому реалізація страхової медицини в національному законодавстві може привести до покращення доступності, якості й ефективності медичної допомоги. Використання цього досвіду зарубіжних країн може стати важливим кроком у розвитку більш сучасної та гнучкої системи охорони здоров'я в нашій країні.

Пропонується доповнити Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування від 23 вересня 1999 року окремим розділом «Загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування», в якому слід визначити перелік осіб, які підлягають страхуванню, види матеріального забезпечення, підстави та умови надання страхового забезпечення та інші положення.

8. Аргументовано, що засуджених з психічними відхиленнями доцільно тримати окремо від інших осіб із метою належного надання медичної допомоги цій категорії засуджених. Таке розділення спрямоване на забезпечення осіб із психічними відхиленнями належною медичною допомогою. З цією метою пропонується доповнити частину 3 статті 92 Кримінально-виконавчого кодексу України реченням: «Ізольовано від інших засуджених, а також роздільно тримаються засуджені з психічними відхиленнями, які задокументовані у медичних матеріалах» та викласти у такій редакції:

Стаття 92. Роздільне тримання засуджених до позбавлення волі у

виправних і виховних колоніях

1. У колоніях встановлюється роздільне тримання: чоловіків і жінок, неповнолітніх і повнолітніх осіб.

2. Вперше засуджені до позбавлення волі тримаються окремо від тих, які раніше відбували покарання у виді позбавлення волі.

3. Ізольовано від інших засуджених, а також роздільно тримаються:

засуджені до довічного позбавлення волі;

засуджені, яким покарання у виді смертної кари замінено довічним позбавленням волі;

засуджені за вчинення злочину, передбаченого частиною п'ятою статті 255, статтями 255⁻¹, 255⁻² Кримінального кодексу України;

засуджені за вчинення злочину, передбаченого статтею 111, частинами третьою - восьмою статті 111⁻¹, статтями 111⁻², 113, 114, 114⁻¹, 114⁻², 436⁻² Кримінального кодексу України;

засуджені з психічними відхиленнями, які задокументовані у медичних матеріалах.

4. Окремо тримаються чоловіки, вперше засуджені до позбавлення волі за злочини, вчинені з необережності.

5. Окремо тримаються засуджені, які раніше працювали в суді, органах прокуратури, юстиції, правоохоронних органах, та, за власним бажанням, особи, які здійснювали адвокатську діяльність.

6. Встановлені цією статтею вимоги роздільного тримання засуджених не поширюються на:

засуджених до довічного позбавлення волі, які після відбуття десяти років покарання у приміщеннях камерного типу переведені до звичайних жилих приміщень колонії максимального рівня безпеки;

лікувальні заклади місць позбавлення волі і колонії, призначені для тримання і лікування інфекційно хворих засуджених.

Порядок тримання засуджених у лікувальних закладах місць позбавлення волі і колоніях, призначених для тримання і лікування інфекційно хворих

засуджених, визначається нормативно-правовим актом центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізацію державної політики у сфері виконання кримінальних покарань.

ВИСНОВКИ

У дисертації вивчено й проаналізовано забезпечення і реалізацію права на охорону здоров'я засуджених і сформовано на цій основі наукові висновки і практичні пропозиції щодо вдосконалення механізму правового регулювання досліджуваних відносин, основними з яких є наступні.

1. Аналіз історичних засад розвитку законодавчого закріплення права засуджених на охорону здоров'я дає можливість стверджувати, що за роки незалежності України відбулося значне розширення змісту цього права, закріплено низку нових змістовних складових, таких як: право на вільний вибір лікаря, право на таємницю щодо стану свого здоров'я, право на стороннє отримання лікарських засобів та отримання виписки зі своєї медичної карти. Найбільш суттєвих змін зазнали Настанови по медико-санітарному забезпеченню осіб, які утримуються в слідчих ізоляторах та установах виконання покарань Міністерство внутрішніх справ України (далі МВС України), від 14 червня 1993 року, що у подальшому втратили чинність у зв'язку із затвердженням Порядку медико-санітарного забезпечення осіб, які утримуються в слідчих ізоляторах та установах виконання покарань Державного департаменту України з питань виконання покарань» від 9 березня 2000 року з подальшими змінами і прийняттям 20 серпня 2014 року нового наказу «Про затвердження Порядку організації надання медичної допомоги засудженим до позбавлення волі», що, зокрема, стосувалися дотримання державних стандартів установами виконання покарань, порядку приймання ліків засудженими, санітарного забезпечення, особистої гігієни та проведення медичного огляду засуджених до позбавлення волі осіб.

2. Встановлено, що значну кількість змін, внесених до кримінально-виконавчого законодавства щодо медичного забезпечення осіб, засуджених до позбавлення волі, внесено з метою досягнення відповідності національних норм міжнародним стандартам. Так, законодавчо закріплено право на таємницю про стан здоров'я, вільний вибір лікаря і методів лікування, право на отримання

лікарських засобів, виробів медичного призначення та інших засобів реабілітації засуджених від їх родичів або інших осіб, право на отримання виписки з медичних карт, а також забезпечення проходження обстеження у психіатра, стоматолога та низки інших спеціалістів.

Впровадження стандартів міжнародного права може допомогти зменшити можливі порушення прав засуджених у сфері медичного забезпечення. Зміни у законодавстві гарантуватимуть більший доступ до медичної допомоги для засуджених, що сприяє забезпеченню їх здоров'я та дотриманню прав.

3. Аналіз доповідей Уповноваженого ВРУ з прав людини дає підстави констатувати, що прийняті зміни до законодавства не сприяли реалізації надання більш якісної медичної допомоги в установах виконання покарань. На сьогодні залишається актуальним створення ефективного механізму реалізації усіх законодавчо закріплених норм, стандартів і принципів, які спрямовані на забезпечення права на охорону здоров'я засуджених до позбавлення волі. Це означає, що необхідно приймати не нові нормативно-правові акти, а забезпечити практичну реалізацію вже існуючих норм за допомогою адекватної структури, ресурсів і механізмів контролю.

4. Сутність вивчення змісту і складових права на охорону здоров'я засуджених до позбавлення волі осіб зводиться до того, що законодавство України містить визначення поняття «охорона здоров'я», у якому чітко виокремлені такі складові, як: система заходів, мета й уповноважені суб'єкти. У ході дослідження було встановлено, що право на охорону здоров'я пов'язане з такими категоріями, як надання медичної допомоги, а також медичне страхування.

Обґрунтовано, що під забезпеченням права на охорону здоров'я засуджених до позбавлення волі осіб слід розуміти діяльність уповноважених суб'єктів кримінально-виконавчої системи, що являє собою сукупність медичних, соціально-організаційних, правових і фінансових заходів, спрямованих на збереження й відновлення психічних і фізіологічних функцій засудженої особи, профілактику соціально-небезпечних захворювань, набутих

під час виконання покарань, а також збереження її працездатності та соціальної активності. Підкреслено, що засуджені користуються всіма правами людини, крім тих, що обмежені законом. Право на охорону здоров'я є природним і невідчужуваним благом, обмеження якого може бути визнано насильством, жорстоким, або таким, що принижує людську гідність, ставленням.

6. Аналіз міжнародних стандартів підтверджує, що нормативи у сфері охорони здоров'я України забезпечені низкою ратифікованих міжнародних документів. Міжнародно-правові акти зобов'язують поважати права людини та безпосередньо вказують на заборону катування, до прикладу, Загальна декларація прав людини, Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод, Конвенція проти катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поводження і покарання, Європейська конвенція про запобігання катуванням чи нелюдському або такому, що принижує гідність, поводженню чи покаранню, Міжнародний пакт про громадянські і політичні права, Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права та інші.

Встановлено, що більшість міжнародних договорів стосується всіх людей, без винятку, а медична допомога має надаватися відповідно до потреб пацієнта, без урахування соціального статусу останнього. А відтак, засуджені до позбавлення волі мають беззаперечне право на охорону здоров'я в обсязі, передбаченому міжнародними стандартами та нормами національного права.

Міжнародні договори закладають принцип рівності перед законом та доступу до медичної допомоги. Це означає, що соціальний статус або статус засудженого не повинні впливати на якість та доступність медичних послуг.

Засуджені мають те саме право на охорону здоров'я, як і всі інші люди. Це включає доступ до профілактичних і терапевтичних послуг, діагностики, лікування та реабілітації. Національне законодавство має відображати ці принципи й норми, забезпечуючи реальне здійснення прав засуджених на медичну допомогу.

7. Проаналізовані міжнародно-правові норми свідчать про те, що останніми роками відбувається гуманізація ставлення до режиму виконання

покарань, а тому перелік прав, у тому числі й стосовно права на медичну допомогу, розширено. Україна вживає усіх необхідних заходів для імплементації цих норм і наближення до міжнародних стандартів. Зауважено, що міжнародною спільнотою прийнято низку принципів і стандартів, які безпосередньо стосуються охорони здоров'я в'язнів, у тому числі: Мінімальні стандартні правила поводження з в'язнями, Європейські пенітенціарні правила, Пекінські правила, Бангкокські правила містять норми.

9. Спираючись на аналіз рішень Європейського суду з прав людини, констатовано, що ЄСПЛ постійно накопичує судову практику, що підтверджує обов'язок держав забезпечити надання медико-санітарної допомоги засудженим. Ця теза свідчить про важливість і необхідність гарантування прав людини на здоров'я та гідне ставлення у системі покарань, що є важливим елементом справедливого та гуманного правосуддя. Через постійне накопичення позитивної судової практики ЄСПЛ сприяє формуванню стандартів, які спонукають держави до забезпечення адекватних умов ув'язнення.

10. Аналіз практики Європейського суду з прав людини свідчить про те, що низка країн Ради Європи визнається порушниками статті 3 Конвенції про захист прав людини через ненадання належної медичної допомоги, що визнається катуванням або нелюдським чи таким, що принижує гідність, поводженням або покаранням. За результатами дослідження встановлено, що найбільша кількість заяв, які були проаналізовані, стосувалася неналежних побутових умов в установах виконання покарань, які у подальшому Судом визнані порушенням статті 3 Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод. Такі умови могли також негативно вплинути на стан здоров'я засуджених. Серед інших проблем встановлено ненадання медичної допомоги особам, які мають ВІЛ-позитивний статус, гепатит та інші інфекційні захворювання, а також ті, що потребують психіатричної допомоги.

11. На підставі проаналізованої практики ЄСПЛ щодо України та інших країн Ради Європи можна стверджувати, що Суд зауважує, що медична допомога, яка надається засудженим, має бути адекватною. Під адекватністю можна розуміти

забезпечення регулярного та систематичного спостереження за захворюваннями в'язнів завдяки швидкій та точній діагностиці, а також комплексному терапевтичному підходу. Враховуючи, що заходи позбавлення волі можуть містити такий елемент, як страждання, держава має забезпечити повагу до гідності засуджених осіб, у тому числі у формі надання медичної допомоги.

12. Із метою з'ясування фактичного стану надання медичної допомоги в установах виконання покарань проаналізовано звіти моніторингових візитів до медичних частин УВП у 9 областях України, а також Доповіді Уповноваженого ВРУ з прав людини з 2016 по 2021 роки. За даними дослідження встановлено, що в установах виконання покарань засуджені часто стикаються з такими проблемами, як незадовільні матеріально-побутові умови тримання, несвоєчасне надання медичної допомоги, відсутність медичного обладнання, порушення вимог ведення медичної документації, неукомплектованість медичного персоналу, неналежний рівень обстеження й надання медичної допомоги засудженим, хворим на інфекційні захворювання, а також проблемні аспекти роботи Державної установи «ЦОЗ ДКВС».

13. Аргументовано, що проблема неукомплектованості медичного персоналу існує як на загальному, так і на тюремному рівнях. За даними дослідження, потреба у медичному персоналі у цивільних закладах охорони здоров'я у 10 разів вища, ніж у медичних частинах установ виконання покарань. За результатами опитування співробітників ДУ «ЦОЗ ДКВС», більшість працівників, які взяли участь, вважає свою роботу престижною, задоволена заробітною платою та не планує змінювати місце роботи.

Висловлено гіпотезу, що проблема неукомплектованості медичних частин УВП викликана морально-етичними міркуваннями, а саме ставленням до засудженого не як до пацієнта, а як до особи, яка має відповідати за своє покарання. За даними нашого анкетування студентів й інтернів навчальних закладів, залишається невеликий відсоток респондентів, які вважають, що засуджені не мають права на такий рівень охорони здоров'я, як загальне населення. Поширення практики ознайомлення студентів та інтернів-медиків під

час навчання з медициною в установах виконання сприятиме більш рівному ставленню до цієї групи населення.

14. На основі практики зарубіжних країн, зокрема, Сполучних Штатів Америки і Франції, доведено, що залучення студентів та інтернів до стажування у медичних частинах установ виконання покарань є ефективним способом вирішення проблеми неукомплектованості медичних працівників в'язниць. Також уряд Об'єднаного Королівства розробив систему освіти, у якій є окремий напрям підготовки медичного персоналу для роботи в установах виконання покарань. В Австралії запроваджено проходження практики студентами-медиками у тюрмах, що мало позитивні наслідки залучення до роботи.

Констатовано, що використання передового досвіду сприятиме підготовці спеціально навченого персоналу, який дотримується високих стандартів у роботі з такою вразливою групою населення, як засуджені. Враховуючи дані проведеного опитування серед українських студентів та інтернів, встановлено, що більшість респондентів не має спеціального навчання щодо роботи у медичних частинах УВП, втім третина респондентів зацікавлена у цій роботі.

Аргументовано, що наразі в Україні буде доречнішим запровадження окремої дисципліни щодо роботи з пацієнтами в установах виконання покарань замість створення окремої спеціальності з метою ознайомлення студентів із такою когортою, як засуджені й формування у них ціннісних орієнтирів, заснованих на рівному ставленні медиків до пацієнтів.

15. З'ясовано, що у світі виокремлюють три моделі забезпечення охорони здоров'я засуджених: відомча, позавідомча й змішана. На теоретичному рівні, під змішаною моделлю розуміється поєднання організаційних компонентів відомчої та позавідомчої систем, тобто поєднання організаційних елементів обох моделей. За нашим переконанням, використання одними самостійними суб'єктами відомчої, а іншими – позавідомчої системи у складі однієї федеративної держави, наприклад, у США або Швейцарії, не можна беззаперечно вважати прикладом змішаної моделі. Уявляється вірогідним стверджувати, що доречніше відокремлювати змішану систему унітарних держав в федеративних, адже

фактично змішування цих моделей відбувається лише за умов характеристики держави за територіальним принципом.

Аналіз моделей охорони здоров'я в установах виконання покарань у країнах Ради Європи свідчить про те, що значна кількість країн все ще залишається у відомчій моделі, втім воліє до переходу на позавідомчу або змішану модель. Досвід тих країн, що вже передали пенітенціарну медицину до системи охорони здоров'я підтверджує, що низку проблем, пов'язаних із неукомплектованістю та залежністю медичного персоналу від адміністрації тюрми, було вирішено, а тому було налагоджено зв'язок між лікарем та засудженим пацієнтом.

16. Обґрунтовано необхідність реформування порядку надання медичної допомоги засудженим шляхом передачі відповідальності за медичний сектор від Міністерства юстиції України до Міністерства охорони здоров'я України, тобто перейти від відомчої моделі до позавідомчої. Міністерство охорони здоров'я вже має досвід у керуванні охороною здоров'я населення. Передача відповідальності за медичний сектор до Міністерства охорони здоров'я може забезпечити більш компетентне та професійне керівництво медичною допомогою для засуджених.

Також передача медичного сектору під управління Міністерства охорони здоров'я може забезпечити більше фінансових ресурсів для медичної допомоги ув'язненим. Оскільки Міністерство охорони здоров'я вже відповідає за бюджет охорони здоров'я, це може привести до покращення фінансування медичного сектору у в'язницях. Крім того, перехід до позавідомчої моделі може сприяти кращій координації та співпраці між медичними установами для засуджених та загальнонаціональною системою охорони здоров'я, що може привести до обміну досвідом та оптимізації ресурсів.

17. Доведено, що ведення медичної документації осіб, які перебувають у місцях несвободи, у тих самих електронних програмах, які використовуються цивільним населенням, є ефективним способом запровадження безперервності медичної допомоги. Ведення медичної документації у єдиній електронній системі забезпечує точне та оновлюване зберігання інформації про пацієнта.

Лікарі у змозі отримати доступ до актуальних даних, що значно покращить процес діагностики й лікування. Пацієнти, які були під вартою, зможуть продовжити своє лікування після звільнення без зайвого переривання. Це особливо важливо для осіб із хронічними захворюваннями та тих, хто потребує довгострокового лікування.

Відтак, особі, яка звільнилася з місця ув'язнення, не доведеться шукати нового лікаря або передавати паперову медичну картку. Її медична історія буде доступна у системі, що полегшить перехід до звичного лікування. Електронна система може допомогти у роботі зі страховими компаніями і фондами для забезпечення ліків на перший час після звільнення, що підтримає пацієнтів у період адаптації після звільнення з установи виконання покарань.

18. Наголошено, що ще одним шляхом реформування надання медичної допомоги засудженим є запровадження страхової медицини, що дозволить застосовувати такі самі методи лікування, що використовуються для цивільних осіб, втім за рахунок спеціально створених страхових фондів. Така практика активно використовується у великій кількості зарубіжних країн, переважно в тих, де діє загальнообов'язкове медичне страхування населення.

Запровадження страхової медицини дозволить уніфікувати стандарти лікування ув'язнених цивільного населення. Усі пацієнти, незалежно від свого статусу, зможуть розраховувати на однакову якість медичної допомоги. Страхові фонди, створені для забезпечення медичної допомоги ув'язненим, можуть стати джерелом стабільних фінансових ресурсів для медичної сфери в ув'язненнях. Це забезпечить належне фінансування для закупівлі обладнання, ліків і якісного лікування. Застосування страхової системи може допомогти уникнути ситуацій, коли доступ до медичної допомоги обмежується фінансовим становищем ув'язнених. Страхове покриття може забезпечити фінансову безпеку для лікування навіть у випадках, коли особа не має власних коштів.

19. Обґрунтовано доцільність забезпечення ізольованого тримання засуджених з психічними відхиленнями від інших. Метою такого розділення є спрямування медичної допомоги на тих осіб, які її потребують. У зв'язку з цим

запропоновано доповнити частину 3 ст. 92 Кримінально-виконавчого кодексу України реченням: «Ізольовано від інших засуджених, а також роздільно тримаються засуджені з психічними відхиленнями, які задокументовані у медичних матеріалах».

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. American college of correctional physicians. Code of Ethics. URL: https://accpmed.org/accp_code_of_ethics.php (Last accessed: 20.07.2022).
2. Bhuller M, Khoury L., Loken K. Prison, Mental Health and Family Spillovers. 2021. URL: https://adres2022.sciencesconf.org/data/pages/Khoury_Laura.pdf (Last accessed: 20.03.2023).
3. Brooker, R., Hu, W., Reath, J. *et al.* Medical student experiences in prison health services and social cognitive career choice: a qualitative study. *BMC Med Educ* 18, 3 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12909-017-1109-7>.
4. Case of Istratii and others v. Moldova. European Court of Human Rights. Application no. 8721/05. 27.03.2007. URL: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22:%5B%22001-79910%22%5D%7D> (дата звернення: 12.02.2022).
5. Case of Melnik v. Ukraine. Application no. 72286/01. European Court of Human Rights. 28.03.2006. URL: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22languageisocode%22:%5B%22ENG%22%5D,%22appno%22:%5B%2272286/01%22%5D,%22documentcollectionid%22:%5B%22CHAMBER%22%5D,%22itemid%22:%5B%22001-72886%22%5D%7D> (дата звернення: 18.02.2022)
6. Case of Neshkov and others v. Bulgaria. European Court of Human Rights. 27.01.2015. URL: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22:%5B%22001-150771%22%5D%7D> (дата звернення: 12.02.2022).
7. Case of Nevmerxhitsky v. Ukraine. Application no. 54825/00. European Court of Human Rights. 05.04.2005. URL: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22languageisocode%22:%5B%22ENG%22%5D,%22appno%22:%5B%2254825/00%22%5D,%22documentcollectionid%22:%5B%22CHAMBER%22%5D,%22itemid%22:%5B%22001-68715%22%5D%7D> (дата звернення: 17.02.2022).
8. Case of Rooman v. Belgium. European Court of Human Rights. Application no. 18052/11. 31.01.2019. URL:

[https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:\[%22001-189902%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:[%22001-189902%22]}) (дата звернення: 12.02.2022).

9. Case of Salakhov and Islyamova v. Ukraine. Application no. 28005/08. European Court of Human Rights. 14.03.2013. URL: [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22languageisocode%22:\[%22ENG%22\],%22appno%22:\[%2228005/08%22\],%22documentcollectionid2%22:\[%22CHAMBER%22\],%22itemid%22:\[%22001-117134%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22languageisocode%22:[%22ENG%22],%22appno%22:[%2228005/08%22],%22documentcollectionid2%22:[%22CHAMBER%22],%22itemid%22:[%22001-117134%22]}) (дата звернення: 17.02.2022).

10. Case of Stitic v. Croatia. European Court of Human Rights. Application no. 29660/03. 08.11.2007. URL: [oe.int/eng#{%22itemid%22:\[%22001-83120%22\]}](oe.int/eng#{%22itemid%22:[%22001-83120%22]}) (дата звернення: 12.02.2022).

11. Case of Strazimiri v. Albania. European Court of Human Rights/ Application no. 34602/16. 21.01.2020. URL: [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22tabview%22:\[%22document%22\],%22itemid%22:\[%22001-200452%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22tabview%22:[%22document%22],%22itemid%22:[%22001-200452%22]}) (дата звернення: 14.02.2022).

12. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. 16 July 2021. URL:

13. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. URL: <https://www.who.int/europe/emergencies/situations/covid-19> (Last accessed: 1.09.2022).

14. Dubois C., Linchet S., Mahieu C. and others Organization models of health care services in prisons in four countries. URL: <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/199340/1/.pdf> (Last accessed: 15.03.2023).

15. Elaine Sauvé Associates An Education and Training Framework for Staff Providing Healthcare in Prisons. 2005. URL: <https://bulger.co.uk/prison/stafftraining.pdf> (Last accessed: 20.03.2023).

16. Framework for professional and administrative development of general practice/family medicine in Europe. 1998. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108066/E58474.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Last accessed: 11.03.2023)

17. Gavin Garman, Wendy Weijts, Frans Douw, Rob Keukens, Algimantas Liausedas, Robert van Voren Reforming prison mental health services in Ukraine. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.fsimpl.2020.100011>.
18. Gutorova N., Zhytnyi O., Kahanovska T. Medical negligence subject to criminal law. URL: https://www.researchgate.net/profile/Nataliya-Gutorova-2/publication/338102335_Medical_negligence_subject_to_criminal_law/links/5f2d0370a6fdcccc43b0436b/Medical-negligence-subject-to-criminal-law.pdf (Last accessed: 20.05.2023).
19. Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health. URL: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/249209/Prisons-and-Health,-20-Primary-health-care-in-prisons.pdf (Last accessed: 23.03.2023).
20. Health in prisons: fact sheets for 38 European countries. World Health Organization. 2019. URL: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/who-euro-2019-3694-43453-61042> (Last accessed: 12.03.2023).
21. Heard C. Towards a Health-Informed Approach to Penal Reform. 2019. URL: https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/icpr_prison_health_report.pdf (Last accessed: 21.03.2023).
22. International Guidelines on Human Rights and Drug Policy. Report, 2020. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255702/9789241512633-eng.pdf?sequence=1> (Last accessed: 12.08.2022).
23. Jo Carlowe Prison Reform: training for healthcare staff in the prison service has been dangerously inadequate. 2004. Nursing Standard. Vol.18, Issue 42. URL: <https://go.gale.com/ps/i.do?p=AONE&u=googlescholar&id=GALE|A119370020&v=2.1&it=r&sid=AONE&asid=0a1c08c5> (Last accessed: 02.07.2022).
24. Juodkaite D., Dr. Uscilla R. Lithuanian legislation and policy analysis on HIV/AIDS prevention and care among injecting drug users in prison settings. 2008. URL: https://www.aidsactioneurope.org/sites/default/files/943-0_0.pdf (Last accessed: 20.04.2023).
25. Lahtinen, P., Kajamaa, A., Seppänen, L., Johnsen, B., Hean, S., Esko, T.

Interorganisational Collaboration in a Norwegian Prison—Challenges and Opportunities Arising from Interagency Meetings. Improving Interagency Collaboration, Innovation and Learning in Criminal Justice Systems. 2021. https://doi.org/10.1007/978-3-030-70661-6_2.

26. Letters to the editor. Integration of prison health care: a challenge decisively taken on by some. 2011. URL: https://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v13n2/en_07_carta2.pdf (Last accessed: 06.04.2023).

27. Levytska Yu. Medical care for prisoners in the context of HIV/AIDS treatment and prevention, *Periodyk Naukowy Akademii Polonijnej, Częstochowa*. 2022, 51 (2022) nr 2. P. 257-261. DOI <https://doi.org/10.23856/5130>.

28. Levytska Yu. The Problem of Clinical Dependence in Penitentiary Institutions of Ukraine. Сучасне суспільство і наука: актуальні дослідження молодих науковців. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної Інтернет-конференції (м. Харків, 29 трав. 2020 р.). Харків. 2020. С. 60-62.

29. M Sánchez-Roig, A Coll-Cámara Prison nursing and its training. 2016. P. 43-51. URL: https://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v18n3/05_especial.pdf (Last accessed: 03.07.2022)

30. MacDonald M. Prison Health Care in the Czech Republic, Hungary and Poland. The European Institute for Crime Prevention and Control, affiliated with the United Nations Helsinki, 2001. URL: <http://old.heuni.fi/material/attachments/heuni/papers/6KsW1VDeh/HP16.pdf> (Last accessed: 09.04.2023).

31. Olena V. Haltsova, Maksym Yu. Kutieпов and Anatolii F. Stepaniuk Recommendations of the Council of Europe as a Guide for the Development of Criminal Executive Law of Ukraine. 2020. URL: https://www.academia.edu/72324798/Recommendations_of_the_Council_of_Europe_as_a_Guide_for_the_Development_of_Criminal_Executive_Law_of_Ukraine (Last accessed: 21.04.2023).

32. Organizational models of prison health. Considerations for better governance. 2020. URL:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336214/WHO-EURO-2020-1268-41018-55685-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Last accessed: 27.03.2023).

33. People with Disability and the Criminal Justice System. 2020. URL: https://humanrights.gov.au/sites/default/files/ahrc_2020_submission_to_disability_rc_-_criminal_justice_final.pdf (Last accessed: 22.03.2023).

34. Persons with disabilities. Association for the prevention of torture. URL: <https://www.ap.t.ch/knowledge-hub/dfd/persons-disabilities> (Last accessed: 22.03.2023).

35. Physicians' perspectives on continuity of care for patients involved in the criminal justice system: A qualitative study. 2021. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8279398/> (Last accessed: 09.04.2023).

36. Political Declaration of the High-Level Meeting of the General Assembly on the Fight Against Tuberculosis: draft resolution / submitted by the President of the General Assembly. 2018. URL: <https://digitallibrary.un.org/record/1645268> (Last accessed: 12.08.2022).

37. Political Declaration on HIV/AIDS: Intensifying our Efforts to Eliminate HIV/AIDS. United Nations General Assembly. Resolution adopted by the General Assembly on 10 June 2011. URL: https://www.unodc.org/roseap/uploads/archive/documents/2012/02/hlm-hiv/20110610_UN_A-RES-65-277_en.pdf (Last accessed: 28.07.2022).

38. 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. General Assembly resolution 37/194. URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/medical_ethics_principles.shtml (Last accessed: 20.07.2022).

39. Recommendation [Rec\(2006\)2](#) of the Committee of Ministers to member states on the European Prison Rules – Commentary. 2006. URL: https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=0900001680795966

(Last accessed: 10.03.2023).

40. Report to the Spanish Government on the visit to Spain carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 6 to 13 September 2018. URL: <https://rm.coe.int/16809a5597> (Last accessed: 10.04.2023).

requires solutions. The model applied in Catalonian prisons.2019. URL: <https://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v21n3/2013-6463-sanipe-21-03-153.pdf> (Last accessed: 03.04.2023).

41. Revised rules and commentary to Recommendation CM/REC (2006)2 of the Committee of Ministers to Member States on the European Prison Rules, 2018. URL : <https://rm.coe.int/pc-cp-2018-15-e-rev-3-epr-2006-with-changes-and-commentary-08-10-18/16808e4ac1> (Last accessed: 21.08.2021).

42. Romanov M., Zakharov Y. Reform strategy of medical care for prisoners (updated). 2022. URL: <https://khpg.org/en/1608809982> (Last accessed: 30.03.2023).

43. Separation of detainees. Association for the prevention of torture. URL: <https://www.ap.t.ch/knowledge-hub/dfd/separation-detainees> (Last accessed: 22.03.2023).

44. Shiaoping Chen Health Insurance in the Prison – A Solution that Created its Own Problems. 2015. URL: https://www.academia.edu/19833785/Health_Insurance_in_the_Prison_A_Solution_that_Created_its_Own_Problems (Last accessed: 12.04.2023).

45. The Cambridge English Dictionary. URL: <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/continuous> (Last accessed: 15.03.2023).

46. The Code of Medical Deontology. The Romanian College of Physicians. URL: http://www.ceomecmo.eu/sites/default/files/documents/romanian_code_of_medical_deontologypdf.pdf (Last accessed: 20.07.2022).

47. The Denver Principles. 1983. URL: https://data.unaids.org/pub/externaldocument/2007/gipa1983denverprinciples_en.pdf (Last accessed: 12/08/2022).

48. The Key Populations Atlas. Retrieved from: <https://kpatlas.unaids.org/dashboard> (Last accessed: 25.12.2021).
49. The Ljubljana Charter on Reforming Health Care, 1996. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7047.1664> (Last accessed: 21.08.2021).
50. The Paris Declaration. Paris AIDS SUMMIT. 1 December 1994. URL: https://data.unaids.org/pub/externaldocument/2007/the-paris-declaration_en.pdf (Last accessed: 21.08.2022).
51. The role of Medical Personnel in Improving Prisoner Rights and Health in India. 2021. URL: <https://bioethics.hms.harvard.edu/journal/prisoner-rights> (Last accessed: 21.03.2023).
52. Turu E., Barnés I., Marco A. Continuity of care and treatment after release from prison: an urgent problem that
53. Tyler N. A. Winkelman, Kayla C. Dasrath, Jesse T. Young, Stuart A. Kinner Universal health coverage and incarceration. 2022. URL: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpub/PIIS2468-2667\(22\)00113-X.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpub/PIIS2468-2667(22)00113-X.pdf) (Last accessed: 12.03.2023).
54. UNAIDS. The Key Populations Atlas. Retrieved from: <https://kpatlas.unaids.org/dashboard> (accessed: 25.08.2022).
55. WHO/Europe training course for prison health-care workers: innovation in NCD policy and action. 2022. URL: <https://www.who.int/europe/news-room/events/item/2022/05/01/default-calendar/who-europe-training-course-for-prison-health-care-workers--innovation-in-ncd-policy-and-action> (Last accessed: 09.07.2022).
56. Автухов К. А., Левицька Ю. А. Інтеграція медичного забезпечення засуджених у цивільний сектор як перспективний напрям реформування кримінально-виконавчої системи. *Міжнародний науковий журнал «Інтернаука»*. Серія: «Юридичні науки». 2023. № 2 (60) С. 17-24. DOI: 10.25313/2520-2308-2023-2-8613.
57. Автухов К.А., Корнієнко Н.О. До питання реформування медичного обслуговування засуджених до позбавлення волі. *Актуальні проблеми*

вітчизняної юриспруденції. 2018. №2. Том 2. С. 53-57.

58. Барзилович А. Д. Впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні. Інвестиції: практика та досвід. 2020. Вип. № 5-6. С. 109-114. DOI: 10.32702/2306-6814.2020.5—6.109.

59. Берн І., Езер, Т. та ін. Права людини в сфері охорони здоров'я: практичний посібник : посіб. / Львів: Вид-во ЛОБФ «Медицина і право», 2012. 552 с.

60. Блащук Т. Право на медичну допомогу та його реалізація в умовах пандемії COVID-19. Підприємництво, господарство і право, 2020. Випуск № 11. С. 5-12. DOI <https://doi.org/10.32849/2663-5313/2020.11.01>.

61. Боднар І. В., Іваньков І. В. Імплементация міжнародно-правових стандартів щодо медико-санітарного забезпечення засуджених до позбавлення волі у кримінально-виконавче законодавство України. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2016. Вип. № 1. С. 72-74.

62. Боротьба з соціально небезпечними хворобами. URL: <https://kvs.gov.ua/about-service/structure/ohorona-zdor/soc-hvor/> (дата звернення: 23.09.2022).

63. Бралатан В. П., Гуцаленко Л. В., Здирко Н. Г. Професійна етика: навч. посіб. / К.: Центр учбової літератури, 2011. 252 с.

64. В. Човган Реформування пенітенціарної сфери закінчилось, толком не почавшись. URL: <http://ukrprison.org.ua/expert/1397146062> (дата звернення: 22.03.2023).

65. Вакансії. Центр охорони здоров'я ДКВС України. URL: https://coz.kvs.gov.ua/?page_id=113 (дата звернення: 30.06.2022).

66. Вакуленко О., Жаліло Л., Комарова Н., Левін Р., Солоненко І., Яременко О. Теоретико-методологічні засади формування здорового способу життя. URL: <http://www.health.gov.ua/Publ/conf.nsf/165dc8dd0ddb56dc2256d8f00264254/0ead6848c9d6825ac2256ddc0038c24c?OpenDocument> (дата звернення: 12.01.2021).

67. Ведмідський О. В. Реформування державної пенітенціарної служби

України в контексті міжнародних стандартів поводження із засудженими. 2017. URL: <https://er.dduvs.in.ua/bitstream/123456789/130/1/35.pdf> (дата звернення: 19.04.2023).

68. Великий тлумачний словник сучасної української мови: 250000 / уклад. та голов. ред. В. Т. Бусел. Київ, Ірпінь: Перун, 2005. 1728 с. URL: http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/ua/elib.exe?Z21ID=&I21DBN=UKRLIB&P21DBN=UKRLIB&S21STN=1&S21REF=10&S21FMT=online_book&C21COM=S&S21CNR=20&S21P01=0&S21P02=0&S21P03=FF=&S21STR=ukr0000728%5F4 (дата звернення: 3.02.2021).

69. Виноградова С. О. Проблеми утримання засуджених інвалідів у місцях позбавлення волі. *Актуальні проблеми вітчизняної юриспруденції* № 1. 2016. С. 45-48.

70. Виправно-трудоий кодекс України: Закон Верховної Ради УРСР від 23.12.1970 р. № 3325-VII (у ред. від 01.01.2004 р. № 1129-IV). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3325-07#Text> (дата звернення: 23.05.2020).

71. Власенко Р. В. Щодо кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я. Національний інститут стратегічних досліджень. URL: <https://niss.gov.ua/sites/default/files/2021-09/ohorona-zdorovya.pdf> (дата звернення: 05.06.2022).

72. Гальцова О. В. Безпека засуджених та персоналу установ виконання покарань під час пандемії. *Часопис Київського університету права*. 2020. Вип. 2. С. 369-374. DOI: 10.36695/2219-5521.2.2020.70.

73. Гель А. П. Вітчизняна модель організації пенітенціарної охорони здоров'я в державній кримінально-виконавчій службі України: сучасний стан та перспективи: *Підприємство, господарство і право*, № 2, 2019. С.194-202.

74. Гельсінська декларація Всесвітньої медичної асоціації «Етичні принципи медичних досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження» від 1.06.1964 р. (в ред. від 10.10.2008). URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_005#Text (дата звернення: 12.07.2022).

75. Гепатит С в тюрмах: Центр охорони здоров'я завищував ціни на ліки

і не орієнтувався у потребах хворих. 2021 р. URL: <https://statewatch.org.ua/publications/hepatyt-s-v-tiurmakh-tsentr-okhorony-zdorov-ia-zavyshchuvav-tsiny-na-liky-i-ne-oriiientuvavsia-u-potrebakh-khvorykh/> (дата звернення: 23.10.2022).

76. Головкін Б. М. До питання охорони здоров'я засуджених. Щомісячний інформаційно-аналітичний журнал Економіка. Фінанси. Право. Вип. № 10. 2023. С. 61-64. DOI: <https://doi.org/10.37634/efp.2023.10.13>.

77. Головкін Б. М. Запобігання криміналізації молодіжного середовища. *Наукові дослідження*. Вип. № 23. 2012. С. 76-87.

78. Головкін Б. М., Колб О. Г. Сучасний стан кримінальних правопорушень, що вчиняються персоналом колоній, та їх вплив на правопорядок в Україні. Актуальні проблеми запобігання та протидії корупції: Всеукраїнська науково-практична конференція. 2021. С. 99-101.

79. Головкін Б. М. Про детермінацію злочинності. *Часопис Київського університету права*. Вип. № 1. 2020. С. 274-280. DOI: 10.36695/2219-5521.1.2020.56.

80. Головкін Б. М. Соціально небезпечні хвороби в установах виконання покарань. *Міжнародний науковий журнал «Інтернаука»*. Серія: «Юридичні науки». Вип. № 9 (67). 2023. С. 104-109. DOI: <https://doi.org/10.25313/2520-2308-2023-9-9214>

81. Головкін Б. М., Таволжанський О. В. Міжнародне регулювання прав засуджених до позбавлення волі. *Наукові перспективи*. Вип. № 10. 2023. С. 562 – 570. DOI: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2023-10\(40\)-562-570](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2023-10(40)-562-570).

82. Гриценко О. А. Здоров'я людини цілюдини як об'єкт правового регулювання: колективна монографія / за заг. ред. проф. Ю, Д. Бойчука. Харків: Вид. Рожко С. Г., 2017. 488 с.

83. Декларація про політику в галузі забезпечення прав пацієнтів в Європі, 1994. URL: https://med.sumdu.edu.ua/images/content/doctors/Deontology/Patients_rights_WHO.pdf (дата звернення: 19.08.2021).

84. Державна політика у сфері охорони здоров'я: монографія у 2 ч. / за ред. Проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша. К.: НАДУ, 2013. Ч.1. 396 с.

85. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2022 році: затв. постановою КМУ від 29.12.2021 р. № 1440 (в ред. від 15.11.2022). Урядовий кур'єр. 2022. 12 січня. № 4.

86. Енциклопедія державного управління: у 8 т. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України / наук.-ред. колегія : Ю. В. Ковбасюк (голова) та ін. К.: НАДУ, 2011. Т. 4: Галузеве управління. 648 с.

87. Європейська соціальна хартія (переглянута). Рада Європи, 1996 (у ред. від 07.09.2016 р.) URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_062#Text (дата звернення: 21.08.2021).

88. Європейська хартія прав пацієнтів, 2002. URL: <https://phc.org.ua/sites/default/files/uploads/files/hartia.pdf> (дата звернення: 22.08.2021).

89. Європейські пенітенціарні правила (Рекомендація R (2006) 2 Комітету Міністрів держав-учасниць) від 11.01.2006 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_032#Text (дата звернення: 30.08.2021).

90. Женевська декларація Всесвітньої медичної асоціації від 1948 р. URL: <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2019/02/DoG-Ukrainian.pdf> (дата звернення: 08.07.2022).

91. За сприяння Уповноваженого поновлено право засудженого на медичну допомогу та лікування. 2022. URL: https://ombudsman.gov.ua/news_details/za-spriyannya-upovnovazhenogo-ponovleno-pravo-zasudzhenogo-na-medichnu-dopomogu-ta-likuvannya (дата звернення: 12.02.2023).

92. Загальна декларація прав людини. Прийнята і проголошена резолюцією 217 А (III) Генеральної Асамблеї ООН від 10 грудня 1948 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_015#Text (дата звернення: 25.02.2021).

93. Загальна теорія права: підручник / О. В. Петришин, Д. В. Лук'янов, С. І. Максимов, В. С. Смородинський та ін.; за ред. О. В. Петришина. Харків:

Право. 2020. 568 с.

94. Загребельний О. за підтримки БО «100 ВІДСОТКІВ ЖИТТЯ» та БО «FREE ZONE». Аналітичний звіт щодо стану забезпечення права на здоров'я, доступу до ліків та діагностики захворювань в установах виконання покарань засуджених з числа уразливих груп (ВІЛ/ТБ/ВГС/ЛВІН). 2020 р. 168 с.

95. Заклади охорони здоров'я 1990-2017. [Державна служба статистики України](https://ukrstat.gov.ua/). URL: <https://ukrstat.gov.ua/> (дата звернення: 25.06.2022).

96. Звіт діяльності сектору організаційно-методичного забезпечення державної установи «Центр охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України» в 2020 році. URL: https://coz.kvs.gov.ua/?page_id=160 (дата звернення: 28.07.2022).

97. Зливко С. В. Характеристика міжнародно-правових стандартів та їх значення в професійній діяльності керівника системи виконання покарань. *Порівняльно-аналітичне право*. 2017. № 6. С. 224–226.

98. Інструкція про періодичність рентгенівських обстежень органів грудної порожнини певних категорій населення України: затв. Мін-вом охорони здоров'я України від 17.05.2008 р. № 254. *Офіційний вісник України* від 01.07.2008 р. № 45.

99. Карамішев Д. В., Удовиченко Н. М. Основні принципи функціонування системи охорони здоров'я в контексті загальнолюдських цінностей соціальної держави. Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення). *Матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції*. Львів, 2008. Вип. 17. С. 129-136.

100. Керівні документи з туберкульозу. Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/tuberkuloz/kerivni-dokumenti-z-tb> (дата звернення: 20.06.2023).

101. Кернякевич-Танасійчук Ю. В. Основні проблеми забезпечення права засуджених до позбавлення волі на медичну допомогу. С. 229-231. URL: <http://lib.pnu.edu.ua:8080/bitstream/123456789/12813/1/%D1%82%D0%B5%D0%>

[B7%D0%B8-%D0%BF%D0%BD%D1%83-2022--229-231.pdf](#) (дата звернення: 30.06.2022).

102. Кількість лікарняних закладів в Україні станом на початок 2019 року. Медична освіта. URL: <http://medosvita.info/2019/05/26/likarni/> (дата звернення: 25.06.2022).

103. Климчук Н. Я. Особливості медичного страхування в Україні у сучасних умовах. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2021. Вип. № 1 (87). С. 55-60. DOI 10.11603/1681-2786.2021.1.12147.

104. Клінічне ведення пацієнтів з COVID-19 «жива» клінічна настанова, 2021. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2021/04/2021_04_kn_covid-19.pdf (дата звернення: 22.08.2021).

105. Кобеляцький Ю. Ю., Канчура Т. В., Петрашенко Є. В., Біомедична етика як невіддільна складова світогляду лікаря. *Медицина невідкладних станів*. 2018. Вип. № 5 (92). С. 21-23.

106. Ковригіна В. Є. Адміністративно-правовий аспект права на охорону здоров'я. Науковий вісник Національної академії внутрішніх справ. 2016. №2 (99). С.123-131. <http://elar.naiu.kiev.ua/bitstream/123456789/119/2/11.pdf>

107. Колб О. Г., Дучимінська Л. М. Сучасна політика у сфері виконання покарань України: зміст та особливості. *Вісник пенітенціарної асоціації України*. 2020. Вип. № 1(11). С. 55-64. DOI: 10.34015/2523-4552.2020.1.05.

108. Колб О. Г., Попельнюк Т. В. Про деякі сучасні тенденції, що склались у сфері виконання покарань України у зв'язку із вчиненням персоналом колоній кримінальних правопорушень. *Вісник пенітенціарної асоціації України*. 2021. Вип. № 3(17). С. 5-12. DOI: 10.34015/2523-4552.2021.3.01

109. Колб О., Литвин А. Про деякі принципи реалізації міжнародних стандартів у місцях позбавлення волі України. URL: <https://ena.lpnu.ua:8443/server/api/core/bitstreams/69f1be89-2cf6-4bcb-a8ab-8fba7d44c54a/content> (дата звернення: 30.09.2023).

110. Комітет Верховної Ради України з питань правової політики: про розгляд законопроекту за реєстр. № 6141 від 07.10.2021. URL:

<http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc34?id=&pf3511=72943&pf35401=558719> (дата звернення: 23.03.2023).

111. Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод (з протоколами) (Європейська конвенція з прав людини), ратифікована Законом України від 17.07.1997 р. (у ред. від 01.08.2021 р.). Урядовий кур'єр. 2010. № 215.

112. Конвенція про права осіб з інвалідністю від 13.12.2006 (у ред. від 19 черв.2023). URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71#Text (дата звернення: 26.05.2022).

113. Конституція України: Закон України від 28.06.1996 р. № 254к/96-ВР (у ред. від 01.01.2020 р. № 37-IX). Відомості Верховної Ради України. 1996. 23 лип. (№ 30). Ст. 141.

114. Концепція Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2019-2023 роки: проєкт. URL: https://moz.gov.ua/uploads/1/5670-pro_20180621_1.pdf (дата звернення: 01.08.2022).

115. Концепція реформування (розвитку) пенітенціарної системи України: схв. розпорядженням КМУ від 13.09.2017 р. № 654-р. Урядовий кур'єр. 2017. 22 вересня. № 178.

116. Концепція розвитку системи громадського здоров'я: схв. розпорядженням КМУ від 30.11.2016 р. № 1002-р. *Офіційний вісник України*. 2017. № 1. Ст. 21.

117. Коробка О. С. Актуальні проблеми дотримання прав засуджених в умовах євроінтеграційного поступу України: *Юридичний науковий електронний журнал* № 2, 2018. С. 190.

118. Костючков С. К. Біологічне й соціальне розуміння природи людини: біополітичний аспект. *Грані*. 2014. №9. С. 72-76. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Grani_2014_9_15 (дата звернення: 17.01.2021).

119. Краснова О. І., Плужнікова Т. В. Особливості механізму державного регулювання сфери охорони здоров'я. *Економічна наука. Інвестиції: практика та досвід*. 2018. №7. С. 46-48. http://www.investplan.com.ua/pdf/7_2018/10.pdf

120. Краснокутський О. В. Міжнародно-правові механізми забезпечення прав засуджених до позбавлення волі: дис. ... к-та юрид. наук. Харків, 2019.

121. Кримінальна політика у сфері покарань: навчальний посібник / Б. М. Головкін, В. О. Туляков, В. М. Бурдін та ін.; тех. ред. Ю. Д. Батан. Одеса: Видавничий дім «Гельветика», 2022. 226 с.

122. Кримінально-виконавчий кодекс України: Закон України від 11.07.2003 р. № 1129-IV. (у ред. від 05.10.2023 р. № 3380-IX). *Відомості Верховної Ради України*. 2004. 23 січ. (№ 3). Ст. 21.

123. Кубрак Р. М., Ленъ В. В. Кримінально-виконавча характеристика засуджених з психічними відхиленнями до позбавлення волі на певний строк. Дніпро: Видавець Біла К. О. 2018. 272 с.

124. Кубрак Р. М., Тюфтій С. М. до питання забезпечення права засуджених на медичну допомогу. *Науковий вісник міжнародного гуманітарного університету*. Сер.: Юриспруденція. 2020. № 47. С. 69-73. <https://doi.org/10.32841/2307-1745.2020.47-2.14>.

125. Курінний Є. В., Логвиненко Б. О. Адміністративно-правові засади медичного забезпечення органів внутрішніх справ України: монографія. Дніпропетровськ: ДДУВС. 2010. 206 с

126. Левицька Ю. А. Законодавство у сфері пенітенціарної медицини: розвиток упродовж 29 років незалежності. *Науковий вісник публічного та приватного права*. 2020. Випуск 3. С. 190-195. DOI: <https://doi.org/10.32844/2618-1258.2020.3.33>.

127. Левицька Ю. А. Засуджені до позбавлення волі як жертви нелюдського чи такого, що принижує гідність, поводження. *Злочинці і жертви злочинів*: матеріали ХХ Всеукр. наук. конф. з кримінології для студентів, аспірантів та молодих вчених (м. Харків, 16 лист. 2020 р.). Харків. 2020. С. 371-374.

128. Левицька Ю. А. Медичне запобігання наркозлочинності в установах виконання покарань: матеріали міжн. конф. *Протидія злочинності і корупції: збірник матеріалів міжнародної наукової конференції з кримінології для*

студентів, аспірантів та молодих вчених. Харків: Нац. юрид. ун-т імені Ярослава Мудрого, 2021. С. 208-210.

129. Левицька Ю. А. Міжнародні стандарти реалізації права на охорону здоров'я в місцях позбавлення волі та українські реалії. ISSN 2353-8406 *Knowledge, Education, Law, Management*. 2021. № 4 (40). С. 221-227. DOI: <https://doi.org/10.51647/kelm.2021.4.35>.

130. Левицька Ю. А. Надання медичної допомоги як протидія наркозлочинності в місцях позбавлення волі. *Актуальні проблеми протидії злочинності: матеріали наукової конференції за результатами роботи фахівців Науково-дослідного інституту вивчення проблем злочинності імені академіка В. В. Сташиса Національної академії правових наук України за фундаментальними темами у 2019 р.* (м. Харків, 23 груд. 2019 р.). Харків. 2019. С. 413-416.

131. Левицька Ю. А. Надання належної медичної допомоги засудженим як гарантія безпеки громадського здоров'я. *Діджиталізація і безпека: матеріали міжнар. наук.-практ. конф.*, (м. Харків, 19 лист. 2020 р.). Харків. 2020. С. 211-215.

132. Левицька Ю. А. Подолання наркотичної залежності засуджених у рамках пробації. Встановлення позитивних взаємин із правопорушником як принцип пробації: *матеріали науково-практичного онлайн-«круглого столу»* (м. Харків, 18 грудня 2020 р.). Харків. 2021. С. 30-33.

133. Левицька Ю. А. Проблема забезпечення права засуджених на охорону здоров'я: міжнародні стандарти та українські реалії. Збірник тез міжнародної конференції. *Протидія злочинності і корупції: міжнародні стандарти та досвід України: матеріали конференції* (м. Харків, 22 вер. 2021р.). Харків. 2021. С. 199-202.

134. Левицька Ю. А., Автухов К. А. Роль національного превентивного механізму у забезпеченні права засуджених на охорону здоров'я та медичну допомогу в Україні. *Дотримання прав ув'язнених та роль у цьому національного превентивного механізму. Матеріали «круглого столу»* (м. Харків, 13 груд. 2019 р.). Харків. 2019. С. 20-25.

135. Левицька Ю. А. До проблеми неукомплектованості штату медичного персоналу в установах виконання покарань. *Науковий юридичний журнал «Правові новели»*. 2023. № 20. С. 72-80. <https://doi.org/10.32782/ln.2023.20.10>.

136. Лисодєд О. В. Новели кримінально-виконавчого законодавства щодо адаптації правового статусу засуджених до позбавлення волі до європейських стандартів. *Забезпечення прав людини при виконанні кримінальних покарань: матеріали «круглого столу»* (м. Харків, 12 груд.2014 р.). Харків. 2014. С. 15-19.

137. Маринець В. С. Конвенція ООН про права інвалідів та її вплив на українське законодавство у сфері соціального захисту осіб з порушенням слуху. *Держава і право. Юридичні і політичні науки*. Випуск 56. С. 506-515.

138. Медична освіта в Україні. Ukrainian Medical Council. URL: <https://mcu.org.ua/medicinskoe-obrazovanie-v-ukraine/?lang=uk> (дата звернення: 3.06.2022).

139. Міжнародний кодекс медичної етики від 1949 р. URL: <https://med.sumdu.edu.ua/images/content/doctors/Deontology/InternKodexEthics.pdf> (дата звернення: 12.07.2022).

140. Міжнародний пакт про громадянські і політичні права: ратифіковано Указом Президії Верховної Ради УРСР № 2148-VIII від 19.10.1973 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_043#Text (дата звернення: 6.09.2021).

141. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права: ратифіковано Указом Президії Верховної Ради УРСР № 2148-08 від 19.10.1973 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_042#Text (дата звернення: 10.09.2021).

142. Міжнародні стандарти, принципи і рекомендації в галузі виконання покарань та діяльності органів і установ виконання покарань методичні рекомендації / уклад. О.В. Романюк, В.О. Човган. 2016. URL: <https://i-rc.org.ua/files/posibnik-mijnarodni-standarty.pdf> (дата звернення 11.12.2019).

143. Мілова Т. М., Бочаров-Туз В. В. Права ув'язнених осіб на охорону здоров'я та медичну допомогу в Україні: окремі аспекти відповідності

міжнародним стандартам. Наукові записки. 2019. Вип. № 7. С. 171-177. DOI <https://doi.org/10.36550/2522-9230.2019.7.33>.

144. Мінімальні стандартні правила поводження з в'язнями: від 30.08.1955. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_212/conv#o242 (дата звернення 24.07.2020).

145. Моніторинг місць несвободи в Україні: стан реалізації національного превентивного механізму

146. Звіт за 2012 р. URL: https://www.ombudsman.gov.ua/files/2012/zvit_2012_rik_.pdf (дата звернення: 22.05.2021).

147. Моніторинг місць несвободи в Україні: стан реалізації національного превентивного механізму. Доповідь за 2016 рік. Київ. 2017. URL: https://www.ombudsman.gov.ua/files/2016/zvit_2016_rik_.pdf (дата звернення: 22.05.2021).

148. Моніторинг місць несвободи в Україні: стан реалізації національного превентивного механізму. Доповідь за 2015 рік. Київ. 2016. URL: https://www.ombudsman.gov.ua/files/2015/zvit_2015_rik_.pdf (дата звернення: 22.05.2021).

149. Моніторинг місць несвободи в Україні: стан реалізації національного превентивного механізму. Доповідь за 2014 р. Київ. 2015. URL: https://www.ombudsman.gov.ua/files/2014/zvit_2014_rik_.pdf (дата звернення: 22.05.2021).

150. Муляр Г. В. Адміністративно-правове забезпечення реалізації права на охорону здоров'я: дис. ... д-ра юрид. наук. Київ, 2020. 565 с.

151. Настанова по медико-санітарному забезпеченню осіб, які утримуються в слідчих ізоляторах та установах виконання покарань МВС України: затв. Мін-вом внутрішніх справ України та Мін-вом охорони здоров'я України від 14.06.1993 р. № 160/140 (у ред. від 14.06.1993 р. № 160/140). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0147-93#Text> (дата звернення: 23.05.2020).

152. Носуліч Т. М. Кадровий потенціал системи охорони здоров'я:

проблеми та перспективи розвитку. Управління соціально-економічними процесами. URL: <http://dspace.nbuuv.gov.ua/bitstream/handle/123456789/11652/15-Nosylich.pdf> (дата звернення: 16.06.2022).

153. Овдієнко М. С., Сорокіна А. А., Романов М. В. Тримання осіб, засуджених до довічного позбавлення волі: практика ЄСПЛ та українське законодавство. Міжнародний науковий журнал «Інтернаука». Серія: «Юридичні науки». Вип. № 5(39), 1 т. 2021. С. 96-106. DOI: 10.25313/2520-2308-2021-5-7269.

154. Операційне керівництво ВООЗ щодо туберкульозу. Всесвітня організація охорони здоров'я. 2023. URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/WHO%20operational%20handbook%20on%20tuberculosis.%20Module%201%20prevention_ukr.doc (дата звернення: 12.07.2023).

155. Операційне керівництво ВООЗ щодо туберкульозу. Модуль 2: Скринінг. Всесвітня організація охорони здоров'я. 2021. URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/WHO_Module%202_HandBook-ukr.docx (дата звернення: 10.07.2023).

156. Основи законодавства про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ. *Голос України*. 15.12.1992. № 4.

157. Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування: Закон України від 14.01.1998 р. № 16/98-ВР. Відомості Верховної Ради України. 1998. 5 черв. (№23). Ст. 121

158. Павловська Н. В. Теорія та практика захисту моральних благ цивільним законодавством України : дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.03. Харків, 2002. 212 с.

159. Пашков В., Гуторова Н. Імунопрофілактика в механізмі забезпечення та захисту права на здоров'я. *Право України*. 2020. № 3. С. 61-84. DOI:10.33498/louu-2020-03-061. URL: https://dspace.nlu.edu.ua/bitstream/123456789/17927/1/Pashkov_Gutorova_61-84.pdf

160. Пенітенціарна медицина в Україні. Висока концентрація медичних

проблем серед ув'язнених. 2021. URL: <https://freezone.org.ua/free-zone-rozrobyla-model-nadannya-medychnoyi-dopomogy-zasudzhenym-ta-uv-yaznenym/> (дата звернення: 20.03.2023).

161. Пенітенціарна теорія і практика та права людини: навч.-метод. посібник : для здобувачів вищої освіти ступеня д-ра філософії, спец. : 081 «Право» / О.В. Дикий, М.О. Д'ячкова, В.Г. Пожар та інш. / НУ «ОЮА». Одеса: *Фенікс*, 2021. 43 с.

162. Перетворення нашого світу: Порядок денний у сфері сталого розвитку до 2030 року. URL: <https://www.undp.org/uk/ukraine/publications/%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B5%D1%82%D0%B2%D0%BE%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F-%D0%BD%D0%B0%D1%88%D0%BE%D0%B3%D0%BE-%D1%81%D0%B2%D1%96%D1%82%D1%83-%D0%BF%D0%BE%D1%80%D1%8F%D0%B4%D0%BE%D0%BA-%D0%B4%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%B8%D0%B9-%D1%83-%D1%81%D1%84%D0%B5%D1%80%D1%96-%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%BE-%D1%80%D0%BE%D0%B7%D0%B2%D0%B8%D1%82%D0%BA%D1%83-%D0%B4%D0%BE-2030-%D1%80%D0%BE%D0%BA%D1%83> (дата звернення: 25.07.2022).

163. Підручник з лікарської етики. Світове лікарське товариство. Переклад з 2-го англійського видання 2009 р. URL: https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/Medical_Ethics_Manual_Ukrainian.pdf (Last accessed: 20.07.2022).

164. Позиція Харківської правозахисної групи щодо звільнення в'язнів як засобу превенції поширенню COVID-19 в пенітенціарних установах. 2020 р. URL: <https://khpg.org/1586543664> (дата звернення: 20.04.2021).

165. Положення про Державну установу «Центр охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України»: затв. наказом Мін-ва юстиції України від 07.11.2019 р. № 3443/5.

166. Положення про організацію лазне-прального обслуговування осіб, які тримаються в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах: затв.

наказом Мін-ва юстиції України від 08.06.2012 р. № 849/5. *Офіційний вісник України* від 06.07.2012 р. № 49.

167. Положення про систему безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників: затв. постановою КМУ від 14.07.2021 № 725. *Офіційний вісник України*. 2021. № 58. Ст. 3606.

168. Понт Й., Хардінг Т. Організація та менеджмент системи охорони здоров'я у в'язницях. Рекомендації. URL: <https://rm.coe.int/guidelines-organisation-and-management-of-health-care-in-prison-ukr-/16809e450c> (дата звернення: 12.03.2023).

169. Поняття та зміст прогалин і колізій у кримінально-виконавчому законодавстві України та шляхи їх подолання: навч. посіб./А. В. Боровик, Д. С. Белкіна, О. Г. Колб та ін.; за заг. ред. д-ра юрид. наук, проф. О. Г. Колба. Одеса: Вид. дім «Гельветика», 2021. 336 с.

170. Порядок взаємодії закладів охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України із закладами охорони здоров'я з питань надання медичної допомоги засудженим: затв. наказом Мін-ва юстиції України від 10.05.2012 р. № 710/5/343. *Офіційний вісник України* від 01.06.2012 р. № 39.

171. Порядок взаємодії установ виконання покарань, уповноважених органів з питань пробації та суб'єктів соціального патронажу під час підготовки до звільнення осіб, які відбувають покарання у виді обмеження волі або позбавлення волі на певний строк: затв. наказом Мін-ва юстиції України, Мін-ва соц. Політики України, Мін-ва охорони здоров'я України, Мін-ва внутрішніх справ України від 03.04.2018 р. № 974/5/467/609/280 (в ред. від 29.10.2021 р.). *Офіційний вісник України*. 2018. 04 травня. № 35. Ст. 1252.

172. Порядок вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу: затв. наказом Мін-ва охорони здоров'я України від 19.03.2018 № 503. *Офіційний вісник України*. 2018. 23 березня. № 23. Ст. 595.

173. Порядок медико-санітарного забезпечення осіб, які утримуються в слідчих ізоляторах та установах виконання покарань Державного департаменту

України з питань виконання покарань: затв. наказом Державного департаменту України з питань виконання покарань від 18.01.2000 р. № 3/6. *Офіційний вісник України* від 07.04.2000 р. № 12.

174. Порядок надання первинної медичної допомоги: затв. наказом Міністерства охорони здоров'я України № 504 від 27.03.2018. URL : <https://moz.gov.ua/article/reform-plan/moz-zatverdiv-porjadok-nadannja-pervinnoi-medichnoi-dopomogi> (дата звернення: 25.08.2021).

175. Порядок організації виявлення туберкульозу та латентної туберкульозної інфекції: затв. наказом Міністерства охорони здоров'я України від 16.02.2022 р. № 302. *Офіційний вісник України*. 2022. № 29. Ст. 1599.

176. Порядок організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД: затв. наказом Мін-ва охорони здоров'я України від 10.07.2013 (в ред. 06. 10.2020). *Офіційний вісник України*. 2013. 10 вересня. № 67. Ст. 2449.

177. Порядок організації надання медичної допомоги засудженим до позбавлення волі: затв. наказом М-ва юстиції України та Мін-ва охорони здоров'я України від 15.08.2014. № 134/5/572. (у ред. наказу від 21.07.2023 р. № 1083-23). *Офіційний вісник України*. 2014. № 69. Ст. 1949.

178. Порядок проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів на туберкульоз: затв. наказом Мін-ва охорони здоров'я України від 15.05.2014 р. № 327. URL: <https://phc.org.ua/sites/default/files/uploads/files/%D0%9F%D0%BE%D1%80%D1%8F%D0%B4%D0%BE%D0%BA.pdf> (дата звернення: 22.10.2022).

179. Почанська О. С. Особливості використання міжнародно-правових стандартів у сфері забезпечення прав осіб, засуджених до позбавлення волі в Україні. 2020. URL: <https://dspace.univd.edu.ua/items/725bf177-fdf6-412a-901b-641609992762> (дата звернення: 12.03.2023).

180. Права людини в Україні – 2004. XXIII. Дотримання прав ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД та туберкульоз: доповідь правозахисних організацій від 23.08.2005. URL: <http://khpg.org/index.php?id=1124786581> (дата звернення 12.06.2020).

181. Права та законні інтереси засуджених до позбавлення волі в умовах реформування Державної кримінально-виконавчої служби України : монографія / К. А. Автухов, А. П. Гель, О. Г. Колб та ін.; за заг. ред. А. Х. Степанюка. Х.: Право, 2015. 246 с.

182. Правила № 210.2/2 Добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я). URL: [https://www.pzu.com.ua/admin/upload/file/information/%D0%9F%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%B8%D0%BB%D0%B0%20%D0%B4%D0%BE%D0%B1%D1%80%D0%BE%D0%B2%D1%96%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE%20%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE%20%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%85%D1%83%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F%20\(%D0%B1%D0%B5%D0%B7%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B5%D1%80%D0%B2%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE%20%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%85%D1%83%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F%20%D0%B7.pdf](https://www.pzu.com.ua/admin/upload/file/information/%D0%9F%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%B8%D0%BB%D0%B0%20%D0%B4%D0%BE%D0%B1%D1%80%D0%BE%D0%B2%D1%96%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE%20%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE%20%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%85%D1%83%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F%20(%D0%B1%D0%B5%D0%B7%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B5%D1%80%D0%B2%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE%20%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%85%D1%83%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F%20%D0%B7.pdf) (дата звернення: 12.03.2023).

183. Правила внутрішнього розпорядку установ виконання покарань: затв. наказом М-ва юстиції України від 28.08.2018 р. № 2823/5. *Офіційний вісник України* від 14.09.2018 р. №70.

184. Правила ООН стосовно поводження з ув'язненими жінками і засобів покарання для жінок-правопорушниць без позбавлення їх свободи було обговорено під час «круглого столу» у Комітеті з питань прав людини, національних меншин і міжнаціональних відносин від 22.11.2012 р. URL: <https://www.rada.gov.ua/news/Povidomlennya/70295.html> (дата звернення: 22.08.2021).

185. Принцип поваги до прав і свобод людини у кримінально-виконавчому законодавстві, виконанні і відбуванні покарань : монографія / за заг. ред.: О. В. Гальцова, А. Х. Степанюк. Харків: Право, 2020. 224 с.

186. Принципи медичної етики. Резолюція Генеральної Асамблеї ООН № 37/194 від 18.12.1982. URL: https://docs.dtkr.ua/doc/995_285 (дата звернення:

22.08.2021).

187. Про внесення змін до Кримінально-виконавчого кодексу України щодо адаптації правового статусу засудженого до європейських стандартів: Закон України від 08.04.2014 № 1186-7. *Голос України*. 2014. 06 травня. № 87.

188. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 № 2168-8 (в ред. від 01.01.2023). *Голос України*. 2017. 20 груд. № 248.

189. Про Державну кримінально-виконавчу службу України: Закон України від 23.06.2005 р. № 2713-4 (в ред. від 31.03.2023). *Відомості Верховної Ради України*. 2005. 29 лип. № 30. Ст. 409.

190. Про затвердження плану заходів щодо реалізації Державної стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню на 2020-2023 роки: затв. розпорядженням КМУ від 18.11.2020 р. № 1463-р. (в ред. від 28.07.2021). *Урядовий кур'єр*. 2020. 26 лист. № 230.

191. Про затвердження середньострокового плану пріоритетних дій Уряду до 2020 року та плану пріоритетних дій Уряду на 2017 рік: розпорядження КМУ від 3.04.2017 р. № 275-р. (в ред. від 04.10.2017 р.) *Урядовий кур'єр*. 2017. 11 травня. № 85.

192. Про захист населення від інфекційних хвороб: Закон України від 06.04.2000 р. № 1645-3 (в ред. від 31.03.2023). *Офіційний вісник України*. 2000. 12 травня. № 17. Ст. 690.

193. Про протидію захворюванню на туберкульоз: Закон України від 05.07.2001 р. № 2586-3 (в ред. від 01.10.2023). *Голос України*. 2001. 08 серп. № 140.

194. Про страхування: Закон України від 07.03.1996 р. № 85/96-ВР. *Відомості Верховної Ради України*. 1996. 30 квіт. (№ 18). Ст. 78.

195. Про страхування: Закон України від 18.11.2021 р. № 1909-ІХ. *Голос України*. 2021. 18 грудня № 243.

196. Про утворення державної установи «Центр охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України»: Розпорядження Кабінету

Міністрів України від 13 вересня 2017 р. № 684-р. *Урядовий кур'єр*. 2017. № 192.

197. Програма медичних гарантій: ліцензування пацієнтів з ВІЛ-інфекцією. URL: <https://nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2021/daily-news/programa-medichnih-garantij-likuvannya-paciyentiv-z-vil-infe-9> (дата звернення: 26.08.2022).

198. Прокопець Л. В., Тодоріко І. М. Проблеми управління персоналом і закладах охорони здоров'я. *Інфраструктура ринку. Демографія, економіка праці, соціальна економіка і політика*. 2020. Випуск 42. С. 267-272. <https://doi.org/10.32843/infrastuct42-45>.

199. Пропозиції Міністерства юстиції України до проекту Закону України «Про внесення змін до Кримінально-виконавчого кодексу та деяких інших законодавчих актів України щодо забезпечення права на охорону здоров'я в установах Державної кримінально-виконавчої служби України», внесенного народними депутатами України Устіною О.Ю., Крейденком В.В. та іншими (реєстр. № 6141 від 07.10.2021). URL: https://www.kmu.gov.ua/storage/app/bills_documents/document-2573155.pdf (дата звернення: 23.03.2023).

200. Пташинський О. Б. Правові проблеми реформування пенітенціарної системи в Україні. URL: <https://i-rc.org.ua/files/personalii/ptachinskiy-o-b.pdf> (дата звернення: 10.02.2023).

201. Пушкін В. Я., Матвейчева А. О., Касіян С. Р., Кобенко М. Ю. Основні складові здоров'я. *Медсестринство* №4, 2015. С. 63-64.

202. Риттер Т. М., Камбанелла К. Зменшення переповненості у місцях попереднього ув'язнення та позбавлення волі в контексті COVID-19. Збільшення застосування заходів, не пов'язаних із позбавленням волі. 2020. URL: <https://www.dignity.dk/wp-content/uploads/DIGNITY-COVID19-Guidance-Document-Ukrain.pdf> (дата звернення: 23.04.2023).

203. Рішення Європейського суду з прав людини у справі «Кудла проти Польщі» від 26.10.2000 р. URL: https://ips.ligazakon.net/document/SO2373?ed=2000_10_26 (дата звернення: 8.09.2021).

204. Рішення Європейського суду з прав людини. Справа «Каверзін проти України». Заява № 23893/03 від 15.05.2012 р. URL:https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/974_851#Text (дата звернення: 19.02.2022).

205. Рішення Європейського суду з прав людини. Справа «Квашко проти України». Заява № 40939/05 від 26.09.2013 р. URL:http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/SOO00598.html (дата звернення: 15.02.2022).

206. Рішення Європейського суду з прав людини. Справа «Коваль проти України». Заява № 65550/01. 19.10.2006 р. URL:https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/974_143#Text (дата звернення: 15.02.2022).

207. Рішення Європейського суду з прав людини. Справа «Коновальчук проти України». Заява № 31928/15 від 13.10.2016 р. URL:<https://ips.ligazakon.net/document/SOO00923> (дата звернення: 18.02.2022).

208. Рішення Європейського суду з прав людини. Справа «Кравченко проти України». Заява № 46673/06 від 30.09.2016 р. URL:https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/974_d47#Text (дата звернення: 19.02.2022).

209. Рішення Європейського суду з прав людини. Справа «Кучерук проти України». Заява № 2570/04 від 06.09.2007 р. URL:https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/974_839#Text (дата звернення: 19.02.2022).

210. Рішення Європейського суду з прав людини. Справа «Кушнір проти України». Заява № 42184/09 від 11.03.2014 р. URL:https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/974_a64#Text (дата звернення: 17.02.2022).

211. Рішення Європейського суду з прав людини. Справа «Логвиненко проти України». Заява № 41203/16 від 16.05.2019 р. URL:https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/974_e25#Text (дата звернення: 19.02.2022).

212. Рішення Європейського суду з прав людини. Справа «Луньов проти України». Заява № 4725/13 від 22.10.2016 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/974_b09#Text (дата звернення: 17.02.2022).

213. Рішення Європейського суду з прав людини. Справа «Мельник проти України». Заява № 72286/01 від 28.03.2006 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/974_049#Text (дата звернення: 16.02.2022).

214. Рішення Європейського суду з прав людини. Справа «Петухов проти України». Заява № 43374/02 від 21.10.2010 р. URL: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22languageisocode%22:%5B%22UKR%22%5D,%22appno%22:%5B%2243374/02%22%5D,%22documentcollectionid%22:%5B%22CHAMBER%22%5D,%22itemid%22:%5B%22001-204130%22%5D%7D> (дата звернення: 17.02.2022).

215. Рішення Європейського суду з прав людини. Справа «Похлебін проти України». Заява № 35581/06 від 20.08.2010 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/974_834#Text (дата звернення: 19.02.2022).

216. Рішення Європейського суду з прав людини. Справа «Тодоров проти України». Заява № 16717/05 від 12.04.2012 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/974_806#Text (дата звернення: 19.02.2022).

217. Рішення Конституційного Суду України від 29 травня 2002 р. №1-13/2002. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v010p710-02#Text> (дата звернення: 12.04.2020).

218. Романов М. В. Забезпечення прав і безпеки засуджених. Вісник Асоціації кримінального права України. 2021. № 1 (15). С. 256–275.

219. Романов М. В. Міжнародний досвід забезпечення права на медичну допомогу засудженим. Право і суспільство. Вип. №4. 2019. С. 261-266. DOI <https://doi.org/10.32842/2078-3736-2019-4-39>.

220. Романов М. В. Захист прав засудженого як правовий феномен. Юридичний науковий електронний журнал. Вип. № 7. 2020. С. 334-337. DOI: <https://doi.org/10.32782/2524-0374/2020-7/84>.

221. Руснак Л. М. Правова природа поняття «охорона здоров'я». Прикарпатський юридичний вісник. 2019. Випуск 1 (26). С. 109-112. <https://journals.indexcopernicus.com/api/file/viewByFileId/940949.pdf>

222. Савченко В. А. Реалізація прав засуджених на охорону здоров'я в Україні: проблематика та шляхи удосконалення. Юридичний науковий електронний журнал. 2021. Вип. № 9. С. 206-208. <https://doi.org/10.32782/2524-0374/2021-9/50>.

223. Свінцицький А. С. Здоров'я населення як важливий чинник державотворення та національної безпеки. *Практикуючий лікар* (2), 2013. С. 7-13.

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

225. Сенюта І. Я. Право людини на медичну допомогу: деякі теоретико-практичні аспекти. Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення). Матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції, Львів. 2008. Вип. 17. С. 277-283.

226. Скомороха В. Права людини на охорону здоров'я, медичну допомогу, медичне страхування та конституційне правосуддя. *Дайджест офіційних матеріалів і публікацій у періодичній пресі. Конституційне правосуддя в країнах СНД і Балтії*. 2002. № 17. С. 3-9.

227. Спеціальна доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини: Стан реалізації національного превентивного механізму : веб-сайт. URL:

<http://www.ombudsman.gov.ua/ua/page/secretariat/docs/presentations/&page=3> (дата звернення 15.08.2020).

228. Спеціальна доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини: Стан реалізації національного превентивного механізму. URL: http://nosadm.cg.gov.ua/web_docs/34/2019/09/docs/S021000262_1909241608

[000.pdf](#) (дата звернення 11.12.2019).

229. Спеціальна доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини. Стан додержання прав і свобод людини в місцях несвободи у період дії надзвичайної ситуації, пов'язаної з поширенням гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2. 2021. URL: <https://ombudsman.gov.ua/storage/app/media/uploaded-files/dopovid-2020-covid-19-1.pdf> (дата звернення: 21.04.2021).

230. Спеціальна доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини. Стан реалізації національного превентивного механізму у 2020 році. Київ. 2021. URL: <https://ombudsman.gov.ua/storage/app/media/uploaded-files/spetsialna-dopovid-preventyvniy-mehanizm-2020%20.pdf> (дата звернення: 27.05.2022).

231. Стандарти охорони здоров'я при туберкульозі: затв. наказом Мін-ва охорони здоров'я України від 25.02.2020 р. № 530. URL: https://moz.gov.ua/uploads/6/33449-dn_2161_06_10_2021_dod.pdf (дата звернення: 12.10.2022).

232. Статут (Конституція) Всесвітньої організації охорони здоров'я. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_599#Text (дата звернення: 28.01.2021).

233. Стратегія реформування пенітенціарної системи на період до 2026 року та затвердження операційного плану її реалізації у 2022-2024 роках: схв. розпорядженням КМУ від 16.12.2022 р. № 1153-р. *Офіційний вісник України*. 2023. № 1. Ст. 33.

234. Стратегія реформування судоустрою, судочинства та суміжних правових інститутів на 2015-2020 роки: ухв. Указом Президента України від 11.06.2021 №231. Урядовий кур'єр. 2015. 26 травня. № 92.

235. Сучасний словник з етики: Словник. Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка. 2014. 416 с.

236. Таволжанський О. В. Гуманізація системи виконання покарань як запорука виправлення засуджених. Право та інноваційне суспільство. Сучасні проблеми кримінального, кримінально-виконавчого права та процесу. 2021. Вип.

№ 1 (16). С. 113-118. DOI 10.37772/2309-9275-2021-1(16)-16.

237. Таволжанський О. В., Приходько В. Ю. Особливості адаптації національної системи покарань до європейських стандартів. Право та інновації. Харків. 2020. № 2 (30). С. 87-92. DOI: 10.37772/2518-1718-2020-2(30)-13.

238. Таволжанський О. В., Проценко О. А. Гуманізація системи виконання покарань як запорука виправлення засуджених. Право та інноваційне суспільство. 2021. Вип. № 1. С. 113-118. DOI 10.37772/2309-9275-2021-1(16)-16.

239. Тофтул М. Г. Етика: навч. посіб. / Київ. Видавничий центр «Академія», 2006. 416 с.

240. Трунова Г. А. Правові аспекти запровадження соціального медичного страхування в Україні. Journal «ScienceRise: Juridical Science». 2019. Вип. № 1 (7). С. 34-39. DOI: 10.15587/2523-4153.2019.162096.

241. Тулуп М. Очільник тюремної медицини: «Керівники колоній звикли, що медик повинен бути рабом». URL: <https://www.slidstvo.info/articles/ochilnyk-tyuremnoyi-medytsyny-kerivnyky-kolonij-zvykly-shho-medyk-povynen-buty-rabom/> (дата звернення: 29.08.2022).

242. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони від 27.06.2014 р. (у ред. від 25.10.2022 р. № [845_001-22](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_011/conv#n130)). URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_011/conv#n130 (дата звернення: 7.12.2023).

243. Удосконалення громадського контролю за дотриманням прав засуджених в установах виконання покарання. URL: https://minjust.gov.ua/m/str_33589 (дата звернення: 20.02.2022).

244. Фещенко Ю. І., Белослудцева К. О., Голубовська О. А. та ін. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. Негоспітальна пневмонія у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антимікробна терапія та профілактика. Національна академія медичних наук України. Київ. 2019. 94 с.

245. Цимбалюк С. Сучасні підходи до характеристики терміна здоров'я,

2016, Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві : збірник наукових праць №4 (36). С. 88- 94. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/229334423.pdf>

246. Чернишов Д. Медичне забезпечення в установах виконання покарань має відповідати національним та міжнародним стандартам від 02.04.2019. URL: <https://minjust.gov.ua/news/ministry/denis-chernishov-medichne-zabezpechennya-v-ustanovah-vikonannya-pokaran-mae-vidpovidati-natsionalnim-ta-mijnarodnim-standartam> (дата звернення: 28.02.2021).

247. Човган В. Аналіз виконання рекомендацій щодо пенітенціарної системи, наданих Україні Європейським комітетом з запобігання катуванням з 1998 року. 2020 р. URL: <https://rm.coe.int/cpt-recommendations-implementation/16809e82be> (дата звернення: 03.03.2023).

248. Шамич О. М. Поняття та структура природного права людини на охорону здоров'я. *Сучасні проблеми навчання, виховання та інклюзії людей з інвалідністю в загальноосвітній простір.* 2013. URL: <https://ap.uu.edu.ua/upload/publicationpdf/74ac7fe1495b17815ae32cd8a84416bc.pdf> (дата звернення: 20.02.2020).

249. Штепенко К. П., Борисова Т. І. Стан добровільного медичного страхування в контексті розгляду діяльності страхових компаній. URL: <http://reposit.nupp.edu.ua/bitstream/PoltNTU/5978/1/%d0%a1%d1%82%d0%b0%d1%82%d1%82%d1%8f%20%20%d0%a8%d1%82%d0%b5%d0%bf%d0%b5%d0%bd%d0%ba%d0%be%20%d0%9a.%d0%9f.%2c%20%d0%91%d0%be%d1%80%d0%b8%d1%81%d0%be%d0%b2%d0%b0%20%d0%a2.%d0%86.pdf> (дата звернення: 23.04.2023).

250. Щорічна доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини про стан додержання та захисту прав і свобод людини і громадянина в Україні. 2020. URL: <https://ombudsman.gov.ua/storage/app/media/uploaded-files/schoricha-dopovid-2020.pdf> (дата звернення: 21.04.2021).

251. Щорічна доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини про стан додержання та захисту прав і свобод людини і громадянина в

Україні. 2019. URL: <https://ombudsman.gov.ua/storage/app/media/uploaded-files/zvit%20za%202019.pdf> (дата звернення: 21.04.2021).

252. Щорічна доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини про стан додержання та захисту прав і свобод громадянина в Україні. 2016. URL: https://www.ombudsman.gov.ua/files/2016/zvit_2016_rik_.pdf (дата звернення: 22.05.2021).

253. Щорічна доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини про стан додержання та захисту прав і свобод громадянина в Україні. Київ. 2017. URL: https://www.ombudsman.gov.ua/files/2017/zvit_2017_rik_.pdf (дата звернення: 22.05.2021).

254. Щорічний звіт про результати діяльності Уповноваженого у справах Європейського суду з прав людини у 2020 році. URL: <https://minjust.gov.ua/files/general/2021/04/02/20210402145846-32.pdf> (дата звернення: 14.02.2022).

255. Ягунов Д. В. Заборона катувань: практика Європейського суду з прав людини та стандарти Європейського комітету з питань запобігання катуванню чи нелюдським або таким, що принижує гідність, поводження чи покаранню; за ред. А.Є. Костіна, зі вступ. словами Й.Л. Бронза, М.М. Гнатовського, А.О. Кориневича, А.Є. Костіна, Г.А. Мамедова. Одеса: *Фенікс*, 2021. 370 с

256. Яковець І. С., Гель А. П. Система надання медичної допомоги в установах виконання покарань: сучасний стан та шляхи реформування Актуальні питання кримінально-виконавчого права: Вісник кримінологічної асоціації України, 2016. № 3 (14). С. 151-167.

257. Яцишин М. М. Історико-правові засади кримінально-виконавчої політики. Луцьк: Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2010. 440 с.

ДОДАТКИ

Додаток А

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧКИ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні результати дисертації:

1. Левицька Ю. А. Законодавство у сфері пенітенціарної медицини: розвиток упродовж 29 років незалежності. *Науковий вісник публічного та приватного права*. 2020. Вип. 3. С. 190–195. DOI: <https://doi.org/10.32844/2618-1258.2020.3.33>;
2. Левицька Ю. А. Міжнародні стандарти реалізації права на охорону здоров'я в місцях позбавлення волі та українські реалії. *Knowledge, Education, Law, Management*. 2021. № 4 (40). С. 221–227. DOI: <https://doi.org/10.51647/kelm.2021.4.35>;
3. Levytska Yu. Medical care for prisoners in the context of HIV/AIDS treatment and prevention, *Periodyk Naukowy Akademii Polonijnej, Częstochowa*, 2022, 51 (2022) nr 2. P. 257-261. DOI <https://doi.org/10.23856/5130>.
4. Левицька Ю. А. До проблеми неукомплектованості штату медичного персоналу в установах виконання покарань. *Науковий юридичний журнал «Правові новели»*. 2023. № 20. С. 72–80. <https://doi.org/10.32782/ln.2023.20.10>.
5. Автухов К. А., Левицька Ю. А. Інтеграція медичного забезпечення засуджених у цивільний сектор як перспективний напрям реформування кримінально-виконавчої системи. *Міжнародний науковий журнал «Інтернаука»*. Серія: «Юридичні науки». 2023. № 2 (60) С. 17–24. DOI: [10.25313/2520-2308-2023-2-8613](https://doi.org/10.25313/2520-2308-2023-2-8613).

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

1. Левицька Ю. А. Подолання наркотичної залежності засуджених у рамках пробації. *Встановлення позитивних взаємин із правопорушником як*

принцип пробації: матеріали наук.-практ. «круглого столу» онлайн (м. Харків, 18 грудня 2020 р.). Харків. 2021. С. 30–33.

2. Левицька Ю. А. Надання належної медичної допомоги засудженим як гарантія безпеки громадського здоров'я. *Діджиталізація і безпека*: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф., (м. Харків, 19 лист. 2020 р.). Харків. 2020. С. 211–215.

3. Левицька Ю. А. Засуджені до позбавлення волі як жертви нелюдського чи такого, що принижує гідність, поводження. *Злочинці і жертви злочинів*: матеріали XX Всеукр. наук. конф. з кримінології для студ., аспірантів та молодих вчених (м. Харків, 16 лист. 2020 р.). Харків. 2020. С. 371–374.

4. Levytska Yu. The Problem of Clinical Dependence in Penitentiary Institutions of Ukraine. *Сучасне суспільство і наука: актуальні дослідження молодих науковців* : матеріали Всеукр. наук.-практ. інтернет-конф. (м. Харків, 29 трав. 2020 р.). Харків. 2020. С. 60–62.

5. Левицька Ю. А., Автухов К. А. Роль національного превентивного механізму у забезпеченні права засуджених на охорону здоров'я та медичну допомогу в Україні. *Дотримання прав ув'язнених та роль у цьому національного превентивного механізму* : матеріали «круглого столу» (м. Харків, 13 груд. 2019 р.). Харків. 2019. С. 20–25.

6. Левицька Ю. А. Надання медичної допомоги як протидія наркозлочинності в місцях позбавлення волі. *Актуальні проблеми протидії злочинності*: матеріали Наук. конф. за результатами роботи фахівців Наук.-дослід. ін-ту вивч. пробл. злочинності імені академіка В. В. Сташиса Нац. акад. прав. наук України за фундаментальними темами у 2019 р. (м. Харків, 23 груд. 2019 р.). Харків. 2019. С. 413–416.

7. Левицька Ю. А. Проблема забезпечення права засуджених на охорону здоров'я: міжнародні стандарти та українські реалії. Збірник тез міжнародної конференції. *Протидія злочинності і корупції: міжнародні стандарти та досвід України*: матеріали конф. (м. Харків, 22 вер. 2021р.). Харків. 2021. С. 199–202.

8. Левицька Ю. А. Медичне запобігання наркозлочинності в установах виконання покарань. *Протидія злочинності і корупції: зб. матеріалів Міжнар. наук. конф з кримінології для студентів, аспірантів та молодих вчених*. Харків: Нац. юрид. ун-т імені Ярослава Мудрого, 2021. С. 208–210.

**Результати опитування медичних працівників Державної установи
«Центр охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби
України» з питань роботи у закладі охорони здоров'я «ЦОЗ ДКВС».**

З метою поглибленого дослідження питань, що підіймаються у дисертації, проведено соціологічне дослідження, яке полягало в опитуванні співробітників Державної установи «Центр охорони здоров'я ДКВС України». За час проведеного дослідження за електронним посиланням <https://forms.gle/FCGBnxrRs79s9S3fA> надійшли відповіді від 461 особи.

Узагальнення розподілу отриманих відповідей на поставлені в анкеті (див. Б1) запитання викладено у формі діаграм (див. Б2).

Анкета (Б1)

Шановні медичні працівники!

Просимо Вас взяти участь в анонімному опитуванні, результати якого будуть використані в узагальненому вигляді і виключно у наукових цілях.

Оберіть та позначте один із запропонованих варіантів відповідей, якщо не вказано інше.

Будемо вдячні за правдиві та точні відповіді.

1. Яку спеціальність Ви отримали після навчання?

2. Назвіть посаду, яку Ви обіймаєте зараз:

3. Який у Вас стаж роботи (загальний та у закладі охорони здоров'я ЦОЗ ДКВС України)?

4. Зазначте тип Вашої роботи:

- а) денна зміна
- б) нічна зміна
- в) добова зміна

5. Чому Ви вирішили працювати у закладі охорони здоров'я ЦОЗ ДКВС України?

6. Ви задоволені своєю роботою?

а) так

б) ні

7. Вас влаштовує заробітна плата, яку Ви отримуєте у закладі охорони здоров'я ЦОЗ ДКВС України?

а) так

б) ні

8. Ви вважаєте свою роботу престижною?

а) так

б) ні

9. Ви проходитье регулярне навчання та/або професійні тренінги?

а) так

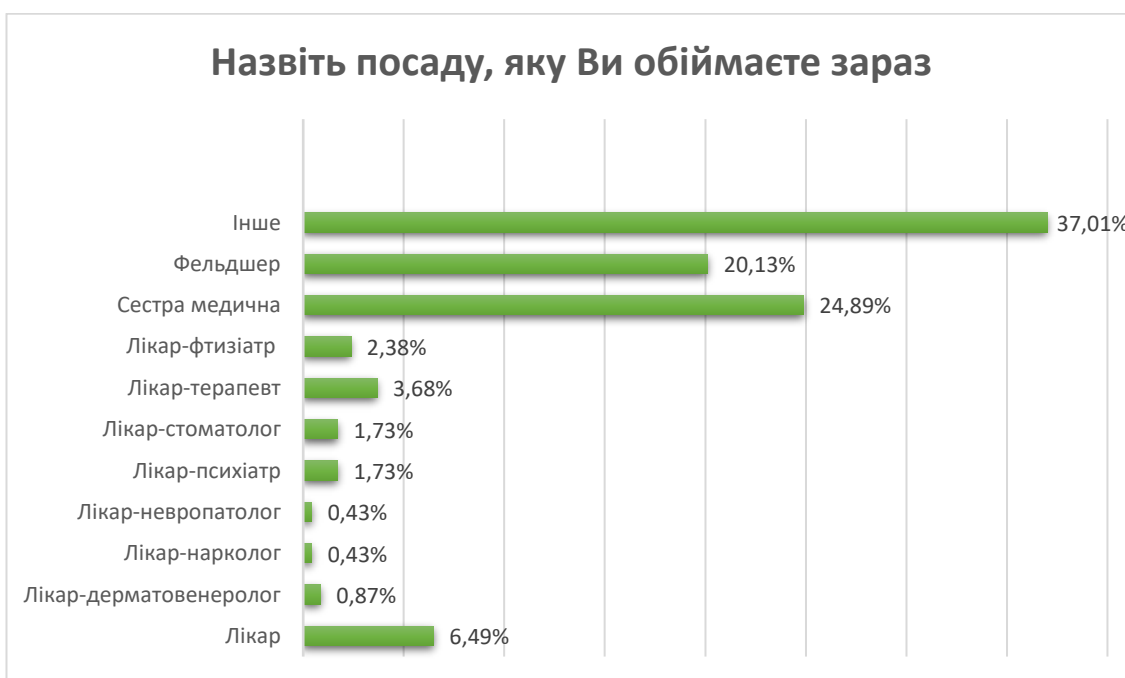
б) ні

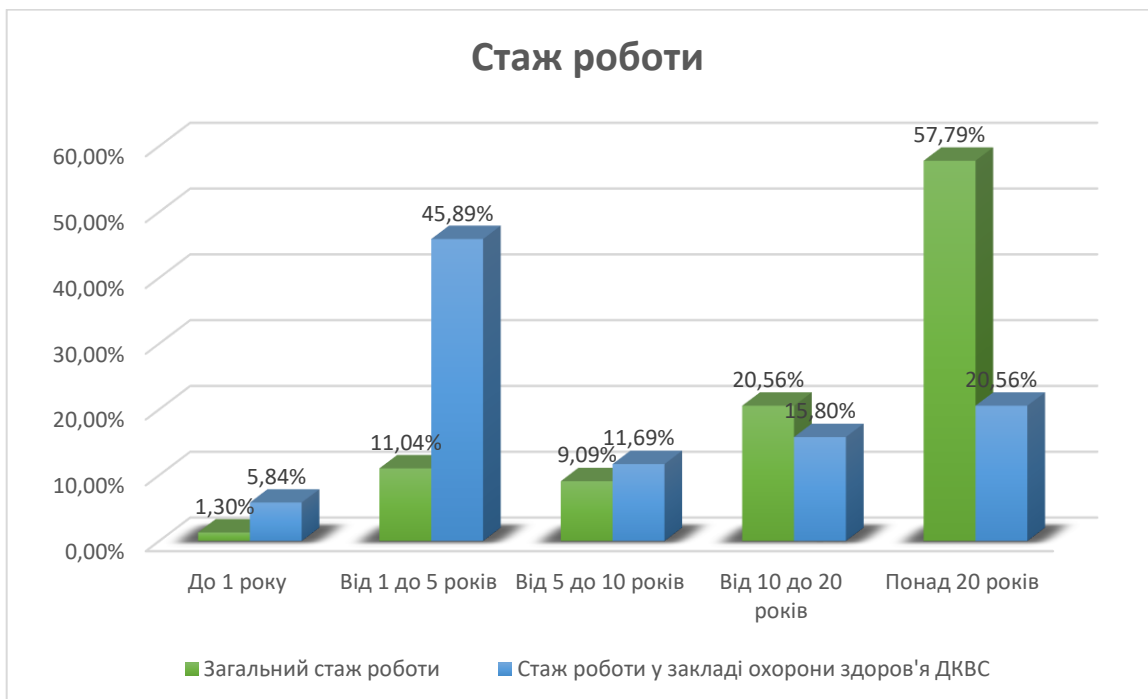
10. Ви маєте намір змінювати роботу у закладі охорони здоров'я ЦОЗ ДКВС України?

а) так

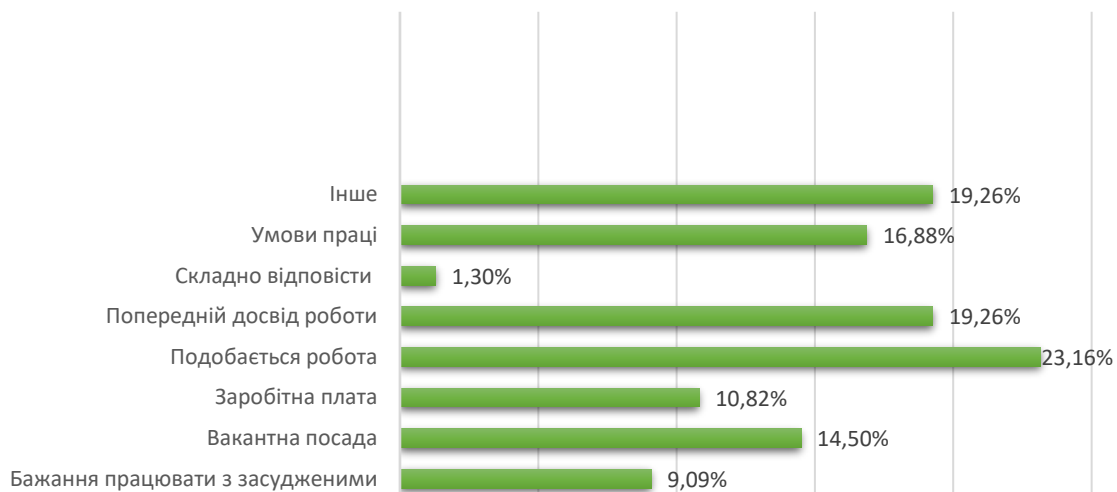
б) ні.

Узагальнення результатів опитування (загалом для всіх респондентів)
(Діаграми Б2)

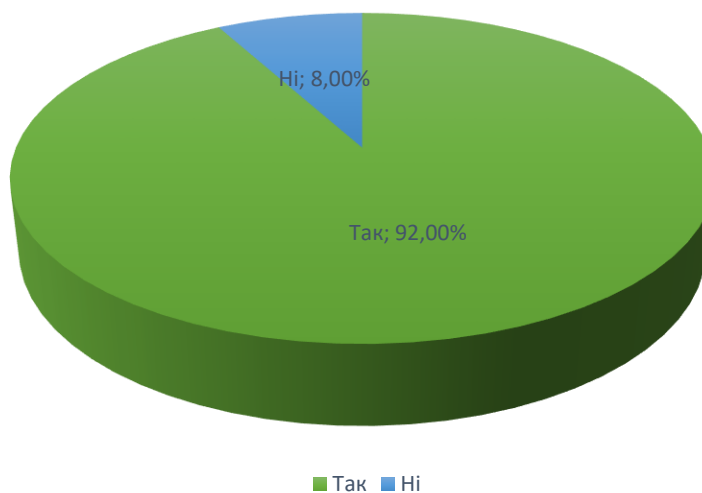




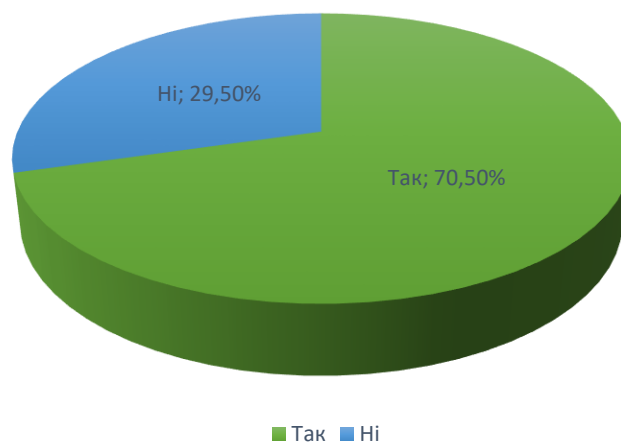
Чому Ви вирішили працювати у закладі охорони здоров'я ЦОЗ ДКВС України?



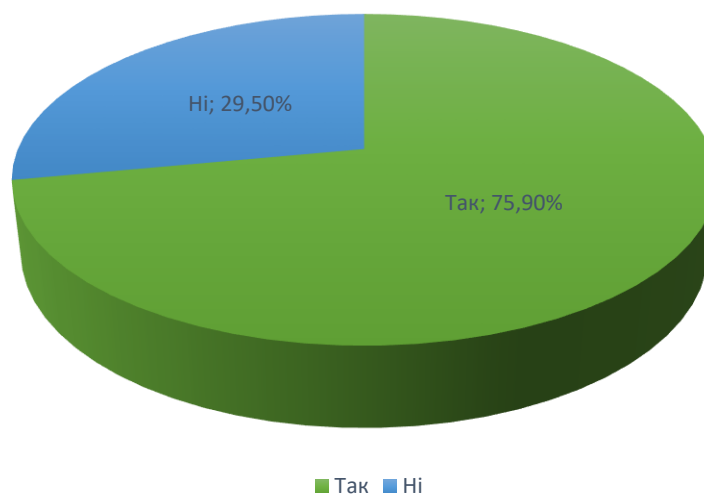
Ви задоволені своєю роботою у закладі охорони здоров'я ЦОЗ ДКВС України?



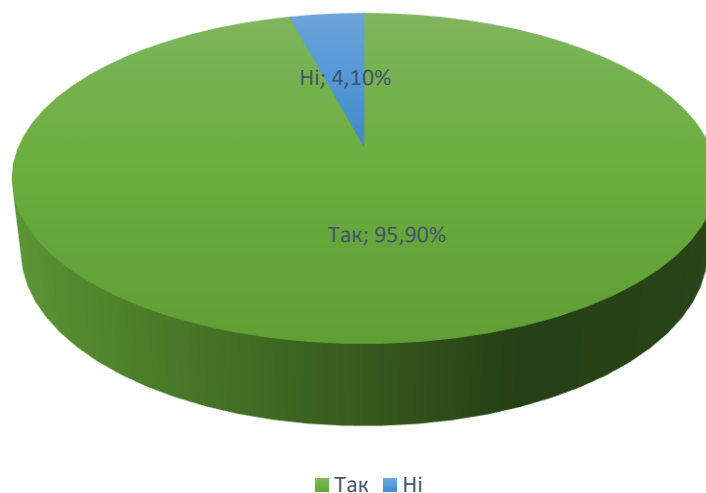
Вас влаштовує заробітна плата, яку Ви отримуєте у закладі охорони здоров'я ЦОЗ ДКВС України?



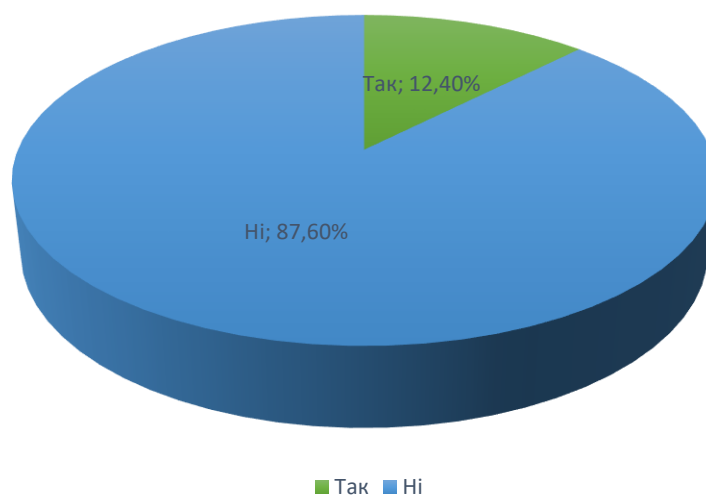
Ви вважаєте роботу у закладі охорони здоров'я ЦОЗ ДКВС України престижною?



Ви проходите регулярне навчання та/або тренінги?



Ви маєте намір змінювати роботу у закладі охорони здоров'я ЦОЗ ДКВС України?



Результати опитування студентів та інтернів медичних закладів медичної освіти з питань обізнаності та ставлення до забезпечення права засуджених до позбавлення волі осіб на охорону здоров'я.

З метою поглибленого дослідження питань, що підіймаються у дисертації, було проведено соціологічне дослідження, яке полягало в опитуванні студентів та інтернів, які навчаються у медичних закладах освіти. Протягом дослідження за електронним посиланням <https://forms.gle/BwZBW76YHUrcSGZf6> надійшли відповіді від 189 осіб.

Узагальнення розподілу отриманих відповідей на поставлені в анкеті (див. В1) запитання викладено у формі діаграм (див. В2).

Анкета (B1)

Шановні студенти та інтерни!

У Національному юридичному університеті імені Ярослава Мудрого проводиться дослідження у сфері забезпечення прав засуджених.

Запрошуємо Вас взяти участь в анонімному опитуванні, результати якого будуть використані в узагальненому вигляді та виключно у наукових цілях.

Оберіть та позначте один із запропонованих варіантів відповідей.

Будемо вдячні за правдиві та точні відповіді.

1. Оберіть область, у якій знаходиться Ваш заклад освіти:

- а) Вінницька область
- б) Волинська область
- в) Дніпропетровська область
- г) Донецька область
- д) Житомирська область
- е) Закарпатська область
- є) Запорізька область
- ж) Івано-Франківська область
- з) Київська область
- и) Кіровоградська область
- і) Луганська область
- к) Львівська область
- л) Миколаївська область
- м) Одеська область
- н) Полтавська область
- о) Рівненська область
- п) Сумська область
- р) Тернопільська область

- с) Харківська область
- т) Херсонська область
- у) Хмельницька область
- ф) Черкаська область
- х) Чернівецька область
- ц) Чернігівська область
- ч) АР Крим

2. Вкажіть Ваш статус:

- а) студент,
- б) інтерн.

3. Вам подобається навчання за Вашою спеціальністю?

- а) так,
- б) ні.
- в) важко визначитися

4. Ви плануєте працювати у сфері охорони здоров'я?

- а) так,
- б) ні,
- в) важко визначитися.

5. Як Ви оцінюєте рівень охорони здоров'я загального населення?

- а) задовільний,
- б) незадовільний,
- в) важко визначитися.

6. Як Ви оцінюєте рівень охорони здоров'я засуджених у тюрмах?

- а) задовільний,
- б) незадовільний,
- в) важко визначитися.

7. Під час навчання Ви ознайолювалися з проблемами охорони здоров'я засуджених?

- а) так,
- б) ні,
- в) не пам'ятаю.

8. Як Ви вважаєте, чи корисно студентам та інтернам проходити медичну практику у медичних частинах колоній?

- а) так,
- б) так, якщо це безпечно,
- в) ні.

9. Як Ви вважаєте, засуджені мають право на такий самий рівень охорони здоров'я, як і загальне населення?

- а) так,
- б) ні,
- в) важко визначитися.

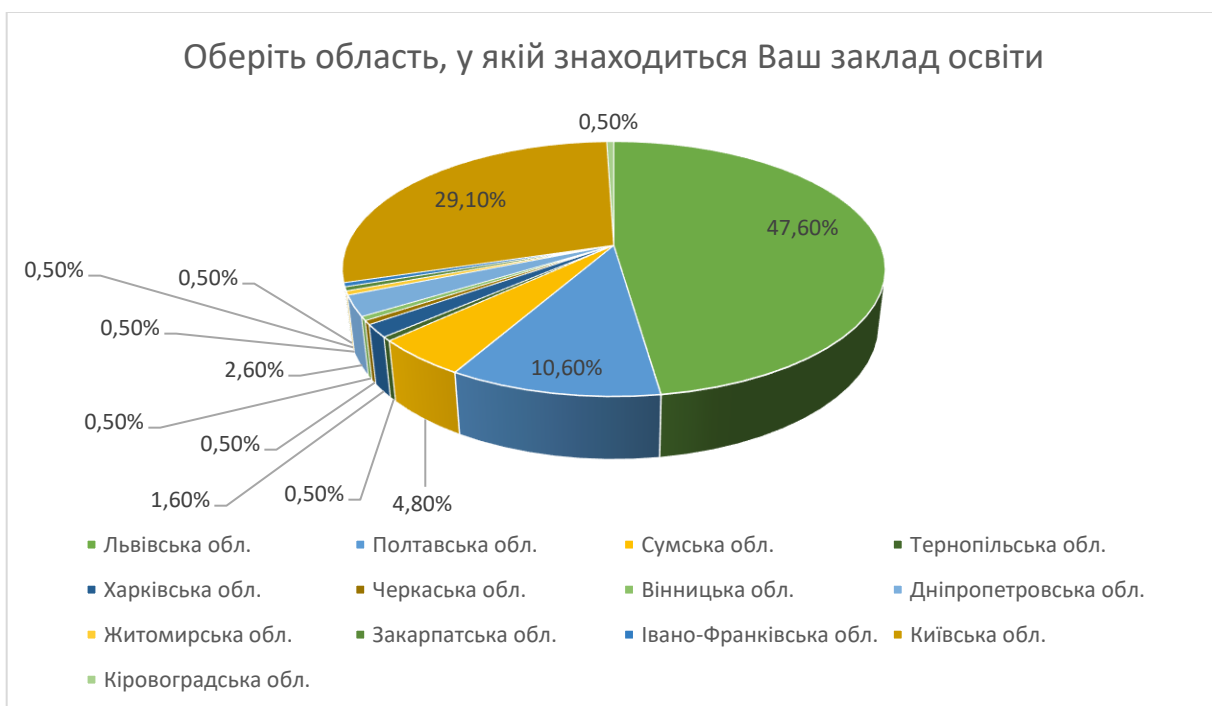
10. Вам було б цікаво надавати медичну допомогу засудженим у тюрмі?

- а) так,
- б) ні,
- в) важко визначитися.

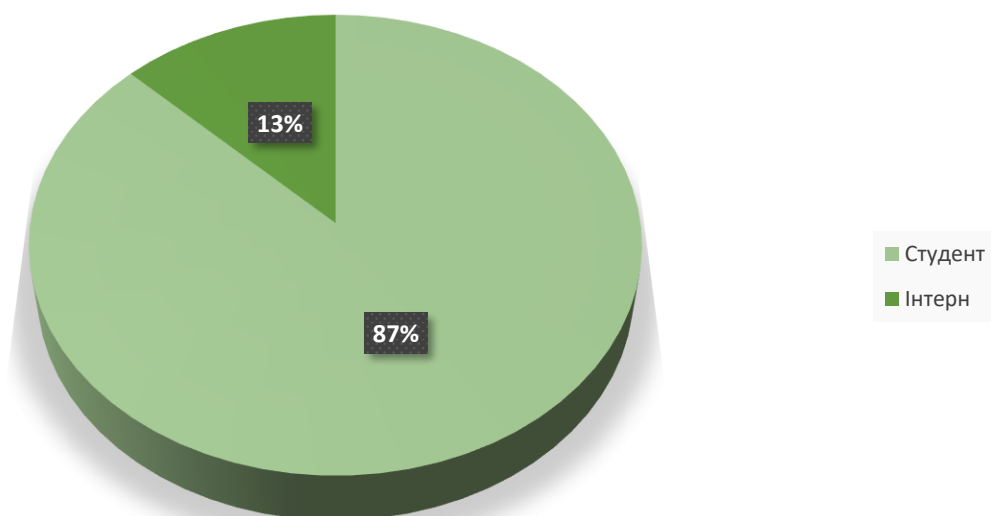
11. Якщо Вам буде запропоновано більш високу заробітну плату, ніж у цивільних закладах, Ваша відповідь на попереднє питання зміниться?

- а) так,
- б) ні.

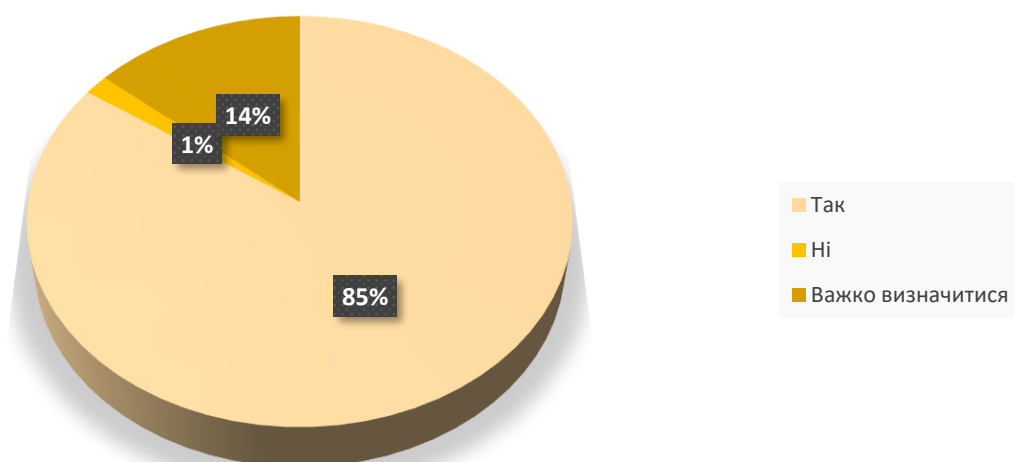
**Узагальнення результатів опитування (загалом для всіх респондентів)
(Діаграми В2)**



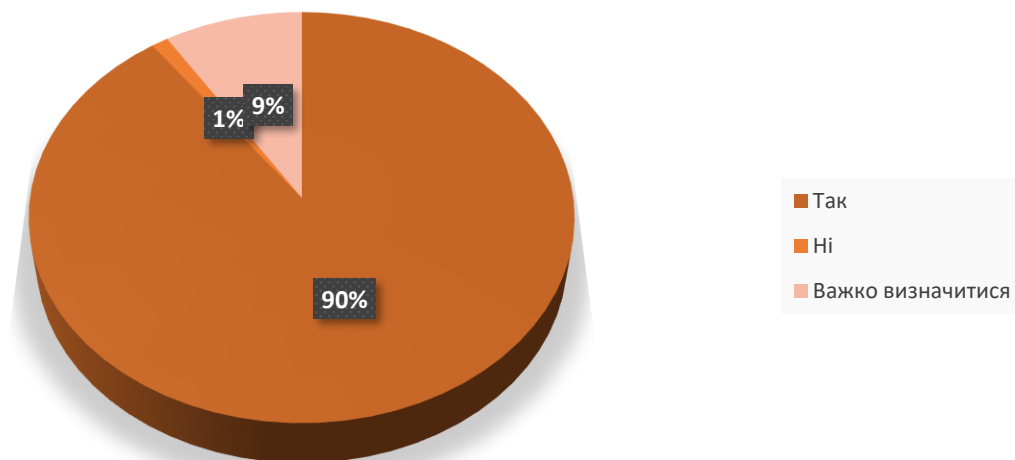
Вкажіть Ваш статус:



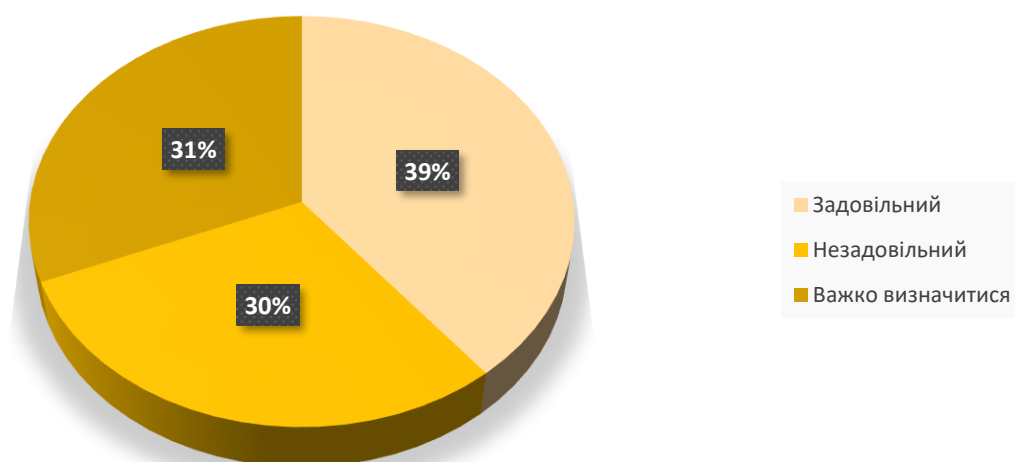
Вам подобається навчання за Вашою спеціальністю?



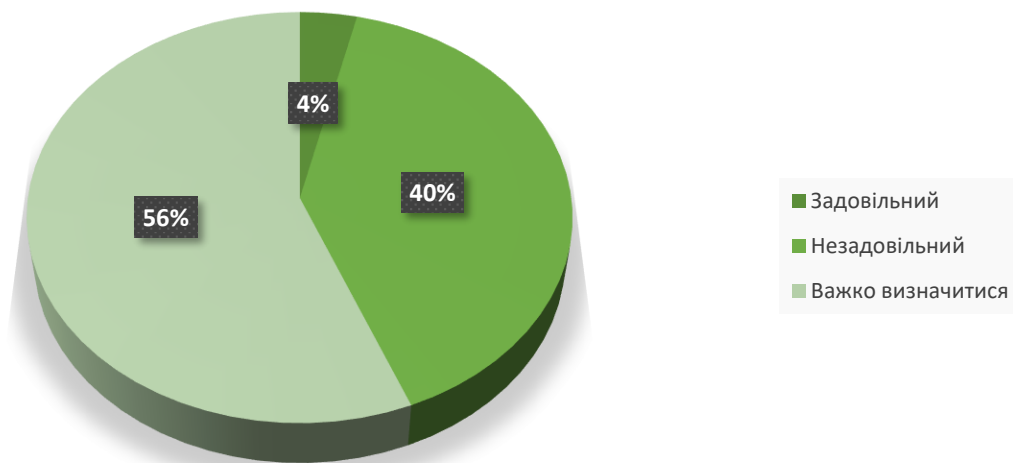
Ви плануєте працювати у сфері охорони здоров'я?



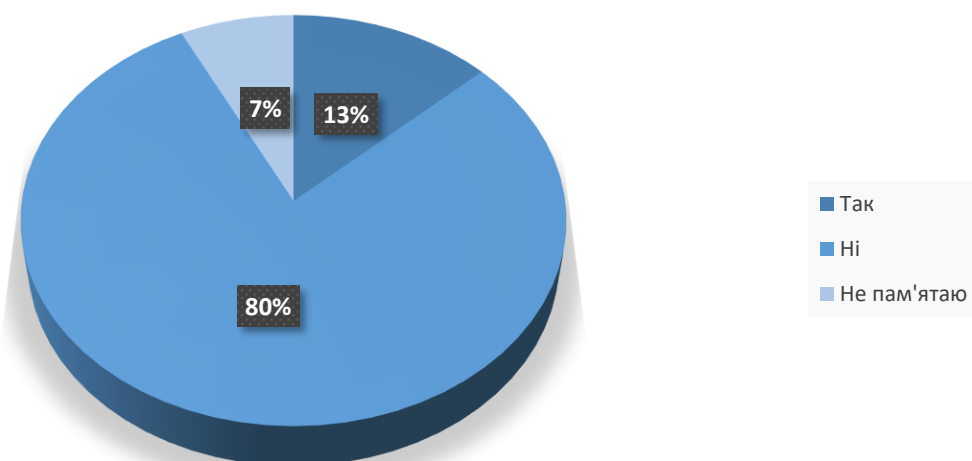
Як Ви оцінюєте рівень охорони здоров'я загального населення?



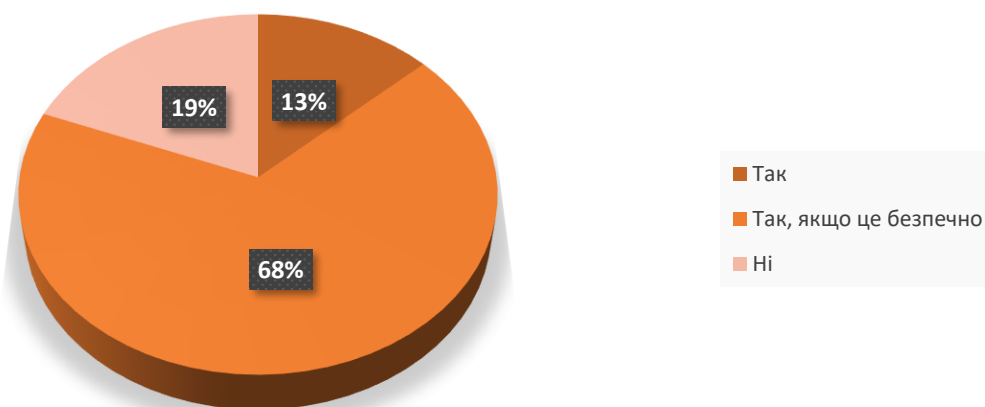
Як Ви оцінюєте рівень охорони здоров'я засуджених у тюрмах?



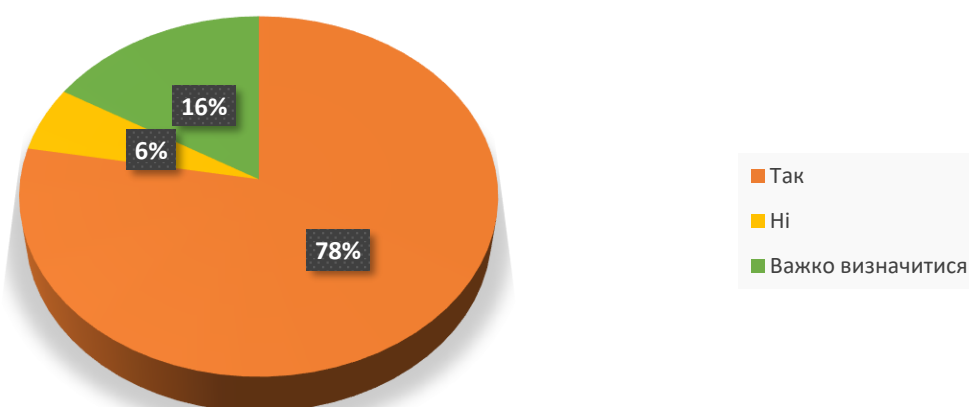
Під час навчання Ви ознайомлювалися з проблемами охорони здоров'я засуджених?



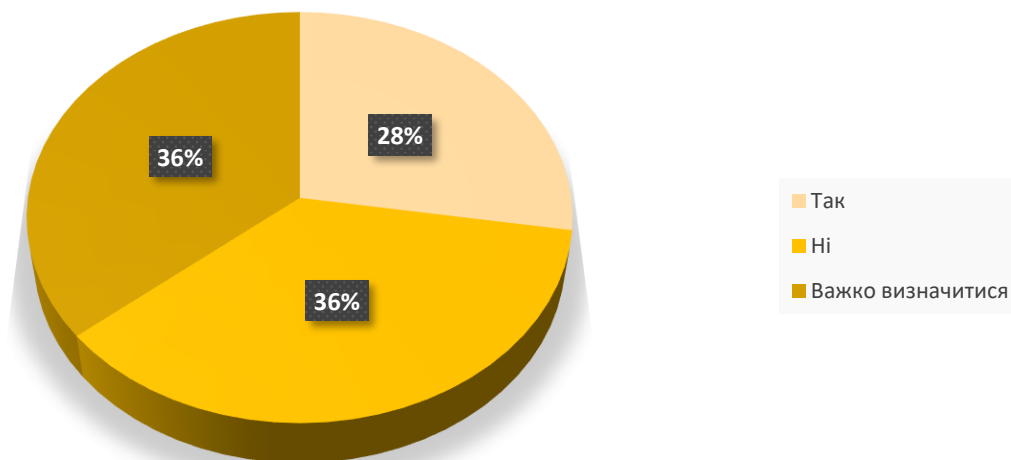
Як Ви вважаєте, чи корисно студентам та інтернам проходити медичну практику у медичних частинах колоній?



Як Ви вважаєте, засуджені мають право на такий самий рівень охорони здоров'я, як і загальне населення?



Вам було б цікаво надавати медичну допомогу засудженим у тюрмі?



Якщо Вам буде запропоновано більш високу заробітну плату, ніж у цивільних закладах, Ваша відповідь на попереднє питання зміниться?

