

ПРОБЛЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПЕНІТЕНЦІАРНОМУ НАСЕЛЕННЮ

¹Торбін В.Ф., ²Поляков Є.О.

¹Українська військово-медична академія
²Медична служба пенітенціарної системи

Резюме. *Встановлено, в цілому потреби ув'язнених у наданні необхідної медичної допомоги, не задовольняються по всьому світу. Це відбувається значною мірою тому, що ув'язнені мають вищу захворюваність (ВІЛ, туберкульоз, психічні розлади та деякі інші захворювання), ніж вільні громадяни, яка вимагає значних фінансових витрат. Це, а також погані тюремні умови, такі, як перенаселеність і відсутність належної санітарії та гігієни, погано навчені співробітники виправних установ і низька якість медичної допомоги всього лише кілька проблем кримінально-виконавчої системи, які необхідно вирішувати.*

Виявлено, в установах кримінально-виконавчої системи Співдружності Незалежних Держав у зв'язку з недостатнім фінансуванням даної галузі в медичних установах не вистачає самих елементарних ліків, не кажучи вже про дороги для лікування ряду інфекційних та інших захворювань. Відмічається недостатня оснащеність діагностичною апаратурою, флюорографічною технікою. В системі кримінально-виконавчої служби недостатньо таких фахівців, як лікарі-інфекціоністи, дерматологи, венерологи, кардіологи, фізіотри. Недостатня інтеграція з громадською охороною здоров'я. Відомче підпорядкування не може в необхідній мірі забезпечити незалежний статус лікаря при наданні допомоги засудженим. Існує проблема доступності до отримання засудженими додаткової або альтернативної допомоги в загальногромадянських закладах охорони здоров'я на платній основі. Є проблеми планування мережі стаціонарних установ.

Ключові слова: *пенітенціарне населення, медична допомога, захворюваність, смертність, фактори ризику, оснащеність медичних установ.*

Вступ. Доступ до належної та адекватної медичної допомоги є основним правом кожної людини, в тому числі ув'язнених [1]. Система медичного забезпечення кримінально-виконавчої системи (КВС) - єдина система установ та органів, покликана забезпечити доступність, своєчасність, якість і спадкоємність надання медичної допомоги особам, які тримаються в установах КВС [2].

Матеріали та методи дослідження. Основними джерелами інформації були наукові та офіційні друковані та електронні джерела. Для розкриття теми використовували аналітичний і порівняльний методи дослідження.

Результати дослідження та їх обговорення. Організація медичної допомоги засудженим включає комплекс профілактичних, лікувально-діагностичних заходів, спрямованих на забезпечення їх прав на охорону здоров'я та забезпечується відповідно до затверджених у встановленому порядку нормативними правовими актами. Основне завдання медичної частини - гарантоване забезпечення надання первинної медичної допомоги, а також деяких видів спеціалізованої медичної допомоги спецконтингенту [3].

Тривалий час питання медико-санітарного забезпечення засуджених відкрито не обговорювалися, особливо в СРСР і соціалістичних країнах. Однак

сьогодні, в умовах реформування суспільних відносин у країнах колишнього соціалістичного табору з'явилася нагальна потреба в пошуку дієвих шляхів перебудови і якісного перетворення системи охорони здоров'я осіб, які утримуються у виправних установах.

Проблема оптимальної організації медичної допомоги в пенітенціарних установах також пов'язана з прийняттям у більшості країн нових законодавчих актів (Кримінального та Кримінально-виконавчого кодексів). Вихід з положення можливий шляхом дослідження змісту і розробки нових підходів до забезпечення охорони здоров'я осіб, які утримуються у виправних установах з точки зору науки громадського здоров'я та охорони здоров'я [4,5].

В останні роки підвищилася увага до дотримання прав ув'язнених та умовам їх утримання, які повинні відповідати документам, прийнятим ООН, у тому числі Загальній декларації прав людини, Конвенції проти катувань та інших жорстоких, нелюдських і принижуючих гідність видів поводження і покарання і Мінімальним стандартним правилам поводження з ув'язненими [6-8]. Однак реальний стан справ щодо медичного обслуговування засуджених та підслідних, матеріально-технічного, фінансового та інших видів забезпечення установ системи виконання покарань далеко не завжди відповідає вимогам міжнародних і національних документів.

Так, наприклад, спільний Наказ МОЗ та Мін'юсту РФ № 640/190 передбачає, що у випадках, коли медичний заклад КВС не може надати необхідну ув'язненим медичну допомогу та лікування, хворий може бути направлений до установи державної або муніципальної систем охорони здоров'я, що мають фахівців і технічні можливості для надання необхідної медичної допомоги. На практиці, однак, дана норма застосовується вкрай рідко і часто неефективно оскільки спеціальних коштів у бюджеті Федеральної служби виконання покарань Росії на це не передбачено.

Так само, згідно з нормативними документами, безкоштовному забезпеченню ліками підлягають особи, що перебувають під диспансерним наглядом (дорослі і діти), а також громадяни, що потребують проведення профілактичного лікування ВІЛ-інфекції. Разом з тим, отримати весь набір препаратів, необхідних для лікування в медичній службі ФСВП, не вдається. Установи ФСВП також не можуть забезпечити фінансуванням дороге лікування хворих на гепатит С та іншими захворюваннями.

Низький рівень інвестування зазвичай є основною причиною того, що в медичних установах у місцях позбавлення волі недостатньо кваліфікованого і мотивованого персоналу, що, відповідно, обмежує перелік надаваних послуг і призводить до зниження їх якості у в'язницях [9].

В установах не вистачає лікарських препаратів, в системі кримінально-виконавчої служби недостатньо таких фахівців, як лікарі-інфекціоністи, дерматологи, венерологи, кардіологи, фтизіатри. Фінансування здійснюється за залишковим принципом. У 2010 році на медичне обслуговування спеціального контингенту було виділено всього 24% від необхідного обсягу грошових

коштів. Відчувається значний дефіцит місць для розміщення хворих на туберкульоз.

В установах ФСВП не дотримуються права ув'язнених на охорону здоров'я та санітарні умови утримання. Натомість понад 90% російських ув'язнених мають яке-небудь захворювання. Відмічається недостатня оснащеність діагностичною апаратурою, флюорографічною технікою. Наявне медичне обладнання в жалюгідному стані, тому що служить вже по 20-30 років. В цілому по системі зношеність матеріально-технічної бази перевищує 50%. У більшості СІЗО сучасної медичної техніки немає взагалі. Слабкість лабораторної бази, не забезпечує необхідний рівень діагностики туберкульозу, особливо лікарсько-стійких форм а також проведення інших, складних лабораторних досліджень.

У Дагестані, Астраханській і Пензенській областях не завжди проводилися первинні та поточні медичні огляди, флюорографічне обстеження. У багатьох медичних працівників в установах Башкортостану, Комі, Ленінградській області не виявилось навіть документів про медичну освіту або професійну перепідготовку [10].

У деяких джерелах [11] були виділені такі проблеми надання медичної допомоги пенітенціарному населенню як: недостатня інтеграція з громадською охороною здоров'я; відсутність єдиної з Міністерством охорони здоров'я і соціального розвитку Російської Федерації (МОНіСР РФ) стандартизації надання медичної допомоги; відсутність механізму планування навантаження медичного персоналу кримінально-виконавчої системи; відсутність механізму подушного фінансування медичного забезпечення; відсутність механізму багаторівневої експертизи якості, відсутність аудиту якості медичної допомоги; відсутність нормативно-правової бази для включення медико-санітарного забезпечення КВС в систему обов'язкового медичного страхування і в зв'язку з цим неможливість переходу медичного забезпечення на одноканальне фінансування.

У сфері надання допомоги пенітенціарному населенню РФ, яке страждає хронічними захворюваннями, в тому числі особам, які мають ознаки стійкої втрати працездатності, визначені наступні основні проблеми:

- слабкий розвиток реабілітаційної системи на рівні надання амбулаторної допомоги в місцях відбування покарання особам, які мають ознаки стійкої втрати працездатності;
- погане матеріально-технічне оснащення медичних підрозділів кримінально-виконавчої системи, що надають стаціонарну допомогу;
- недостатня доступність високотехнологічних видів допомоги в умовах спеціалізованих медичних підрозділів УВП;
- низьке фінансове забезпечення програм надання допомоги особам, які страждають соціально-значущими захворюваннями, а також станами, що викликають стійку втрату працездатності;
- недостатнє медикаментозне забезпечення медичних підрозділів на рівні надання амбулаторної допомоги [12].

У Республіці Казахстан, де станом на 1 січня 2012 року понад 20% засуджених перебувають на диспансерному обліку з приводу різних захворювань, не менш гостро стоїть питання медичного забезпечення в установах кримінально-виконавчої системи.

Незважаючи на вживані активні заходи щодо поліпшення медичного забезпечення засуджених, епідеміологічна ситуація з туберкульозу в установах кримінально-виконавчої системи залишається напруженою за рахунок хворих з хронічними і лікарсько-стійкими формами туберкульозу. Застосування сучасних методик та медикаментів для лікування даної хвороби не дають бажаного ефекту в умовах медичних установ кримінально-виконавчої системи республіки.

Ситуація посилюється тим, що наявне в кримінально-виконавчій системі медичне обладнання та апаратура технічно зношене і морально застаріло. Оснащеність установ кримінально-виконавчої системи медичним обладнанням від мінімального нормативу становить 20-60%. Не всі медичні частини виправних установ забезпечені найпростішою діагностичною апаратурою, що позначається на якості діагностики та лікування.

Відсоток зносу окремих рентген-флюорографічних апаратів становить 100%. Поряд з цим, протягом останніх років в лікувально-профілактичних установах кримінально-виконавчої системи зберігається некомплект медичних працівників, особливо лікарського персоналу [13].

Однією з істотних проблеми медичного обслуговування засуджених в установах пенітенціарної системи Республіки Казахстан є та обставина, як вважають [14], що система охорони здоров'я не передана в цивільне відомство, а це означає, засуджені не можуть отримати повноцінну медичну допомогу. До теперішнього часу не введена програма з обміну шприців для споживачів ін'єкційних наркотиків. Немає можливості повноцінного лікування та протезування зубів, немає спеціалізованих медичних лікарень, немає можливості для лікування ТБ з виїздом до спеціалізованих установ для засуджених неповнолітніх. Лікування хворого на туберкульоз неповнолітнього проводиться в умовах слідчого ізолятора.

Пенітенціарна охорона здоров'я Киргизької Республіки розвивається паралельно, хоча повинна бути частиною національної системи охорони здоров'я і при цьому Міністерство охорони здоров'я має виконувати координуючу роль у галузі надання медичних послуг, в тому числі в пенітенціарному секторі охорони здоров'я.

Викликає заклопотаність те, що медичний відділ у складі Головного управління виконання покарань (ГУВП) не може висувати вимоги і принципово вирішувати з керівництвом ГУВП питання охорони здоров'я у виправних установах (ВУ). Нерідко обов'язок медичної служби піклуватися про пацієнтів часто вступає в протиріччя з позицією адміністрації установи.

Істотним недоліком є відсутність єдиного методологічного підходу до організації медичного обслуговування в системі ГУВП.

У всіх ВУ не відпрацьована система обліку захворюваності ув'язнених, що впливає на достовірність даних про стан їх здоров'я. Немає централізованої статистичної бази даних, не проводиться аналіз звітів, що надходять з установ, в тому числі відсутні дані за віком і статтю ув'язнених; такого роду реєстрація не проводиться з "радянських часів".

Медичними підрозділами ГУВП не проводиться достатній контроль за станом здоров'я засуджених в період їх перебування в місцях позбавлення волі (МПВ): не організовані планові медичні огляди.

На жаль, медичні установи ГУВП не готові до надання екстреної (невідкладної) медичної допомоги. Як правило, медпрацівники несуть термінові чергування, при необхідності викликається бригада швидкої допомоги і, за показаннями (після отримання дозволу), хворий вивозиться під конвоем в машині швидкої допомоги в цивільний лікувальний заклад, де йому надається допомога. При цьому ВУ надає всі необхідні препарати та витратні матеріали.

Не відпрацьовані механізми взаємодії з громадським сектором охорони здоров'я з надання кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги засудженим жінкам і неповнолітнім.

Необхідно відзначити, що стаціонарна допомога в медсанчастинах виправних колоній (ВК) ГУВП практично не організована, немає ресурсів для її надання. Використовуються старі схеми лікування, при вибіркового вивченні історій хвороб виявлені випадки поліпрагмазії і неоптимальних термінів стаціонарного лікування ув'язнених, що, можливо, пов'язано з тиском на медперсонал з боку ув'язнених.

Слід зазначити, що лікувальні установи ГУВП не забезпечені санітарним автотранспортом.

Відсутні чітко регламентовані функціональні обов'язки медичного персоналу та керівництва, клінічні протоколи на первинному і вторинному рівні, а також перелік послуг, який повинен надаватися вузькими спеціалістами, що дозволило б покращити якість надання послуг.

Забезпечення якості здійснюється на сьогоднішній день тільки за рахунок досвіду і знань медперсоналу та управлінських якостей керівництва ВК [16].

Білорусь входить в першу десятку країн за кількістю ув'язнених – 600 осіб на 100 тис. населення, у країні в пенітенціарних установах всіх типів міститься понад 90 тис. осіб, у тому числі в СІЗО і в'язницях близько 10 тис., у виправних колоніях 45 тис.

У республіці має місце недостатнє фінансування пенітенціарних установ при зростаючих витратах на утримання осіб, позбавлених волі, перевищення ліміту наповнення установ, особливо слідчих ізоляторів, що призводить до порушень санітарно-гігієнічних нормативів, збоїв в організації медичного забезпечення. Проблеми організації пенітенціарної охорони здоров'я зумовлені соціально-економічними перетвореннями, що відбуваються в республіці, коли в процес охорони здоров'я впроваджуються ринкові механізми. Однак специфіка пенітенціарної системи передбачає безкоштовне медичне лікування та

обслуговування, провідну роль державних органів у забезпеченні та дотриманні принципу справедливості в цій області. Механізм організації медико-санітарного забезпечення осіб, які утримуються у ВУ, недостатньо адаптований до умов, що змінилися, що негативно позначається на розвитку пенітенціарної охорони здоров'я, ускладнює реалізацію заходів, спрямованих на підвищення якості медичної допомоги, зниження захворюваності у ВУ [16].

Проблеми ефективності та доступності медичної допомоги відзначені в багатьох установах пенітенціарної системи Білорусі.

Так, принцип незалежного статусу лікаря і порядок інспектування установ докладно прописаний у законодавстві Білорусі. Однак скарги на неефективну лікарську допомогу від засуджених продовжують надходити з місць позбавлення волі. І зрозуміло чому, так як можливості вдосконалення медичної допомоги мають обмеження, оскільки медична служба знаходиться в безпосередньому підпорядкуванні Департаменту виконання покарання (ДВП) МВС Республіки Білорусі. Таке відомче підпорядкування не може в необхідній мірі забезпечити незалежний статус лікаря при наданні допомоги засуджених.

Доступ до лікаря у виправних установах проходить через систему охорони і фактично носить дозвільний характер. У конфліктних ситуаціях між співробітниками адміністрації і засудженим існує небезпека ненадання своєчасної медичної допомоги для останнього.

Існує проблема доступності до отримання засудженими додаткової або альтернативної допомоги в загальногромадянських закладах охорони здоров'я на платній основі. Законодавство Білорусі не містить гарантій і точних процедур для звернення до такої допомоги.

Багато установ відчувають труднощі із залученням до роботи зубних лікарів, і така допомога виявляється не досить ефективною і повною.

Випадки захворювання на туберкульоз у місцях позбавлення волі залишаються поширеними (насамперед, в умовах перебування в слідчих ізоляторах). А число хворих туберкульозом, які утримуються в місцях позбавлення волі, перевищує загальну статистику по країні в 25 разів [17].

У зв'язку з малим фінансуванням даної галузі в медичних установах не вистачає самих елементарних ліків, не кажучи вже про дорогі для лікування ряду інфекційних та інших захворювань.

Є певні проблеми і в організації стаціонарної медичної допомоги у виправних установах Республіки Білорусь

У пенітенціарній системі Республіки планування мережі стаціонарних установ здійснюється без урахування нормативів потреби в ліжковому фонді та кількості обслуговуемого контингенту. Чинними нормативно-правовими документами встановлено, що ліжковий фонд медичних частин ВУ повинен становити 2% від ліміту наповнення виправної колонії або слідчого ізолятора, при цьому ігнорується фактична наповнюваність установи.

Показник середнього числа днів використання ліжка свідчить про значну перевантаженість стаціонарів. У пенітенціарній охороні здоров'я середня тривалість перебування хворого на ліжку в 1,8-2 рази перевищує

загальнореспубліканський показник, відповідно оборот ліжка менше, ніж у загальній охороні здоров'я.

Порівняння середніх термінів лікування хворих за основними нозологічними групами з показниками стаціонарів Міністерства охорони здоров'я дає підставу стверджувати про значне їх перевищення в кримінально-виконавчій системі [18].

Право на доступ до медичного і соціально-побутового забезпечення є одним з основних і невід'ємних прав засуджених та осіб, взятих під варту. Разом з тим, в нинішньому стані пенітенціарна система України, виявилася не здатною протистояти епідеміям, забезпечувати людей охороною здоров'я та адекватної медичної допомогою.

На цьому регулярно акцентують увагу міжнародні та національні правозахисні організації. Безліч рішень Європейського суду з прав людини, програних Україною, підтверджують критичний стан медичної допомоги в пенітенціарній системі.

Українські в'язниці і колонії, вже давно перетворилися на ареал, в якому спостерігається найбільші темпи епідемії туберкульозу, ВІЛ-інфекції та гепатиту. В результаті зараз можливість зараження туберкульозом в пенітенціарній установі в 7 разів вище, ніж на волі. Поширеність ВІЛ-інфекції в кримінально-виконавчій системі майже в 3 рази перевищує аналогічний показник, серед суспільства в цілому. За неофіційною статистикою у 15 разів. При цьому медичні підрозділи виявилися не здатними лікувати таких пацієнтів в такому обсязі. Це призвело до того, що, незважаючи на міжнародні принципи поводження з ув'язненими, ця категорія громадян піддається дискримінації в доступі до лікування.

Проблеми, що стоять перед пенітенціарними адміністраціями в країнах Центральної та Східної Європи (Болгарія, Чеська Республіка, Естонія, Угорщина, Латвія, Литва, Польща, Румунія, Словаччина та Словенія), дорівнюють проблемам пенітенціарних систем у всій Європі. Досліджувані країни відчувають зростання споживання наркотиків у суспільстві, і це відбивається на якості контингенту в'язниць.

Брак персоналу в деяких в'язницях ускладнює забезпечення еквівалентності в питанні медичного обслуговування. У деяких з досліджуваних країн бюджетні відрахування на медичне забезпечення не можна розглядати в якості адекватних для задоволення всіх потреб у лікуванні ув'язнених.

У деяких з країн у в'язницях забезпечується надання цілодобової медичної допомоги. Однак там, де цього немає, вироблена система, при якій у вихідні дні або вечорами медикаменти видаються торемними наглядачами. Деякі наглядачі відзначали, що такий стан може викликати проблеми, оскільки у них немає відповідної підготовки в цьому питанні.

Така практика при одночасних труднощах в наборі медичного персоналу та обмеженості бюджету викликає сумнів у тому, наскільки медичне забезпечення у в'язницях рівнозначно існуючому в суспільстві.

Розгляд існуючих моделей лікування показує розбіжність між тим, що декларується офіційно, і тим, що реально доступно ув'язненим. Однак деякі ув'язнені відзначали, що вони не отримували достатньої допомоги в процесі лікування відповідних захворювань, і в деяких випадках їм взагалі не надавалося ніякої медичної допомоги.

У деяких країнах питання відсутності антинаркотичного лікування піднімалося в якості проблеми, як ув'язненими, так і деякими представниками персоналу. У цих країнах існують різні варіанти лікування, але не у всіх в'язницях вони доступні як в межах однієї країни, так і у всіх разом взятих країнах. Дослідження показало, що серед ув'язнених у в'язницях Центральної та Східної Європи широко поширене негативне ставлення до лікування від наркотиків і що це є основною перешкодою для змін.

ВІЛ-інфекція, гепатити В і С є основними проблемами у в'язницях Європи. Разом з тим підготовка медичного персоналу в питаннях захворювань, що передаються контактним шляхом, в досліджуваних в'язницях здійснювалася недостатньо. У деяких в'язницях підготовка персоналу щодо захворювань, які передаються контактним шляхом і наркотиків зовсім не здійснювалася [19,20].

Незалежно від способу, надання медичної допомоги у в'язницях різних країн світу є дорогим і не завжди вирішує багаточисельні медичні проблеми серед ув'язнених на необхідному рівні. Погано навчені співробітники виправних установ і низька якість медичної допомоги всього лише кілька проблем кримінально-виконавчої системи, які необхідно вирішувати. Крім того, витрати на надання медичної допомоги ув'язненим, стрімко ростуть. Наприклад, у Штатах витрачають в середньому 10 відсотків свого тюремного бюджету для покриття вартості медико-санітарної допомоги ув'язненим. У цілому більше \$ 3 млрд. на рік. Можна стверджувати, що тюремні служби охорони здоров'я дорогі, перш за все тому, що акцент робиться на лікувальну допомогу, а не на запобігання захворювань та епідеміологічного нагляду за хворобами.

Як і у Великобританії, американська тюремна система значно переповернена. За останні 30 років тюремне населення збільшилося більш ніж на 500%, в порівнянні з 200%-вим збільшенням у Великобританії. Надмірне збільшення тюремного населення США і Великобританії супроводжується зростанням витрат на охорону здоров'я для великого числа ув'язнених з серйозними проблемами здоров'я.

Темпи психічних захворювань у в'язницях США і Великобританії особливо високі. Більше 70% ув'язнених у в'язницях Англії та Уельсу мають два або більше психічних розладів. У Сполучених Штатах 56% у державних і 45% ув'язнених у федеральних в'язницях мають або в даний час або в недавньому минулому проблеми психічного здоров'я.

У Сполученому Королівстві прийнята модель еквівалентності тюремної охорони здоров'я медичному обслуговуванню, яке існує за межами в'язниці. Проте, на сьогодні, принцип еквівалентності не вирішує проблему надмірної

захворюваності у в'язниці, враховуючи складність тюремних структур і правил, серйозні проблеми в забезпеченні адекватної та своєчасної медичної допомоги.

В цілому потреби ув'язнених у наданні необхідної медичної допомоги, не задовольняються по всьому світу. Це відбувається значною мірою тому, що ув'язнені мають вищу захворюваність (ВІЛ, туберкульоз, психічні розлади та деякі інші захворювання), ніж вільні громадяни, яка вимагає значних фінансових витрат. Це, а також погані тюремні умови, такі, як перенаселеність і відсутність належної санітарії та гігієни, викликають занепокоєння з приводу здатності держави надавати медичні послуги, що задовольняють потреби ув'язнених у наданні належної медичної допомоги [21,22].

На думку [23] у в'язницях Великобританії «непослідовна і часто нестандартна охорона здоров'я» об'єднана з переповненням місць відбування покарання і частим переміщенням ув'язнених всередині цих місць, сприяє поширенню хвороб як всередині, так і поза тюремної системи. Іншими словами, політика Великобританії дозволила тюрмам ставати інкубаторами для інфекції і поширення хвороб з великим ризиком для здоров'я широкої публіки штату та окремих ув'язнених.

Нещодавно, British Medical Association (BMA) привернула увагу до проблем в британських в'язницях. BMA стверджувала, що ці проблеми викликані "незв'язною державною політикою і невідповідним фінансуванням" приводять до кризи, яка загрожує розтрощити тюремну систему охорони здоров'я.

Асоціація закликала "... до розслідування здоров'я ув'язнених і впровадженню добре фінансованих, послідовних заходів для боротьби з найсерйознішими інфекційними захворюваннями. Розлад психічного здоров'я, наркотична залежність та явища алкоголізму залишаються провідними проблемами у в'язницях Великобританії, у той час як загроза, з боку хвороб, що передаються статевим шляхом, продовжує бути катастрофічною внаслідок нестачі лабораторних досліджень. Потрібно прийняття термінових заходів, щоб надати тюремним лікарям відповідну допомогу для поліпшення стану тюремного здоров'я".

Бюджет Національної служби охорони здоров'я призведе неминуче до зменшення обсягу та погіршення якості медичного обслуговування в британських в'язницях.

У Великобританії найвищий рівень вживання наркотиків в Західній Європі, що сприяє збільшенню, у тому числі і у тюремного населення, кількості захворювань, що поширюються через кров, і хвороб, що передаються статевим шляхом, але там не видно особливого занепокоєння з цього приводу. На сьогоднішній день у зв'язку із значною кількістю хворих гепатитом С у Великобританії найвищий попит на пересадки печінки. Є також брак відповідної інформації про це. Існує велике суспільне невігластво про природу цих хвороб і шляхів за якими вони можуть бути передані іншим [24].

У Швейцарії різко зростає кількість хворих ув'язнених, що тягне за собою гостру нестачу місць у медичних установах пенітенціарної системи. У лікарів

катастрофічно не вистачає коштів, щоб забезпечувати необхідний медичний догляд. Поточне фінансування абсолютно не відповідає реальним потребам.

У романській Швейцарії (маються на увазі ті кантони, де переважно говорять по-французьки), ситуація ще більш напружена. Медичне забезпечення тут зовсім недостатнє. У тюрмах не вистачає психіатрів та інших фахівців [25].

У всьому світі досить поширеною проблемою є переповнення пенітенціарних установ. В умовах недотримання мінімальної норми житлової площі, яка встановлена Федеральним законом Росії «Про ратифікацію Конвенції про захист прав людини та основних свобод і протоколів до неї» (4 м² на кожного ув'язненого під варту), підвищеної вологості в приміщеннях, створюються умови для швидкого поширення повітряно-крапельних інфекційних захворювань.

Особливо гостро проблема переповненості стоїть у місцях попереднього ув'язнення (слідчих ізоляторах та ізоляторах тимчасового утримання), протитуберкульозних колоніях і лікарнях. 25 тис. хворих на туберкульоз утримуються разом зі здоровими ув'язненими. Багато слідчих ізоляторів (СІЗО) переповнено у 3-4 рази. Арештанти перебувають у стані постійного гіперстресу. Вилікувати людину в цих умовах практично неможливо.

Всі протитуберкульозні виправні установи переповнені на 25-30%. Сформоване в установах УВП становище з розміщенням та лікуванням хворих оцінюється як вкрай тяжке і має тенденцію до погіршення. У виправних установах не вистачає 16-18 тис. місць для хворих на туберкульоз [26].

Постійне недофінансування тюремної медицини в країнах Європи також позначається на наданні медичної допомоги як хворим на туберкульоз, так і іншими захворюваннями [27].

У США серед мешканців пенітенціарних установ з постійними медичними проблемами 13,9% у федеральних в'язницях, 20,1% - державних і 68,4% - місцевих не отримали медичного обстеження з моменту позбавлення волі. Більше ніж кожен 5-ий мешканець отримували лікування до поступлення в місце позбавлення волі. У пенітенціарних установах 7232 федеральних (26,3%), 80971 державних (28,9%), і 58 991 місцевих в'язнів (41,8%) були змушені припинити своє лікування. Кожен 7-ий мешканець в'язниць до позбавлення волі мав припис на лікування у зв'язку зі значними проблемами зі здоров'ям. З них 3314 федеральних (20,9%), 43679 держави (24,3%) і 28473 місцевих мешканця в'язниці (36,5%) не отримали лікування в місцях відбування покарання. 3,9% федеральних, 6,4% державних і 60,1% місцевих ув'язнених, що мали серйозні проблеми зі здоров'ям не могли зробити аналіз крові. І, нарешті, 650 мешканців федеральних (7,7%), 12997 мешканців державних (12,0%) і 3183 мешканця місцевих в'язниць (24,7%) не були навіть оглянуті медперсоналом [28].

Висновки

1. Встановлено, в цілому потреби ув'язнених у наданні необхідної медичної допомоги, не задовольняються по всьому світу. Це відбувається значною мірою тому, що ув'язнені мають вищу захворюваність (ВІЛ,

туберкульоз, психічні розлади та деякі інші захворювання), ніж вільні громадяни, яка вимагає значних фінансових витрат. Це, а також погані тюремні умови, такі, як перенаселеність і відсутність належної санітарії та гігієни, погано навчені співробітники виправних установ і низька якість медичної допомоги всього лише кілька проблем кримінально-виконавчої системи, які необхідно вирішувати.

2. Виявлено, в установах кримінально-виконавчої системи СНГ, у зв'язку з недостатнім фінансуванням даної галузі, в медичних установах не вистачає самих елементарних ліків, не кажучи вже про дорогі для лікування ряду інфекційних та інших захворювань. Відмічається недостатня оснащеність діагностичною апаратурою, флюорографічною технікою. В системі кримінально-виконавчої служби недостатньо таких фахівців, як лікарі-інфекціоністи, дерматологи, венерологи, кардіологи, фтизіатри. Недостатня інтеграція з громадською охороною здоров'я. Відомче підпорядкування не може в необхідній мірі забезпечити незалежний статус лікаря при наданні допомоги засудженим. Існує проблема доступності до отримання засудженими додаткової або альтернативної допомоги в загальногромадянських закладах охорони здоров'я на платній основі. Є проблеми планування мережі стаціонарних установ.

Література

1. Минимальные стандартные правила обращения с заключенными. (Приняты на первом Конгрессе Организации Объединенных Наций по предупреждению преступности и обращению с правонарушителями, состоявшемся в Женеве в 1955 году, и одобрены Экономическим и Социальным Советом в его резолюциях 663 С (XXIV) от 31 июля 1957 года и 2076 (LXII) от 13 мая 1977 года) [Електронний ресурс]. - Режим доступу: [http://www.un.org/ru/documents/ decl_conv/conventions/prison.shtml](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/prison.shtml). - Назва з екрану.

2. Декларация об охране здоровья в тюрьмах в рамках системы общественного здравоохранения [Електронний ресурс]. – 2003. – Режим доступу: <http://www.euro.who.int/>. - Назва з екрану.

3. О порядке организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключенным под стражу: Приказ Минздравсоцразвития России и Минюста России от 17.10.05 г. № 640/190 [Електронний ресурс]. – 42 с. – Режим доступу: http://www.consultant.ru/document/cons_doc. - Назва з екрану.

4. Воронин Р.М. Организационно-правовые аспекты охраны здоровья осужденных, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы / Р.М. Воронин // Уголовно-исполнительное право. - 2012. - № 2. – С. 113-115.

5. Датий А.В. К вопросу совершенствования действующего законодательства в области пенитенциарной медицины / А.В. Датий, А.А. Павленко // Человек: преступление и наказание. - 2011. - № 1. – С. 58-61.

6. Всеобщая декларация прав. Принята резолюцией 217 А (III) Генеральной Ассамблеи ООН от 10 декабря 1948 года [Електронний ресурс]. -

Режим доступу: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/declhr.shtml. - Назва з екрану.

7. Конвенция против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания. Принята резолюцией 39/46 Генеральной Ассамблеи ООН от 10 декабря 1984 года [Электронный ресурс]. - Режим доступу: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/torture.shtml. - Назва з екрану.

8. Европейские пенитенциарные правила. (Рекомендация Rec. 2 Комитета министров Совета Европы, январь 2006 г.) [Электронный ресурс]. – 2006. - Режим доступу: http://www.prison.org/law/eur_pr.shtml. - Назва з екрану.

9. Парфенова Ксения. Организационно-правовые проблемы медико-санитарного обеспечения осужденных к лишению свободы / Ксения Парфенова [Электронный ресурс]. Санкт – Петербург, 2012. – 39 с. - Режим доступу: zakon.ru/Tools/DownloadFileRecord/364. - Назва з екрану.

10. Доклад Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации за 2010 год [Электронный ресурс] URL: - Режим доступу: <http://www.ombudsmanrf.ru/2009-11-05-14-00-18/2009-11-05-14-09-33/6306--2010-.html#18>. - Назва з екрану.

11. Концепция развития уголовно-исполнительной системы Российской Федерации до 2020 года / Распоряжение Правительства Российской Федерации от 14 октября 2010 г. № 1772-р [Электронный ресурс]. - Режим доступу: http://fsin.su/document/index.php?ELEMENT_ID=6663. - Назва з екрану.

12. Бочаров-Туз Владимир. Переподчинение медицинской службы пенитенциарной системы Министерству охраны здоровья Украины – актуальная необходимость / Владимир Бочаров-Туз // Аналитическая записка участника Парламентских слушаний «Состояние соблюдения прав человека в Украине» 12 июня 2013 года [Электронный ресурс]. - Режим доступу: <http://bocharovtuz.livejournal.com/16132.html>. - Назва з екрану.

13. О Стратегическом плане Министерства юстиции Республики Казахстан на 2011 - 2015 годы / Постановление Правительства Республики Казахстан от 8 февраля 2011 года № 95 [Электронный ресурс] . - Режим доступу: <http://www.adilet.gov.kz/ru/node/21590>. - Назва з екрану.

14. Канатов А. - Анализ ресоциализации освобождающихся заключенных и защита их прав совместными усилиями гражданского общества и государства / А. Канатов, А. Жанабиллова А. - 2012 год. - 40 с.

15. Анализ состояния тюремного здравоохранения в Кыргызской Республике, ВОЗ, Европейское региональное бюро[Электронный ресурс] . - 2010. - 37 с. - Режим доступу: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/126474/e94437R.pdf). - Назва з екрану.

16. Кралько А.А. Медико-санитарное обеспечение осужденных: состояние и проблемы [Электронный ресурс]. - 2013. - 22 с. - Режим доступу: <http://vbibl.ru/medicina/15880/index.html>. - Назва з екрану.

17. Современная ситуация в местах лишения свободы Республики Беларусь [Электронный ресурс]. - 2011. - Режим доступу: <http://platformarb>.

com/zakonodatelstvo/mezhdunarodnoe-zakonodatelstvo-o-pravax-lyudej-lishyonnyh-svobody/sovremen_naya-situaciya-v-mestax-lisheniya-svobody-respubliki-belarus-chast-2/- Назва з экрану.

18. Кралько А. А. Состояние и проблемы организации стационарной медицинской помощи в исправительных учреждениях Республики Беларусь/А. А. Кралько // Медицина. - Минск: Медицина, 2004. - № 4. - С.15-17.

19. Тюрьма превращается в отель: зеки платят за свет [Электронный ресурс]. - 2009. - Режим доступа: <http://rus.liepajnickiem.lv/novosti/v-latvii/tjurma-prevrashaetsja-v-otel-zeki-platjat-za-svet-22788>. - Назва з экрану.

20. Prison healthcare breaches European standards . [Электронный ресурс] - 1999. - Режим доступа: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/306977.stm>. - Назва з экрану.

21. Berman G. Prison Population Statistics / G. Berman // Commons Library Standard Note. London, House of Commons Library. - 2011. - www.parliament.uk/briefing-papers/SN04334. - Назва з экрану.

22. Exworthy T. Beyond equivalence: prisoners' right to health / T. Exworthy, S. Wilson, A. Forrester // Psychiatrist. - 2011. - № 35. - P. 201-202.

23. Research and Advocacy for Reform: Incarceration . Washington, DC, Sentencing Project[Электронный ресурс]. - 2011. - Режим доступа: www.sentencingproject.org/template/page.cfm?id=107. - Назва з экрану.

24. Ian Olive. The Public Health Dangers of Drug Abuse in Prisons / Olive Ian // The Journal of Global Drug Policy and Practice. - 2010. - Режим доступа: <http://www.globaldrugpolicy.org/Issues/Vol%201%20Issue%203/The%20Public%20Health%20Dangers.pdf>. - Назва з экрану.

25. Доминик Ботти. Швейцария: две трети заключенных нуждаются в помощи психиатра / Ботти Доминик // Ведомости уголовно-исполнительной системы. - 2011. - № 11. - С. 33-34.

26. Галимзянов Х.М. Профилактика и меры борьбы с туберкулезом в пенитенциарных учреждениях / Х.М. Галимзянов, Ю.В. Ишков // Астраханский медицинский журнал. - 2011. - Т.6, № 2. - С. 143-148.

27. Roberts C.A. Tuberculosis prevention and control in large jails: a challenge to tuberculosis elimination / C.A. Roberts, M.N. Lobato, L.B. Bazerman, R. Kling [et al] // Am. J. Prev. Med. - 2006. - Vol. 30, No. 2. - P. 125-130.

28. Wilper A.P. The Health and Health Care of US Prisoners: Results of a Nationwide Survey / A.P. Wilper, S.J. Woolhandler, W. Boyd, K.E. Lasser [et al] // American Journal of Public Health. - 2009. - Vol 99, No. 4. - P. 176-189.

ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПЕНИТЕНЦИАРНОМУ НАСЕЛЕНИЮ

Торбин В.Ф., Поляков С.О.

Резюме. Установлено, в целом потребности заключенных в предоставлении необходимой медицинской помощи, не удовлетворяются по всему миру. Это происходит главным образом потому, что заключенные имеют высокую заболеваемость (ВИЧ, туберкулез, психические расстройства и некоторые другие заболевания), чем свободные граждане, которая требует значительных финансовых затрат. Это, а также плохие тюремные условия, такие, как перенаселенность и отсутствие надлежащей санитарии и

гигиены, плохо обученные сотрудники исправительных учреждений и низкое качество медицинской помощи всего лишь несколько проблем уголовно - исполнительной системы, которые необходимо решать.

Обнаружено, в учреждениях уголовно - исполнительной системы Содружества Независимых Государств, в связи с недостаточным финансированием данной области, в медицинских учреждениях не хватает самых элементарных лекарств, не говоря уже о дорогих для лечения ряда инфекционных и других заболеваний. Отмечается недостаточная оснащенность диагностической аппаратурой, флюорографической техникой. В системе уголовно - исполнительной службы недостаточно таких специалистов, как врачи - инфекционисты, дерматологи, венерологи, кардиологи, фтизиатры. Недостаточная интеграция с общественным здравоохранением. Ведомственное подчинение не может в необходимой мере обеспечить независимый статус врача при оказании помощи осужденным. Существует проблема доступности получения осужденными дополнительной или альтернативной помощи в общегражданских учреждениях здравоохранения на платной основе. Есть проблемы планирования сети стационарных учреждений.

Ключевые слова: пенитенциарное население, медицинская помощь, заболеваемость, смертность, факторы риска, оснащенность медицинских учреждений.

ORGANIZATION OF HEALTH CARE ISSUES PENAL POPULATION

V.Torbin, E.Polyakov

Summary. *It is established in the general needs of prisoners in the provision of necessary medical assistance that is not being met around the world. This is mainly because the inmates have a high incidence (HIV, tuberculosis, mental disorders and other diseases) than free citizens, which requires substantial financial costs. That, and poor prison conditions, such as overcrowding and lack of proper sanitation and hygiene, poorly trained prison staff and poor quality of care are just a few problems of criminal - executive system that need to be addressed.*

It is found in the institutions of the criminal - executive system of the Commonwealth of Independent States, due to lack of funding this area, medical facilities lack the most basic medicines, not to mention expensive to treat a variety of infectious and other diseases. There is insufficient equipment diagnostic equipment, fluorography technique. The system of criminal - executive service is not enough professionals such as doctors - infectious disease specialists, dermatologists, venereologists, cardiologists, TB doctors. Lack of integration with public health. Subordination can not to the extent necessary to ensure the independent status of the physician in providing assistance to convicts. There is a problem of accessibility of prisoners of complementary or alternative care in general civil health care on a fee basis. There are problems of network planning inpatient facilities.

Keywords: *penal population, medical care, morbidity, mortality, risk factors, health care equipment.*