

**А. К. Канатов<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Академия правосудия при Верховном суде РК  
Казахстан, г. Нур-Султан  
e-mail: kahatov\_76@mail.ru

## **АДАПТАЦИЯ ЛУЧШИХ ПРАКТИК МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ**

В настоящей статье показан зарубежный опыт адаптации признанных международных стандартов в работу медицинской службы Комитета уголовно-исполнительной системы Министерства внутренних дел Республики Казахстан.

Цель данного исследования – определение лучших практик медицинского обслуживания в учреждениях уголовно-исполнительной системы.

Исследование в данной области приводит к постановке вопроса о действенности принципов эквивалентности, интеграции, адекватности, клинической независимости, уважения прав пациента. Постулирована обязательность профилактической работы и лечебных мероприятий, осуществляемых медицинскими работниками. Требуется реформирование (цифровизация) подсистемы управления медицинскими службами в учреждениях системы Министерства внутренних дел с переводом их в систему Министерства здравоохранения.

Детальный анализ (мониторинг) национальной и зарубежной практики позволил показать отдельные преимущества и проблемы: пробелы, коллизии, устаревшие нормы «суверенного» права с целью минимизации неадекватных правовых последствий при их применении.

Предложено проработать вопрос об интеграции правовой модели управления тюремной службы здравоохранения в структуру Министерства здравоохранения.

Практическое значение данного исследования в том, что предложенные варианты оптимизируют отдельные бизнес-процессы национальной пенитенциарной медицинской службы и существенно приблизит Казахстан к лучшим практикам стран Европейского союза.

**Ключевые слова:** медицинские услуги, оказание медицинской помощи, общественное здравоохранение, тюремные службы здравоохранения, международная практика, места лишения свободы.

**А. Қ. Қанатов<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>ҚР Жоғарғы соты жанындағы сот төрелігі академиясы  
Қазақстан, Нұрсұлтан қаласы  
e-mail: [kahatov\\_76@mail.ru](mailto:kahatov_76@mail.ru)

## **Қылмыстық атқару жүйесі мекемелердегі озық медициналық қызмет көрсету тәжірибелерін бейімдеу**

Бұл мақалада танылған халықаралық стандарттарды Қазақстан Республикасы Ішкі істер министрлігі Қылмыстық-атқару жүйесі комитеті медициналық қызметінің жұмысына бейімдеудің шетелдік тәжірибесі көрсетілген.

Бұл зерттеудің мақсаты қылмыстық-атқару жүйесі мекемелерінде медициналық көмек көрсетудің ең жақсы тәжірибесін анықтау болып табылады.

Осы саладағы зерттеу эквиваленттілік, интеграция, жеткіліктілік, клиникалық тәуелсіздік, пациенттің құқықтарын құрметтеу принциптерінің тиімділігі туралы мәселені қалыптастыруға әкеледі. Медицина қызметкерлері жүзеге асыратын алдын алу жұмыстары мен емдеу іс-шараларының міндеттілігі негіз ретінде берілді. Ішкі істер министрлігі жүйесінің мекемелерінде медициналық қызметтерді басқарудың кіші жүйесін оларды Денсаулық сақтау министрлігінің жүйесіне ауыстыра отырып, қайта форматтау (цифрландыру) талап етіледі.

Ұлттық және шетелдік тәжірибені егжей-тегжейлі талдау (мониторинг) жеке артықшылықтары мен проблемаларын көрсетуге мүмкіндік берді: олқылықтарды, коллизияларды, «егемндік» заңның ескірген нормаларын заңдық салдарды азайту мақсатында оларды қолдану кезінде жеткіліксіз екенін көрсетті.

Түрмелердегі денсаулық сақтау қызметін басқарудың құқықтық моделін Денсаулық сақтау министрлігінің құрылымына енгізу мәселесін зерттеу ұсынылды.

Бұл зерттеудің практикалық маңыздылығы - ұсынылған нұсқалар ұлттық пенитенциарлық медициналық қызметтің жеке бизнес-процестерін оңтайландырады және Қазақстанды Еуропалық Одақ елдерінің озық тәжірибелерімен едәуір жақындастырады.

**Түйін сөздер:** медициналық қызметтер, медициналық көмек көрсету, қоғамдық денсаулық сақтау, халықаралық тәжірибе, бас бостандығынан айыру орындары, түрмелердің денсаулық сақтау қызметтері, халықаралық тәжірибе, бас бостандығынан айыру орындары.

**A. K. Kanatov**<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Academy of Justice under the Supreme Court of the Republic of Kazakhstan  
Kazakhstan, Nursultan  
e-mail: kahatov\_76@mail.ru

### **Adaptation of the best practices of medical care in institutions of the penitentiary system**

This article shows the foreign experience of adapting recognized international standards to the work of the medical service of the Committee of the Penitentiary System of the Ministry of Internal Affairs of the Republic of Kazakhstan.

The purpose of this study is to determine the best practices for medical care in the institutions of the penal system.

Research in this area leads to the question of the effectiveness of the principles of equivalence, integration, adequacy, clinical independence, respect for the rights of the patient. It is postulated that preventive work and therapeutic measures carried out by medical workers are mandatory. Reformatting (digitalization) of the medical services management subsystem in the institutions of the Ministry of Internal Affairs with their transfer to the system of the Ministry of Health is required.

A detailed analysis (monitoring) of national and foreign practice made it possible to show individual advantages and problems: gaps, conflicts, outdated norms of "sovereign" law in order to minimize inadequate legal consequences when applied.

It was proposed to study the issue of integrating the legal model of management of the prison health service into the structure of the Ministry of Health.

The practical significance of this study is that the proposed options optimize individual business processes of the national penitentiary medical service and significantly bring Kazakhstan closer to the best practices of the countries of the European Union.

**Keywords:** medical services, medical care, public health, international practice, places of deprivation of liberty, prison health services, the international practice of places of deprivation of liberty.

#### **Введение.**

Уголовно-исполнительное законодательство Республики Казахстан основывается на Конституции Республики Казахстан и общепризнанных принципах и нормах международного права и состоит из настоящего Кодекса, законов и иных нормативных правовых актов, устанавливающих порядок и условия исполнения и отбывания наказаний и иных мер уголовно-правового воздействия. Международные договоры, ратифицированные Республикой Казахстан, имеют приоритет перед настоящим Кодексом и применяются непосредственно, кроме случаев, когда из международного договора следует, что для его применения требуется издание закона.

#### **Основная часть.**

И так, какие же общепризнанные принципы и нормы международного права могут дать новое наполнение подсистемы управления медицинской службы, обеспечивающей оказание медицинской помощи заключённым и лицам, содержащимся в учреждениях системы МВД?

1) Принципы медицинской этики, относящиеся к роли работников здравоохранения, в особенности врачей, в защите заключенных или задержанных лиц от пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания, принятые резолюцией 37/194 Генеральной Ассамблеи ООН от 18 декабря 1982 года.

Их всего 6:

Принцип 1. Работники здравоохранения, в особенности врачи,

обеспечивающие медицинское обслуживание заключенных или задержанных лиц, обязаны охранять их физическое и психическое здоровье и обеспечивать лечение заболеваний такого же качества и уровня, какое обеспечивается лицам, не являющимся заключенными или задержанными.

Принцип 2. Работники здравоохранения, в особенности врачи, совершают грубое нарушение медицинской этики, а также преступление, в соответствии с действующими международными документами, если они занимают активно или пассивно действиями, которые представляют собой участие или соучастие в пытках или других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видах обращения и наказания, или подстрекательство к их совершению, или попытки совершить их.

Принцип 3. Работники здравоохранения, в особенности врачи, совершают нарушение медицинской этики, если они вовлечены в любые другие профессиональные отношения с заключенными или задержанными лицами, целью которых не является исключительно обследование, охрана или улучшение их физического или психического здоровья.

Принцип 4. Работники здравоохранения, в особенности врачи, совершают нарушение медицинской этики, если они:

а) применяют свои знания и опыт для содействия проведению допроса заключенных и задержанных лиц таким образом, что это может отрицательно повлиять на физическое или психическое здоровье или состояние таких заключенных или задержанных лиц и не согласуется с соответствующими международными документами;

б) удостоверяют или участвуют в удостоверении того, что состояние здоровья заключенных или задержанных лиц позволяет подвергать их любой форме обращения или наказания, которое может оказать отрицательное воздействие

на их физическое или психическое здоровье и которое не согласуется с соответствующими международными документами, или в любой другой форме участвуют в применении любого такого обращения или наказания, которые не согласуются с соответствующими международными документами.

Принцип 5. Участие работников здравоохранения, в особенности врачей, в любой процедуре смиренного характера в отношении заключенного или задержанного лица является нарушением медицинской этики, если только оно не продиктовано сугубо медицинскими критериями как необходимое для охраны физического или психического здоровья или безопасности самого заключенного или задержанного лица, других заключенных или задержанных лиц или персонала охраны и не создает угрозы его физическому или психическому здоровью.

Принцип 6. Не может быть никаких отклонений от вышеизложенных принципов ни на каких основаниях, включая чрезвычайное положение.

2) Принципы эффективного расследования и документирования пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания, принятые резолюцией Экономического и Социального Совета ООН 55/89 от 4 декабря 2000 года.

В ЧАСТНОСТИ, для эффективного расследования и документирования пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания необходимо для медицинских работников соблюдение следующих требований: «2. Лица, проводящие расследование, которые должны быть независимыми от предполагаемых виновных и учреждений, в которых они работают, должны быть компетентными и беспристрастными. Они имеют доступ к беспристрастным медицинским и другим экспертам или право привлекать их для проведения расследований.

6. а) Медицинские эксперты, участвующие в расследовании пыток или жестокого обращения, во всех случаях действуют в соответствии с самыми высокими этическими нормами и, в частности, получают данное на основе представленной информации согласие до проведения любой экспертизы. Экспертиза должна соответствовать установленным стандартам медицинской практики. В частности, экспертиза проводится при закрытых дверях под контролем медицинского эксперта и без агентов служб безопасности и других государственных официальных лиц».

3) 65/229. Правила Организации Объединенных Наций, касающиеся обращения с женщинами-заключенными и мер наказания для женщин-правонарушителей, не связанных с лишением свободы (Бангкокские правила). Резолюция, принятая Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций от 16 марта 2011 года № A/RES/65/229.

4) Минимальные стандартные правила Организации Объединенных Наций, касающиеся отправления правосудия в отношении несовершеннолетних (Пекинские правила), приняты резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН 40/33 от 10 декабря 1985 года.

5) Стандартные минимальные правила Организации Объединенных Наций в отношении мер, не связанных с тюремным заключением (Токийские правила). Резолюция Генеральной Ассамблеи ООН 45/110 от 14 декабря 1990 года.

6) Минимальные стандартные правила обращения с заключенными. Приняты на первом Конгрессе ООН по предупреждению преступности и обращению с правонарушителями 30 августа 1955 г., одобрены Экономическим и Социальным Советом на 994-ом пленарном заседании 31 июля 1957 года.

7) Постановление Верховного Совета Республики Казахстан от 8 июня 1994

года «О ратификации Конвенции о правах ребенка».

#### ВЫПИСКА ИЗ КОНВЕНЦИИ.

##### Статья 23

3. В признание особых нужд неполноценного ребенка помощь в соответствии с пунктом 2 настоящей статьи предоставляется, по возможности, бесплатно с учетом финансовых ресурсов родителей или других лиц, обеспечивающих заботу о ребенке, и имеет целью обеспечение неполноценному ребенку эффективного доступа к услугам в области образования, профессиональной подготовки, медицинского обслуживания, восстановления здоровья, подготовки к трудовой деятельности и доступа к средствам отдыха таким образом, который приводит к наиболее полному, по возможности, вовлечению ребенка в социальную жизнь и достижению развития его личности, включая культурное и духовное развитие ребенка.

4. Государства-участники способствуют в духе международного сотрудничества обмену соответствующей информацией в области профилактического здравоохранения и медицинского, психологического и функционального лечения неполноценных детей, включая распространение информации о методах реабилитации, общеобразовательной и профессиональной подготовки, а также доступ к этой информации, с тем чтобы позволить государствам-участникам улучшить свои возможности и знания и расширить свой опыт в этой области. В этой связи особое внимание должно уделяться потребностям развивающихся стран.

##### Статья 24

1. Государства-участники признают право ребенка на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения и средствами лечения болезней и восстановления здоровья.

Государства-участники стремятся обеспечить, чтобы ни один ребенок не был лишен своего права на

доступ к подобным услугам системы здравоохранения.

8) Указ Президента Республики Казахстан от 11 декабря 2008 года N 711 «О подписании Конвенции о правах инвалидов и Факультативного протокола к Конвенции о правах инвалидов».

9) Московская декларация об охране здоровья в тюрьмах, в рамках системы общественного здравоохранения, принята 24 октября 2003 года.

#### ВЫПИСКА ИЗ ДЕКЛАРАЦИИ.

Правительствам государств-членов рекомендуется установить тесные рабочие взаимоотношения между министерством здравоохранения и министерством, отвечающим за уголовно-исполнительную систему, с целью обеспечения высоких стандартов лечения заключенных, защиты персонала, совместного обучения специалистов современным методам борьбы с болезнями, высокого уровня профессиональной квалификации медицинского персонала пенитенциарной системы и преемственности лечения в тюрьмах и вне их, а также унификации статистических данных.

Правительствам государств-членов рекомендуется обеспечить бесплатное предоставление всей необходимой медико-санитарной помощи лицам, лишенным свободы.

Рекомендуется осуществление совместной деятельности системами общественного и тюремного здравоохранения, с тем чтобы руководящим принципом политики, направленной на профилактику передачи ВИЧ/СПИДа и гепатита в местах лишения свободы, стал принцип снижения вреда.

Рекомендуется, чтобы системы общественного и тюремного здравоохранения объединили усилия для выявления случаев туберкулеза на ранних стадиях, оперативного и адекватного их лечения, а также предупреждения передачи этой болезни в местах лишения свободы.

Рекомендуется консолидировать усилия государственных органов, системы общественного здравоохранения и служб

охраны здоровья в тюрьмах, международных организаций и средств массовой информации для разработки и внедрения комплексного подхода в целях противодействия проблеме сочетанного инфицирования ВИЧ и туберкулезом.

Рекомендуется активизировать работу и консолидировать усилия государственных органов, служб охраны здоровья в тюрьмах, общественного здравоохранения и международных организаций для улучшения психологической и психиатрической помощи лицам, находящимся в местах лишения свободы.

Правительствам государств-членов рекомендуется активизировать работу по улучшению условий содержания заключенных в тюрьмах с целью удовлетворения их минимальных медико-санитарных потребностей в свете, воздухе, жизненном пространстве, воде и питании.

Европейское региональное бюро ВОЗ рекомендует всем своим специализированным отделам и страновым бюро, учитывать потребности в медико-санитарной помощи и проблемы, существующие в пенитенциарной системе, и разрабатывать и координировать мероприятия, направленные на улучшение состояния здоровья заключенных.

10) Европейские пенитенциарные правила (Рекомендация R (98)7), принятые Комитетом Министров Совета Европы в 2006 году.

Потребность кооперации пенитенциарной и гражданской систем здравоохранения выражена здесь в § 40.1: «Медицинские службы в пенитенциарных учреждениях организуются в тесном сотрудничестве с общегражданскими органами здравоохранения общины или страны».

Европейские пенитенциарные правила являются европейской версией Минимальных стандартных правил ООН.

В пенитенциарных правилах указано, что медицинское обслуживание в местах заключения должно быть частью общенациональной политики в области

здравоохранения. Лица, задержанные до суда и отбывающие срок наказания, должны иметь доступ ко всем медицинским услугам, доступным в стране, если того требует их состояние здоровья. Правовой статус заключённого не может быть основанием для его дискриминации в части медицинского обслуживания.

11) В последние годы, в Казахстане, существенным подспорьем правовым нормам выступают этические нормы. С учётом сложившейся международной и национальной практикой в работе тюремной службы здравоохранения нельзя не отметить этические стандарты проводимой реформы.

Во-первых, это Афинская клятва врачей.

Мы, профессиональные работники здравоохранения, работающие в тюрьмах, собравшиеся 10 сентября 1979 г. в Афинах, даем торжественное обещание, в соответствии с клятвой Гиппократата, что приложим все усилия для обеспечения возможно лучшего медицинского обслуживания для всех лиц, заключенных в тюрьмах по каким бы то ни было причинам, без предрассудков и в рамках нашей профессиональной этики.

Мы признаем право заключенных получать качественную профессиональную медицинскую помощь.

Мы обязуемся:

Воздерживаться от санкционирования или одобрения физического наказания.

Воздерживаться от участия в каких бы то ни было формах пыток.

Не проводить никаких экспериментов с заключенными без их согласия.

Уважать конфиденциальность любой информации, полученной в ходе наших профессиональных отношений с заключенными пациентами.

Что наши медицинские заключения должны основываться на нуждах наших пациентов, и иметь приоритет над другими не медицинскими факторами.

Во-вторых, принципы медицинской этики США 37/194.

В-третьих, основные принципы пенитенциарного медицинского обслуживания, рекомендованные Европейским Комитетом по предупреждению пыток и бесчеловечного или унижающего достоинства обращения или наказания.

Интеграция пенитенциарного медицинского обслуживания с государственной службой здравоохранения на сегодня рассматривается как важный шаг на пути реализации данного этического принципа.

Касательно тюремной службы здравоохранения, в настоящее время, в мире существуют различные системы управления.

В европейских странах пока еще традиционна организация пенитенциарной медицинской помощи в структуре Министерства юстиции (МЮ) или Министерства внутренних дел - (МВД). Данная форма управления реализуется в Австрии, Болгарии, Чехии, Дании, Латвия, Финляндии, Германии, Греции, Ирландии, Нидерландах, Польше, Испании и Швеции.

К странам со смешанной системой управления, при которой ответственность разделяется с Министерством здравоохранения (МЗ), относятся Бельгия, Венгрия, Италия, Люксембург, Словения и Португалии.

Полное закрепление тюремной медицинской помощи за МЗ имеет место во Франции, Исландии, Норвегии, Кипре, Англии и Уэльсе.

Пенитенциарная медицинская служба в Казахстане в настоящее время находится в введении МВД в структуре Комитета уголовно-исполнительной системы [1].

Осознавая роль медицинского обслуживания в системе отношений «объект – предмет - субъект», то есть «права пациента (заключённого) – медицинская служба УИС – медицинский работник» и тот долгий путь в сторону гражданского здравоохранения (с 1998 года по настоящее время) остановимся на проблемах, накопившихся за это время в работе медицинских служб КУИС МВД Республики Казахстан.

А) Сотрудники медицинской службы полностью зависят от руководства пенитенциарного учреждения, от их «отношения» к проблемам медицинского характера: от соблюдения этических стандартов до выделения средств на проведение ремонта помещений медико-санитарной части, закупа необходимого инвентаря, оборудования, расходных материалов;

Б) Финансирование (обеспечение) медико-санитарной части, лекарственное обеспечение производится по «остаточному» принципу, в том числе, из-за этого в медицинских частях можно видеть устаревшую мебель, кустарные полки;

В) Практически все медицинские части (медико-санитарные части) расположены в нетиповых, приспособленных зданиях, требующих капитального ремонта;

Г) Имеется недоверие со стороны сектора гражданского здравоохранения к врачам, работающим в тюрьмах;

Д) Врачи (аттестованные) в большинстве своём не имеют квалификационную категорию (высшая, I, II), а только сертификат специалиста для допуска к практической деятельности;

Е) Врачам (аттестованным) отсутствуют доплаты за работу с вредными условиями (ВИЧ, туберкулёз, лучевое излучение), доплат за работу в ночное время,

Ж) Не соблюдается принцип эквивалентности к медицинским работникам в отношении оплаты за арендное жильё, доплат за коммунальные расходы, которые применяются в отношении оперативно-режимных работников. Помимо этого, аттестованные медики (врачи, фельдшера), также как и другие аттестованные сотрудники учреждений, обязаны посещать занятия по боевой и строевой подготовке, практические стрельбы, сдавать нормативы по спорту, аттестации в плане служебной подготовки;

З) Не реализован в прикладном смысле принцип эквивалентности в

обеспечении прав пациента в местах лишения свободы.

Учитывая вышеизложенное, заявленное мини исследование преследует цель переосмысление, вкрапление и адаптация лучших практик медицинского обслуживания в учреждениях уголовно-исполнительной системы, изолированных участках следственных изоляторов.

В ходе исследования был использован опыт трёх стран Европейского региона, отражающий систему управления пенитенциарной медицинской службы: Латвии, Бельгии, Англии. При чём, с тюремными медицинскими службами Латвии и Бельгии удалось пообщаться ON LINE. В частности, нас консультировала начальник тюремной медицинской службы Федеральной службы юстиции Латвии Irena Rimša (13.11.20г., 20.11.20г.), а по тюремному здравоохранению Бельгии дал консультацию Свэн Тодс (20.11.20г.), один из руководителей медицинской службы, эксперт Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

В Латвии, Бельгии, Англии реализованы различные модели управления. Для каждой страны основные характеристики управления и лежащие в основе организационные аспекты представлены с использованием одной и той же структуры [2]. В конце подчеркивается сходство между странами и используется в качестве основы для выработки рекомендаций, которые помогут Республике Казахстан, и реализуют правовую возможность передачи ответственности за охрану здоровья в тюрьмах от министерства внутренних дел министерству здравоохранения или департаментам, связанным со здравоохранением.

1. В Латвии медицинская служба «тюремного заключения» находится в ведении Министерства юстиции (МЮ). Вместе с тем, осуществлена интеграция с Министерством здравоохранения (МЗ). Все врачи вольнонаёмные (сертифицированные).

МЗ оплачивает все лекарства и анализы (лабораторные исследования).

Взаимодействие МЮ в этой сфере с МЗ реализуется на договорной основе (по различным специальностям отдельные алгоритмы).

В Латвии 9 мест заключения (1 для подростков, 1 женская). Около 3000 тыс. заключённых. 132 штатных единицы в медицинской службе, в том числе 40 психологов. Колоний поселений нет.

При поступлении в тюрьму обязателен для всех без исключения – проф.осмотр (и рентген). Рентген помог в практическом смысле победить туберкулёз.

Тест на СПИД, гепатит «С» и «В» на добровольных началах.

В женской тюрьме врачи: педиатр, нарколог, психиатр (24/7). Женщины содержатся вместе с детьми (до 4-х лет). Соблюдены все требования (коляска, памперсы, бельё, игрушки и т.п.). Дети -24 часа под медицинским наблюдением.

Тюремная больница есть в каждом месте лишения свободы (три отделения: легочных заболеваний, психиатрическое, терапевтическое отделения).

Медицинские части в каждом месте лишения свободы – амбулаторная служба, то есть семейный врач на свободе, параллельно, тюремный врач терапевтического профиля.

Медицинский отдел в каждой тюрьме возглавляет врач. Имеются врачи и медицинский персонал; специальный семейный врач, терапевт, врач-психиатр; специалисты по надобности: в тюрьмах свыше 1000 заключённых есть хирург, дерматолог, врач-инфекционист.

В женской тюрьме – врач-гинеколог, для детей – отдельный врач.

Имеется должность помощник врача.

Фельдшер работает круглосуточно (в тюрьмах свыше 1000 заключённых). В остальных тюрьмах (контингент заключённых ниже 1000) по 8 часов (с 8.30. до 17.00).

Заработная плата медицинского персонала в тюрьме выше чем в МЗ (плюс 20% надбавка, плюс 20% за вредность). Социального пакета не предусмотрено.

В каждой тюрьме есть медицинская аппаратура (рентген и т.д.,

противотуберкулёзная). При проведении онкологических обследований, МРТ и т.п. участвует гражданское здравоохранение. Операционное вмешательство, через скорую помощь (используется конвоирование).

Нет ограничений в лекарственном обеспечении (любые, даже «супер дорогие»).

При тюремных больницах есть врачебная комиссия, которая при принятии решения освобождения заключённого по медицинским показателям обязана обосновать это органам прокуратуры.

Узкие специалисты осуществляют медицинское обслуживание в тюрьмах на договорной основе. Например, по стоматологии (производится закупочный конкурс, приезжает выигравший центр и проводит обслуживание «по времени»).

При осложнениях хронического заболевания заключённый направляется в тюремную больницу. Обязательно согласование на всех этапах передачи из ТЮРЬМЫ в ГРАЖДАНСКОЕ ведомство.

Заключённый при обращении в гражданское здравоохранение и оказании ему первичной медицинской помощи обязан осуществить «символическую» сооплату.

Принята Стратегия полного излечения от гепатита С – ВНЕ ТЮРЕМ (до 2023 года). Принято решение в 2021 году полностью перейти на электронную систему оформления данных.

Налажено тесное сотрудничество-алгоритмы тюремной службы здравоохранения с «гражданскими» центрами (СПИД и т.д.), НПО.

Система заполнения документов внутренняя, амбулаторная карта в бумажной форме.

К лицам пожизненно лишённым свободы сохраняются все услуги медицинской помощи.

Применяется система «электронное здоровье».

КЕЙС: Тюрьма для несовершеннолетних разработана и построена по проекту и финансировании Норвегии.

Обязательно: а) учёба (школа); б) спортивные программы; в) программы ресоциализации (психологическое сопровождение); г) медицинская помощь (амбулаторная, проф.осмотры).

#### ПРОБЛЕМЫ:

А) государственная медицина перегружена;

Б) недостаточно профессиональных кадров;

В) нет условий для перевода инвалидов;

Г) санитарной службы нет, объединена с инспекциями.

2. В Бельгии активно внедрён принцип эквивалентности. Тюремное население составляет примерно 10000 заключённых.

Всего 35 тюрем в стране, и 2 еще строятся. Заполняемость тюрем от 40 до 1000 человек.

Опыт этой страны показывает, что механический перевод из МВД в МЗ ничего не решит. Нужно взаимодействие.

Правительством внедрена электронная медицинская база данных для обеспечения аптек. Повсеместно внедрена контрактная система.

Государство гарантирует, что медицинская служба в тюрьме будет соответствовать гражданской медицинской службе.

Работа врача осуществляется в рамках профессионального кодекса поведения. Психологическая служба выступает мостиком по ресоциализации осужденных.

Вместе с тем, медицинская охрана труда не входит в ведение МЗ.

Цены на лекарства фиксированы и управляются государством.

Обслуживание заключённых может осуществлять университетский госпиталь конкретной локации.

В рамках медицинского обслуживания заключённых подписываются договора с врачами, индивидуально на три месяца (с возможностью пролонгации).

Функционирует автономная медицинская электронная система.

3. Соединенное Королевство в 2006 году передала ответственность за охрану здоровья в тюрьмах от Министерства

юстиции Министерству здравоохранения (переименованному в Министерство здравоохранения и социальной защиты (DHSC) в январе 2018 года).

В 2020 года отчет о Соединенном Королевстве статистика заключенных включает в себя ряд информации: общее количество заключенных составляет приблизительно 87 900 человек, включая 79 453 человека в Англии и Уэльсе, 7004 человека в Шотландии и 1484 человека в Северной Ирландии [3].

В настоящее время в Англии 110 тюрем, но их число постоянно увеличивается. Комплексом Тюремным управляет HMPPS, который также курирует пять тюрем в Уэльсе. Есть также 15 тюрем в Шотландии и три в Северной Ирландии, хотя они не находятся в ведении HMPPS.

Важность тюремного здравоохранения как общественного здравоохранения и принцип эквивалентности медико-санитарной помощи по отношению к общественным системам здравоохранения являются центральными для организации тюремного здравоохранения в Соединенном Королевстве.

Изменения в автономных администрациях Соединенного Королевства произошли в соответствии с улучшением местной политики. Уэльс передал ответственность за тюремное здравоохранение местным советам здравоохранения в 2006 году, одновременно с Англией; Шотландия осуществила передачу в 2011 году; и Северная Ирландия завершили перевод в 2012 году.

Медицинские службы в тюрьмах в Англии финансируются DHSC, департаментом правительства Соединенного Королевства. Медицинские услуги заказываются Национальной службой здравоохранения (NHS) Англии / NHS Improvement у поставщиков медицинских услуг, таких как местные поставщики медицинских услуг NHS (например, больничные фонды) и частные компании, предоставляющие медицинские услуги. В тюрьмах предоставляются

услуги первичной медико-санитарной помощи и некоторые специализированные медицинские услуги; заключенные посещают местные больницы по месту жительства для получения вторичной или неотложной /третичной помощи.

Годовой бюджет NHS England / Improvement на услуги здравоохранения и правосудия составляет в настоящее время около 500 миллионов фунтов стерлингов [4]. Все медицинские услуги в тюрьмах бесплатны по мере необходимости, как и в общине. Заключенные не платят за рецептурные лекарства (и за связанные с ними сборы). Лекарства и другие товары для здоровья (например, презервативы) отпускаются службами здравоохранения.

Соглашение между Службой тюрем и пробации Ее Величества (HMPPS), PHE действует и NHS Englandс 2013 г. (официально подписано в 2015 г.) после принятия Закона о здравоохранении и социальном обеспечении (2012 г.) с целью поддержки ввод в эксплуатацию и оказание медицинской помощи в английских тюрьмах. В 2018 году к первоначальному трехстороннему партнерству присоединились Министерство юстиции и DHSC.

Это положило начало еще большему уровню сотрудничества и сплоченности между всеми органами, которые влияют на политику, ввод в действие и предоставление медицинских и социальных услуг в тюрьмах как государственного, так и частного сектора в Англии.

Соглашение о национальном партнерстве устанавливает:

- определенные роли пяти партнеров;
- их приверженность совместной работе и разделение ответственности за выполнение через связанные структуры управления;
- их основные цели и приоритеты, а также рабочие планы, в которых подробно описываются мероприятия по реализации их приоритетов;
- процессы совместной работы партнеров для улучшения данных и доказательств, чтобы лучше понять

потребности в области здравоохранения заключенных и качество медицинских и социальных услуг, предоставляемых людям в тюрьмах.

Национальный совет тюремного здравоохранения несет ответственность за надзор и постоянное управление соглашением и достижением его общих целей. Он контролирует партнерские риски и их снижение, а также позволяет разрешать споры. Каждый из пяти членов партнерства несет равную ответственность за выполнение функций Национального совета по вопросам здравоохранения в тюрьмах. Совет заседает четыре раза в год, и приоритеты соглашения регулярно пересматриваются.

Услуги в области здравоохранения и правосудия предоставляются 7 отделами здравоохранения и правосудия в семи регионах (Северо-Запад, Северо-Восток, Мидлендс, Восток Англии, Юг, Юго-Запад и Лондон). Заказ NHS England Health and Justice поддерживает эффективные связи с группами, вводящими клинические испытания, и местными властями для поддержки предоставления социальной помощи в безопасных условиях и непрерывности лечения по мере того, как люди въезжают и выезжают из них [5].

Медсестра проводит оценку состояния здоровья по прибытии в тюрьму с последующим осмотром в течение недели после прибытия или в течение 24 часов, если требуется. Оценивается здоровье человека, назначаются и предоставляются все соответствующие лекарства. Оценка включает в себя диагностику, ведение и лечение инфекционных заболеваний (ВИЧ, гепатит, туберкулез и т. Д.), а также хронических заболеваний (диабет, астма и т. Д.). Если требуются дальнейшие клинические исследования, они организуются, включая прием к врачу или направление в службы вторичной медицинской помощи. Обследуются инфекционные заболевания, при необходимости записывается на прием к врачу.

Стоматологическая помощь, ортопедия, оптометрические услуги, а

также услуги по охране психического здоровья предоставляются всем тем, кто в них нуждается. Оценивает потребность в прописанных лекарствах Медицинская бригада и предоставляет их через тюремного фармацевта. По возможности и как можно ближе к тюремному заключению предыдущим медицинская бригада связывается с лечащим врачом пациента для получения кратких медицинских отчетов и списка прописанных лекарств.

Персонал тюремного здравоохранения организован поставщиками медицинских услуг. Во всех заказанных услугах указано, что персонал должен соответствовать стандартам, которые применяются к персоналу в сообществе, предоставляющему те же услуги. Существует несколько профессиональных организаций, которые обеспечивают руководство и стандарты для медицинских работников в тюрьмах, в том числе Королевский колледж медсестер, Королевский колледж врачей общей практики и Королевский колледж психиатров. Определенного количества сотрудников не существует, поскольку обоснование состоит в том, чтобы заказывать услуги на основе результатов в отношении здоровья, что подразумевает, что поставщики медицинских услуг должны принимать решение о характере рабочей силы на основе выявленных потребностей в области здравоохранения.

Существует протокол обмена информацией, который устанавливает принципы, которых необходимо придерживаться, чтобы иметь доступ к информации, при сохранении прав человека и соблюдении общего регламента защиты данных.

## **Вывод.**

Нами описаны три отдельные модели управления охраной здоровья в тюрьмах (на примере трёх стран), показывающие, что не существует уникального решения, подходящего для каждой страны. Тем не менее, он также показал сходство в представленных странах, что, по-видимому, имеет решающее значение для успешного улучшения здоровья в тюрьмах.

Одно сходство - установление партнерских отношений между секторами и внутри секторов. Соглашения заключаемые между секторами правосудия и здравоохранения могут различаться по формату, но их основная задача остается той же: найти решения, которые не только эффективно отвечают медицинским потребностям при соблюдении процедур безопасности, но также - что очень важно - поддерживают стандарты уважения человеческого достоинства и защиты права лиц, лишенных свободы.

Не существует единой идеальной модели управления здоровьем в тюрьмах. Четкие соглашения о сотрудничестве, межотраслевое сотрудничество могут обеспечить эффективное решение к управлению и интеграции тюремного здравоохранения в национальную систему здравоохранения Казахстана.

Предложенные варианты оптимизирует отдельные бизнес-процессы национальной пенитенциарной медицинской службы и существенно приблизит Казахстан к лучшим практикам стран Европейского союза.

## **Литература.**

1. Сайт Министерства внутренних дел Республики Казахстан (2021) [Website of the Ministry of Internal Affairs of the Republic of Kazakhstan] <https://www.gov.kz/memleket/entities/ps/activities/directions.10.02.2021>.
2. Health in prisons: fact sheets for 38 European countries. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019.
3. Hayton P, Boyington J. Prisons and health reforms in England and Wales. Am J Public Health. 2006;96(10):1730–3.
4. Information Sharing Protocol across secure and detained settings. London: NHS England; 2019.
5. Service specification: primary care service – medical and nursing for prisons in England. London: NHS England; 2020.

**Literatura.**

1. Sait Ministerstva vnutrennih del Respubliki Kazahstan (2021) [Website of the Ministry of Internal Affairs of the Republic of Kazakhstan] <https://www.gov.kz/memleket/entities/ps/activities/directions>. 10.02.2021.
2. Health in prisons: fact sheets for 38 European countries. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019.
3. Hayton P, Boyington J. Prisons and health reforms in England and Wales. Am J Public Health. 2006;96(10):1730–3.
4. Information Sharing Protocol across secure and detained settings. London: NHS England; 2019.
5. Service specification: primary care service – medical and nursing for prisons in England. London: NHS England; 2020.

**Қанатов Алмас Қанатұлы**

**Лауазымы:** заң ғылымдарының кандидаты, қауымдастырылған профессор, Қазақстан Республикасы Жоғарғы соты жанындағы Сот төрелігі Академиясы

**Пошталық мекен-жайы:** 010000, Қазақстан Республикасы, Нұр-Сұлтан қ., Нажімеденов көшесі, 10/2-91  
**Ұялы тел:** 87012224127

**Канатов Алмас Канатович**

**Должность:** кандидат юридических наук, асс.профессор, Академия правосудия при Верховном суде РК, г. Нур-Султан

**Почтовый адрес:** 010000, Республика Казахстан, г. Нур-Султан, ул. Нажимеденова, 10/2-91  
**Сот.:** 87012224127

**Kanatov Almas Kanatovich**

**Position:** Republic of Kazakhstan, Associate Professor, Academy of Justice under the Supreme Court of the Republic of Kazakhstan

**Postal address:** Post code: 010000, Nur-sultan, Nazhimedenov street, 10/2-91  
**Cell phone:** 87012224127