

А.К. Канатов¹, Ж.С. Сейтаева²

¹Институт Парламентаризма, г. Нур-Султан, Республика Казахстан

²Академия правоохранительных органов при Генеральной прокуратуре Республики Казахстан, г. Нур-Султан, Республика Казахстан

ПРОБЛЕМЫ ИНТЕГРАЦИИ ТЮРЕМНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В НАЦИОНАЛЬНУЮ СИСТЕМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАЗАХСТАНА

Аннотация. Авторами статьи проведен анализ работы и накопившихся проблем медицинской службы Комитета уголовно-исполнительной системы Министерства внутренних дел Республики Казахстан.

Анализ национальной и зарубежной практики позволил показать отдельные преимущества и проблемы: пробелы, противоречия, устаревшие нормы «отечественного» права с целью минимизации неадекватных правовых последствий при их применении. Предложено проработать вопрос об интеграции правовой модели управления тюремной службой здравоохранения в структуру общественного здравоохранения.

С учётом изучения международной практики в этой области даны конкретные рекомендации по совершенствованию некоторых составляющих медицинской службы в местах лишения свободы. Сравнительно-правовое исследование в данной области приводит к постановке вопроса о действенности принципа эквивалентности.

Анализ лучших практик оказания медицинской помощи лицам, свобода которых ограничена, привел к выводу о необходимости признания и имплементации стандартов Европейского союза, что является прочной основой гарантии соблюдения прав осужденных, законности и гуманизма в правоприменительной деятельности учреждений и органов, исполняющих уголовные наказания.

Ключевые слова: пенитенциарная система; медицинские услуги; оказание медицинской помощи; общественное здравоохранение; тюремные службы здравоохранения; заключенный; места лишения свободы; комитет уголовно-исполнительной системы (КУИС).

А.Қ. Қанатов¹, Ж.С. Сейтаева²

¹Парламентаризм институты, Нұр-Сұлтан қ., Қазақстан Республикасы

²Қазақстан Республикасы Бас прокуратурасының жанындағы Құқық қорғау органдары академиясы, Нұр-Сұлтан қ., Қазақстан Республикасы

ТҮРМЕДЕГІ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДЫ ҚАЗАҚСТАННЫҢ ҰЛТТЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІНЕ ИНТЕГРАЦИЯЛАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Аннотация. Шағын зерттеудің авторлары Қазақстан Республикасы Ішкі істер министрлігінің Қылмыстық-атқару жүйесі комитеті медициналық қызметінің жұмысы мен жинақталған проблемаларына талдау жүргізді.

Ұлттық және шетелдік практиканы егжей-тегжейлі талдау жекелеген артықшылықтар мен проблемаларды көрсетуге мүмкіндік берді: олқылықтары, қайшылықтары, оларды қолдану кезінде барабар емес құқықтық салдарларды азайту мақсатында «отандық» құқықтың ескірген нормалары.

Осы саладағы халықаралық тәжірибені зерделеуді ескере отырып, бас бостандығынан айыру орындарындағы медициналық қызметтің кейбір құрамдас бөліктерін жетілдіру бойынша нақты ұсыныстар берілді. Осы саладағы салыстырмалы-құқықтық зерттеу эквиваленттік принциптің тиімділігі туралы сұрақ қоюға әкеледі.

Бостандығы шектеулі адамдарға медициналық көмек көрсетудің үздік тәжірибелерін талдау қылмыстық жазаларды орындайтын мекемелер мен органдардың құқық қолдану қызметіндегі сотталғандардың құқықтарын, заңдылық пен гуманизмді сақтау кепілдігінің берік негізі болып табылатын Еуропалық Одақ стандарттарын тану және имплементациялау қажеттілігі туралы қорытындыға әкелді.

Түйінді сөздер: пенитенциарлық жүйе; медициналық қызметтер; медициналық көмек көрсету; қоғамдық денсаулық сақтау; түрме денсаулық сақтау қызметтері; қамаудағы; бас бостандығынан айыру орындары; қылмыстық-атқару жүйесі комитеті (ҚАЖК).



A.K. Kanatov¹, Zh.S. Seitayeva²

¹*Institute of Parliamentarism, Nur–Sultan c., the Republic of Kazakhstan*

²*The Law Enforcement Academy under the Prosecutor General's Office of the Republic of Kazakhstan, Nur–Sultan c., the Republic of Kazakhstan*

PROBLEMS OF INTEGRATION OF PRISON HEALTH CARE INTO THE NATIONAL HEALTH SYSTEM OF KAZAKHSTAN

Abstract. The article analyzes the work and accumulated problems of the medical service of the Committee of the Penitentiary System of the Ministry of Internal Affairs of the Republic of Kazakhstan.

A detailed analysis of national and foreign practice allowed us to show some advantages and problems: gaps, contradictions, outdated norms of «domestic» law in order to minimize inadequate legal consequences in their application. It is proposed to work out the issue of integrating the legal model of prison health service management into the structure of public health.

Taking into account the study of international practice in this area specific recommendations are given to improve all components of the medical service in places of deprivation of liberty. Comparative legal research in this area leads to the question of the effectiveness of the equivalence principle.

Analysis of the best practices medical care to persons whose freedom is restricted has led to the conclusion about the need to recognize and implement the standards of the European Union, that will be a solid basis to guarantee the rights of prisoners, law and humanism in law enforcement institutions and bodies executing criminal punishment.

Keywords: penitentiary system; medical services; provision of medical care; public health; prison health services; prisoner; places of deprivation of liberty; committee of the penitentiary system (CUIS).

DOI 10.52425/25187252_2021_19_64

Статья 29 Конституции Республики Казахстан гарантирует охрану здоровья своих граждан, в том числе и отбывающих наказание за совершение уголовных правонарушений [1]. По данным Генеральной прокуратуры Республики Казахстан, по состоянию на 1 января 2021 года в местах лишения свободы содержатся более 31000 человек [2].

Для поддержания их здоровья, в уголовно–исполнительной системе (далее – УИС) Казахстана имеется 82 учреждения, в которых функционирует 67 медицинских частей (16 – в следственных изоляторах, 51 – в исправительных учреждениях) и 15 здравпунктов в учреждениях минимальной безопасности (колониях–поселениях). Для оказания специализированной стационарной помощи осужденным функционируют 6 лечебно–профилактических учреждений. Штатная численность медицинской службы УИС составляет 1681,75 единиц (аттестованные – 433, гражданские служащие – 1248,75).

Необходимо отметить, что функционирование Медицинской службы в пенитенциарной среде достаточно чувствительная тема.

Исторически, интеграция пенитенциарной медицинской службы в гражданское здравоохранение началась ещё с 1998 года, когда в основу приказов Комитета уголовно–исполнительной системы, являющегося ведомством Министерства внутренних дел Республики Казахстан (далее – МВД РК), осуществляющим руководство в сфере исполнения наказаний и иных мер уголовно–правового воздействия (далее – КУИС МВД РК) были положены нормы приказов Министерства здравоохранения РК, направленные на предупреждение, распространение и лечение различных болезней. Между тем, происходил процесс «гуманизации и дегуманизации» самого КУИС: в 2002 году передача из силового ведомства – МВД РК в гражданское – Министерство юстиции Республики Казахстан, а в 2011 году – обратно в МВД РК.

В 2018 году проработка вопроса передачи медицинского обеспечения осужденных в ведение Министерства здравоохранения Республики Казахстан была внесена в Дорожную карту по модернизации органов внутренних дел Республики Казахстан на 2019–2021 годы, утвержденную постанов-

лением Правительства Республики Казахстан от 27 декабря 2018 года № 897 [3].

На основании указанного, в 2020 году в условиях гражданского здравоохранения получили консультативно–диагностическую помощь свыше 2000 больных, в том числе проведено более 120 операций. В результате комплекса мер, в целом, за последние 4 года в 3,5 раза снизилось количество впервые выявленных туберкулезом (с 322 до 91 случая) и более чем в три раза численность больных туберкулезом (с 1215 до 370) [4]. В то же время, несмотря на положительные сдвиги в данном направлении, для дальнейшего улучшения медицинского обеспечения и соответствия общепризнанным международным стандартам, необходима дальнейшая проработка вопроса передачи медицинской службы УИС в ведение Министерства здравоохранения.

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 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 (вирус иммунодефицита человека, туберкулёз, лучевое излучение), доплаты 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.

Зарубежный опыт организации тюремной службы здравоохранения показывает существование различных систем управления.

В большинстве европейских стран пока еще функционирует традиционная организация пенитенциарной медицинской помощи в структуре Министерства юстиции или Министерства внутренних дел.

В отдельных странах Европы закреплена смешанная система управления, при которой ответственность разделяется с Министерством здравоохранения [5].

Страны, полностью принявшие Европейские пенитенциарные правила, всецело определили тюремную медицинскую помощь за Министерством здравоохранения [6].

При рассмотрении вопроса фрагментарно использован опыт трёх стран Европейского региона, отражающий систему управления пенитенциарной медицинской службы: Финляндии, Португалии и Англии. В этих странах реализованы различные модели управления.

Финская система здравоохранения основана на государственных медицинских



услугах, на которые имеет право каждый житель. Государственные органы должны предоставлять каждому адекватные социальные и медицинские услуги. Кроме того, существует множество частных медицинских служб. Заключённых в тюрьмах около 3000 человек.

В Финляндии службы здравоохранения в тюрьмах организуются и финансируются правительством Финляндии и предоставляются Отделом здравоохранения заключённых (VTH). VTH является независимой организацией при Финском институте здравоохранения и социального обеспечения, который, в свою очередь, находится в ведении Министерства социальных дел и здравоохранения. Все поликлиники VTH и больницы работают на территории тюрем. Пенитенциарной системой управляет Агентство уголовных наказаний, которое действует при Министерстве юстиции.

В пенитенциарной системе Финляндии есть два типа тюрем – тюрьмы закрытого типа, тюрьмы строгого режима (70% мест в тюрьмах) и тюрьмы открытого типа (30%). В общей сложности по уголовным санкциям Агентство имеет 26 тюрем по всей стране [7].

Всем заключённым гарантируется достойное обращение в тюремном медицинском учреждении, и их конфиденциальность соблюдается. Затраты на медицинское обслуживание и лекарства для заключённых полностью финансируются правительством страны, независимо от национальности или продолжительности заключения.

VTH имеет собственный ограниченный годовой бюджет. За трехлетний период (2018–2020 г.г.) годовые показатели составили 18 млн. евро, 19,1 млн. евро и 19,3 млн. евро соответственно. Бюджет покрывает расходы, связанные с лечением, предоставляемым в клиниках VTH, стационарным лечением, стоматологической помощью, специальным медицинским обслуживанием и другими услугами, предоставляемыми третьими сторонами, лекарствами, зарплатой сотрудников, администрацией, управлением, поездками, предоставлением информационных и коммуникационных технологий и развитием инициативы в области [8].

Одним из положительных моментов перевода пенитенциарных медицинских служб из ведения Министерства юстиции в ведение Министерства здравоохранения явилось упрощение набора постоянного медицинского персонала.

В Португалии медицинское обслуживание заключённых, включая лиц, содержащихся под стражей, является обязанностью государства. На 2020 год в Португалии насчитывалось около 12900 заключённых (мужчины, женщины, молодежь) [9].

Все указанные субъекты имеют право на получение медицинской помощи, по крайней мере, эквивалентной той, которая доступна в целом для населения. Система здравоохранения пенитенциарных учреждений под руководством Главного управления тюрем и служб реинтеграции (DGRSP) взаимодействует с Национальной службой здравоохранения Португалии, что позволяет использовать ее службы в любое время [10].

Медицинские услуги DGRSP недостаточны. То есть, наблюдается смешанная система пенитенциарного здравоохранения – базовая медицинская помощь предоставляется DGRSP при Министерстве юстиции, дополнительная медицинская помощь при определенных условиях гарантируется Министерством здравоохранения.

Тюремные учреждения функционально и организационно зависят от DGRSP и предоставляют всю первичную медико-санитарную помощь и некоторую специализированную помощь всем заключённым, включая молодежь. Во всех пенитенциарных учреждениях доступны медицинские услуги, включая семейную медицину (общая практика) и сестринский уход. В некоторых тюремных учреждениях дополнительные специальности, такие как психиатрия, психология и стоматология также доступны. Доступ к этим дополнительным специальностям всегда гарантируется внутренней системой направления, охватывающей всю тюремную систему.

Заключённые имеют права, эквивалентные тем, которыми пользуется население в целом. Португальское государство соблюдает международные правила в отношении прав пациентов.

Тюремная система здравоохранения полностью финансируется из бюджета DGRSP. Действующая система гарантирует, что медицинская помощь предоставляется всем людям, живущим в тюрьмах, совершенно бесплатно, без возможности какой-либо сооплаты, даже за услуги и продукты, в отношении которых такие меры существуют для населения в целом. Таким образом, все лекарственные препараты бесплатно распределяются среди заключенных и доступны через лечение под непосредственным наблюдением врачей и медсестер, работающих в тюремных отделениях.

Важно отметить, что, в отличие от других стран, Португалия не претерпела формального перехода к Министерству здравоохранения, и ответственность за охрану здоровья в тюрьмах по-прежнему несет Министерство юстиции.

Соединенное Королевство в 2006 году передало ответственность за охрану здоровья в тюрьмах от Министерства юстиции Министерству здравоохранения (переименованному в Департамент здравоохранения и социальной защиты (DHSC) в январе 2018 года).

Согласно статистического отчета Соединенного Королевства за 2020 год, 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 [11].

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. Годовой бюджет Национальной службы здравоохранения NHS England / Improvement на услуги здравоохранения и правосудия составляет в настоящее время около 500 миллионов фунтов стерлингов. 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 [12].

В 2015 году, после принятия Закона о здравоохранении и социальном обеспечении, с целью оказания медицинской

помощи в английских тюрьмах, между Службой тюрем и пробации Ее Величества (HMPPS), Службой Общественного здравоохранения Англии (PHE) и Национальной службой здравоохранения (NHS England) было подписано специальное соглашение. В 2018 году к первоначальному трехстороннему партнерству присоединились Министерство юстиции и Департамент здравоохранения и социальной защиты (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 понимания потребностей в области здравоохранения заключенных и качества медицинских и социальных услуг, предоставляемых людям в тюрьмах.

Таким образом, на примере трех стран, описаны отдельные модели управления охраной здоровья в пенитенциарной системе, доказывающие отсутствие существования единой идеальной модели управления здоровьем в тюрьмах.

Независимо от выбранной Казахстаном модели управления, ключевыми принципами, которые необходимо обеспечить, являются: эквивалентность медицинской помощи, клиническая независимость, уважение прав человека, непрерывность медицинской помощи, интеграция (имплементация) передовых практик и стандартов Европейского союза. Четкие соглашения, межотраслевое сотрудничество могут обеспечить эффективное решение к управлению и интеграции тюремного здравоохранения.



ранения в национальную систему здравоохранения Казахстана.

Отсюда, предлагается алгоритм практических шагов КУИС в реализации выше отмеченных принципов.

Во-первых, необходимо начать проект по высвобождению медицинской службы уголовно-исполнительной системы от предоставления непрофильных медицинских услуг:

- по обеспечению лекарственными средствами, медицинскими изделиями и специализированными лечебными продуктами;

- по проведению лабораторных исследований. Предлагается передать проведение всех исследований в конкурентную среду, под контролем Министерства здравоохранения.

Во-вторых, необходимо:

- с использованием процедур цифровизации, разработать по различным специальностям отдельные алгоритмы бизнес-процессов (психиатрия, ВИЧ/СПИД, фтизиатрическая, наркологическая службы);

- проработать вопрос о введении осужденных лиц в Национальный электронный паспорт здоровья, с учётом требования Закона «О персональных данных».

Логическим следствием указанных предложений будет являться необходимость антикоррупционного сопровождения данных проектов, а также разрешение неминуемого вопроса кадрового обеспечения. К примеру, во многих странах Европы нормативно регламентирован так называемый «Социальный пакет» медицинского работника. В этой связи, необходимо проработать чёткий механизм заработнойной

платы, доплат за сверхурочные, пенсии по выслуге лет и т.п.

В-третьих, в рамках тюремной службы здравоохранения предлагается принять среднесрочные программы по нейтрализации конкретных видов болезней. К примеру, использовать опыт стран, где в тюрьмах практически нет больных туберкулёзом (Латвия, Бельгия).

К чему это должно привести?

Модель формального партнерства Министерства внутренних дел и Министерства здравоохранения предполагает совместное установление стандартов медицинского обслуживания. Оба министерства обладают равными полномочиями в оценке текущих потребностей и реализуют услуги, как через пенитенциарную, так и гражданскую медицинскую службу.

В свою очередь, международные этические, правовые и медицинские стандарты свидетельствуют о необходимости тесной кооперации между тюремным и общественным здравоохранением.

Необходимо учитывать положительный опыт взаимодействия тюремных служб здравоохранения и общественного здравоохранения трёх стран Европейского региона, отражающий уникальные модели управления пенитенциарной медицинской службы: Финляндии, Португалии, Англии.

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

Список использованных источников:

1. Конституция Республики Казахстан, принята на республиканском референдуме 30 августа 1995 года [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://adilet.zan.kz/rus/docs/K950001000_ (дата обращения: 10.01.2021).

2. Сколько в Казахстане заключенных? [Электронный ресурс] – Режим доступа: https://tengrinews.kz/kazakhstan_news/skolko-v-kazahstane-zaklyuchennyih-426484/ (дата обращения: 15.03.2021).

3. Об утверждении Дорожной карты по модернизации органов внутренних дел Республики Казахстан на 2019 – 2021 годы: постановление Правительства Республики Казахстан от 27 дек. 2018 года № 897. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://adilet.zan.kz/rus/docs/P1800000897> (дата обращения: 10.01.2021).

4. Ешмагамбетов Ж.Б. Мы неустанно работаем над тем, чтобы поднять уровень пенитенциарной системы. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://www.zakon.kz/5050522-eshmagambetov-my-neustanno-rabotaem-nad.html> (дата обращения: 10.01.2021).

5. Good governance for prison health in the 21st century: a policy brief on the organization of prison health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013. [Electronic resource] – Access mode: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/231506/Good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.pdf (Access data: 18.01.2021).
6. Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2013. [Electronic resource] – Access mode: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf (Access data: 18.01.2021).
7. Whipp, A.M. Early adolescent aggression predicts antisocial-personality disorder in young adults: a population-based study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2019. /A.M. Whipp, T. Korhonen, A. Raevuori, K. Heikkilä, L. Pulkkinen, R.J. Ros/ [Electronic resource] – Access mode: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30019148/> (Access data: 18.01.2021).
8. Jüriloo, A. Knocking on prison's door: a 10-fold rise in the number of psychotic prisoners in Finland during the years 2005–2016. *Nord J Psychiatry*. 2017. /A. Jüriloo, L. Pesonen, H. Lauerma/ [Electronic resource] – Access mode: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28737982/> (Access data: 18.01.2021).
9. Alves, J.M. Self-reports of health before and during imprisonment in female inmates. *Port J Public Health*. 2017. /J.M. Alves, A.C. Maia/ [Electronic resource] – Access mode: <https://www.karger.com/Article/Pdf/481967> (Access data: 18.01.2021).
10. Barros, H. A survey of HIV and HCV among female prison inmates in Portugal. *Cent Eur J Public Health*. 2008. /H. Barros, E. Ramos, R. Lucas/ [Electronic resource] – Access mode: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18935775/> (Access data: 18.01.2021).
11. National Partnership Agreement for Prison Healthcare in England 2018–2021. Signatories: Ministry of Justice, HM Prison and Probation Service, Department of Health and Social Care, Public Health England, NHS England. London: NHEngland; 2018. [Electronic resource] – Access mode: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/767832/6.4289_MoJ_National_health_partnership_A4-L_v10_web.pdf (Access data: 18.01.2021).
12. UK prison population statistics. London: House of Commons Library; 2020. [Electronic resource] – Access mode: <https://commonslibrary.parliament.uk/research-briefings/sn04334/> (Access data: 18.01.2021).

List of References:

1. Конституция Республики Казахстан, принята на республиканском референдуме 30 августа 1995 года [Jelektronnyj resurs] – Rezhim dostupa: http://adilet.zan.kz/rus/docs/K950001000_ (data obrashhenija: 10.01.2021).
2. Skol'ko v Kazahstane zakljuchennyh? [Jelektronnyj resurs] – Rezhim dostupa: https://tengrinews.kz/kazakhstan_news/skolko-v-kazahstane-zaklyuchennyih-426484/ (data obrashhenija: 15.03.2021).
3. Ob utverzhdenii Dorozhnoj karty po modernizacii organov vnutrennih del Respubliki Kazahstan na 2019 – 2021 gody: postanovlenie Pravitel'stva Respubliki Kazahstan ot 27 dek. 2018 goda № 897. [Jelektronnyj resurs] – Rezhim dostupa: <http://adilet.zan.kz/rus/docs/P1800000897> (data obrashhenija: 10.01.2021).
4. Eshmagambetov Zh.B. My neustanno rabotaem nad tem, chtoby podnjat' uroven' penitenciarnoj sistemy. [Jelektronnyj resurs] – Rezhim dostupa: <https://www.zakon.kz/5050522-eshmagambetov-my-neustanno-rabotaem-nad.html> (data obrashhenija: 10.01.2021).
5. Good governance for prison health in the 21st century: a policy brief on the organization of prison health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013. [Electronic resource] – Access mode: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/231506/Good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.pdf (Access data: 18.01.2021).
6. Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2013. [Electronic resource] – Access mode: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf (Access data: 18.01.2021).
7. Whipp, A.M. Early adolescent aggression predicts antisocial-personality disorder in young adults: a population-based study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2019. /A.M. Whipp, T. Korhonen, A. Raevuori, K. Heikkilä, L. Pulkkinen, R.J. Ros/ [Electronic resource] – Access mode: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30019148/> (Access data: 18.01.2021).
8. Jüriloo, A. Knocking on prison's door: a 10-fold rise in the number of psychotic prisoners in Finland during the years 2005–2016. *Nord J Psychiatry*. 2017. /A. Jüriloo, L. Pesonen, H. Lauerma/ [Electronic resource] – Access mode: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28737982/> (Access data: 18.01.2021).



9. Alves, J.M. Self-reports of health before and during imprisonment in female inmates. *Port J Public Health*. 2017. /J.M. Alves, A.C. Maia/ [Electronic resource] – Access mode: <https://www.karger.com/Article/Pdf/481967> (Access data: 18.01.2021).
10. Barros, H. A survey of HIV and HCV among female prison inmates in Portugal. *Cent Eur J Public Health*. 2008. /H. Barros, E. Ramos, R. Lucas/ [Electronic resource] – Access mode: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18935775/> (Access data: 18.01.2021).
11. National Partnership Agreement for Prison Healthcare in England 2018–2021. Signatories: Ministry of Justice, HM Prison and Probation Service, Department of Health and Social Care, Public Health England, NHS England. London: NHEngland; 2018. [Electronic resource] – Access mode: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/767832/6.4289_MoJ_National_health_partnership_A4-L_v10_web.pdf (Access data: 18.01.2021).
12. UK prison population statistics. London: House of Commons Library; 2020. [Electronic resource] – Access mode: <https://commonslibrary.parliament.uk/research-briefings/sn04334/> (Access data: 18.01.2021).