

Кримінальне право та кримінологія; кримінально-виконавче право
УДК 343.82:61(477):340.134

Автухов Костянтин Анатолійович

кандидат юридичних наук,

Виконавчий директор

ГО «Україна без тортур»

Avtukhov Kostiantyn

PhD, Executive Director of the

NGO “Ukraine Without Torture”

ORCID: 0000-0002-1604-6797

Левицька Юлія Андріївна

аспірантка кафедри кримінально-правової політики

Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого

Levytska Yuliia

Graduate Student of the Department of Criminal Law Policy

Yaroslav Mudryi National Law University

ORCID: 0000-0002-2297-3124

**ІНТЕГРАЦІЯ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗАСУДЖЕНИХ У
ЦИВІЛЬНИЙ СЕКТОР ЯК ПЕРСПЕКТИВНИЙ НАПРЯМ
РЕФОРМУВАННЯ КРИМІНАЛЬНО-ВИКОНАВЧОЇ СИСТЕМИ
INTEGRATION OF MEDICAL CARE FOR PRISONERS INTO THE
CIVILIAN SECTOR AS A PERSPECTIVE DIRECTION OF PENAL
REFORM**

Анотація. У статті запропоновано спосіб реформування організації та забезпечення права на охорону здоров'я засуджених шляхом передачі відповідальності за медичний сектор в установах виконання покарань із

відомства Міністерства юстиції України до Міністерства охорони здоров'я України.

У європейській практиці вирізняють три моделі підпорядкованості системи охорони здоров'я у пенітенціарних установах: відомча, позавідомча, змішана. Встановлено, що більшість країн Європи використовують відомчу систему підпорядкування пенітенціарної медицини. Водночас спостерігається перехід до змішаної моделі або ж передача до загального сектору охорони здоров'я.

На підставі дослідженої практики європейських держав було встановлено основні переваги та недоліки, які фіксуються у той чи іншій моделі забезпечення пенітенціарної медицини. Стверджується, що найбільш розповсюдженою проблемою, яка залишається при використанні обох моделей, це – кадрова неуккомплектованість медичних частин. Вирішення цієї проблеми закордоном вбачається у залученні студентів та інтернів медичних навчальних закладів до роботи у тюремних медичних частинах.

Результати проведеного опитування українських студентів та інтернів закладів медичної освіти свідчить про те, що у нашій країні освіченість щодо стану медичного забезпечення установ виконання покарань залишається низькою.

Ключові слова: установи виконання покарань, охорона здоров'я, реформування пенітенціарної системи, медичне забезпечення засуджених.

Summary. *The article provides a way of reforming the organization and ensuring the right to health care for convicts by transferring responsibility for the medical sector in penitentiary institutions from the Ministry of Justice of Ukraine to the Ministry of Health. In European practice, there are three models of subordination of the health care system in penitentiary institutions: departmental, non-departmental, and mixed. It is established that most European countries use*

a departmental system of subordination of penitentiary medicine. At the same time, there is a transition to a mixed model or transfer to the general health care sphere.

On the basis of the studied practice of European countries, the article identifies the main advantages and disadvantages that are recorded in a particular model of providing penitentiary medicine. It is argued that the most common problem which remains using different models is the understaffing of medical units. The solution to this problem abroad is seen in the involvement of students and interns of medical schools to work in prison medical units.

The results of the survey of Ukrainian students and interns of medical education institutions show that in our country awareness of the state of medical care in penitentiary institutions remains low.

Key words: *penitentiary institutions, healthcare, reforming the penitentiary system, medical care for convicts.*

Постановка проблеми. Питання відомчого підпорядкування тюремної медицини протягом багатьох років залишалося дискусійним. Медичне забезпечення є частиною тюремного життя засуджених, а тому адміністрація установ повинна мати необхідні засоби його реалізації. З іншого боку, діяльність медиків має бути незалежною від тюремного персоналу, а медична допомога повинна надаватися кожному на загальних недискримінаційних підставах. Натомість, на практиці виникає ситуація підпорядкування діяльності лікарів не профільному міністерству, а волевиявленню органів, відповідальних за установи виконання покарань, через що ув'язнені не отримують медичну допомогу належної якості.

Реформування пенітенціарної системи є одним із способів подолання надання засудженим медичних послуг неналежної якості. Існує необхідність перегляду чинної законодавчої та нормативно-правової бази у сфері виконання покарань з метою приведення його у відповідність до

Конституції України, правових принципів з урахуванням стандартів, розроблених міжнародним співтовариством.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Дослідженням питання моделей організації охорони здоров'я в установах виконання покарань та реформування законодавства України у цій сфері займалися такі вчені, як: А. П. Гель [9; 14], О. Г. Колб [15], Н. О. Корнієнко [6], О. В. Лисодед [12], А. Х. Степанюк [15], Р. Б. Хобор [19], І. С. Яковець [20] та ін., втім це питання потребує подальшого дослідження.

Мета статті полягає в аналізі існуючих моделей охорони здоров'я, практика їх застосування та особливості у країнах Ради Європи, у порівнянні із системою в Україні. У статті також висвітлюються результати анкетування студентів та інтернів закладів вищої медичної освіти в Україні з метою виявлення їх зацікавленості та обізнаності у роботі в медичному секторі установ виконання покарань.

Виклад основного матеріалу. Як зауважують представники Міністерства юстиції України, важливою складовою інтеграції України до Європи є реформування кримінально-виконавчої системи. Серед першочергових та одних із пріоритетних напрямів державної політики у цій сфері було зазначено вирішення таких проблем, як захворюваність ув'язнених на туберкульоз, ВІЛ-інфекцію та інші епідемічні хвороби, а також приведення умов тримання осіб, які перебувають у місцях позбавлення волі, до європейських стандартів [10].

З метою реалізації вищезазначеної мети, урядом було прийнято низку нормативно-правових актів. Одним із яких можна назвати Концепцію Державної цільової програми реформування Державної кримінально-виконавчої служби на період до 2017 р., яка передбачала розв'язання проблеми завдяки впровадженню європейських стандартів шляхом виконання рекомендацій Європейського комітету з питань запобігання катуванням чи нелюдському або такому, що принижує гідність, поводження

чи покаранню та Європейських в'язничних правил [16]. Концепція реформування (розвитку) пенітенціарної системи України, розрахована до 2020 року, також наголошувала на необхідності приведення умов тримання засуджених у відповідність з європейськими стандартами [17].

Одним із етапів реформування пенітенціарної системи, особливо у сфері тюремної медицини, передбачалося створення державної установи «Центр охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби» з метою реформування медичної служби пенітенціарних закладів. Концепцією також планувалася передача функції надання медичної допомоги засудженим від Мін'юсту до МОЗ [16]. У листопаді 2017 року розпорядженням КМУ було створено зазначену у Концепції державну установу, яка належить до сфери управління Міністерства юстиції України. Таким чином, було реалізовано першу частину реформування, втім за останні 5 років переходу повноважень щодо надання медичної допомоги засудженим до Міністерства охорони здоров'я досі не відбулося.

З метою з'ясування доцільності передачі медицини в установах виконання покарань до МОЗ України необхідно дослідити генезу цього явища. У часи дії на теренах України виправно-трудового кодексу, порядок подання особам, позбавленим волі, медичної допомоги, використання лікувально-профілактичних і санітарно-профілактичних закладів охорони здоров'я і залучення медичного персоналу визначалося як органами охорони здоров'я, так і органами з питань виконання покарань, втім перебувало у віданні останнього. [8, ст. 76]. Прийняття Кримінально-виконавчого кодексу у 2003 році також поклало обов'язок виконувати необхідні медичні вимоги, що забезпечують охорону здоров'я засуджених на адміністрацію колоній [11, ст. 116]. Звісно, існують положення про взаємодію закладів охорони здоров'я та установ виконання покарань, особливо у питаннях надання екстреної медичної допомоги, госпіталізації тощо. Втім, медичне забезпечення засуджених у сучасній Україні, як і за

часів радянської влади, координується органами юстиції, а діяльність медичного персоналу знаходиться під впливом адміністрації установ.

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].

Розглянемо аспекти доречності передачі послуг з медичного забезпечення засуджених у відання Міністерства охорони здоров'я. Виокремлюють три моделі підпорядкованості системи охорони здоров'я у пенітенціарних установах: відомчу (підпорядкованість медичного сектору органу юстиції), позавідомчу (тюремна охорона здоров'я забезпечується громадянськими органами здоров'я), змішану [20, с. 156]. Вітчизняні фахівці не дійшли єдиного рішення щодо моделі охорони здоров'я в державній кримінально-виконавчій службі України, втім більшість підтримує реформування цього сектору. Як зауважує А. П. Гель, створення ЦОЗ ДКВС хоча і залишає пенітенціарну охорону здоров'я у відомстві Міністерств юстиції, але теоретично мало б суттєво зменшити вплив адміністрації УВП та керівництва міжрегіональних управлінь з питань виконання кримінальних покарань Мін'юсту на професійну діяльність медичного персоналу та кардинально збільшує обсяг його професійної незалежності. Втім, вчений у своїх тезах у 2018 р. зауважує, що наступним

кроком реформування має бути створення належних умов для переходу на позавідомчу модель та подальшої її передачі до сфери відповідальності МОЗ України [9, с. 200].

Схожої думки дотримується К. А. Автухов та Н. О. Корнієнко, підтримуючи реформування пенітенціарної системи шляхом передачі повного керівництва медичного забезпечення засуджених в місцях позбавлення волі до МОЗ в Україні [6, с. 56]. Необхідно додати, що значна кількість правозахисників, зокрема А. Галай, А. Діденко, В. Човган, О. Цвілій також підтримують ідею реформування пенітенціарної медицини шляхом її підпорядкування Міністерству охорони здоров'я [13]. Експерти також наголошують, що інтеграція пенітенціарної медицини до загальної системи охорони здоров'я уповільнилась, адже замість тимчасового функціонування ЦОЗ ДКВС як перехідної ланки, ця установа розглядається як вінець реформи пенітенціарної системи [7, с. 143].

Одним із способів пошуку оптимальних шляхів реформування національного законодавства є запозичення міжнародного досвіду. Аналіз практики низки держав-членів Ради Європи свідчить про те, що деякі країни покладають відповідальність за охорону здоров'я засуджених на міністерство охорони здоров'я, інші – на департамент міністерства юстиції, а декілька держав обрали змішану систему.

Більшість країн Європи використовують відомчу модель надання медичної допомоги в установах виконання покарань, а отже персонал, який надає медичну допомогу засудженим підпорядковується органам того відомства, що відповідає за виконання покарань. До прикладу, питанням охорони здоров'я засуджених у Нідерландах займаються органи юстиції. Якщо первинна медична допомога, що надається у в'язниці, є недостатньою, ув'язнені можуть бути направлені до центру медичної допомоги. Лікарня не завжди має достатню кількість ліжко-місць або необхідних фахівців, а тому

багатьох ув'язнених переводять безпосередньо до цивільної лікарні [1, с. 56]. Схожа система, як вже було зазначено раніше, наразі існує в Україні.

Серед недоліків, які зазначають спеціалісти у Нідерландах, основними на сьогодні, залишається графік роботи лікарів, адже кваліфікований лікар не завжди доступний, існують проблеми з медичною документацією, доступом до системи електронних медичних записів, а також проблеми з управлінням і використанням лікарських засобів для надання невідкладної допомоги. Спираючись на матеріали перевірок Уповноваженого ВРУ з прав людини стосовно медичного обслуговування засуджених, такі ж проблеми спостерігаються і у вітчизняних установах виконання покарань.

Наступною моделлю забезпечення охорони здоров'я засуджених є позавідомча, відповідно до якої, медичне обслуговування пенітенціарних установ здійснюється відповідними органами охорони здоров'я. До прикладу, у Фінляндії, медичні послуги у тюрмах організуються та фінансуються урядом та забезпечуються відділом медичного обслуговування, що є незалежною структурою у віданні Міністерства соціального забезпечення та охорони здоров'я. Раніше тюремна охорона здоров'я у Фінляндії була організована Агентством з кримінальних покарань (національний орган кримінально-виконавчої системи), але була передана Міністерству охорони здоров'я. Метою такого переходу була можливість засуджених отримувати користь з останніх розробок та результатів досліджень у сфері медицини [3, с. 2].

Практика Франції також вказує на те, що ця країна використовує позавідомчу модель організації охорони здоров'я засуджених, адже з 1994 року забезпечення охорони здоров'я засуджених у Франції було передано до загальної системи охорони здоров'я. Завдяки цій реформі було збільшено частку персоналу удвічі на одного ув'язненого [1, с. 24].

На думку французьких дослідників, передача управління охороною здоров'я ув'язнених до Міністерства охорони здоров'я Франції, покращило

якість та безперервність надання медичних послуг, використання сучасних методик та чисельність медичного персоналу. До того ж, Рахункова палата Франції визнає прогрес в управлінні охороною здоров'я, досягнутий з моменту передачі до МОЗ. Втім, все ще залишається декілька недоліків, пов'язаних із створенням епідеміологічного моніторингу, посилення психіатричної допомоги, створення шляхів надання медичної допомоги після звільнення засуджених [1, с. 51].

Розглянемо практику ще однієї держави, яка є прибічницею позавідомчої моделі. Відповідальність за охорону здоров'я у в'язницях була передана від Шотландської тюремної служби до Національної служби охорони здоров'я у листопаді 2011 року. Головними ідеями цього переходу стало те, що має існувати багатодисциплінарний план догляду для кожного ув'язненого, який повинен містити такі деталі, як стан/стани, які необхідно лікувати, узгоджене управління, включно з оглядом, та очікуваний результат. Практикуючі медсестри відіграють важливу роль у наданні послуг першої лінії. Послуги другої лінії частково надаються у в'язницях за допомогою виїзних фахівців. У Шотландії також розвинене використання систем відеозв'язку, що використовується лікарями загальної практики у якості телемедицини [1, с. 60].

Зазначимо, що після реформування тюремної медицини у Шотландії, було виявлено такі покращення: подолання нерівності у сфері 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 [1, с. 52].

Перехід медицини в пенітенціарних установах 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 [3, с. 27].

Перейдемо до розгляду країн, у яких відбувається використання обох моделей підпорядкування медицини у пенітенціарних установах. Деякі вчені дійшли висновку, що змішаною моделлю необхідно розуміти поєднання організаційних компонентів відомчої та позавідомчої систем, яке застосовується у США [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. 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 [4, с. 2].

Медична система Швейцарії також має водночас дві моделі через самостійність суб'єктів федерації. Зазначається, що саме у тих кантонах, де медицина підпорядкована міністерству юстиції, спостерігається залежність медичних працівників та відсутність стратегії охорони здоров'я та управління медичними кадрами, а також фінансові обмеження, які впливають на набір персоналу. Натомість, на землях, у яких тюремну медицину було передано до міністерства охорони здоров'я, привабливість для медичного персоналу також вважається вищою через можливість безперервного, сучасного навчання [1, с. 75].

Характерною рисою Швейцарії є також розвинута співпраця між різними залученими суб'єктами, зокрема університетами. Так, центр дистанційної та безперервної освіти Женевського університету, а також Цюрихський 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 [1, с. 81]. На думку спеціалістів, такі стажування допомагають викоринити думку майбутніх лікарів про те, що робота з засудженими є менш престижною, аніж з цивільними пацієнтами.

Для з'ясування перспектив реалізації подібного стажування в Україні, видається поширеним доречним серед студентів та інтернів медичних закладів України інформації щодо тюремної медицини з метою їх подальшого залучення до роботи в установах покарань. У зв'язку з цим до медичних закладів вищої освіти у 13 областях України було надіслано анкету для опитування студентів та інтернів, у якій взяли участь 189 респондентів. Анкета вміщувала питання про загальні плани щодо роботи у сфері охорони здоров'я, оцінка рівня охорони здоров'я загального та тюремного населення та обізнаність щодо пенітенціарної медицини.

Результати узагальнення отриманих відповідей від респондентів, які виявили бажання взяти участь у анкетному опитуванні, показали, що більшість студентів та інтернів (89,9 %) планують працювати у сфері охорони здоров'я. На питання щодо рівня охорони здоров'я загального населення, відповіді розділилися на практично рівні частини, а саме – 39,2 % вважають цей рівень задовільним, 31,2 % не визначилися і 29,6 % не задоволені. Водночас, лєвова частка опитованих (56,1 %) відповіли, що не можуть дати оцінку охорони здоров'я засуджених в установах виконання покарань, що дає підстави для висновку про недостатню обізнаність студентів медиків щодо проблеми охорони здоров'я засуджених, адже 79,4 % респондентів відповіли, що вони не ознайолювалися з цією проблемою під час навчання. Лише 13,2 % відповіли, що обізнані щодо стану дотримання прав на медичне забезпечення в установах виконання покарань, решта (7,4 %) не пам'ятають.

Ми також вирішили запитати українських студентів та інтернів, чи вважають вони корисним проходження практики у медичних частинах колоній. Більша частина респондентів (67,7 %) відповіли, що вони підтримують цю ідею за умови безпечності їхньої практики, (13,3 %) погодилися не звертаючи уваги на питання безпеки, та лише 19 % відповіли, що це є недоречним. До того ж, студенти та інтерни відповіли, що їм було цікаво б надавати медичну допомогу засудженим (27,5 %), певна частина (36 %) відповіли, що їм важко визначитись у цьому питанні та решта (36,5 %) не цікавляться такою діяльністю. Втім, 39,2 % респондентів відповіли, що можуть змінити свою відповідь щодо попереднього питання у випадку отримання більшої заробітної плати.

У ході опрацювання результатів анкетування ми дійшли висновків про те, що національна система медичної освіти не охоплює у своїх навчальних програмах питання проблеми забезпечення охорони здоров'я засуджених. Значна кількість студентів та інтернів не мають уявлення про медичну ситуацію в установах виконання покарань, що ускладнює залучення працівників до медичних частин колоній. Втішним є те, що більшість респондентів (77,8 %) усвідомлює, що засуджені мають право на такий самий рівень охорони здоров'я, як і загальне населення, хоча і залишається невеликий відсоток тих, хто заперечує рівність прав засуджених.

Можна підсумувати, що студенти та інтерни, а отже потенційні працівники сфери охорони здоров'я, не мають наміру працювати в медичних частинах пенітенціарних установ. З огляду на це та практику країн Ради Європи, зокрема Швейцарії та Франції, ознайомлення із пенітенціарною медициною, стажування в установах виконання покарань під час навчання, можуть слугувати запорукою підвищення зацікавленості у цій роботі в подальшому.

Попри те, ще більшість держав Європи використовують відомчу модель охорони здоров'я засуджених, протягом останніх років спостерігається тенденція до збільшення кількості країн, які передають відповідальність за управління системою охорони здоров'я в'язниць до системи загальної медичної допомоги. Всесвітня організація охорони здоров'я та Організація Об'єднаних Націй рішуче підтримують цю 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» [13, с. 30].

Країни, які досягли цієї мети, повідомляють про підвищення професійної незалежності медичного персоналу та підвищення якості медичної допомоги. Натомість, необхідно усвідомлювати можливі негативні наслідки, такі як: розбіжності між тюремними органами та підрозділами охорони здоров'я, що надають медичні послуги; недостатня координація та взаємодія між адміністрацією тюрем та медичним персоналом; занепокоєння персоналу пенітенціарних установ щодо їхньої репресивної ролі або втрати контролю; занепокоєння тим, що ув'язнені можуть отримувати медичне обслуговування нижчої якості, ніж загальне населення [13, с. 27-32].

Висновки і перспективи подальших досліджень. Підбиваючи підсумки, розглянуті моделі відомчої, позавідомчої та змішаної системи управління охороною здоров'я демонструють відсутність унікальних рішень, які підходять для кожної країни. Партнерство між секторами юстиції та охорони здоров'я може мати різні форми, але зміст має бути однаковим – ефективне задоволення потреб у медичному забезпеченні,

дотримання процедур безпеки, дотримання стандартів, які поважають людську гідність і захищають права ув'язнених.

Проведений аналіз дозволяє дійти таких висновків:

1. У світі існує декілька моделей організації пенітенціарної медицини, які передбачають підпорядкування органам тюремної системи, органам охорони здоров'я або поєднання цих систем. Міжнародна практика свідчить про поступовий перехід більшості європейських країн до підпорядкування медичних частин тюрм до міністерства охорони здоров'я на загальних засадах.

2. Український формат системи медичної допомоги засудженим відноситься до відомчої моделі управління охороною здоров'я в установах виконання покарань та зіштовхується з типовими проблемами, які мають країни зі схожою системою, однією з яких є неукомплектованість медичних частин. Сучасне українське законодавство, разом із теоретичним підґрунтям тяжіє до реформування до підвищення незалежності медичного персоналу від пенітенціарних працівників.

3. Залучення студентів та інтернів до стажування в установах виконання покарань є прогресивною практикою в інших державах, що дозволяє покращити ситуацію підбору спеціалістів на роботу в колоніях. Натомість, українська студентська спільнота не є обізнаною щодо цього питання.

Література

1. Dubois C., Linchet S., Mahieu C. and others Organization models of health care services in prisons in four countries. 2017. URL: <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/199340/1/.pdf> (дата звернення: 20.09.2022).

2. Gardner A. Getting Health Care in prison. 2022. URL: <https://www.webmd.com/health-insurance/features/health-care-in-prison> (дата звернення: 24.09.2022).
3. Organizational models of prison health. Consideration 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> (дата звернення: 27.09.2022).
4. Žukauskienė R., Laurinavičius A., Singh J. P. Violence Risk Assessment in Lithuania. 2014. URL: https://www.academia.edu/download/40373097/Violence_Risk_Assessment_in_Lithuania20151125-16073-h3mohn.pdf (дата звернення: 26.09.2022).
5. Wilper A. P., Boyd J. W., Woolhandler S. The Health and Health Care of US Prisoners: Results of a Nationwide Survey. URL: https://www.researchgate.net/publication/23797994_The_Health_and_Health_Care_of_US_Prisoners_Results_of_a_Nationwide_Survey (дата звернення: 30.09.2022).
6. 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.
7. 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/ЛІВІН) підготовлений ФОП Загребельний О. С. за підтримки БО «100 ВІДСОТКІВ ЖИТТЯ» та БО «FREE ZONE.
8. Виправно-трудоий кодекс України : Закон Верховної Ради України від 23.12.1970 № 3325-07. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3325-07#Text> (дата звернення: 01.10.2022).
9. Гель А. П. Вітчизняна модель організації пенітенціарної охорони здоров'я в державній кримінально-виконавчій службі України: сучасний

- стан та перспективи: Підприємство, господарство і право. 2019. № 2. С. 200.
10. Головка Л. Шляхи реформування Державної кримінально-виконавчої служби України. URL: https://minjust.gov.ua/m/str_21953 (дата звернення: 29.09.2022).
 11. Кримінально-виконавчий кодекс України : Закон Верховної Ради України від 11.07.2003 № 1129-15. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1129-15/ed20030711/find?text=%E7%E4%E0%E2%27%FF#Text> (дата звернення: 26.09.2022).
 12. Лисодєд О. В. Стан і напрями розвитку наукових досліджень інституту правового статусу засуджених. *Питання боротьби зі злочинністю*. Харків : Право, 2013. С. 233–235.
 13. Понт Й., Хардінг Т. В., Організація та менеджмент системи охорони здоров'я у в'язницях. Рекомендації. 2019. URL: <https://rm.coe.int/guidelines-organisation-and-management-of-health-care-in-prison-ukr-/16809e450c> (дата звернення: 28.09.2022).
 14. Права людини у пенітенціарній системі – 2017. URL: <https://helsinki.org.ua/prava-lyudyny-u-penitentsiarnij-systemi-2017/> (дата звернення: 02.10.2022).
 15. Права та законні інтереси засуджених до позбавлення волі в умовах реформування Державної кримінально-виконавчої служби України: монографія / упоряд. : К. А. Автухов, А. П. Гель, О. Г. Колб та ін., за заг. ред. А. Х. Степанюка. Харків : Право, 2015. 246 с.
 16. Про схвалення Концепції Державної цільової програми реформування Державної кримінально-виконавчої служби на період до 2017 року: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 26.11.2008 № 1511-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1511-2008-%D1%80#Text> (дата звернення: 10.10.2022).

17. Про схвалення Концепції реформування (розвитку) пенітенціарної системи України : розпорядження Кабінету Міністрів України від 13.09.2017 №654-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/654-2017-%D1%80#Text> (дата звернення: 10.10.2022).
18. Спеціальна доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини. Стан додержання прав в'язнів на медичну допомогу під час реформування системи охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України у період 2018-2021 років. URL: https://ombudsman.gov.ua/storage/app/media/%D0%9D%D0%9F%D0%9C/zvit_12_2021_site.pdf (дата звернення: 10.10.2022).
19. Хобор Р. Б. Правове регулювання медико-санітарного забезпечення осіб, засуджених до позбавлення волі. Медичне право України: проблеми становлення та розвитку. Львів, 2007. С. 331-336.
20. Яковець І. С., Гель А. П. Система надання медичної допомоги в установах виконання покарань: сучасний стан та шляхи реформування. *Вісник кримінологічної асоціації України*. 2016. №3. С. 151-167.

References

1. Dubois C., Linchet S., Mahieu C. and others Organization models of health care services in prisons in four countries. 2017. URL: <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/199340/1/.pdf> (last accessed: 20.09.2022).
2. Gardner A. Getting Health Care in prison. 2022. URL: <https://www.webmd.com/health-insurance/features/health-care-in-prison> (last accessed: 24.09.2022).
3. Organizational models of prison health. Consideration 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: 27.09.2022).

4. Žukauskienė R., Laurinavičius A., Singh J. P. Violence Risk Assessment in Lithuania. 2014. URL: https://www.academia.edu/download/40373097/Violence_Risk_Assessment_in_Lithuania20151125-16073-h3mohn.pdf (last accessed: 26.09.2022).
5. Wilper A. P., Boyd J. W., Woolhandler S. The Health and Health Care of US Prisoners: Results of a Nationwide Survey. URL: https://www.researchgate.net/publication/23797994_The_Health_and_Health_Care_of_US_Prisoners_Results_of_a_Nationwide_Survey (last accessed: 30.09.2022).
6. Avtukhov K.A., Korniienko N.O. Do pytan'nia reformuvannia medychnoho obsluhovuvannia zasudzhennykh do pozbavlen'nia voli. Aktualni problemy vitchyznianoï yurysprudentsii. 2018. №2. Tom 2. S. 53-57.
7. Analitichnyi zvit shchodo stanu zabezpechennia prava na zdorovia, dostupu do likiv ta diahnozyky zakhvoriuvan v ustanovakh vykonannia pokaran zasudzhennykh z chysla urazlyvykh hrup (VIL/TB/VHS/LVIN) pidhotovlenyi FOP Zahrebelnyi O. S. za pidtrymky BO «100 VIDSOTKIV ZhYTTIa» ta BO «FREE ZONE.
8. Vypravno-trudovyï kodeks Ukrainy : Zakon Verkhovnoi Rady Ukrainy vid 23.12.1970 № 3325-07. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3325-07#Text> (last accessed: 01.10.2022).
9. Hel A. P. Vitchyzniana model orhanizatsii penitentsiarnoi okhorony zdorovia v derzhavnii kryminalno-vykonavchii sluzhbi Ukrainy: suchasnyi stan ta perspektyvy: Pidpriemstvo, gospodarstvo i pravo. 2019. № 2. S. 200.
10. Holovko L. Shliakhy reformuvannia Derzhavnoi kryminalno-vykonavchoï sluzhby Ukrainy. URL: https://minjust.gov.ua/m/str_21953 (last accessed: 29.09.2022).
11. Kryminalno-vykonavchyï kodeks Ukrainy : Zakon Verkhovnoi Rady Ukrainy vid 11.07.2003 № 1129-15. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1129->

15/ed20030711/find?text=%E7%E4%EE%F0%EE%E2%27%FF#Text
(last accessed: 26.09.2022).

12. Lysodied O. V. Stan i napriamy rozvytku naukovykh doslidzhen instytutu pravovoho statusu zasudzhenykh. Pytannia borotby zi zlochynnistiu. Kharkiv : Pravo, 2013. S. 233–235.
13. Pont Y., Khardinh T. V., Orhanizatsiia ta menedzhment systemy okhorony zdorovia u viaznytsiakh. Rekomendatsii. 2019. URL: <https://rm.coe.int/guidelines-organisation-and-management-of-health-care-in-prison-ukr-/16809e450c> (last accessed: 28.09.2022).
14. Prava liudyny u penitentsiarnii systemi – 2017. URL: <https://helsinki.org.ua/prava-lyudyny-u-penitentsiarnij-systemi-2017/> (last accessed: 02.10.2022).
15. Prava ta zakonni interesy zasudzhenykh do pozbavlennia voli v umovakh reformuvannia Derzhavnoi kryminalno-vykonavchoi sluzhby Ukrainy: monohrafiia / uporiad. : K. A. Avtukhov, A. P. Hel, O. H. Kolb ta in., za zah. red. A. Kh. Stepaniuka. Kharkiv : Pravo, 2015. 246 s.
16. Pro skhvalennia Kontseptsii Derzhavnoi tsilovoi prohramy reformuvannia Derzhavnoi kryminalno-vykonavchoi sluzhby na period do 2017 roku: Rozporiadzhennia Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 26.11.2008 № 1511-r. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1511-2008-%D1%80#Text> (last accessed: 10.10.2022).
17. Pro skhvalennia Kontseptsii reformuvannia (rozvytku) penitentsiarnoi systemy Ukrainy : rozporiadzhennia Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 13.09.2017 №654-r. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/654-2017-%D1%80#Text> (last accessed: 10.10.2022).
18. Spetsialna dopovid Upovnovazhenoho Verkhovnoi Rady Ukrainy z prav liudyny. Stan doderzhannia prav viazniv na medychnu dopomohu pid chas reformuvannia systemy okhorony zdorovia Derzhavnoi kryminalno-vykonavchoi sluzhby Ukrainy u period 2018-2021 rokiv. URL:

https://ombudsman.gov.ua/storage/app/media/%D0%9D%D0%9F%D0%9C/zvit_12_2021_site.pdf (last accessed: 10.10.2022).

19. Khobor R. B. Pravove rehuliuвання medyko-sanitarnoho zabezpečennia osib, zasudzhenykh do pozbavlennia voli. Medyčne pravo Ukrainy: problemy stanovlennia ta rozvytku. Lviv, 2007. S. 331-336.
20. Iakovets I. S., Hel A. P. Systema nadannia medyčnoj dopomohy v ustanovakh vykonannia pokaran: suchasnyi stan ta shliakhy reformuvannia. Visnyk kryminolohichnoi asotsiatsii Ukrainy. 2016. №3. S. 151-167.