



УПОЛНОМОЧЕННЫЙ ПО ПРАВАМ ЧЕЛОВЕКА
В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН



ТЮРЕМНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: ПУТИ К УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ



Тюремное здравоохранение: пути к усовершенствованию

Данная публикация подготовлена Представительством Penal Reform International в Центральной Азии в рамках проекта «Укрепление Национального превентивного механизма по предупреждению пыток: Обзор международного опыта по вопросам развития НПМ, защиты прав человека в закрытых учреждениях и развития здравоохранения в уголовно исполнительной системе МВД РК».

Автор разработчик международный эксперт, эксперт ВОЗ, экс-глава медицинской службы тюремной системы Бельгии г-н Свенот Тодтс.
Ответственность за содержание несет автор.

Проектом поддержана разработка, перевод данной публикации на русский язык, а также регулярные консультации с международными экспертами в вопросах медицинского обеспечения тюремных учреждений.

© Программа развития ООН в Казахстане

Введение

В первой части данного экспертного документа изложены аргументы и теоретические основы в пользу более широкого участия органов общественного здравоохранения в охране здоровья лиц в местах лишения свободы.

Как и Казахстан, Бельгия в настоящее время рассматривает вопрос о передаче функций медицинского обеспечения осужденных из Министерства юстиции в ведение Министерства здравоохранения. В ходе подготовки к процессу передачи эксперты по вопросам тюремного здравоохранения выделили шесть основных задач, которые стоит включить в список первоочередных в процессе реформирования служб тюремного здравоохранения.

Вторая часть данного документа состоит из подробного отчета о системах тюремного здравоохранения шести европейских стран, таких как Франция, Финляндия, Англия и Португалия, где функции медицинского обеспечения осужденных уже были переданы в ведомство Министерства здравоохранения. Анализ конкретных примеров показывает, что такие изменения привели к улучшению качества оказания медицинской помощи в местах лишения свободы. Швейцария имеет смешанную модель, поскольку каждый кантон выбирает свою собственную систему. Этот случай показывает, что улучшения могут быть достигнуты, даже если Министерство здравоохранения не полностью контролирует ситуацию.

Нидерланды являются примером страны, в которой служба тюремного здравоохранения по-прежнему находится в ведении Министерства юстиции. В Бельгии тщательное исследование системы тюремного здравоохранения было завершено совсем недавно, в 2017 году. Вместо того, чтобы включать тематическое исследование Бельгии в данный документ, я предлагаю прочитать полную либо краткую версии, которые доступны на английском языке. Исследование может послужить моделью того, как структурировать систему тюремного здравоохранения, поскольку в нем описаны все методы.

Практические кейсы Финляндии, Португалии и Англии взяты из публикации ВОЗ, которая доступна на русском языке¹.

Тематические исследования по Франции, Швейцарии и Нидерландам взяты из бельгийской публикации^{2 3}.

Ссылки на вторую часть настоящего документа (обзор по странам) можно найти в исходных публикациях.

Как увидит читатель, большая часть информации в этом документе взята из публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ, подготовленных в основном в рамках программы ВОЗ «Здоровье в тюрьмах» (ВОЗ HIPP). Я бы посоветовал органам здравоохранения Казахстана присоединиться к программе ВОЗ HIPP, чтобы иметь возможность максимально использовать имеющиеся экспертные знания.

Свен Тодтс

¹ Организационные модели пенитенциарного здравоохранения. Некоторые соображения по совершенствованию стратегического руководства. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2020 год. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. (название на английском языке)

² Dubois, C. e.a., Модели организации медицинских услуг в тюрьмах четырех стран, Брюссель, Бельгийский центр знаний в области здравоохранения, 2017, 164 с.

³ Вышеупомянутая публикация Дюбуа К. также содержит тематическое исследование по Шотландии, не включенное в данную статью.

1. Кто должен быть ответственным за тюремное здравоохранение?

В 2013 г. Европейское региональное бюро ВОЗ опубликовало аналитическую записку «Надлежащее управление здоровьем в тюрьмах в 21 веке»⁴. В документе описывается, как требуется смена парадигмы, чтобы вывести пенитенциарные системы от систем наказания и исключения к учреждениям с многомерным подходом к интеграции, способствующих здоровью и социальному благополучию. Пересмотренные Минимальные стандартные правила обращения с заключенными (правила Нельсона Манделы) в правиле 24 рекомендуют:

- Предоставление медико-санитарного обслуживания заключенным является обязанностью государства. Заключенным должны быть обеспечены те же стандарты медико-санитарного обслуживания, которые существуют в обществе, и им должен быть обеспечен бесплатный доступ к необходимым медико-санитарным услугам без какой-либо дискриминации по признаку их правового статуса.

- Медико-санитарное обслуживание следует организовывать в тесном контакте с системой государственных органов здравоохранения и таким образом, чтобы обеспечить непрерывность лечения и ухода, в том числе в связи с ВИЧ, туберкулезом и другими инфекционными заболеваниями, а также наркозависимостью.⁵

Выбор Министерства здравоохранения в качестве предпочтительного партнера также рекомендован Бангкокскими правилами Организации Объединенных Наций: «Жизненно важно чтобы все заключенные по прибытии проходили индивидуальный медицинский осмотр и медицинское обследование для того, чтобы соответствующее лечение могло быть начато немедленно. Женщины-заключенные, происходящие из экономически и социально неблагополучных семей, а также женщины из бедных стран часто страдают различными заболеваниями, которые не лечились ранее. Во многих странах женщины сталкиваются с дополнительной дискриминацией и препятствиями в доступе к адекватной медицинской помощи именно из-за принадлежности к своему полу. Таким образом, потребность женщин-заключенных в первичной медицинской помощи часто больше, чем у мужчин. В связи с этим всестороннее изучение здоровья женщин по прибытии в тюрьму жизненно необходимо для обеспечения должного лечения. Такой скрининг должен сопровождаться предоставлением информации о первичной медико-санитарной помощи и защите от инфекционных заболеваний». (комментарий к правилу 6)⁶.

Наконец, Всемирная организация здравоохранения в Европе рекомендует «поощрять министерства здравоохранения предоставлять медицинские услуги в тюрьмах и нести ответственность за них, а также пропагандировать здоровые условия содержания в тюрьмах»⁷. Эта точка зрения сформулирована в различных

⁴ Enggist, Stefan e.a., Надлежащее управление здоровьем в тюрьмах в 21 веке, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013 г., 32 стр.

⁵ Минимальные стандартные правила обращения с заключенными Организации Объединенных Наций (Правила Нельсона Манделы) Резолюция, принятая 17 декабря 2015 года единогласно Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций (Резолюция A/RES/70/175).

⁶ Резолюция, принятая Генеральной Ассамблеей 21 декабря 2010 года [по докладу Третьего комитета (A/65/457)] 65/229. Правила Организации Объединенных Наций, касающиеся обращения с женщинами-заключенными и мер, не связанных с лишением свободы, для женщин-правонарушителей (Бангкокские правила).

⁷ Европейское региональное бюро ВОЗ, Информационный бюллетень Здоровье в тюрьмах, 2020 г.

международных заявлениях, в том числе в Тренчинском заявлении ВОЗ⁸, Московской декларации ВОЗ по вопросам охраны здоровья в тюрьмах как части общественного здравоохранения⁹, выводах ВОЗ на международном совещании по тюрьмам и здоровью (Лиссабон, 2017 г.)¹⁰ и Хельсинкских заключениях (2019)¹¹. Эта связь между тюремным здоровьем и общественным здравоохранением означает, что управление здравоохранением в тюрьмах и непрерывность помощи между тюрьмами и обществом имеют решающее значение.

Несмотря на все эти рекомендации, их примеру последовало лишь ограниченное число европейских государств (см. Таблицы 1 и 2):

- в 2016 году Министерство юстиции было органом, наиболее часто отвечавшим за управление услугами здравоохранения, управление бюджетом медицинских услуг и финансирование медицинских услуг;
- менее 50% стран сообщили, что Министерство здравоохранения или другие органы здравоохранения несут ответственность за оценку систем здравоохранения в тюрьмах;
- менее 60% стран сообщили, что Министерство здравоохранения или другие органы общественного здравоохранения несут ответственность за проверку гигиены, питания и условий жизни в тюрьмах¹².

Обзор органов, ответственных за тюремное здравоохранение и управление бюджетом тюремного здравоохранения в государствах-членах ВОЗ (Программа здравоохранения в тюрьмах):

Ведомство	Ответственный орган за тюремное здравоохранение (%)	Администрирование бюджета (%)
Министерство юстиции	44	42
Министерство здравоохранения	18	18
Департаменты здравоохранения тюрем	10	11
Комбинация органов	28	26

⁸ Тренчинское заявление об охране психического здоровья в тюрьмах. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2008, (https://apps.who.int/iris/handle/10665/108575?search-result=true&query=5.%09Trencin+tatement+on+prisons+and+mental+health&scope=&rpp=10&sort_by=score&order=desc)

⁹ Московская декларация о тюремном здоровье как части общественного здравоохранения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2003 г., (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-andhealth/publications/pre-2005/moscow-declaration-on-prison-health-as-part-of-public-health>)

¹⁰ Выводы международного совещания ВОЗ по тюрьмам и здоровью, Лиссабон, 2017 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 г., (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/healthdeterminants/prisons-and-health/publications/2018/conclusions-of-the-who-internationalmeeting-on-prisons-and-health-2018>).

¹¹ Никого не оставляя позади в тюремном здравоохранении, Хельсинкские выводы, Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания, 2020 г.

¹² Отчет о состоянии здоровья в тюрьмах в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2019. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Таблица 1 (Европейская база по тюремному здравоохранению)
Информация по странам:

Страна	Управление тюремного здравоохранения	Управление бюджетом тюремного здравоохранения	Источник финансирования тюремного здравоохранения
Албания	Министерство юстиции, Министерство здравоохранения, департамент здравоохранения пенитенциарной системы	Министерство юстиции, Министерство здравоохранения, департамент здравоохранения пенитенциарной системы	Государственный бюджет и Министерство юстиции, Министерство здравоохранения или органы здравоохранения и обязательное медицинское страхование и др.
Армения	Министерство юстиции и Министерство здравоохранения	Министерство юстиции и Министерство здравоохранения	Государственный бюджет
Азербайджан	Департамент здравоохранения пенитенциарной системы	Другой	Государственный бюджет
Бельгия	Министерство юстиции	Министерство юстиции	Министерство юстиции
Босния и Герцеговина	Министерство юстиции		Министерство юстиции
Болгария	Министерство юстиции	Министерство юстиции	Министерство юстиции
Хорватия	Министерство юстиции	Министерство юстиции	Государственный бюджет + обязательное медицинское страхование
Кипр	Министерство здравоохранения или органы общественного здравоохранения	Министерство здравоохранения	(отсутствующий)
Чехия	Министерство здравоохранения и департамент здравоохранения пенитенциарной системы	Министерство юстиции	Обязательное медицинское страхование

Дания	Министерство здравоохранения и департамент здравоохранения пенитенциарной системы	Департамент здравоохранения пенитенциарной системы	Министерство юстиции и Министерство здравоохранения
Эстония	Министерство юстиции	Министерство юстиции	Министерство юстиции
Финляндия	Министерство здравоохранения или органы общественного здравоохранения	Министерство здравоохранения или органы общественного здравоохранения	Государственный бюджет и Министерство здравоохранения
Франция	Министерство здравоохранения или органы общественного здравоохранения	Министерство здравоохранения или органы общественного здравоохранения	Государственный бюджет
Грузия	Департамент здравоохранения пенитенциарной системы	Департамент здравоохранения пенитенциарной системы	Государственный бюджет
Германия	Министерство юстиции	Нет национальных данных	Нет национальных данных
Исландия	Министерство здравоохранения и департамент здравоохранения пенитенциарной системы	Министерство здравоохранения и департамент здравоохранения пенитенциарной системы	Государственный бюджет
Ирландия	Министерство юстиции	Департамент здравоохранения пенитенциарной системы	Министерство юстиции
Италия	Министерство здравоохранения или органы общественного здравоохранения	Министерство здравоохранения или органы общественного здравоохранения	Министерство здравоохранения или органы общественного здравоохранения
Латвия	Министерство юстиции	Министерство юстиции	Государственный бюджет

Таблица 2, часть 1 (Европейская база по тюремному здравоохранению)¹³

Литва	Министерство юстиции и Министерство здравоохранения	Министерство юстиции и Министерство здравоохранения	Государственный бюджет
Мальта	Министерство здравоохранения и другие	Департамент здравоохранения пенитенциарной системы и др.	Министерство здравоохранения и органы здравоохранения
Монако	Министерство юстиции	Министерство юстиции	Государственный бюджет
Черногория	Министерство юстиции	Министерство юстиции	Государственный бюджет
Нидерланды	Министерство юстиции	Министерство юстиции	Министерство юстиции
Норвегия	Министерство здравоохранения или органы общественного здравоохранения	Министерство здравоохранения или органы общественного здравоохранения	Государственный бюджет
Польша	Министерство юстиции	Министерство юстиции	Министерство юстиции
Португалия	Министерство юстиции	Министерство юстиции	Министерство юстиции
Молдова		Министерство юстиции	Государственный бюджет и Министерство внутренних дел
Румыния	Департамент здравоохранения пенитенциарной системы	Департамент здравоохранения пенитенциарной системы	Министерство здравоохранения, Министерство внутренних дел и обязательное медицинское страхование
Российская Федерация	Департамент здравоохранения пенитенциарной системы	Департамент здравоохранения пенитенциарной системы	Государственный бюджет
Сербия	Министерство юстиции	Министерство юстиции	Министерство юстиции
Словакия	Министерство юстиции и Министерство здравоохранения	Министерство юстиции и другие	Министерство юстиции и обязательное медицинское страхование

¹³ База данных HIPED (Европейская база по тюремному здравоохранению) имеет своей основной целью предоставить исчерпывающие, последовательные и надежные данные общественного здравоохранения о тюремном населении и их потребностях в области здравоохранения в государствах-членах Европейского региона ВОЗ.

Словения	Министерство здравоохранения или органы общественного здравоохранения	Министерство здравоохранения или органы общественного здравоохранения	Государственный бюджет
Испания	Министерство внутренних дел и Министерство здравоохранения	Министерство внутренних дел и Министерство здравоохранения	Министерство внутренних дел и Министерство здравоохранения
Швеция	Министерство юстиции	Министерство юстиции	Министерство юстиции и Министерство здравоохранения
Швейцария	Министерство юстиции, Министерство внутренних дел и Министерство здравоохранения	Министерство юстиции, Министерство внутренних дел и Министерство здравоохранения	Министерство юстиции, Министерство внутренних дел и Министерство здравоохранения
Таджикистан	Министерство юстиции	Министерство юстиции	Министерство юстиции
Великобритания	Министерство здравоохранения или органы общественного здравоохранения	Министерство здравоохранения или органы общественного здравоохранения	Государственный бюджет, Министерство здравоохранения и органы здравоохранения
Украина	Министерство юстиции	Министерство юстиции	Министерство юстиции

Таблица 2, часть 2 (Европейская база по тюремному здравоохранению)
Страны сильно различаются не только по типу управления, но и по количеству персонала для тюремного здравоохранения, как показано в следующей таблице:

Страна	Всего медицинского персонала на 1000 заключенных	Врачи / 1000 заключенных
Албания	47.5	8.1
Армения	нет данных	нет данных
Азербайджан	14.2	8.4
Бельгия	46.3	19.2
Босния и Герцеговина	15.8	3.2
Болгария	12.3	3.7
Хорватия	32.4	6.5
Кипр	нет данных	нет данных
Чехия	26.4	2
Дания	нет данных	нет данных
Эстония	37	5.3
Финляндия	61	6.7
Франция	49.9	3.4

Грузия	52	19.6
Исландия	no data	7.1
Ирландия	42	3.2
Италия	нет данных	нет данных
Латвия	15.4	2.1
Литва	35.7	11.7
Мальта	64.2	5.2
Монако	нет данных	нет данных
Черногория	20.7	5.2
Нидерланды	нет данных	нет данных
Норвегия	36.3	3.8
Польша	24.3	7.4
Португалия	8.6	1
Молдова	26.4	9.5
Румыния	25.5	5.9
Российская Федерация	32.1	11.5
Сербия	27	33.9* включая внешних поставщиков услуг
Словакия	31.7	5.2
Словения	нет данных	7.9
Испания	18.5	9.2
Швеция	42.6	2.9
Швейцария	нет данных	нет данных
Таджикистан	нет данных	нет данных
Великобритания и Северная Ирландия	нет данных	нет данных
Украина	37.6	16.4

Информация из Европейской базы по тюремному здравоохранению Шестая конференция ВОЗ по вопросам охраны здоровья в тюрьмах (Хельсинки, 2019 г.) была посвящена вопросам управления пенитенциарными системами и в общих чертах пришла к следующему выводу¹⁴:

- должны существовать универсальные принципы управления, такие как доступ к высококачественным основным медицинским услугам и непрерывность медицинской помощи, права человека и необходимость клинической независимости медицинского персонала;
- следует понимать, что не существует «универсальных схем» или уникальных структурных механизмов для определения того, как управлять и предоставлять медицинскую помощь в тюрьмах;
- передача ответственности между секторами юстиции и здравоохранения должна включать детальную подготовку и планирование, высокую степень многостороннего сотрудничества и надлежащее управление для обеспечения хорошего здоровья в тюрьмах; а также
- тюремные медицинские службы должны быть ориентированы на человека и информированы о нем для удовлетворения потребностей лиц, вовлеченных в правосудие.

В последние годы некоторые страны Европейского региона ВОЗ инициировали передачу управления здравоохранением в тюрьмах от министерства юстиции к министерству здравоохранения, используя различные подходы. Это включает:

¹⁴ Никого не оставляя позади в тюремном здравоохранении. Хельсинкские выводы, Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания, 2020 г.

- применение постепенного подхода в разных административных регионах или районах;
- инвестирование в долгосрочную подготовку к сбору исходных данных до и после перехода, которые могли бы выявить влияние таких изменений;
- адаптация рекомендаций по управлению к смешанным моделям с разделением обязанностей между министерствами юстиции и здравоохранения, с возможностью для конкретных местных мер в соответствии с особенностями системы здравоохранения, культурой и социально-экономическим положением страны.

Далее в этом тексте мы рассмотрим некоторые модели из разных стран Европы. Во-первых, мы рассмотрим, почему тюремное здравоохранение так важно и какие принципы лежат в основе «здоровых тюрем».

2. Состояние здоровья заключенных¹⁵

Имеются неопровержимые доказательства того, что люди, вовлеченные в систему уголовного правосудия, непропорционально часто испытывают сложные, сопутствующие проблемы со здоровьем: различные патологии подробно обсуждаются в публикации «Тюрьмы и здравоохранение», которая также доступна на русском языке¹⁶. Среди наиболее важных патологий мы отмечаем психические заболевания¹⁷, зависимость от психоактивных веществ¹⁸, когнитивные нарушения¹⁹, ВИЧ/СПИД, гепатиты А, В и С, туберкулез и связанные с ним инфекционные²⁰ и неинфекционные заболевания²¹. Важные неинфекционные заболевания включают курение, неправильное питание и недостаточная физическая активность.

Уровень смертности среди лиц, освобожденных из тюрьмы, намного превышает уровень смертности среди населения в целом. Летальные исходы особенно распространены в течение месяца после освобождения, и в первую очередь в результате предотвратимых причин, таких как самоубийства, травмы и передозировка наркотиков²². Показатели смертности после освобождения из тюрьмы в некоторых восточноевропейских странах более чем в два раза выше, чем в западных, причем в некоторых европейских странах показатели смертности

¹⁵ Доклад о состоянии здоровья заключенных в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2019 год. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

¹⁶ Enggist, S., Moller, L., Galea, G. and Udesen, C. C. (eds), Тюрьмы и здравоохранение, Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания, 2014, 189 с.

¹⁷ Fazel S, Danesh J. Серьезные психические расстройства у 23 000 заключенных: систематический обзор 62 анкет. Журнал «Ланцет» 2002;359(9306):545-50. doi:10.1016/S0140-6736(02)07740-1.

¹⁸ Европейский центр мониторинга наркотиков и наркомании (2019 год), Европейский доклад о наркотиках за 2019 год: Тенденции и события, Бюро публикаций Европейского Союза, Люксембург.

¹⁹ Fazel S, Xenitidis K, Powell J. Распространенность психических расстройств среди 12 000 заключенных — систематический обзор. Int J Law Psychiat. 2008;31(4):369-73. doi:10.1016/j.ijlp.2008.06.001.

²⁰ Enggist, S., Moller, L., Galea, G. and Udesen, C. (eds), Тюрьмы и здравоохранение, Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания, 2014, главы 7, 8 и 9.

²¹ Herbert K, Plugge E, Foster C, Doll H. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний среди заключенных во всем мире: систематический обзор. Журнал «Ланцет» 2012;379(9830):1975-82. doi:10.1016/S0140-6736(12)60319-5.

²² Binswanger IA, Stern MF, Deyo RA, Heagerty PJ, Cheadle A, Elmore JG и др. Освобождение из тюрьмы — высокий риск смерти для бывших заключенных. New Eng J Med. 2007;356(2):157-65. doi:10.1056/NEJMsa064115.

составляют до 500 смертей на 100 000 человек²³. Рецидив поведения, связанного с риском для здоровья, такого как употребление психоактивных веществ и вредное употребление алкоголя, является обычным явлением после освобождения из тюрьмы и может способствовать плохим последствиям для здоровья и высоким показателям смертности среди бывших заключенных.

Плохое состояние здоровья, с которым сталкиваются люди, имеющие опыт участия в системе уголовного правосудия, связано с их подверженностью рискованному поведению и окружающей среде. Распространенные факторы риска инфекционных заболеваний, которые значительно преобладают в этой популяции, включают употребление инъекционных наркотиков, незащищенную сексуальную активность, нанесение нестерильного пирсинга и нестерильной татуировки. По-прежнему важно помнить, что существует также динамическое взаимодействие между инфекционными заболеваниями и психическими заболеваниями. Люди с психическими заболеваниями чаще заражаются вирусами, передаваемыми через кровь, из-за рискованного поведения, такого как беспризорный образ жизни, быстро меняющееся настроение и наличие нескольких партнеров²⁴.

Люди, имеющие опыт участия в системе уголовного правосудия, как правило, сталкиваются и подвергаются воздействию целого ряда неблагоприятных социальных, экономических и экологических факторов, имеющих важное значение для здоровья. Эти факторы в большинстве случаев связаны с низким социально-экономическим статусом и социальной изоляцией²⁵. Женщины в тюрьмах гораздо в большей степени страдают от целого ряда физических и психических расстройств.

Они составляют быстро растущую долю тюремного населения и имеют заметно высокий уровень воздействия целого ряда неблагоприятных социальных детерминант здоровья, включая насилие в семье, сексуальное насилие, травмы, неблагоприятный опыт детства, бездомность, употребление психоактивных веществ и психические расстройства²⁶.

Люди из этнических групп и групп меньшинств, а также молодые и пожилые люди также имеют особые потребности в медицинском и социальном обслуживании, которые требуют специальной поддержки в тюрьмах²⁷.

3. Концепция охраны здоровья в местах лишения свободы

Идея о том, что тюрьмы должны быть более ориентированными на охрану и укрепление здоровья, является политической повесткой дня, которая набирает все большую силу в Европе благодаря программе ВОЗ «Здоровье в тюрьмах» (ВОЗ HIPP). Эта концепция имеет различные основополагающие принципы.

а) «Целостный тюремный подход» к охране здоровья и благополучию

²³ Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Trestman R и др. Психическое здоровье лиц в местах лишения свободы: распространенность, неблагоприятные исходы и меры вмешательства. Журнал «Ланцет. Психиатрия» 2016;3(9):871-81. doi:10.1016/S2215 - 0366(16)30142-0.

²⁴ Todts, S., Глава «Инфекционные заболевания в тюрьмах» в публикации «Тюрьмы и здравоохранение», Enngist, S. e.a. (ред.), Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания, 2014, стр. 73.

²⁵ Marmot M. Инклюзивное здоровье: устранение первопричин. Журнал «Ланцет» 2018;391(10117):186-88. doi:10.1016/S0140-6736(17):32848-9.

²⁶ Tripodi SJ, Pettus-Davis C. Истории детской виктимизации и последующих проблем с психическим здоровьем, употребления психоактивных веществ и сексуальной виктимизации для выборки заключенных женщин в США. Int J Law Psychiat. 2013;36(1):30-40. doi:10.1016/j.ijlp.2012.11.005.

²⁷ Williams BA, Stern MF, Mellow J, Safer M, Greifinger RB. Старение в исправительных учреждениях: разработка политики в области охраны здоровья пожилых осужденных. Am J Public Health 2012;102(8):1475-81. doi:10.2105/ AJPH.2012.300704.

Концепция тюрьмы, способствующей укреплению здоровья, уже несколько лет фигурирует в дискурсе общественного здравоохранения и укрепления здоровья. Это идея, которая проросла из философии «здоровой окружающей среды», возникшей из Оттавской хартии по укреплению здоровья²⁸. Оттавская хартия была влиятельным стратегическим документом по охране и укреплению здоровья в конце 1980-х годов, в котором указывалось, что здоровье должно быть чем-то большим, чем просто здравоохранение. В ней описана идея того, что на здоровье людей влияют окружающая «среда» и условия повседневной жизни. Подход, основанный на идее окружающей «среды» охватывает перспективу того, что на здоровье и благополучие влияет ряд детерминант, а не просто индивидуальный выбор того, курить ли, принимать ли наркотики и т.д. Предполагается, что здоровье определяется взаимодействием социальных, политических, экологических, организационных, а также личностных факторов в тех местах, где люди живут своей жизнью. Мероприятия, ориентированные на конкретную среду и целостный взгляд на здоровье, начали осуществляться в конце 1980-х годов. Таким образом, предпосылка подхода, основанного на окружающей среде, заключается в том, что инвестиции в здравоохранение должны осуществляться в социальных системах, где здравоохранение не является их основной задачей. Первоначально эти изменения в условиях происходили в школах (где основной сферой деятельности является образование) и на рабочих местах (производительность и прибыль), и со временем другие географически привязанные места начали подпадать под концепцию «здоровой среды». В середине 1990-х годов тюрьмы также были признаны соответствующей «средой» и рассматривались как отличная возможность для укрепления здоровья. Действительно, хотя укрепление здоровья не является приоритетом в деятельности мест лишения свободы, существует четкое обоснование для внедрения таких мероприятий. В местах заключения предоставлен доступ к маргинализированным (часто нездоровым) группам, которые в противном случае были бы классифицированы как «труднодоступные» в более широком сообществе в системе охраны здоровья. Это означает, что тюрьмы являются основным местом, способствующим устранению неравенства в области здравоохранения. Теоретически концепция охраны и укрепления здоровья в тюрьмах касается не только заключенных, которые «(временно) живут» там, она также и учитывает потребности тюремного персонала. Аксиомой является то, что для того, чтобы осужденные были реабилитированы и освобождены в общество в качестве законопослушных, здоровых граждан, тюремный персонал должен чувствовать себя ценным и иметь хорошее физическое, психическое и психосоциальное здоровье. Поэтому один из основополагающих принципов включает в себя сосредоточение внимания на всех тех, кто находится в этой обстановке, и «целостный тюремный подход» к здоровью и благополучию.

b) Здоровье заключенных имеет важное значение для общественного здравоохранения в целом

Второй основополагающий принцип необходимости укрепления здоровья в тюрьмах заключается в том, что здоровье заключенных имеет последствия для здоровья населения в целом²⁹. Тюрьмы являются инкубаторами инфекционных заболеваний, примеров тому множество. С тех пор как Квинтон впервые описал вспышку гриппа в тюрьме Wandsworth в 1890 году, было зафиксировано немало других случаев вспышек гриппа, начинающихся в тюрьмах. На самом деле

²⁸ Woodall, J (2012) Тюрьмы, способствующие укреплению здоровья: обзор и критика концепции. Журнал тюремной службы, 202. 6 - 11. ISSN 0300-3558

²⁹ ВИЧ в тюрьмах: инструментарий для оценки ситуации и потребностей. Вена, Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности, 2010 год (http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/HIV_in_prisons_situation_and_needs_assessment_document.pdf).

вспышка гриппа в тюрьме San Quentin³⁰ в Калифорнии, США, в 1918 году, по-видимому, была одним из основных очагов пандемии испанского гриппа 1918-1920 годов³¹.

Эпидемия СПИДа в Юго-Восточной Азии началась в центральной тюрьме Бангкока в 1988 году. От потребителей инъекционных наркотиков в тюрьме эпидемия распространилась молниеносно: сначала на потребителей инъекционных наркотиков в Бангкоке, затем через проституток-гетеросексуальных мужчин и, наконец, на население в целом³². В 2002 году одна вспышка в тюрьме Alytaus (Литва) привела к тому, что 263 человека были впервые диагностированы ВИЧ, что в два раза превышает число ВИЧ-инфицированных в этой стране³³.

Распространенность активного туберкулеза в тюрьмах, как правило, значительно превышает уровни, отмеченные для соответствующего населения в целом. В ходе исследования 2006 года было подсчитано, что в европейских тюрьмах заболеваемость туберкулезом в среднем в 17 раз выше, чем среди населения в целом: в 11 раз выше в странах Западной Европы и в 81 раз выше в странах Восточной Европы³⁴. Туберкулез в тюрьмах является основной причиной смерти и проблемой в борьбе с туберкулезом в гражданской системе здравоохранения³⁵. Таким образом, тюрьмы служат резервуаром для передачи инфекции населению в целом через посетителей, тюремный персонал и освобожденных заключенных с все еще активным туберкулезом.

Таким образом, программы охраны здоровья в тюрьмах должны³⁶:

- (а) обращаться к конкретным потребностям в области здоровья, требующим вмешательства со стороны системы общественного здравоохранения;
- (b) обращаться к потребностям общего характера в области здоровья, которые требуют оказания помощи силами системы здравоохранения; и
- (с) обеспечивать поддержку и подготовку к освобождению из мест лишения свободы по завершении срока тюремного заключения, включая обеспечение непрерывности оказания медицинской помощи.

За основу рамочной модели для определения стратегий общественного здравоохранения в сфере охраны здоровья в тюрьмах могут быть приняты следующие принципы:

- снизить и, в конечном итоге, положить конец неравенствам в отношении здоровья и в возможности получения доступа к медицинским услугам между людьми, находящимися в тюрьмах, и людьми, находящимися на свободе;
- обеспечить соблюдение права на здоровье и, в целом, прав человека в отношении людей, находящихся в тюрьмах, посредством снижения дискриминации и стигматизации, и устранения препятствий в получении доступа к мероприятиям по укреплению здоровья и мероприятиям профилактического и лечебного характера;
-
-

³⁰ Quinton, R.F., Эпидемия гриппа в тюрьме, Британский медицинский журнал, 1890, 1:417-418.

³¹ Awofeso, N., Тюрьмы показывают, что профилактика близких контактов действительно может помочь в следующей эпидемии гриппа, Британский медицинский журнал, 2004, 329: 173.

³² Weniger, B. e.a., Эпидемиология ВИЧ-инфекции и СПИДа в Таиланде, 1991, AIDS, 5 (suppl. 2), 571-585.

³³ Pietschmann, T., Всемирный доклад по наркотикам 2004, УНП ООН, Вена, Австрия, 2005.

³⁴ Aerts, A. e.a., Туберкулез и борьба с туберкулезом в европейских тюрьмах, I J Туберкулез и заболевания легких, 2006, 10 (11): 1215-1223.

³⁵ Dara, M., Chorgiolani, D. and de Colombanis, P., Глава «Профилактика туберкулеза и борьба с ним в тюрьмах» в публикации «Тюрьмы и здравоохранение», Европа ВОЗ, Копенгаген, Дания, 2014, стр. 56

³⁶ Охрана здоровья в тюрьмах: никого не оставить без внимания. Хельсинкские заключения, Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания, 2020 год.

- продвигать профессиональную автономию и независимость медицинских служб и медицинских работников в тюрьмах в соответствии с основными положениями о медицинской этике; и
 - минимизировать негативное влияние пребывания в заключении на показатели здоровья, принимая во внимание риски, связанные с состоянием здоровья, характерные для тюремной среды.
- Подход к охране здоровья в тюрьме на основе принципов общественного здравоохранения, таким образом, включает следующие аспекты:
- уделять основное внимание вопросам рисков, связанных со здоровьем, и потребностям определенной группы населения;
 - не ограничиваться организационными и профессиональными рамками;
 - находить решения как на долгосрочную, так и на краткосрочную перспективу;
 - принимать решения на основании данных и имеющихся знаний;
 - опираться на доказательные данные об эффективности в поиске решений проблем;
 - осуществлять деятельность при участии сообществ и с учетом их интересов.

Здравоохранение – это право человека

Тюремное заключение - это не только безопасность и дисциплина, но, как было определено Советом Европы в 2006 году, это обязательство обеспечивать такие условия «... которые не ущемляли бы человеческое достоинство и которые предоставляли бы возможность заниматься значимой для общества профессиональной деятельностью и проводить для заключенных такие программы, которые позволили бы им подготовиться к возвращению в общество»³⁷. Таким образом, важным принципом является то, что заключенные остаются носителями всех прав человека в той мере, в какой они не ограничены законом или в той степени, в какой это явно необходимо в связи с фактом лишения свободы³⁸. Это также относится к праву на здоровье, которое основано на различных основах прав человека. Наиболее важной является статья 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах³⁹. В своем Замечании общего порядка № 14, содержащем руководящие указания для государств, Комитет Организации Объединенных Наций по экономическим, социальным и культурным правам изложил сферу охвата и содержание права на здоровье. Что касается масштаба, то Комитет заявляет, что «... право на здоровье понимается как право на использование целого ряда учреждений, товаров, услуг и условий, необходимых для достижения наивысшего достижимого уровня здоровья»⁴⁰.

³⁷ Рекомендация Комитета министров Rec(2006)2 государствам-членам Совета Европы о Европейских пенитенциарных правилах. Страсбург, Совет Европы, Комитет министров, 2006.

³⁸ Основные принципы обращения с заключенными. Резолюция 45/111 Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 1990 год.

³⁹ Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах. Резолюция 2200A (XXI) Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 1966 год.

⁴⁰ Основные проблемы, возникающие в исполнении положений Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах. Замечание общего порядка № 14 (2000). Право на наивысший достижимый уровень здоровья (статья 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах). Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, 2000 год.

По мнению Комитета, необходимые объекты общественного здравоохранения, товары и услуги должны соответствовать следующим качествам:

- наличие: государство должно располагать достаточным количеством функционирующих учреждений, товаров и услуг в сфере здравоохранения и медицинской помощи, включая такие основополагающие детерминанты здоровья, как инфраструктура для снабжения безопасной питьевой водой и адекватными санитарными услугами, больницы, поликлиники и другие учреждения здравоохранения, подготовленный врачебный и медицинский персонал, получающий конкурентоспособное на внутреннем уровне вознаграждение, и важнейшие лекарственные средства;
- доступность: учреждения, товары и услуги здравоохранения должны быть доступны каждому человеку без какой бы то ни было дискриминации, особенно для наиболее уязвимых или социально отчужденных слоев населения;
- приемлемость: учреждения, товары и услуги здравоохранения должны соответствовать принципам медицинской этики и культурным критериям, быть направленными на сохранение конфиденциальности и улучшение состояния здоровья соответствующих лиц;
- качество: учреждения, товары и услуги здравоохранения наряду с их культурной адекватностью должны быть также приемлемыми с научной и медицинской точек зрения и характеризоваться высоким качеством, которое согласно Комитету предполагает (среди прочего) наличие квалифицированного медицинского персонала, научно проверенных и пригодных медикаментов и медицинского оборудования, безопасной питьевой воды и адекватных санитарных услуг.

Важно подчеркнуть, что потребуются дополнительные усилия в области здравоохранения для лиц, содержащихся под стражей, с тем чтобы добиться тех же результатов, что и в работе с населением за пределами мест заключения. Среди лиц, содержащихся под стражей, наблюдается более высокий уровень потребностей в медицинском и социальном обслуживании, которые обусловлены многочисленными комплексными потребностями до заключения под стражу, а также проблемами, связанными с равенством, социальной сплоченностью и инклюзивностью. Кроме того, существует правозащитный аспект в активизации национальных усилий в области охраны здоровья заключенных. Это тесно связано с проблемой равенства как с точки зрения состояния здоровья уязвимой группы, так и с точки зрения ее доступа к медицинским и связанным с ними социальным услугам. Равенство — это проблема в системе защиты прав человека. Постепенное осуществление права на здоровье предполагает усилия по улучшению здоровья всех групп населения и сокращению неравенства в пользовании данным правом. Согласно Правилам Нельсона Манделы, международное право признает право каждого человека, включая лиц, лишенных свободы, на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья. Однако на практике многие лица, содержащиеся под стражей, получают медицинскую помощь гораздо более низкого уровня, чем та, которая предоставляется за пределами мест заключения, либо они вообще не получают лечение. Некоторые потребности, связанные с медицинским обслуживанием лиц, содержащихся под стражей, при этом имеющих проблемы со здоровьем, могут быть проигнорированы или пренебрегаться. У некоторых лиц проблемы со здоровьем могут развиться во время пребывания в заключении из-за плохих условий содержания, распространенных во многих тюрьмах. Настало время рассмотреть ключевые вопросы, связанные с взаимодействием тюремных служб здравоохранения с национальными системами здравоохранения, с тем чтобы обеспечить надлежащий доступ к высококачественному медицинскому

обслуживанию для людей, находящихся в заключении, и содействовать непрерывности и качеству медицинской помощи.

В 2019 году участники Шестой конференции по охране здоровья заключенных (Хельсинки, Финляндия) обратили внимание на тот факт, что право заключенных на наивысший достижимый уровень здоровья является частью Цели 3 устойчивого развития ООН:

«Цель 3 в области устойчивого развития «Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте» заключается в улучшении здоровья уязвимых групп населения и сокращении неравенства. Это стремление к тому, чтобы «никого не оставлять без внимания», сосредоточено на справедливом доступе и охвате тех, кто испытывает серьезное неравенство в доступе к здравоохранению и связанным с ним социальным услугам по сравнению с остальной частью населения. Это касается людей, находящихся в тюрьмах. Для достижения задачи 3.8, связанной с ЦУР – всеобщий охват услугами здравоохранения к 2030 году – по меньшей мере еще 1 миллиард человек должны будут иметь доступ к основным медицинским услугам в течение каждого пятилетнего периода между 2015 и 2030 годами. Для обеспечения того, чтобы всеобщий охват услугами здравоохранения достиг беднейшие, наиболее маргинализированные слои населения, женщин, детей и инвалидов, а также лиц, находящихся в тюрьмах, необходимо будет приложить усилия для обеспечения равного доступа к этим группам и охвата услугами тех, кто в них больше всего нуждается. Европейские общества все еще должны преодолеть серьезные неравенства в области здравоохранения и доступа к медицинскому обслуживанию, чтобы никто не остался без внимания. Это имеет решающее значение для выполнения Глобальной повестки дня и целей в области устойчивого развития, утвержденных Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций. Поэтому крайне важно удовлетворять потребности в области здравоохранения уязвимых групп, включая заключенных, для которых доступ к медицинским и связанным с ними социальным услугам зачастую является недостаточным»⁴¹.

Четыре проблемы реформирования системы пенитенциарного здравоохранения

ВОЗ четко заявляет, что для достижения качественного медицинского обслуживания в тюрьмах, оно не может быть изолировано от медицинского обслуживания в обществе в целом. В Московской декларации по охране здоровья заключенных содержится четкий призыв к правительствам стран-членов Европейского региона ВОЗ интегрировать свои службы охраны здоровья заключенных в службы общественного здравоохранения или заставить их тесно сотрудничать. Несколько правительств-членов Европейского региона ВОЗ уже передали ответственность за охрану здоровья заключенных своим министерствам здравоохранения: Норвегия, Франция, Великобритания, Италия, Ирландия, некоторые швейцарские кантоны и два автономных региона Испании. Бельгия также рассматривает возможность осуществления такой реорганизации в будущем, и в настоящее время Министерство юстиции и Министерство социальных дел и общественного здравоохранения учредили руководящий Комитет по пенитенциарному здравоохранению для подготовки этой передачи. Эта реорганизация необходима, поскольку бельгийское тюремное здравоохранение подвергается серьезной критике на национальном и международном уровнях.

⁴¹ Шестая конференция по вопросам охраны здоровья в тюрьмах: не оставляя никого без внимания. Хельсинкские заключения, Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания, 2020 год.

В 2017 году правительство распорядилось провести исследование системы здравоохранения бельгийских тюрем⁴². Исследование было проведено Бельгийским центром знаний в области здравоохранения. Я прилагаю полный отчет к этому тексту, потому что в нем подробно описывается, как проводилось исследование: оно может послужить примером для описания пенитенциарной системы Казахстана в запуске реформирования системы здравоохранения в тюрьмах.

В исследовании были выделены шесть проблем:

1. Опираясь на ранее существовавшие институциональные рамки

Как указывалось, ранее, не существует универсального плана идеальной системы здравоохранения в тюрьмах. Каждая страна должна опираться на ранее существовавшие институциональные рамки национальной системы здравоохранения и преодолевать ее слабые стороны

2. Повышение качества оказания медицинской помощи

Необходимо будет мобилизовать различные виды инструментов:

- инвестиции в человеческие ресурсы (повышение квалификации, карьера)
- принятие стандартов и принципов
- создание национальных органов контроля качества
- разработка адекватного и систематического сбора данных.

3. Борьба с неравенством в отношении здоровья

- финансовый доступ: облегчить доступ к социальному страхованию или медицинскому страхованию, т.е. обратить внимание на то, кто и что покрывает это социальное обеспечение/страхование, а также на период адаптации, который может представлять угрозу для непрерывности лечения
- территориальное неравенство: для обеспечения качества медицинской помощи на всей территории, устранения неравенства, поскольку кадровые ресурсы здравоохранения и медицинские решения зависят от сокращения бюджета, и особого внимания предоставлению медицинских услуг второго и третьего уровня.
- социальное признание: уделять внимание в процессе реформ социальным табу, которые влияют на эффективность программ укрепления здоровья и вмешательства.

4. Удовлетворение конкретных потребностей заключенных

Для борьбы с инфекционными заболеваниями, зависимостями, психическими заболеваниями и суицидом в тюрьмах (проблемы со здоровьем с более высокой распространенностью, чем среди населения в целом):

- систематизация процедуры проверки (в основном при поступлении),
- распространение различных информационных, профилактических и пропагандистских инструментов,
- междисциплинарная работа,
- обучение для профессионалов,
- вовлечение всех заинтересованных сторон (заключенных, специалистов, сообщества и семьи) в борьбу,
- дополнительное внимание уделяется достижению большей эквивалентности результатов в области здравоохранения.

5. Решение вопросов профессиональной практики

⁴² Mistiaen, P. e.a., Здравоохранение в бельгийских тюрьмах: текущая ситуация и сценарии на будущее, Брюссель, Бельгийский центр знаний в области здравоохранения, 2017, 75 с.

Роли и разногласия:

Чтобы избежать конфликтов двойной лояльности среди медицинских работников, не вовлекать тех, кто занимается лечением, в какие-либо задачи, которые могут противоречить интересам заключенных, например, в проведение медицинской экспертизы.

Обеспечить независимость медицинских служб в системе тюремного здравоохранения (полное разделение «власти», совершенно иная иерархия).

Принять политику в области медицинского обслуживания.

Обеспечить сотрудничество двух групп (тюремных и медицинских работников) с совершенно разными профессиональными взглядами на мир путем:

- разработки методического руководства (подготовленные документы, формы и соглашения);
 - подписания национального меморандума о взаимопонимании (определяющего соответствующие обязанности, а также отношения в области управления и подотчетности в области тюремного здравоохранения);
 - создания национальных и местных координационных органов, обеспечивающих бесперебойное сотрудничество между двумя администрациями.
 - создания надлежащей инфраструктуры и ресурсов,
 - четкого определения задач и обязанностей каждого лица, участвующего в принятии решений, касающихся оказания медицинской помощи заключенным,
 - обеспечения того, чтобы все лица, участвующие в управлении тюрьмами, «были осведомлены об этических и правовых принципах, связанных с оказанием медицинской помощи в тюрьме».
- Недостаточная привлекательность тюрьмы для медицинских работников - предложить гарантию карьерного роста путем:
- предоставления возможности работы как с заключенными, так и с «обычными» пациентами;
 - разрешения на изменение должности при необходимости;
 - использования возможностей для трудоустройства интернов по лечению и уходу;
 - разработки четких аргументов о преимуществах такого типа размещения (хорошая подготовка к будущей роли первичной медицинской помощи, особенно в контексте междисциплинарной практики)
 - обращения внимания на периферийные регионы (риск нехватки персонала);
 - разработки специальной подготовки и выдачи дипломов для медицинских работников в тюрьмах
 - снижения стигматизации тюремной среды

6. Управление затратами

Обратить внимание на тот факт, что в большинстве стран реформы привели к резкому недофинансированию здравоохранения в тюрьмах.

Разработать адекватную систему информации и оценки эффективности и объемов инвестиций.

Тематические исследования Финляндия⁴³

1 Общее описание пенитенциарной системы и системы здравоохранения

Основой финской системы здравоохранения являются медико-санитарные услуги, предоставляемые государством, право на получение которых имеет каждый житель страны. Согласно Конституции Финляндии, государственные органы обязаны предоставлять каждому человеку необходимые и достаточные социальные и медико-санитарные услуги. Кроме того, в Финляндии существует множество частных медицинских служб. Помимо государственных медицинских учреждений, в Финляндии существует множество частных медицинских учреждений. Цели государства включают поддержание и улучшение здоровья, благополучия людей и их трудоспособности и функциональной способности, а также уменьшение неравенств в отношении здоровья.

1.1 Основные действующие субъекты

В Финляндии медико-санитарные услуги, оказываемые в местах лишения свободы, организуются и финансируются правительством Финляндии. Предоставлением медицинских услуг занимается Отдел медицинского обслуживания заключенных (VTN). Этот отдел является самостоятельной единицей в структуре Финского института здравоохранения и социального обеспечения (THL), который в свою очередь подчиняется Министерству социальных дел и здравоохранения. Все амбулаторные пункты и больницы VTN расположены в пенитенциарных учреждениях. Управление пенитенциарной системой и руководство ее повседневной деятельностью осуществляет Уголовно-исполнительное управление, которое входит в структуру Министерства юстиции. VTN был восстановлен в начале 2016 г. как одно из учреждений группы THL. До этого организацией пенитенциарного здравоохранения занималось Уголовно-исполнительное управление, а соответствующие услуги были сгруппированы в одном отделе в структуре Управления. В начале 2010 г. министрами юстиции и социальных дел и здравоохранения было принято решение о необходимости и обоснованности передачи этих услуг в ведение общегражданской системы здравоохранения.

1.2 Координация между основными действующими субъектами

VTN является автономным юридическим лицом с собственным годовым бюджетом, собственными штатами, уставом и советом директоров. Устав VTN согласуется с уставом THL. VTN самостоятельно набирает своих сотрудников и выступает как их работодатель во всех отношениях. Совет директоров состоит из представителей Министерства социальных дел и здравоохранения и Министерства юстиции, Уголовно-исполнительного управления, Финского института здравоохранения и социального обеспечения, учреждений общественного здравоохранения и социального обеспечения и сектора неправительственных организаций. Совет директоров стремится к тому, чтобы быть, по сути, консультативным органом, а не органом принятия решений, каковым он является в данное время. Финский институт здравоохранения и социального обеспечения выдвигает кандидатов в члены Совета директоров каждые четыре года по получении соответствующего приглашения. В VTN существует собственная группа внутреннего управления, состоящая из работников старшего руководящего уровня. VTN планирует свой годовой бюджет и разрабатывает план работы и оперативные задачи.

⁴³ Организационные модели пенитенциарного здравоохранения. Некоторые соображения по совершенствованию стратегического руководства. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2020 год. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Бюджет VTH рассматривается и утверждается в рамках бюджетных ассигнований, выделяемых Министерству социальных дел и здравоохранения, т.е. на уровне государства пенитенциарное здравоохранение финансируется из бюджета Министерства социальных дел и здравоохранения. В THL вопросами пенитенциарного здравоохранения ведает отдел, отвечающий за социальные и медико-санитарные услуги, предоставляемые и организуемые государством. Два раза в год проводятся стратегические трехсторонние переговоры между THL, Уголовно-исполнительным управлением и VTH на уровне генеральных директоров. Организационный надзор осуществляется Национальным управлением по надзору в области социального обеспечения и здравоохранения Valvira и Региональным государственным административным учреждением в рамках финской системы государственного регулирования. Valvira осуществляет контроль и руководит деятельностью медицинских работников и учреждений как в частном, так и в государственном секторах. Функция надзора и руководства позволяет Valvira обеспечивать соответствие услуг, предоставляемых различными медицинскими работниками и учреждениями, всем нормативным требованиям. Надзор за предоставлением медико-санитарной помощи разделен на четыре области: мониторинг отдельных случаев по свершившимся фактам, т.е. ретроспективно (например, рассмотрение жалоб пациентов в результате серьезных недостатков или ошибок в лечении); плановый надзор (надзор в соответствии с государственными или муниципальными планами надзора за предоставлением медико-санитарной помощи или надзор, осуществляемый в медицинских учреждениях); методические руководства и стандарты для медицинских работников и медицинских учреждений; и выдача заключений, состоящих из официальных документов, по запросу других ведомств и судебных органов (включая медицинские заключения о причинах травмы для использования работниками страховых компаний).

Региональное государственное административное учреждение (AVI) – это региональный орган, отвечающий за руководство медико-санитарной помощью, ее лицензирование и надзор за оказанием помощи. Задача этого учреждения состоит в том, чтобы обеспечивать доступность для всех жителей страны высококачественных медико-санитарных услуг. Учреждение AVI осуществляет руководство и контроль за оказанием медико-санитарных услуг, включая услуги общественного здравоохранения, предоставляемые частными субъектами. Учреждение поддерживает работу, проводимую муниципалитетом, объединенными муниципальными органами и другими действующими субъектами, направленную на укрепление здоровья населения региона.

2 Характеристики пенитенциарных учреждений и заключенных

В финской пенитенциарной системе существует два типа тюрем – закрытые тюрьмы строгого режима (70% мест во всех тюрьмах) и тюрьмы открытого типа (30% мест). В общей сложности в ведении Уголовно-исполнительного управления находятся 26 пенитенциарных учреждений, разбросанных по всей стране. Заключенных, которых считают способными адаптироваться к более свободным условиям, чем условия в закрытых тюрьмах, помещают в учреждения открытого типа. Заключенные женщины и мужчины содержатся в тюрьмах в отдельных блоках. В октябре 2020 г. будет открыта новая, совершенно современная и тщательно спроектированная закрытая тюрьма только для женщин. В 2017 г., согласно статистике Управления, средняя суточная численность заключенных составляла 3035 человек, что было на 3 процента меньше, чем в предыдущем году. Официальная вместимость тюрем в 2016 г. составляла 3079 мест; исходя из того, что вместимость не изменилась, заполняемость по состоянию на 2017 была оценена на уровне 98.4%. Заключенные, которым еще не был вынесен приговор, составляли 19,7%, а среди тех, кому приговор был вынесен, 195 человек были

приговорены к пожизненному заключению (6,4% от общего числа) и у них средний срок пребывания в заключении составлял 14 лет. Статистика контингента пенитенциарных учреждений за 2017 г. показывает, что среди заключенных было 540 иностранцев, что составляет 18% от общей численности заключенных. Это граждане 69 стран, среди которых чаще всего встречаются граждане Эстонии, Ирака и Румынии. Доля заключенных женщин одна из самых высоких в Европе – по состоянию на 2017 г. 198 человек. По последним данным (за 2019 г.) на долю молодых заключенных (моложе 21 года) приходится 1,8% общего числа заключенных с вынесенным приговором и 7,1% заключенных в следственных изоляторах. Заключенные старшего возраста (старше 59 лет) в том же 2019 г. составляли 4,3% от числа заключенных с вынесенным приговором и 3,9% заключенных в следственных изоляторах. Как показали ранее проведенные исследования, здоровье заключенных заметно хуже, чем здоровье всего остального населения, как среди взрослых, так и среди лиц раннего подросткового возраста. Большинство заключенных страдают различными нарушениями психического здоровья. Распространенность психотических расстройств за последнее десятилетие резко возросла: в период с 2005 по 2016 г. был зарегистрирован десятикратный рост. Более 90% заключенных в течение всей жизни страдают проблемами употребления психоактивных веществ, а примерно у 75% заключенных наблюдается та или иная форма расстройства личности. Почти у половины заключенных имеется не диагностированное хроническое соматическое заболевание или заболевание, запущенное заключенным после установления диагноза. Многие заключенные имеют травмы, полученные в результате насилия или различных несчастных случаев, которые часто бывают следствием злоупотребления психоактивными веществами. Пациентам с нарушениями здоровья, обусловленными употреблением психоактивных веществ, предлагается широкий спектр способов лечения, в том числе Заместительная терапия опиоидами (ЗТО), детоксикация с агонистами опиоидов, детоксикация без использования агонистов опиоидов и другие виды психосоциальной терапии. За организацию немедицинского воздействия отвечает Уголовно-исполнительное управление. ЗТО доступна для всех заключенных, которым был вынесен приговор и которые находятся в заключении в ожидании суда. В 2015 г. опиоидную заместительную терапию получали 411 заключенных, или 13,8% всего тюремного контингента по состоянию на тот год. Для этих людей обязательно проведение скрининга мочи или слюны для выявления потребления незаконных наркотиков. Почти у половины заключенных выявлены антитела к вирусу гепатита С (ВГС), что совпадает с данными ранее опубликованных исследований. Все заключенные с диагнозом ВГС проходят лечение в соответствии с Национальной программой, получая те же процедуры. Процент сочетанных инфекций ВИЧ и туберкулеза в Финляндии на сегодняшний день пренебрежимо мал: менее 1% от общей численности тюремного контингента.

3 Предоставление медицинской помощи

3.1 Введение

В VTH есть три главных отдела: отдел амбулаторного обслуживания, включая стоматологическую помощь, в который входят медпункты, расположенные в каждой финской тюрьме, психиатрическая больница, у которой имеются отделения в тюрьмах в Вантаа и Турку, и тюремная больница для лечения соматических заболеваний, расположенная около тюрьмы Hämeenlinna. В 2019 г. Совет директоров принял решение приступить к объединению больничных

подразделений пенитенциарной системы. Отдел фармацевтики и логистики находится в тюремной больнице в Hämeneenlinna и отвечает за снабжение тюремных больниц и амбулаторных пунктов всеми лекарственными препаратами, медицинскими приборами и материалами для оказания медико-санитарной помощи. Отдел стоматологии включает двенадцать зубоучастков кабинетов, расположенных в тюремных амбулаторных медпунктах. Амбулаторные медпункты работают в основном в будние дни, кроме медпунктов в трех самых больших тюрьмах – в Хельсинки, Вантаа и Турку, где амбулаторные отделения открыты все дни недели. Всю работу в амбулаторных медпунктах ведут медицинские сестры, а врачи в основном выполняют роль консультантов. Консультирование пациентов, а иногда даже приемы у врача осуществляется по каналам телемедицины. Специализированные медико-санитарные услуги закупаются у сторонних поставщиков услуг, главным образом у государственных больниц.

3.2 Доступность

VTN обеспечивает медицинское обслуживание всего тюремного контингента. После того, как человек взят под стражу, в течение 24-72 часов после поступления в тюрьму медицинской сестрой проводится тщательный медицинский осмотр с целью оценки его состояния здоровья. Осмотр включает оценку наличия инфекционных болезней, неинфекционных заболеваний (НИЗ), скрининг с целью выявления нарушений психического здоровья, вредного употребления алкоголя и употребления наркотиков, а также оценку трудоспособности и функциональной способности заключенного. Если осматриваемый заключенный нуждается в медикаментозном лечении абстинентного синдрома, такое лечение предоставляется ему после консультации с врачом. Скрининг с целью выявления инфекционных болезней включает инфекции, передаваемые половым путем, гепатит В и С и ВИЧ (все три вида скрининга предлагаются в обычном порядке с возможностью отказа), после чего при необходимости назначается прием у врача. Тестирование на ВИЧ доступно во всех случаях, когда признается необходимость в этом, и предлагается два раза в год. Финляндия как страна заняла активную позицию в отношении искоренения гепатита С, и это также включает тестирование при поступлении в тюрьму и затем по завершении лечения; тем, кто готов заявить о приверженности лечению, предоставляется соответствующая помощь. В 2019 г. лечение по поводу ВГС прошли 144 пациента, что составило 5% всей численности заключенных.

Также проводится оценка на наличие НИЗ и составляются планы лечения. Каждому предлагается пройти скрининг на выявление потребности в стоматологической помощи, и скрининг по стандартному протоколу проводится каждый год, раз в два или три года в зависимости от сопутствующих заболеваний. Стоматологическая помощь предоставляется всем. Разрабатываются и затем должным образом выполняются подробные планы терапевтического лечения и реабилитации. Заключенные могут по их запросу и в соответствии с их субъективно воспринимаемой потребностью получать доступ к амбулаторным медпунктам. Для этого заключенные, используя специальную форму, распечатанную на бумаге, обращаются в амбулаторный медпункт и через три дня получают ответ. В настоящее время Уголовно-исполнительное управление осуществляет проект по созданию электронных каналов связи.

3.3 Спектр оказываемых услуг, в том числе по поводу специфических проблем здоровья и специфическим группам заключенных

У некоторых заключенных по различным причинам имеются языковые проблемы. Когда неграмотным или иностранным заключенным нужно обратиться в

медицинскую службу, им оказывают помощь другие заключенные или персонал тюрьмы. Заключенным-иностранцам предоставляется помощь переводчика и раздаются некоторые печатные материалы на разных языках. Большинство тюрем приспособлены для людей с ограниченными возможностями. Заключенным женщинам дается возможность пройти медосмотр, проводимый медсестрой женщиной. Предусматривается также специфическая услуга для людей, находящихся в процессе трансгендерного перехода, на протяжении которого им предоставляется необходимое лечение.

3.4/5 Преемственность помощи

Все еще есть необходимость уделять дополнительное внимание и продолжать работу по обеспечению преемственности помощи. Когда человек освобождается из заключения, ему выдается медицинский план и назначается прием у врача; это особенно касается лиц, получающих опиоидную заместительную терапию. Такой же принцип действует и в отношении людей с НИЗ, поэтому при выходе из пенитенциарного учреждения им выдается запас рецептурных лекарственных препаратов на одну неделю, а также рецепты на три месяца и вскоре после этого назначается прием у врача. Для подготовки к посещению врача после освобождения заключенному выдаются на руки распечатки со всеми медицинскими данными, которые он должен передать во время приема своему местному гражданскому врачу. Тем не менее, многие заключенные после выхода на свободу забывают о необходимости следить за своим здоровьем и не являются на прием к врачу.

3.5 Качество помощи

Вся медицинская помощь заключенным в Финляндии предоставляется в соответствии с национальными методическими рекомендациями, обеспечивающими качество предоставляемых услуг. VTH следует этим принципам для обеспечения качества своих услуг. В соответствии с принципом эквивалентности, эти стандарты медицинской помощи применимы как в отношении всего населения, так и в отношении тюремного контингента. Valvira осуществляет надзор и руководит медицинскими работниками и добивается удовлетворительного качества услуг, предоставляемых в различных медицинских учреждениях как в обществе, так и в тюрьмах. Организационный надзор осуществляют Национальное управление по надзору в области социального обеспечения и здравоохранения Valvira и Региональное государственное административное учреждение AVI. Valvira контролирует и руководит работой медицинских специалистов и медицинских учреждений как в частном, так и в государственном секторах. AVI – это региональный орган, отвечающий за руководство, выдачу лицензий и надзор в области медико-санитарной помощи. Задача этого учреждения – обеспечивать доступность высококачественных медико-санитарных услуг для всех граждан.

3.6 Права пациентов

В пенитенциарной системе здравоохранения всем заключенным гарантируется достойное обращение и соблюдается неприкосновенность их частной жизни. Пациент имеет право официально обратиться с жалобой на качество или доступность помощи, а на практике это делается путем подачи жалобы через канцелярию заместителя Омбудсмана.

3.7 Финансовые аспекты

Ответственность за расходы, связанные с лишением свободы, несет Уголовноисполнительное управление. У VTH есть собственный годовой бюджет. Немалая сумма бюджетных денег – около 1 миллиона евро, что составляет около 5% всего бюджета – тратится на лечение гепатита С, проводимое в соответствии

с Национальной стратегией. Заключением предоставляются медицинская помощь и лекарственные препараты полностью за счет государственного бюджета независимо от их

3.8 Охват услугами здравоохранения в пенитенциарных учреждениях и связанные с этим затраты

Годовой бюджет VTH довольно напряженный. За трехлетний период 2018- 2020 гг. годовые цифры составляли, соответственно, 18 млн евро, 19,1 млн евро и 19,3 млн евро. Бюджет покрывает расходы по оказанию помощи в медицинских пунктах VTH, помощи в больницах VTH, стоматологической помощи, специализированной медицинской помощи и других услуг, предоставляемых сторонними поставщиками, стоимость лекарственных препаратов, зарплату всего персонала, административно-хозяйственные расходы, дорожные расходы (врачи и медсестры могут обслуживать по несколько медпунктов), расходы на информационно-коммуникационную технологию и инициативы по развитию.

3.9 Медицинская информация

Все данные пациентов хранятся в электронной системе регистрации данных, которая используется всей организацией. Однако такие данные только хранятся, но в национальный архив (<https://www.kanta.fi/en/>) не передаются, главным образом из-за проблем совместимости и необходимости обновления программного обеспечения, которое предполагается завершить в 2020 г. После этого может быть начата передача медицинских данных из пенитенциарной системы в национальный архив. Это также поможет улучшить преемственность помощи. До тех пор, пока эти работы не будут полностью завершены, остается вариант распечатывания медицинских данных и выдачи распечатки на руки заключенным при выходе на свободу. Хотя по европейским меркам финская система информации здравоохранения может быть довольно продвинутой, все еще остается информация, которая на регулярной основе не собирается, и это затрудняет постоянный мониторинг состояния здоровья лиц, находящихся в заключении. Например, за 2019 год имеются данные о числе людей, пролеченных по поводу вирусного гепатита С (144 пациента из 280 выявленных), а также по поводу ВИЧ (выявлено 10 пациентов, из которых все получают лечение), но нет данных о числе лиц, прошедших полную иммунизацию против гепатита В (ВГВ). Следует отметить, что как показатель охвата антиретровирусной терапией (АРТ), так и показатель охвата населения прививками каждой вакциной в национальном календаре входят в число 100 показателей ВОЗ, используемых для оценки прогресса в достижении всеобщего охвата услугами здравоохранения.

4 Фактические данные о последствиях изменения модели стратегического руководства

До передачи ответственности за охрану здоровья в тюрьмах от Министерства юстиции к Министерству здравоохранения не было организации, осуществлявшей контроль или проверку медицинской помощи. После того, как эта передача состоялась, AVI и Valvira совместно провели проверки качества помощи во всех поликлиниках и больницах, обслуживающих людей, находящихся в заключении. После завершения первоначальных проверок всех учреждений была принята стратегия выборочной проверки, чтобы каждый год проверялись от трех до пяти учреждений. VTH на регулярной основе проводит самостоятельный контроль в соответствии со стандартными процедурами. Соблюдается главный принцип – прозрачность, поэтому результаты таких проверок можно получить от AVI по запросу (<https://www.avi.fi/web/avi/aluehallintovirastot>). Хотя данных, с помощью которых можно было бы объективно и количественно определить выгоды от изменения в стратегическом руководстве с клинической точки зрения и с точки зрения интересов людей, в публичном доступе пока нет, качество медико-

санитарной помощи, по мнению многих, после 2016 г. значительно улучшилось, главным образом благодаря тому, что был, наконец, по-настоящему реализован принцип эквивалентности медицинских услуг. После того, как произошла передача ответственности за пенитенциарное здравоохранение, стало легче набирать постоянный медицинский персонал.

Португалия⁴⁴

1. Общее описание пенитенциарной системы и системы здравоохранения

В Португалии медико-санитарное обслуживание заключенных, в том числе в центрах содержания под стражей для несовершеннолетних, является обязанностью государства. Все взрослые и несовершеннолетние, находящиеся под стражей, имеют право на получение медико-санитарной помощи по крайней мере такого же качества, которое доступно для населения в целом. Система пенитенциарного здравоохранения, находящаяся в ведении Главного управления по обслуживанию пенитенциарных учреждений и реинтеграции (DGRSP, или *Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais*), взаимодействует с Национальной службой здравоохранения Португалии (НСЗ-П), что позволяет предоставлять и использовать услуги НСЗ-П, если медицинские услуги DGRSP недостаточны. Таким образом, существует смешанная система охраны здоровья в местах лишения свободы: DGRSP – основной поставщик медицинской помощи в пенитенциарной системе и НСЗ-П, которая является дополнительной в случае неудовлетворенных потребностей.

1.1 Основные действующие субъекты

Совместную ответственность за систему пенитенциарного здравоохранения в Португалии несут Министерство юстиции (Управление DGRSP, предоставляющее базовую медико-санитарную помощь) и Министерство здравоохранения (предоставляющее при необходимости дополнительную помощь по поводу определенных нарушений здоровья). Все услуги и товары здравоохранения, предоставляемые заключенным в пенитенциарных учреждениях и несовершеннолетним, находящимся в образовательных центрах, координируются Центром компетенций по организации медико-санитарной помощи (CCGCS), входящим в структуру DGRSP.

1.2 Координация между основными действующими субъектами

Пенитенциарные учреждения функционально и организационно зависят от DGRSP и предоставляют всю первичную и некоторую специализированную медико-санитарную помощь всем заключенным, включая несовершеннолетних. Медицинские услуги доступны во всех пенитенциарных учреждениях, включая семейную медицину (общую практику) и сестринскую помощь. В некоторых пенитенциарных учреждениях также доступны услуги врачей-специалистов, таких как психиатры, психологи и стоматологи. Доступ к этим дополнительным специализированным услугам всегда гарантирован благодаря внутренней системе направлений, охватывающей всю пенитенциарную систему. С 2009 года в соответствии с законом все заключенные охватываются услугами Национальной системы здравоохранения (НСЗ-П). Таким образом, вся специализированная помощь, которая не может быть оказана службами охраны здоровья в местах лишения свободы, предоставляется НСЗ-П на равных условиях с населением в целом.

1.3 Исторический ракурс

До 80-х годов почти вся медико-санитарная помощь заключенным предоставлялась за счет ресурсов, предоставляемых Министерством юстиции, в

⁴⁴ Организационные модели пенитенциарного здравоохранения. Некоторые соображения по совершенствованию стратегического руководства. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2020 год. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

результате чего возникла модель самодостаточности. Во второй половине 80-х годов эта модель серьезно пострадала как из-за значительного увеличения числа заключенных, которое к тому времени удвоилось, так и из-за изменения социальных и личностных привычек тюремного контингента, для которого стало характерно более активное употребление наркотиков и учащение случаев инфекционных заболеваний и психических расстройств. Чтобы удовлетворить растущие потребности в медицинской помощи, пенитенциарные службы предприняли двойную стратегию, которая предполагала: укрепление модели самодостаточности за счет инвестиций в человеческие ресурсы, инфраструктуру и оборудование; и установление более тесного сотрудничества со структурами Министерства здравоохранения, что привело к созданию пилотной модели партнерства. В качестве примера такого сотрудничества можно привести соглашение, подписанное в мае 1987 года между факультетом психиатрии и охраны психического здоровья Медицинской школы Университета Нова в Лиссабоне и Управлением здравоохранения пенитенциарных служб. Это соглашение послужило катализатором создания психиатрической службы в тюремном отделении больницы Сан-Жуан-де-Душ в 1988 году и клиники психиатрической помощи и охраны психического здоровья Санта-Крус-ду-Биспо в 1994 году. Во второй половине 90-х годов количество заключенных в стране увеличилось на 30% по сравнению с 1985 годом и почти в 3 раза по сравнению с 1980 годом. Таким образом, система пенитенциарного здравоохранения столкнулась с ситуацией дисбаланса, при которой имеющихся ресурсов было недостаточно для удовлетворения потребностей в медицинской помощи у группы населения, для которой характерен высокий уровень распространенности серьезных нарушений здоровья (расстройства, связанные с употреблением наркотиков, ВИЧ-инфекция, гепатитные инфекции, туберкулез и психические расстройства). В этом контексте в 1996 году было опубликовано постановление Директората министерств, которое утвердило Программу действий для пенитенциарной системы, в основу которой были положены различные варианты стратегии. Произошла реструктуризация DGRSP, в ходе которой была создана Дирекция медицинских служб (DSS). Эта дирекция представляла собой техническую комиссию, предназначенную для реорганизации медицинских служб DGRSP. Позже DSS была заменена CCGCS (Центром компетенций по организации медико-санитарной помощи), подчиняющимся непосредственно генеральному директору. В 2009 году был принят Закон 115/2009, определяющий права заключенных. Эти права включают в себя:

- право быть пользователем услуг HC3-П;
- право иметь доступ к медико-санитарной помощи на таких же условиях, как и все граждане, обслуживаемые HC3-П;
- право на получение медико-санитарной помощи того же качества, что и население в целом;
- право на доступ к непрерывной медико-санитарной помощи в переходные периоды (поступление в тюрьму и освобождение из тюрьмы);
- право на постоянную социальную и экономическую поддержку, а именно, в вопросах социальной защиты, занятости, профессионального обучения, образования и здравоохранения.

В настоящее время в рамках этого соглашения о сотрудничестве изучается возможность интеграции медицинских данных из пенитенциарной системы в Систему общих служб Министерства здравоохранения (SPMS). Это также будет включать в себя возможность дальнейшего расширения доступа к врачам других специальностей в системе HC3-П, в том числе посредством телемедицины.

2 Характеристики пенитенциарных учреждений и заключенных

По состоянию на декабрь 2018 г. численность заключенных в Португалии составляла 12867 человек, из которых 285 считались невменяемыми. Согласно последним опубликованным официальным данным о вместимости тюрем в Португалии, она составляет 12 923 человека, т.е. заполняемость была на уровне 99,6%, и это ниже значения, приведенного в 2016 году в страновом профиле ВОЗ, где была указана переполненность тюрем на уровне 114% от общей вместимости. В течение 2018 года было зарегистрировано 5449 лиц, освободившихся из заключения, и 4876 поступивших в тюрьмы, что свидетельствует о значительной текучести контингента. По данным Европейской комиссии, Португалия считается страной, в которой средний срок заключения очень продолжительный – более чем на 25% продолжительнее среднего европейского срока. В декабре 2018 года 17% заключенных ожидали приговора, а среди осужденных наиболее частыми преступлениями были имущественные преступления (32,6%). Затем следовали преступления против личности (27,5%), а на третьем месте были преступления, связанные с наркотиками (15,7%). Последние относятся к торговле наркотиками, поскольку в отношении потребления наркотиков в Португалии принята политика декриминализации. Остальные категории включают преступления против государства (10,3%), преступления против общественного порядка (7,0%) и прочие преступления (6,9%). Большинство заключенных приговариваются к срокам до 9 лет, а чаще всего на срок от 3 до 6 лет.

Женщины составляют 6,4% от общего числа заключенных (828 человек). Большинство заключенных имеют португальское гражданство (10914 человека, или 84,8%), небольшая часть (1953 человека, или 15,2%) были иностранцами. Доля иностранцев среди женщин (20,8%) значительно выше, чем среди мужчин (14,8%). Средний возраст заключенных составлял 37,9 лет. Большинство заключенных относятся к возрастной группе 25-49 лет (72,0%), 14,6% входят в группу 50-59 лет. 6,5% заключенных имеют возраст старше 60 лет. Контингент малолетних заключенных (моложе 21 года) составляет 1,3% от общей численности.

3% заключенных неграмотны, еще 3% – это те, кто умеет читать и писать, но не имеет формального образования. У 2% уровень образования не определен. Подавляющее большинство имеют какой-либо уровень формального образования (92%). Из них почти одна треть закончили третий уровень базового образования (9 лет формальной школы, 30,9%), и лишь очень небольшая часть имеет законченное высшее образование (2,8%).

Структура инфекционных заболеваний в пенитенциарных учреждениях свидетельствует о значительном уровне заражения вирусом гепатита С: положительные результаты теста у 14,4% тюремного контингента. Указываемые в отчетности значения распространенности ВИЧ-инфекции значительно различаются в зависимости от источника и года и колеблются от 3,6 до 10%. Гепатит В встречается редко – доля положительных тестов составляет около 2,4%. Национальные данные о распространенности всех заболеваний, передающихся половым путем, отсутствуют, поскольку анализируются только данные о сифилисе. Что касается НИЗ, проведенное в женской тюрьме в Португалии исследование показало следующие цифры: тревожные расстройства около 44%, бессонница около 46%, депрессия 32%, гипертензия 21%, сахарный диабет 8% и онкологические заболевания 4%. Хотя эти значения не могут быть экстраполированы на весь контингент заключенных (и, вероятно, они не свободны от информационной систематической ошибки), они явно указывают на высокую распространенность нарушений психического здоровья в этом контингенте.

3 Предоставление медико-санитарной помощи

3.1 Введение

Оказание медико-санитарной помощи заключенным входит в круг ответственности DGRSP и координируется CCGCS, находящимся в непосредственном подчинении у генерального директора. Во всех пенитенциарных учреждениях есть медицинские службы как минимум с одной специализацией «семейная и общая медицина» (общая практика) и сестринская помощь. Эти медицинские службы оказывают первичную помощь и оценивают потребности в специализированной помощи, направляя заключенных в отделения, где оказывается такая помощь, как внутри пенитенциарной системы, так и в системе НСЗ-П. Право на получение медико-санитарной помощи в системе НСЗ-П имеют все португальские и иностранные заключенные.

3.2 Доступность

Как только заключенные приняты в пенитенциарное учреждение, медицинские работники проводят оценку состояния их здоровья. Сестринский прием назначается в первые 24 часа, после чего в течение первых 72 часов должно быть проведено медицинское обследование. В этой первоначальной оценке, проводимой медсестрой, используется формуляр, в котором записываются данные о жизненно важных функциях (путем наблюдения и оценки на месте показателей артериального давления, частоты сердечных сокращений, гликемии и насыщения крови кислородом), необходимые данные из истории болезни, данные о принимаемых лекарствах и специальных оценках признаков и симптомов туберкулеза. В этих оценках используется шкала Нортон, для которой собирается информация по пяти основным параметрам: физическое состояние, состояние психического здоровья, активность, подвижность и недержание. В большинстве тюрем своего провизора нет, поэтому выдачу лекарств осуществляет техник-фармацевт, который контролирует закупки и пополнение запасов медикаментов из одной местной общинной аптеки, выбираемой ежегодно путем публичного тендера.

Тесты не являются обязательными, но в соответствии с установленным порядком предлагаются при поступлении в пенитенциарное учреждение с возможностью отказа и повторяются ежегодно. При выявлении положительных случаев ВИЧ или ВГС таким заключенным назначается прием в больнице, с которой существует договоренность, и, если результат подтверждается, больница регистрирует информацию о каждом случае в национальной базе данных. После первоначальной оценки на туберкулез применяется алгоритм, по которому при обнаружении двух или более характерных признаков или симптомов оформляется заявка на рентгеновское обследование. Это обследование проводится в мобильных рентгеновских кабинетах, находящихся в ведении Главного управления здравоохранения, которые приезжают в тюрьму через 2-3 недели. В случае подтверждения туберкулеза ответственность за уведомление возлагается на пенитенциарную систему. Во всех тюрьмах также проводится скрининг на инфекции, передаваемые половым путем, и на состояние полости рта сразу или вскоре после поступления. Незаконное употребление наркотиков и употребление алкоголя также оценивается при поступлении в пенитенциарное учреждение на основании клинического наблюдения медсестры в сочетании с информацией самого заключенного. Когда у заключенного определяется наличие абстинентного синдрома, немедленно устанавливается связь с врачом, чтобы начать соответствующее лечение. Также при поступлении проводится скрининг на онкологические Португалия 17 заболевания с учетом возраста и пола и согласно законодательно утвержденному руководству Главного управления здравоохранения для населения в целом. В этом руководстве указано, что

скрининг населения в системе НСЗ-П в первую очередь нацелен на лиц без симптомов для выявления ранней стадии рака молочной железы (женщины в возрасте 50- 69 лет), рака шейки матки (женщины в возрасте 25-60 лет) и рака прямой и толстой кишки (лица обоего пола в возрасте 50-74 лет). Более чем в половине пенитенциарных учреждений есть службы поддержки психического здоровья, предоставляющие широкий выбор методов лечения расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, включая ЗТО, детоксикацию с агонистами опиоидных рецепторов и без них, группы взаимной поддержки/самопомощи и другие психосоциальные методы лечения. Всем заключенным, имеющим для этого основания, предлагается полная схема вакцинации против гепатита В. В соответствии с соглашением о сотрудничестве, подписанным между DGRSP и Министерством здравоохранения, в пенитенциарных учреждениях доступно раннее выявление и лечение туберкулеза. Заключенные также имеют доступ к специализированному лечению инфекционных заболеваний, включая лечение по поводу ВИЧ/СПИДа и вирусного гепатита, на условиях, эквивалентных условиям, предоставляемым всему населению.

3.3 Спектр оказываемых услуг, в том числе по поводу специфических проблем здоровья и специфическим группам

Если во время первоначального медосмотра или последующего пребывания в тюрьме у заключенного обнаруживается какое-либо нарушение здоровья, требующее особой помощи, и если медицинские услуги, требующиеся для его лечения, недоступны, нуждающихся в помощи направляют в другое пенитенциарное учреждение, где имеются условия для лечения выявленного нарушения здоровья (например, в области психиатрии или стоматологии), или в больницы системы НСЗ-П в данном регионе. В некоторых тюрьмах есть отделение, свободное от наркотиков, число мест в котором ограничено и в котором пребывание построено на принципах «терапевтической общины».

3.4 Преемственность помощи

Когда люди поступают в пенитенциарное учреждение, медицинские работники связываются с поставщиками амбулаторной или стационарной помощи в системе НСЗ-П для получения необходимых медицинских данных (по состоянию на 2020 год доступа к электронной карте больного, которая имеется в системе НСЗ-П, пока еще нет). Этот контакт имеет целью выявить проблемы, связанные со здоровьем или лечением, чтобы обеспечить преемственность помощи в пенитенциарной системе (например, предоставление ЗТО). Проверка соответствия медикаментозного лечения теперешнему состоянию заключенного не проводится, так как общее правило состоит в том, чтобы продолжать то же лечение, которое проводилось до заключения. Когда заключенный выходит из тюрьмы, ему дается на руки выписка из истории болезни для передачи своему врачу в системе НСЗ-П и недельный запас лекарств, чтобы предупредить непреднамеренное прерывание лечения хронического состояния. В случае ЗТО заключенный имеет с собой справку об освобождении, чтобы он мог сразу пойти в одно из отделений НСЗ-П, имеющих в сообществе, и получить немедленный доступ к необходимым лекарствам.

3.5 Качество помощи

Все несовершеннолетние и взрослые, лишённые свободы, имеют доступ к медицинскому обслуживанию как минимум такого же качества, что и у всего населения. Предоставляемая помощь соответствует руководящим принципам и нормам, изданным Главным управлением здравоохранения. Стоматологическая помощь заключенным оказывается бесплатно за счет DGRSP без какой-либо формы дополнительной платы со стороны заключенного. То же самое относится

и к лекарствам, которые выдаются заключенному бесплатно; связанные с этим расходы покрываются НСЗ-П (компенсируемая часть такая же, как и для населения в целом), а оставшаяся часть финансируется из тюремного бюджета.

3.6 Права пациентов

Заключенные имеют такие же права пациента, как и все остальное население. Португальское государство в отношении прав пациентов соблюдает международные правила.

3.7 Финансовые аспекты

Система охраны здоровья в местах лишения свободы полностью финансируется из бюджета DGRSP. Действующая система гарантирует, что вся медико-санитарная помощь предоставляется всем заключенным совершенно бесплатно, без необходимости каких-либо соплатежей даже за те услуги и продукты, для которых схема соплатежей действует для населения в целом.

Во всех тюрьмах и центрах содержания под стражей для несовершеннолетних имеются клинические службы, где доступны услуги сестринской помощи и семейной медицины. Кроме того, в некоторых пенитенциарных учреждениях доступна специализированная помощь через существующую сеть направлений к специалистам в таких областях, как психиатрия, психология, стоматология и инфекционные болезни. Если такая сеть направлений недоступна, заключенные могут обращаться в структуры НСЗ-П, в зоне влияния которых находится пенитенциарное учреждение. Вне зависимости от того, какая действует система доступа к услугам, все услуги предоставляются всем заключенным бесплатно.

4 Фактические данные о последствиях изменения модели стратегического руководства

Важно отметить, что в отличие от других стран, представленных в этом документе, управление медицинским обслуживанием в местах лишения свободы в Португалии формально не перешло к Министерству здравоохранения и по-прежнему находится в ведении Министерства юстиции. Однако, как было указано во введении, между министерствами имеются соглашения о сотрудничестве с целью улучшения состояния здоровья заключенных и повышения качества функционирования обслуживающей их системы здравоохранения. В этом разделе представлены некоторые данные, чтобы продемонстрировать эти улучшения. В начале 2017 года был принят протокол о сотрудничестве между НСЗ-П и пенитенциарной системой, на основании которого была реализована конкретная схема действий. Благодаря принятому протоколу в медицинском обслуживании заключенных начались периодические посещения пенитенциарных учреждений врачами-специалистами НСЗ-П и проводятся необходимые осмотры и обследования. Все заключенные, прошедшие курс лечения, выздоровели, что привело к экономии бюджетных средств.

Принятие этого протокола предотвратило не менее десяти посещений больницы на одного человека. При каждом посещении сопутствующие расходы включают в себя топливо для фургона для перевозки заключенных, связанные с перевозкой амортизационные расходы на автомобиль и время сопровождающего персонала. Учитывая, что в течение указанного года лечение по поводу ВГС прошли 68 заключенных, удалось сэкономить расходы на 680 посещений больницы. Когда протокол вступил в силу, в пенитенциарных учреждениях находилось 215 человек с диагнозом ВГС, что составляло 18% от общего числа заключенных на тот момент. Большинство из них (79%) были инфицированы только вирусом гепатита С, а 21% были одновременно инфицированы ВИЧ. Среди тех, у кого был только ВГС, 50% имели положительную вирусную нагрузку, поэтому они соответствовали критериям лечения. Некоторые освободились из заключения или были переведены в другие пенитенциарные учреждения, но 80% завершили лечение.

Всего от гепатита С было излечено 68 человек. Организация врачебных приемов в пенитенциарных учреждениях стала огромным вкладом в обеспечение благополучия заключенных и защиты их человеческого достоинства, поскольку им больше не нужно было часами ждать в больнице в наручниках и в сопровождении тюремного надзирателя. Этот протокол является хорошим примером успешного партнерства, преимущества которого очевидны как для получателей лечения, так и – учитывая потенциальную экономию затрат – для системы здравоохранения. Фактически этот успех привел к распространению протокола на другие пенитенциарные учреждения в том же регионе (Санта-Крус-ду-Биспо, женская тюрьма). Позже, с принятием постановлений 6542/2017 и 283/2018, этот протокол был распространен на все тюрьмы Португалии. Создание аналогичных партнерств в будущем также может быть полезно и для лечения других заболеваний.

Англия⁴⁵

1. Общее описание пенитенциарной системы и системы здравоохранения

Соединенное Королевство имеет давнюю историю развития норм надлежащей практики, совершенствования систем сбора данных и аналитической информации и проведения новых исследований в области пенитенциарного здравоохранения. Это одна из немногих стран в мире, в которых еще в 2006 г. произошла передача ответственности за оказание медико-санитарной помощи в тюрьмах от Министерства юстиции к Департаменту здравоохранения (переименованному в январе 2018 г. в Департамент здравоохранения и социальной помощи – ДЗСП). Спустя 10 лет, в 2016 г. Управление общественного здравоохранения Англии опубликовало «Экспресс-обзор фактических данных о влиянии на итоговые показатели здоровья медицинских услуг, оказываемых по заказу НСЗ людям, находящимся в учреждениях строгого режима и в учреждениях для содержания под стражей, выполненный для определения будущих медицинских вмешательств и приоритетов в Англии». Краеугольным камнем в организации пенитенциарного здравоохранения в Соединенном Королевстве является признание его важности как части общественного здравоохранения, а также принцип эквивалентности медико-санитарной помощи относительно гражданских систем здравоохранения. Организация и координация действий всех заинтересованных ведомств и ресурсов, задействованных в охране здоровья и благополучия лиц, находящихся в местах лишения свободы, является общегосударственной заботой и демонстрирует осязаемые примеры того, как такие принципы были воплощены в жизнь в Соединенном Королевстве. Работа над созданием такой системы пенитенциарного здравоохранения, которая была бы сравнима с системой в обществе как по стандартам, так и по исходам помощи, представляет собой итеративный процесс повышения качества. Процессы в созданных децентрализованных администрациях в Соединенном Королевстве проходили в русле совершенствования политики на местах. В Уэльсе передача ответственности за оказание медико-санитарной помощи в пенитенциарных учреждениях местным комиссиям по здравоохранению произошла в 2006 г., тогда же, когда и в Англии. В Шотландии передача была осуществлена в 2011 г., а в Северной Ирландии она была завершена в 2012 г. Данное ситуационное исследование посвящено опыту Англии как имеющей самое большое пенитенциарное хозяйство со сложной системой здравоохранения.

1.1 Основные действующие субъекты

В Англии медицинское обслуживание заключенных финансируется входящим в структуру правительства Департаментом здравоохранения и социальной помощи

⁴⁵ Организационные модели пенитенциарного здравоохранения. Некоторые соображения по совершенствованию стратегического руководства. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2020 год. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

(ДЗСП). Медико-санитарные услуги заказываются Национальной службой здравоохранения Англии (НСЗ)/Национальной службой совершенствования здравоохранения (НССЗ) у таких поставщиков медико-санитарной помощи, как действующие на местном уровне поставщики помощи, входящие в НСЗ (например, больничные трасты), и частные компании-поставщики медикосанитарной помощи. Услуги первичной медико-санитарной помощи и некоторые специализированные медицинские услуги предоставляются в тюрьмах, а за получением вторичной медицинской помощи или неотложной/третичной помощи заключенные обращаются в местные больницы, обслуживающие все население.

1.2 Координация между основными действующими субъектами

Признание того факта, что в тюрьме медицинские услуги предоставляются в условиях отправления правосудия и требуют строгого согласования подходов и ресурсов, привело к разработке Национального соглашения о партнерстве в сфере пенитенциарного здравоохранения в Англии. Соглашение между Службой тюрем и пробакии Ее Величества (HMPPS), Управлением общественного здравоохранения Англии и НСЗ Англии действует с 2013 г. (официально оно было подписано в 2015 г.) после принятия Закона о медицинской и социальной помощи (2012 г.) и направлено на то, чтобы оказывать поддержку в вопросах заказа и предоставления услуг медикосанитарной помощи в английских тюрьмах. В 2018 г. к первоначальному трехстороннему партнерству присоединились Министерство юстиции и ДЗСП. Это означало выход на уровень еще более тесного сотрудничества и спаянности между всеми теми ведомствами, которые могут влиять на политику, заказы и предоставление услуг медико-санитарной и социальной помощи в тюрьмах Англии, входящих как в государственный, так и в частный сектор.

В Национальном соглашении о партнерстве оговорены:

- строго определенные функции всех пяти партнеров;
- их обязательство сотрудничать и разделять подотчетность за предоставление услуг через взаимосвязанные структуры стратегического руководства;
- их основные цели и приоритеты и рабочие планы, содержащие подробное описание мероприятий по выполнению приоритетных задач;
- процессы, в рамках которых партнеры должны вместе работать над улучшением качества данных и доказательной базы с целью углубления понимания потребностей заключенных в медицинской помощи и повышения качества услуг здравоохранения и социальной помощи, оказываемых заключенным.

Три основные цели соглашения о партнерстве состоят в следующем:

- укрепить здоровье и благополучие заключенных и сократить неравенства в отношении здоровья;
- снизить число случаев повторных правонарушений и поддержать реабилитацию путем воздействия на связанные со здоровьем факторы, подталкивающие к противоправному поведению; и
- обеспечивать доступ к помощи и ее преемственность во всей пенитенциарной системе, до тюремного заключения и после тюремного заключения и далее в обществе.

За общий надзор и повседневное руководство выполнением данного соглашения и достижение согласованных общих целей отвечает Национальная комиссия по пенитенциарному здравоохранению. Комиссия осуществляет надзор за рисками для партнерства, обеспечивает их снижение и разрешение споров. Каждый из пяти участников партнерства в равной мере разделяет ответственность за

функционирование Национальной комиссии по пенитенциарному здравоохранению. Комиссия собирается четыре раза в год и регулярно пересматривает приоритеты в рамках соглашения; ныне действующий план работы по выполнению соглашения рассчитан на период 2018–2021 гг. Стратегическое руководство на уровне учреждений осуществляется путем формирования и организации работы местных комиссий по исполнению соглашения, возглавляемых начальником тюрьмы или директором частных тюрем и включающих в свой состав представителей службы обеспечения режима, медицинской службы, наркологической службы и кураторов по услугам социальной помощи из местных органов власти. Деятельность местных комиссий по исполнению соглашения должна строиться на местном «Соглашении об исполнении», в котором должно быть прописано, как нужно вести работу в рамках партнерства на местном уровне по обеспечению исполнения соглашения.

1.3 Исторический ракурс

Исторические события, под влиянием которых сформировалась практика принятия решений по вопросам пенитенциарного здравоохранения в Соединенном Королевстве, демонстрируют взаимодействие между подходом к пенитенциарному здравоохранению с позиции прав человека, политической волей и процессом образования центральных, общегосударственных органов для обеспечения развития пенитенциарного здравоохранения. В ходе этой эволюции ключевая роль принадлежала стратегическому документу НСЗ Англии «Стратегическое направление развития медицинского обслуживания в системе правосудия: 2016–2020 гг».

2. Характеристики пенитенциарных учреждений и заключенных

В настоящее время в Англии действуют 110 тюрем, но их число увеличивается. Тюремной системой управляет Служба тюрем и пробации Ее Величества (HMPPS), также осуществляющая руководство пятью тюрьмами в Уэльсе. Также 15 тюрем имеется в Шотландии и три в Северной Ирландии, но HMPPS они не подчиняются. Ответственность за работу тюрем децентрализована, поэтому тюремная статистика Соединенного Королевства публикуется отдельно по Англии и Уэльсу (Министерство юстиции), по Шотландии (Шотландское правительство) и по Северной Ирландии (Департамент юстиции). По Англии, Уэльсу и Шотландии данные о численности тюремного контингента даются еженедельно, по Северной Ирландии – ежеквартально. В докладе о статистике контингента тюрем в Соединенном Королевстве, опубликованном в июле 2020 г., содержится разнообразная информация; приводятся данные об общей численности заключенных, которая составила примерно 87 900 человек, в том числе 79 453 человека в Англии и Уэльсе, 7 004 в Шотландии и 1 484 в Северной Ирландии. В мае 2019 г. в Англии и Уэльсе переполненными были 62% тюрем. Сроки тюремного заключения в 2020 г. были более длительными по сравнению с 2010 г. Наиболее распространенный отбываемый срок заключения, определенный в судебном приговоре, по состоянию на конец марта 2020 г. был более 4 лет: такой срок был у примерно 48% контингента, имеющего приговор. Число людей, с которыми работает система уголовного правосудия, намного превышает число людей, находящихся в тюрьмах. Все люди, отбывающие наказание, связанное с лишением свободы, приходят из общества и почти все они после отбытия срока возвращаются в свое прежнее или в какое-либо другое сообщество.

В любой данный момент соотношение числа правонарушителей, находящихся под надзором служб пробации, к числу правонарушителей, отбывающих наказание в заключении, составляет примерно 3 к 1. Есть много других статистических данных о тюремном контингенте в Англии и Уэльсе, которые

приводятся в «Ежеквартальном статистическом сборнике по работе с правонарушителями», публикуемом Министерством юстиции. Один из основных выводов, который делается в докладе, сводится к тому, что тюремный контингент стареет. В 2002 г. заключенных в возрасте до 21 года было 16%, а в 2019 г. – 6%, доля заключенных старше 50 лет возросла с 7% в 2002 г. до 16% в 2019 г. В 2018 г. женщины составляли 5% общей численности заключенных. Иностранные граждане составляли 11% контингента. На долю представителей этнических меньшинств приходилось 27% всех заключенных (среди населения в целом их доля составляет 13%). Многие люди, столкнувшиеся с системой уголовного правосудия, имеют множественные и сложные потребности. По сравнению со всем населением заключенные испытывают целый ряд социальных проблем и расстройств физического и психического здоровья, функциональных нарушений и проблем, препятствующих их равноправному участию в жизни общества. Распространенность потребностей среди правонарушителей, проживающих в обществе, может быть аналогичной по характеру, но не всегда аналогична по степени потребностей. Поскольку всеобъемлющей информации о потребностях в медицинских услугах среди правонарушителей, живущих в обществе, мало, в качестве косвенного показателя используются данные по тюремному контингенту.

3 Предоставление медицинской помощи

3.1 Введение

Непременным условием предоставления нужной и правильной помощи является понимание потребностей заключенных. Для выявления потребностей и определения услуг, предоставляемых в данное время, в Англии принят подход, предусматривающий оценку потребностей в медицинской и социальной помощи, а также был проведен анализ недостатков с целью определения уровня эквивалентности между медицинскими услугами в тюрьмах и в обществе. Такой подход предполагает проведение бесед непосредственно с заключенными об их потребностях, собеседований с персоналом тюрьмы, а также анализ медико-санитарной документации и данных о пользовании услугами и о предоставлении услуг. Для определения услуг, которые должны предоставляться в тюрьме, уполномоченные по заказу медицинских услуг используют разработанное Управлением общественного здравоохранения Англии методическое пособие по оценке потребностей «Здравоохранение и правосудие». Управление также разработало пособие специально для оценки потребностей заключенных пожилого возраста.

3.2 Доступность

Управление по вопросам здравоохранения и правосудия НСЗ Англии отвечает за заказ услуг медико-санитарной помощи детям, подросткам и взрослым во всех режимных учреждениях и учреждениях содержания под стражей, в число которых входят тюрьмы, режимные учреждения для детей и подростков, полицейские и судебные службы междисциплинарной помощи и замены лишения свободы на альтернативные меры воздействия и центры содержания под стражей иммигрантов перед выдворением. Это управление отвечает за организацию заказов услуг на сумму 503 млн фунтов стерлингов для удовлетворения широкого спектра потребностей в медицинской помощи и уходе во всех учреждениях содержания под стражей и режимных учреждениях, а также в службах помощи жертвам сексуального надругательства/насилия. Заказы услуг Управления НСЗ по вопросам здравоохранения и правосудия организуют 7 бригад специалистов этого управления в семи регионах (Северо-Запад, Северо-Восток, Центральные районы Англии, Восток, Юг, Юго-Запад и Лондон). Служба организации заказов Управления поддерживает полноценные связи с Группами по организации заказа клинических услуг (ГКУ) и местными органами власти, чтобы обеспечивать

постоянное предоставление социальной помощи в режимных учреждениях и преемственность помощи людям, которые приходят в эти учреждения и выходят из них в общество. Заказ медицинских услуг организуется в соответствии с назначенными врачом условиями исходя из стандартов на доказательной основе, публикуемых Национальным институтом клинического совершенства (NICE), которые касаются физического здоровья заключенных и в которых содержатся указания в отношении оценки, диагностики и ведения нарушений физического здоровья заключенных. Эти стандарты предназначены для укрепления здоровья и благополучия тюремного контингента, способствуя более согласованной помощи и применению более действенных подходов к назначению лечения, отпуску лекарственных препаратов и контролю за их применением.

Каждый заключенный при поступлении в тюрьму проходит медицинский осмотр, который проводит медицинская сестра, и затем в случае необходимости в течение недели или даже в течение 24 часов после поступления проводится углубленная оценка. Состояние здоровья заключенного оценивается и назначаются и выдаются любые необходимые лекарственные препараты. Оценка включает диагностику, ведение и лечение инфекционных болезней (ВИЧ, гепатит, туберкулез и т.д.), а также хронических заболеваний (сахарный диабет, астма и т.д.). Если требуется дополнительное клиническое обследование, такое обследование организуется: назначается прием у врача или выдается направление на услуги вторичной медицинской помощи. Проводится скрининг с целью выявления инфекционных болезней и при необходимости заказывается прием у врача. Всем нуждающимся предоставляются услуги стоматологической помощи, подиатрии и оптометрии, а также помощь в области психического здоровья. Медицинские работники оценивают потребность в рецептурных лекарственных препаратах, и заключенный может получить их через тюремного фармацевта. Когда есть возможность, медицинские работники связываются с прежним лечащим врачом пациента в первичном звене, чтобы получить выписку из медицинской документации и список лекарственных препаратов, которые были назначены как можно ближе по времени к поступлению в тюрьму. Кадры пенитенциарного здравоохранения организуются поставщиками медикосанитарной помощи. При заказе всех предоставляемых услуг указывается требование о том, чтобы медицинский персонал соответствовал стандартам, применимым к персоналу, оказывающему такие же услуги в обществе. Существует несколько профессиональных организаций, которые обеспечивают методическое руководство и стандарты для медицинского персонала в тюрьмах: это Королевская коллегия по сестринскому делу, Королевская коллегия врачей общей практики, Королевская коллегия психиатров. Какая-либо определенная численность кадров не оговаривается, поскольку идея состоит в том, чтобы услуги заказывались исходя из желаемых итоговых показателей здоровья, а это подразумевает, что поставщики медицинской помощи сами принимают решение относительно необходимых кадров на основании выявленных потребностей в медицинской помощи.

3.3 Спектр оказываемых услуг, в том числе по поводу специфических проблем здоровья и специфическим группам

Услуги в области психического здоровья определяются методическим руководством NICE по охране психического здоровья, которое охватывает оценку, диагностирование и ведение нарушений психического здоровья у взрослых (18 лет и старше), соприкасающихся с системой уголовного правосудия. Цель этого методического руководства состоит в укреплении психического здоровья и благополучия в этом контингенте, для чего устанавливаются принципы оценки и ведения нарушений и поощряется усиление координации в планировании помощи и организации услуг во всей системе уголовного правосудия. Услуги социальной

помощи заказываются и предоставляются местным органом власти (местным советом), как и для гражданского населения. Для оценки потребности в социальной помощи нужно, чтобы соответствующие службы приходили в тюрьму. Заключенным выдаются направления на получение поддержки в тюрьме, такой как специальное оборудование, оплачиваемое местным органом власти, или физическая адаптация тюремной окружающей среды, оплачиваемая тюрьмой. Во время оценки при поступлении или позже во время пребывания под стражей могут быть выявлены проблемы, связанные с доступностью услуг (например, проблемы языка, необучаемость), или окажется, что требуются какие-то специфические услуги для удовлетворения потребностей заключенного в медицинской помощи, например, проблемы, связанные с принадлежностью к лесбиянкам, гомосексуалистам, бисексуалам, трансгендерам и квирам (ЛГБТК), или особые требования, связанные с вероисповеданием. Если выявляются такие проблемы, предусмотрена специальная поддержка: например, заказываются услуги переводчика, предоставляются легкие для чтения адаптированные материалы или предоставляется доступ к поддержке через организации благотворительного сектора.

3.4 Преемственность помощи

Заключенные могут отбывать наказание в тюрьме далеко от дома, и из-за этого может возникнуть проблема обеспечения преемственности помощи при поступлении в тюрьму и при выходе на свободу. У всех пациентов в системе Национальной службы здравоохранения имеется свой персональный медицинский номер (номер НСЗ), который можно использовать для получения доступа к их медицинской документации при поступлении в тюрьму, и это помогает в оценке потребностей в медицинской помощи при поступлении. В настоящее время ведется работа по обеспечению возможности связывания медицинской документации, заведенной в тюрьме, с общей медицинской документацией пациента, которая имеется в гражданской системе, чтобы поддержать продолжение помощи после выхода на свободу. Принимаются все меры к тому, чтобы все люди, освобождающиеся из заключения, становились на учет у врача первичного звена в том районе, в который они переселяются, выйдя из тюрьмы. Если есть возможность, при выходе заключенного из тюрьмы принимающему его поставщику первичной медикосанитарной помощи (врачу общей практики, семейному врачу) направляется выписка из истории болезни. Как вариант, выходящему на свободу лицу дается распечатка его/ее медицинской документации за все время, проведенное в заключении, для передачи своему новому ВОП или семейному врачу. Если требуются рецептурные лекарственные средства, освобождающийся из тюрьмы заключенный получает небольшой запас такого средства или рецепт, в зависимости от назначенного лекарства. Тюремные медицинские службы тесно взаимодействуют со службами в обществе, чтобы наилучшим образом обеспечить преемственность и непрерывность помощи. Общенациональный долгосрочный план Национальной службы совершенствования здравоохранения Англии включает оказание услуг в области здравоохранения и правосудия, позволяющее уменьшить неравенства в отношении здоровья; часть этих усилий направлена на увеличение средств, вкладываемых в предоставление услуги по оказанию поддержки людям в получении доступа к медицинским услугам в обществе после освобождения (программа RECONNECT). Есть понимание того, что предупреждение ухудшения здоровья после выхода бывшего заключенного на свободу путем восстановления прочных связей со службами здравоохранения в обществе будет способствовать снижению неравенств в отношении здоровья в этой группе уязвимых пациентов и

будет побуждать их к тому, чтобы они лично отвечали за удовлетворение собственных потребностей в медицинской помощи.

Одной из трудностей, которые могут помешать получению доступа к медикосанитарной помощи после выхода из тюрьмы, является отсутствие постоянного места жительства, из-за чего может быть прекращен контакт и нарушена связь, а также процесс оформления необходимых документов для различных государственных программ социального обеспечения.

3.5 Качество помощи

Наряду с оценками потребностей в медицинской помощи, которые проводятся в тюрьмах перед заказом услуг для их удовлетворения, Национальная служба совершенствования здравоохранения Англии собирает данные от поставщиков медико-санитарной помощи по целому ряду показателей, позволяющих оценивать качество предоставления медицинских услуг; к ним относятся показатели процесса и показатели результатов (они называются «Показателями функционирования системы здравоохранения и правосудия»). С 2014 г. агрегированные данные, подтверждающие предоставление и качество медицинской помощи, заказанной Национальной службой совершенствования здравоохранения, во всех пенитенциарных учреждениях каждый квартал извлекаются поставщиками на уровне учреждений и обрабатываются централизованно для составления региональных и общенациональных отчетов.

3.6 Права пациентов

Заклученных лечат как пациентов НСЗ точно так же, как и всех остальных людей в обществе. Принцип эквивалентности заложен в практике заказа услуг медико-санитарной помощи. Королевская коллегия врачей общей практики опубликовала заявление с изложением своей позиции, в котором разъяснила, как следует определять эквивалентность помощи в режимных учреждениях. Заявление гласит, что заключенным должны «предоставляться необходимые им услуги или лечение или доступ к таким услугам или лечению», которые «как минимум соответствуют по диапазону и качеству тому, что доступно во всем обществе».

3.7 Финансовые аспекты

Бюджет Национальной службы совершенствования здравоохранения Англии, выделяемый на услуги в области здравоохранения и правосудия, в настоящее время составляет примерно 500 млн фунтов стерлингов. Каждый регион в Соединенном Королевстве публикует данные о расходах на одного заключенного или на одно место в тюрьме. В 2017-18 гг. средние расходы на содержание одного места в тюрьме составляли 39 385 фунт стерлингов в Англии и Уэльсе, 35 601 фунт стерлингов в Шотландии и 54 893 фунт стерлингов в Северной Ирландии.

3.8 Охват услугами здравоохранения в пенитенциарных учреждениях и связанные с этим затраты

Так же, как и во всем обществе, любая медицинская помощь предоставляется бесплатно там, где она нужна. Заключенные не платят за рецептурные лекарственные средства (и за их назначение). Лекарственные средства и другие предметы, предоставляемые в порядке охраны здоровья (например, презервативы), выдаются медицинскими службами.

3.9 Медицинская информация

Имеется протокол обмена информацией, устанавливающий принципы, которые должны быть соблюдены для получения доступа к информации; при этом обеспечивается сохранение прав данного лица и соблюдение требований Общего положения о защите данных. В настоящее время ведется работа над созданием Информационной системы здравоохранения и правосудия. Эта система даст возможность последовательно, в автоматическом режиме извлекать из множества сайтов данные пенитенциарных служб, касающиеся здоровья, важную информацию, такую как записи на прием у врача и информация об имеющихся

рисках, и обмениваться необходимой информацией между всеми системами и соединять медицинскую документацию с документацией, которая ведется в обществе, для обеспечения преемственности помощи при поступлении в тюрьму и при выходе на свободу. Есть межведомственная, межучрежденческая группа стратегического руководства, занимающаяся реформами в пенитенциарной системе, одним из направлений работы которой являются данные и аналитическая информация.

4 Фактические данные о последствиях изменения модели стратегического руководства

Передача ответственности за пенитенциарное здравоохранение от Министерства юстиции к Департаменту здравоохранения была инициирована докладом «Будущая организация пенитенциарного здравоохранения» (1999 г.), в котором оценивались масштабы проблем и сложившееся к тому времени положение дел и который был подготовлен как ответ на выводы резко критического доклада Инспекции тюрем Ее Величества, опубликованного в 1996 г. В статье об этих реформах в пенитенциарном здравоохранении, опубликованной в 2006 г. в *American Journal of Public Health*, приводились рассуждения о выгодах для пенитенциарного здравоохранения от передачи ответственности Департаменту здравоохранения и НСЗ на фоне того состояния пенитенциарного здравоохранения, которое было описано в докладе Инспекции тюрем Ее Величества. В статье назывались выгоды от системы заказа медицинских услуг, такие как повышение прозрачности, оценка потребностей в медицинской помощи на доказательной основе, преодоление профессиональной изоляции медицинских работников, улучшение качества помощи и включение тюремных контингентов в более широкие программы общественного здравоохранения. Через десять лет, в 2016 г. Управлением общественного здравоохранения Англии был проведен «Экспресс-обзор фактических данных за десятилетний период о влиянии медицинских услуг, заказываемых НСЗ, на итоговые показатели здоровья у лиц, находящихся в учреждениях строгого режима и в учреждениях для содержания под стражей, с целью определения будущих медицинских вмешательств и их приоритетности в Англии». В ходе обзора было установлено, что после передачи ответственности Департаменту здравоохранения наблюдается значительное улучшение в организации заказа и предоставления медицинских услуг, приведшее к улучшению итоговых показателей здоровья у заключенных. Для оценки этого в количественном выражении достоверных данных, полученных по строгой научной методике, мало, однако результаты качественных исследований показали наличие широкого спектра сильных сторон в таких областях как стратегия и лидерство, данные и аналитическая информация, непосредственное оказание услуг пациентам и взаимодействие с заключенными с целью выработки оптимальной структуры услуг и способа их предоставления. Одним из главных вопросов, возникших на международном уровне через некоторое время после выхода в свет в 2013 г. краткого аналитического обзора ВОЗ по стратегическому руководству охраной здоровья в местах лишения свободы, стала задача количественной оценки последствий изменений в стратегическом руководстве пенитенциарным здравоохранением в результате перехода ответственности от Министерства юстиции Министерству здравоохранения. Будучи одной из первых в деле выработки рекомендаций, изложенных в документе 2013 года, Англия не предпринимала подробного исследования для количественной оценки исходной ситуации, касающейся итоговых показателей здоровья до и после перехода. Какие-либо твердые выводы на основании сравнения итоговых показателей здоровья заключенных до и после перехода делать трудно: этому мешает влияние других примешивающихся

переменных, таких как изменения и улучшения в разрабатываемых показателях и в системах данных. Несомненно, это могло бы быть весьма ценным дополнением к подготовительной фазе перехода.

Одной из трудностей в организации пенитенциарного здравоохранения в Англии является то, что несмотря на установленные общенациональные технические условия на медицинские услуги, которые заказываются для тюрем на основе полученных результатов, социальная помощь финансируется и предоставляется государственными учреждениями той местности, в которой расположена тюрьма. Также могут возникать затруднения в обеспечении преемственности помощи из-за раздробленности системы предоставления медицинской помощи в обществе; например, услуги в области психического здоровья и вторичная медико-санитарная помощь организуются через небольшие местные организации (группы, уполномоченные заказывать клинические услуги), а услуги, связанные со злоупотреблением психоактивными веществами и с охраной сексуального здоровья, заказываются через местные государственные учреждения. Хотя это дает возможность заказа именно того, что необходимо для местного сообщества, многое зависит от партнерского сотрудничества между системами. Примером разумной практики, которая, как считается, укрепляет позитивную модель медицинской помощи и формы ее предоставления в тюрьмах, является акцент на формирование общенационального партнерства на принципах общественного здравоохранения в планировании медицинских услуг исходя из оценок потребностей и количественной оценки исходов и процессов с помощью систем сбора и обработки данных и эпиднадзора. Важным принципом, который необходимо соблюдать в развитии и предоставлении медицинской помощи в тюрьмах, является прозрачность. В Англии есть много определенных законом организаций, которые внимательно следят за состоянием пенитенциарного здравоохранения, и их доклады и публикации рассматриваются на уровне Национальной комиссии по вопросам пенитенциарного здравоохранения.

Франция⁴⁶

1 Общее описание пенитенциарной системы и системы здравоохранения

1.1 Основные действующие субъекты

1.1.1 Пенитенциарная система

Французская пенитенциарная система регулируется Министерством юстиции и состоит из 190 тюрем, разбросанных по всей территории Франции. Этими учреждениями являются учреждения для несовершеннолетних; учреждения для содержания под стражей (*maisons d'arret*) лиц, ожидающих суда или приговора или осужденных на срок менее двух лет ($n = 98$); тюрьмы строгого режима (*maisons centrales*) для заключенных на длительный срок, т. е. приговоренных к лишению свободы на срок более 10 лет ($n = 6$); центры содержания под стражей (*centers de détention*) - учреждения для осужденных к средним срокам наказания ($n = 25$); и учреждения открытого типа (*centers de semi-liberté*) для лиц, приговоренных к ограничению свободы без изоляции от общества в условиях осуществления за ним надзора ($n = 11$). Под пенитенциарными учреждениями понимаются как тюрьмы, так и центры предварительного заключения, учреждения минимальной безопасности и/или дневные центры ($n = 50$). Генеральный инспектор мест лишения свободы (*Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté, CGLPL*) был учрежден Законом № 2007-1545 от 30 октября 2007 года. Этот независимый орган контролирует условия обращения с заключенными и их этапирования. Кроме того, этому учреждению поручено обеспечить исполнение

⁴⁶ Dubois, C. e.a., Модели организации медицинских услуг в тюрьмах четырех стран, Брюссель, Бельгийский центр знаний в области здравоохранения, 2017. Отчеты Бельгийского центра знаний в области здравоохранения 293. D/2017/10.273/69.

положений Факультативного протокола к Конвенции против пыток (ФПКПП). Как независимый административный орган, CGLPL не может получать никаких распоряжений от какого-либо другого учреждения и назначается сроком на шесть лет. В любое время CGLPL может принять меры в отношении любого пенитенциарного учреждения либо медицинского учреждения, обслуживающего заключенных. Миссия данного органа состоит в обеспечении соблюдения основных прав, определенных международным и национальным законодательством

1.1.2 Система здравоохранения

С 1994 года ответственность за оказание медицинской помощи в тюрьмах возложена на Министерство здравоохранения. Медицинские услуги предоставляются врачами больниц, прикрепленными к тюрьме. Это означает, что одна соседняя больница предоставляет медицинские услуги для каждой тюрьмы в тех же условиях, что и для граждан на свободе. Каждая больница, далее именуемая «соответствующая больница», создала внутри каждой тюрьмы Отделение по лечению (Unité de Soins en Milieu Pénitentière, USMP). Медицинские услуги второй линии, требующие специализированного материала или госпитализации (в течение менее 48 часов), предоставляются в соответствующей больнице. Затем может потребоваться выписка и передача заключенного в Межрегиональное безопасное больничное отделение (Unité Hospitalière Sécurisée Interregionale, UHSI) для госпитализации более чем 48 часов. Однодневная госпитализация по причинам психического здоровья может быть организована в USMP, расположенном внутри тюрьмы. Принудительная психиатрическая госпитализация организуется в местной психиатрической больнице или в одном из специально оборудованных больничных отделений (Unités Hospitalières Spécialement Aménagées, UHSA). Заключенные, которые нуждаются и хотят быть госпитализированы в связи с проблемами психического здоровья, могут быть размещены в UHSA. Каждый USMP тесно связан со соответствующей больницей и в равной степени связан с другими службами больницы. Его можно рассматривать как функциональное подразделение, подчиненное клинической службе или отделению. О его деятельности сообщается в ежегодном отчете соответствующей больницы. Клиническая служба или отделение часто являются службой здравоохранения или скорой медицинской помощи SMUR, поскольку они предоставляют общие медицинские услуги. Работа команды регулируется больницей и службой SMUR. Как и USMP, Региональные медико-психологические службы (Services Médico-Psychologiques Régionaux, SMPR) также является частью соответствующей больницы и оказывает психологическую и психиатрическую помощь.

Декрет № 86-202 от 14 марта 1986 года гарантирует наличие по крайней мере одного SMPR в каждом регионе, где есть тюрьма. Если в тюрьме нет SMPR, психиатрическая помощь оказывается психиатрами USMP. Если требуется более узконаправленное вмешательство, психиатр может попросить о переводе заключенного в SMPR. Таким образом, USMP и SMPR предоставляют медицинские услуги первой и второй линии. Как упоминалось ранее, они являются частью больницы и поэтому могут рассматриваться как больничные отделения внутри тюрем.

Третья линия оказания медицинской помощи касается услуг, требующих полной госпитализации и, следовательно, выезда заключенного из места содержания под стражей. В случае чрезвычайной ситуации или когда пребывание пациентов в больнице составляет менее 48 часов, госпитализация будет обеспечена соответствующей больницей. Затем заключенный помещается в охраняемую палату, в которой доступ к техническим средствам больницы является легким и

безопасным. В общей сложности имеется 235 охраняемых палат. Когда госпитализация для оказания соматической помощи длится более 48 часов, пациента направляют в Межрегиональное безопасное больничное отделение (Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales, UHSI), в то время как полная психиатрическая госпитализация производится в специально оборудованное больничное отделение (UHSA). Отделения для пациентов со сложным лечением (Unités pour Malades Difficiles, UMD) принимают только пациентов (не только заключенных), которые могут представлять опасность для других. Иногда возникает путаница между UMD и UHSA. UHSA не имеют обязанности по обеспечению безопасности и не приспособлены для пациентов в тяжелом состоянии. Цель UHSA состоит в том, чтобы реагировать на заботу о заключенных, а не защищать общество от опасных лиц.

1.2 Соответствующие компетенции и рамки сотрудничества

В Министерстве здравоохранения политикой в области здравоохранения руководит руководитель проекта, который должен разработать стратегический план действий (предыдущий был написан на период 2010-2014 годов, а следующий формализуется в 2016 году). Этот план должен выполняться и координироваться главным управлением Министерства здравоохранения (DGOS, DGS, DSS, DGCS) и Тюремной службой. На самом деле Министерство здравоохранения не проводит институционального мониторинга с 2013 года ввиду нехватки человеческих ресурсов. В тюрьмах медицинский персонал и бригада парамедиков, работающие в USMP, проводят консультации по вопросам общей и специализированной медицины (соматическая и психиатрическая помощь). Эти услуги включают в себя общую медицину, стоматологические услуги, консультации специалистов, неотложную помощь и т.д. Кроме того, врачи обследуют пациентов и посещают изолятор. Медицинские бригады (USMP и SMPR) получают список заключенных каждый день, и врачи осматривают этих заключенных не реже двух раз в неделю. Они должны следить за тем, чтобы изолирующие меры не наносили ущерба здоровью заключенного. Если они считают, что ситуация опасна, они могут предоставить медицинскую справку, чтобы приостановить действие меры. Начальник тюрьмы также может обратиться с просьбой об альтернативной мере, когда здоровье заключенного находится в опасности. Это заставляет большинство врачей чувствовать, что они обеспечивают гарантию для Тюремной службы. Некоторые из них рассматривают изоляционные меры как посягательство на достоинство личности, в то время как сотрудники службы наблюдения могут выступать за вопросы безопасности, чтобы оправдать использование тюремных и дисциплинарных камер. Лечение психических расстройств обеспечивается психиатрами, работающими в SMPR или в USMP. Психиатрические бригады выполняют не только терапевтическую миссию, но и занимаются профилактикой и санитарным просвещением. Они работают над профилактикой суицида, проблемами наркомании, следят за заключенными, которые будут освобождены. Как правило, врачи и психиатры оказывают медицинскую помощь только заключенным. Однако, согласно Мансанере и Сенону (2004), факт одновременной работы с населением в целом и с заключенными обеспечивает более справедливое лечение, особенно в области психиатрии. Если в учреждении не организовано SMPR. Психолого-медицинские бригады (USMP и SMPR) могут взаимодействовать с персоналом по надзору, и наоборот, в рамках уникальной многопрофильной комиссии (которая должна быть создана в каждой тюрьме). Эта комиссия должна собираться не реже одного раза в месяц для оценки исполнения приговора несколькими заключенным. В его состав входят представитель администрации учреждения, член группы «введение и пробация», тюремный охранник, сотрудник службы

профессиональной подготовки по трудоустройству, сотрудник службы образования, психолог и/или представитель USMP.

1.3 Исторический ракурс

До реформы 1994 года (когда здоровье заключенных все еще контролировалось Министерством юстиции) лица в местах лишения свободы теряли свои права на социальное обеспечение. Затем тюремный лазарет оказывал первую медицинскую помощь, а Министерство юстиции оплачивало медицинские услуги, предоставляемые медицинским и сестринским персоналом. В начале 1980-х годов Министр юстиции определил ключевую проблему в политической повестке дня: неравенство между свободными и заключенными гражданами в отношении доступа к медицинскому обслуживанию. Тюремное заключение логически поставило бы под угрозу свободный доступ к здравоохранению. Эти все более важные политические проблемы привели Министерство юстиции к полной передаче медицинских услуг в местах заключения Министерству здравоохранения.

В 1970-х годах состоялись публичные дебаты по вопросу о независимости психиатрических служб тюрем. Межведомственные инструкции «Здравоохранение-правосудие от 28 марта 1977 года» официально отделяют психиатрическую помощь в тюрьмах от тюремной службы. Инструкции № 1164 от 5 декабря 1988 года официально закрепляют этический кодекс и независимость психиатров, работающих в тюрьмах. Таковы основы фактического разделения здоровья и правосудия в тюрьме.

В 1984 году Генеральная инспекция по социальным вопросам (IGAS) стала отвечать за мониторинг предоставляемых медицинских услуг в тюрьмах. В 1985 году лазарет в тюрьме Fresnes (недалеко от Парижа) был преобразован в первое национальное учреждение общественного здравоохранения (больницу). Год спустя были созданы 24 Региональные медико-психологические службы (SMPR). В 1987 году была создана «программа 13 000» (имеется в виду 13 000 коек). В рамках программы были открыты 21 тюрьма, где медицинское обслуживание в течение десяти лет доверялось частным группам. Законопроект о технических требованиях для общей медицины, сестринского дела и стоматологии нацелен на гораздо более высокие стандарты качества, чем существующие. В дополнение к этим изменениям три основных стратегических момента привели к реформе системы здравоохранения во французских тюрьмах в девяностые годы.

Во-первых, в 1989 году Министерство юстиции начало сотрудничать с Министерством здравоохранения в связи с непрекращающимся ростом ВИЧ-инфекции. В результате медицинские консультации по ВИЧ в тюрьмах предоставлялись специализированными больницами (в тюрьмах с большим числом случаев заболевания). В 1992 году три тюрьмы приняли решение распространить эту систему на всю систему здравоохранения. Во-вторых, в то же время Вероника Вассер, доктор медицинских наук, главный врач тюрьмы de la Santé в Париже, опубликовала книгу о своем собственном профессиональном опыте. Эта книга способствовала повышению осведомленности общественности об условиях жизни заключенных во Франции. Она также открыла окно возможностей для включения тюремной системы в политическую повестку дня. В-третьих, Генеральный прокурор (Garde des Sceaux) и Министерство здравоохранения поручили Высшему комитету общественного здравоохранения (HCSP) разработать наилучшую стратегию управления потребностями заключенных в области здравоохранения. В 1993 году HCSP опубликовал доклад, подтверждающий критическое положение французских тюрем в связи с ВИЧ, гепатитом В, гепатитом С, туберкулезом и психическими расстройствами. Комитет посчитало, что для защиты населения в целом необходимо провести реформу,

поскольку большинство заключенных отбывают лишь ограниченные сроки наказания. Герен (2003) подчеркнул, что «некоторые авторы задаются вопросом касательно тюремного населения: будет ли учет здоровья заключенных оправдываться только угрозой, создаваемой их болезнями для населения в целом?». Решения этих проблем предполагали, как индивидуальные, так и коллективные подходы, основанные на конкретных принципах общественного здравоохранения, таких как программа скрининга, просвещения и профилактики; обеспечение качества медицинской помощи с сопоставимыми стандартами, доступными для населения в целом, и, наконец, обеспечение непрерывности медицинской помощи после освобождения из тюрьмы. Реформа была сосредоточена на двух приоритетных направлениях:

1) связать каждое тюремное учреждение с соседним государственным медицинским учреждением (больницей), которое отвечало бы за местное медицинское обслуживание;

2) гарантировать принадлежность каждого нового заключенного к общей системе страхования по болезни и беременности и родам.

Эта реформа была учреждена Законом от 18 января 1994 года «О здравоохранении и социальной защите». Данный закон делает заключенных частью обычной системы здравоохранения. Кроме того, в статье 380D Уголовно-процессуального кодекса говорится, что заключенные должны получать бесплатный уход. Этот принцип был установлен в период с 1995 по 1997 год, за исключением тюрем по программе «13 000 коек». Стоит отметить, что внедрение USMP (консультативных и амбулаторных отделений) во французских тюрьмах было нелегким для тюремных надзирателей, которые рассматривали это как потерю авторитета. В первые годы между медицинским и пенитенциарным персоналом существовала некоторая напряженность, особенно в отношении врачебной тайны во время консультаций. Вопрос об обмене информацией между медицинскими работниками и тюремным или судебным персоналом является весьма проблематичным. «В частности потому что различные процедуры (единая междисциплинарная комиссия, электронный буклет связи, файлы ориентации) требуют экспертного заключения врача». Затем медицинские работники могут использовать статью 105 Кодекса поведения, поскольку в этой статье говорится, что «никто не может быть одновременно врачом-экспертом и лечащим врачом для одного и того же пациента».

В результате этой реформы доля персонала на одного заключенного была увеличена. Например, во Fleury-Merogis (Парижский регион) предоставление медицинских услуг удвоилось после реформы 1994 года. На каждые 500 заключенных (вместо 1 000) приходится один врач, который работает полный рабочий день; с 1 января 1999 года общее число медсестер увеличилось с 14 до 29 на 4 000 заключенных, было принято на работу 14 новых фармацевтических помощников.

2 Характеристики пенитенциарных учреждений и заключенных

2.1 Факты и цифры

На 1 января 2015 года во Франции (за исключением Майотты) насчитывалось 66 380 602 гражданина. Из 249 298 человек, обвиняемых или осужденных, 172 007 были направлены в открытую среду и 77 291 человеку было назначено заключение. Из них 66 270 человек фактически отбывали наказание в тюрьмах. 1% из них были несовершеннолетними и примерно 18% иностранными гражданами. В 2012 году женщины составляли 4% от общего числа заключенных. В период с 2001 по 2015 год численность заключенных в тюрьмах увеличилась более чем на 30%.

В 2014 году Европейский совет отметил, что переполненность тюрем является проблемой во Франции. На 1 сентября 2014 года насчитывалось примерно 66 500 заключенных на 58 000 мест, то есть плотность тюрем на 100 мест составляла 115. Для сравнения, в Бельгии в 2014 году плотность тюрем на 100 мест составляла 129. Этот рост и перенаселенность поставили организацию здравоохранения и ее службы под давление. Несмотря на некоторую осведомленность о тяжелом состоянии здоровья заключенных во Франции, систематических данных о распространенности заболеваний в тюрьмах пока не собрано. В 2012 году более половины приговоров были короче шести месяцев; средняя продолжительность наказания составляла 7,7 месяца; и 4% приговоров превышали 3 года. Учитывая только осужденных за преступление, совершенное впервые, средняя продолжительность изоляции в 2010 году составила 5,9 месяца (5,4 в 2004 году), в то время как средняя продолжительность приговоров для рецидивистов составила 15,6 месяца (9 в 2004 году, что означает увеличение на 73%). Большинство заключенных происходят из малообеспеченных слоев населения и уже столкнулись с определенными проблемами, такими как злоупотребление наркотиками, низкий доступ к медицинскому обслуживанию, рискованное поведение или психические расстройства.

Следует подчеркнуть три утверждения:

- 48% заключенных не имеют квалификации;
- 80% осужденных мужского пола имеют какое-либо психическое расстройство или страдают от зависимости;
- Уровень суицидов в 10 раз выше, чем среди свободного населения.

Согласно теории социального неравенства и здоровья, несколько факторов повышают риск ранних проблем со здоровьем, таких как образ жизни; плохой социальный, культурный и экономический контекст; изоляция; отсутствие доступа к профилактике и лечению в области здравоохранения. Кроме того, тюремная среда усугубляет проблемы со здоровьем из-за бездействия, лишения свободы, отсутствия гигиены, разрыва семейных связей, насилия и т.д. Продолжительность приговоров и старение тюремного населения усугубляют эти проблемы: около 15% заключенных в возрасте от 40 до 50 лет, чуть менее 10% из них в возрасте от 50 до 60 лет и почти 4% из них старше 60 лет. В результате растет число хронических заболеваний. Тем не менее, деятельность по профилактике заболеваний и просвещению значительно возросла, но с некоторыми различиями между учреждениями (некоторые тюрьмы не организуют никакие из этих мероприятий).

3 Предоставление медицинской помощи

3.1 Доступность

3.1.1 Медицинское обслуживание

В 2015 году французская тюремная система состояла из 190 тюрем, разбросанных по всей территории Франции. В 2014 году насчитывалось 179 USMP, 26 SMPR, 7 UHSA (340 коек в 2013 году) и 8 UHSI (182 койки в 2013 году).

3.1.2 Человеческие ресурсы

Медицинские бригады состоят из врачей общей практики (включая внештатных), медицинских специалистов (помимо психиатров), стоматологов-хирургов и фармацевтов. Бригады парамедиков состоят из физиотерапевтов, медсестер, радиологов (при наличии отделения радиологии), административных и медико-социальных специалистов. Все они могут интегрировать USMP на добровольной основе, но сохраняют некоторую гарантию мобильности между различными службами соответствующей больницы.

USMP подчиняется больничному отделению, к которому он принадлежит. Руководителю USMP помогает врач общей практики из его больницы (если только

структура не слишком мала). Студенты-медики могут быть связаны с подразделением в рамках своей подготовки. Медицинские бригады, назначенные в USMP, совмещают свою деятельность в тюрьме и больнице. Эта комбинация также обеспечивает (разумную) ротацию персонала. Некоторые медицинские работники также могут работать в нескольких больницах.

Растущая потребность в новых возможностях трудоустройства для резидентов первичной медико-санитарной помощи открыла путь для практики в медицинских центрах тюрем. Ключевые моменты, вытекающие из анализа, проведенного Амоуял и др. (2014), заключаются в том, что эти стажировки в местах лишения свободы предлагают широкий спектр ситуаций, которые были очень похожи на первичную медицинскую помощь в контексте общественного здравоохранения. Практиканты начали изучать, как управлять сложными ситуациями; обеспечили более сильную ориентацию на этическую медицинскую помощь; укрепили веру в междисциплинарные команды; и повысили свою осведомленность о социальной роли врачей первичной медицинской помощи. Все стажеры отметили, что такой тип практики (ближе к концу их обучения) является хорошей подготовкой к их будущей роли в первичной медико-санитарной помощи, особенно в контексте междисциплинарной практики.

Сестринский персонал (медсестры)

В тюрьме, которой содержится более 1 000 заключенных, назначается старшая медсестра. В качестве альтернативы эта ответственность возложена на старшую медсестру соответствующей больницы.

Аптека

Если в тюрьме содержится более 1 500 заключенных (или если лекарства не могут предоставляться каждый день), при ней открывается аптека. Фармацевт — это лицо, ответственное за аптеку. Он/она может работать неполный рабочий день или полный рабочий день, и ему может помогать один или несколько представителей технического персонала.

Административный персонал

Административная группа руководит организацией консультаций и медицинской документации. Они обеспечивают передачу информации между тюрьмой, больницей и внешними субъектами. Они также предоставляют некоторые секретарские услуги группам общей психиатрии. Численность среднего медицинского персонала росла в период с 1997 по 2012 год гораздо быстрее, чем численность заключенных. Однако в некоторых географических районах все еще наблюдается их дефицит. Отчасти это связано с недостаточной привлекательностью тюремных должностей. Однако никаких государственных мер/решений по сокращению этой проблемы нехватки персонала принято не было.

3.1.3 Палаты

Тюремная служба предоставляет несколько специализированных помещений для USMP. Эти комнаты также могут использоваться SMPR (психиатрическими службами). Уборка осуществляется соответствующей больницей и ее собственной командой уборщиц или субподрядчиком. Однако тюремная служба возмещает расходы на содержание этих помещений. Некоторые минимальные стандарты для тюремных помещений были определены в приложении 7 к методологическому руководству, опубликованному в 2004 году. Однако в самых старых тюрьмах любой проект строительства (например, пристройка) должен обсуждаться с больницей. Правила гигиены аналогичны в тюрьме и в больнице, и обращение в Комитет по госпитальным инфекциям может подаваться в любое время при необходимости. Поэтому заключенные никогда не выполняют задачи по уборке.

3.1.4 Цифры

К 1 января 2015 года в тюремной службе работало 36 535 сотрудников, в том числе 26 734 человека, работающих в надзорных штабах, и 4 538 человек, работающих в службах внедрения и пробации.

В 2011 году, по данным Счетной палаты (2014 год), стандарты кадрового обеспечения (на 1 000 заключенных) были следующими: 3,4 врача общей практики, 0,5 специалиста, 3,2 психиатра, 5,2 психолога, 14,8 медсестры, 7,7 медсестры-психиатра, 1,6 стоматолога, 0,4 физиотерапевта. В действительности профессиональная привлекательность невелика, и значительная доля должностей остается вакантной (например, 5,5% для врачей общей практики, 16% для психиатров, 7% для стоматологов).

3.1.5 Ограничения в оказании медицинской помощи из-за нехватки человеческих ресурсов

Ассоциация медицинских работников, работающих в тюрьмах (APSEP) указывает на недостаточность человеческих ресурсов в санитарных подразделениях, с частыми вакантными должностями из-за отсутствия привлекательности соответствующей деятельности. Также сообщается о нехватке персонала из-за ряда должностей, рассчитанных на основе теоретического числа заключенных в учреждении, а не на основе реального числа заключенных, как указано в CGLPL. Последнее подчеркивает нехватку человеческих ресурсов в психиатрическом секторе, где психиатрические бригады посвящают значительную часть своей деятельности людям, находящимся под принудительной терапевтической мерой. Кроме того, CGLPL считает, что количество и вместимость учреждений, предназначенных для оказания психиатрической помощи заключенным (SMRP и UHSA), недостаточными, что приводит к госпитализации в психиатрические больницы общего профиля в ненадлежащих условиях. Несмотря на высокую распространенность наркотиков в тюрьмах, некоторые авторы выявили конкретные проблемы, такие как недостаточная профилактика злоупотребления наркотиками; отсутствие междисциплинарной работы; или недостаточные ресурсы здравоохранения. Например, в тюрьме Liancourt была задействована 1,6 фиксированная ставка медицинского персонала общей практики (но в бюджете было предусмотрено 2,5 фиксированной ставки), а один психиатр присутствовал полдня каждый день. Эксперта по наркозависимости не было, в то время как местный центр по уходу за наркозависимостью получил 0,5% фиксированной ставки для данной должности. Как APSEP, так и CGLPL указывают на то, что персонал недостаточно обучен и, следовательно, не всегда понимает правила обращения и трудности, с которыми сталкиваются заключенные. Непрерывная подготовка сокращается до нескольких дней в году, а выделяемый бюджет на подготовку кадров оценивается как слабый.

3.1.6 Внерабочее время

Команды USMP работают только в дневное время. В конкретных тюрьмах подразделения парамедиков могут работать в выходные дни, а некоторые дежурства по вызову могут быть организованы врачами USMP. Однако в большинстве тюрем персонала USMP недостаточно для обеспечения постоянного ухода.

3.2 Доступность для восприятия

3.2.1 Профилактика и укрепление здоровья

С 2006 года Министерство юстиции и Министерство здравоохранения поочередно возглавляют межведомственные консультации на национальном уровне. Позже был запущен национальный План стратегических действий на 2010-2014 годы. 18 мер и 40 мероприятий Плана требуют большей стандартизации в рамках процедуры. Эта программа направлена на формирование шести приоритетных

направлений: знания о здоровье, профилактика / укрепление здоровья, доступ к медицинскому обслуживанию, пакет социальной защиты, образование, здравоохранение, безопасность и здоровые условия содержания в тюрьмах. Однако инвестиции региональных учреждений здравоохранения остаются неопределенными и изменчивыми. Первой мерой этой программы является создание национальной системы сбора стратегической информации для мониторинга политики. Эта программа также направлена на интеграцию эпидемиологического мониторинга с существующими данными. Некоторые конкретные действия заключаются в создании конкретных показателей для мониторинга хронических заболеваний и проблем психического здоровья; создании обсерватории структур здравоохранения заключенных; повышении качества данных о самоубийствах в тюрьмах и т.д. Однако степень выполнения этих рекомендаций до настоящего времени остается неизвестной. На региональном уровне, в соответствии с предоставленным методическим руководством, соответствующей больнице поручено организовать ежегодную или многолетнюю программу профилактики и просвещения в области здравоохранения. Предполагается, что это будет сделано с помощью Службы пробации, администраций учреждений и некоторых других партнеров. Руководящий комитет должен собираться не реже одного раза в год. Эта программа зарегистрирована в региональной программе здравоохранения. Тем не менее, соответствующая больница может свободно проводить дополнительные мероприятия. Финансирование исполнительной программы возложено на региональное агентство здравоохранения. CGLPL считает, что программы укрепления здоровья и профилактики все еще недостаточно эффективны. Тем не менее, признается, что в рамках программы разрабатываются интересные инструменты, такие как Методологическое руководство по укреплению здоровья в пенитенциарных учреждениях, отредактированное в 2014 году Французским институтом укрепления здоровья и санитарного просвещения (Inpes). Нехватка человеческих и строительных ресурсов тормозит укрепление и профилактику здоровья.

3.2.2 Определенные проблемы со здоровьем

Психическое здоровье (суицид и интернирование)

Что касается самоубийств, то ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения) установила профиль лиц, подвергающихся риску до тюремного заключения, и дает широкий спектр рекомендаций. На следующем рисунке отображены показатели суицида в некоторых европейских странах в 2005 году. Во Франции был самый высокий показатель - 21,2 самоубийства на 10 000 заключенных. Для сравнения уровень суицидов в Бельгии составлял 15,2 на 10 000 человек в 2008 году и 16 во Франции в 2006 году. Количество самоубийств в тюрьмах особенно велико во Франции по сравнению с другими европейскими странами. Хотя этот показатель и снизился, но все еще остается высоким. Рост данной проблемы во Франции, по-видимому, прекратился с 2006 года, тем не менее неоднократно поднимаются вопросы о причинах такой ситуации.

Зависимости (наркотики и алкоголь)

Заместительная терапия опиоидами широко распространена в тюрьмах Франции. Как правило, тюремные бригады ассимилируют заместительную терапию (например, метадон) с абстинентной терапией. Тем не менее, исследователи подтвердили гипотезу о том, что длительное потребление бензодиаземина неэффективно против тревоги, бессонницы и возбуждения. Физическая зависимость регистрируется после нескольких недель потребления. В долгосрочной перспективе человек может накапливать эту зависимость с зависимостью от других наркотиков. Поэтому было проведено исследование о назначении бензодиазепинов с целью дать меньше заместительных препаратов

во время лечения. Из 473 заключенных 222 были в контрольной группе, а в отношении 251 осужденных были применены междисциплинарные вмешательства. Междисциплинарная сеть с привлечением фармацевтов позволила выявить лиц, подверженных риску. Введенная доза опиоидов была значительно выше в контрольной группе, чем в группе, получившей пользу от междисциплинарного вмешательства.

Еще одно интересное исследование, касающееся потребления наркотиков в тюрьме, было проведено в тюрьме Liancourt. В общей сложности 381 (54,4%) из 700 задержанных мужчин приняли участие в опросе. Результаты показали плачевную ситуацию. Как правило, заключенные продолжают употреблять наркотики в тюрьме. 43,6% из них заявили о потреблении по крайней мере одного наркотика (не включая алкоголь; каннабис (38%), героин (8%), кокаин (7%), морфинированные наркотики (7%), бензодиазепин (9%)) в тюрьме, в то время как этот процент составлял 60,1% при поступлении. 3,2% (12/152) заключенных, не употреблявших никаких наркотиков до заключения в тюрьму, начали употреблять их во время заключения.

Инфекционные заболевания

При поступлении (в первые дни) заключенного организуется медицинское освидетельствование с его согласия и систематически составляется медицинская карта. Осмотр направлен на выявление инфекционных заболеваний, обеспечивает терапию наркоманов и непрерывность ухода за людьми, которые уже проходят лечение. Это также возможность обновить прививки или получить специализированную консультацию и ориентацию при наличии психиатрических проблем, суицидального мышления или злоупотребления наркотиками. Обратите внимание, что тест на туберкулез является обязательным для каждого заключенного. Другие виды анализов проводятся с согласия заключенного (ВИЧ, вирус гепатита С, сифилис, хламидиоз, гонококковая инфекция и т.д.). Тест на ВИЧ должен быть предложен, когда произошло принятие риска.

Для борьбы с развитием заболеваний, передаваемых половым путем, заключенным предоставляются консерванты и смазочные материалы.

3.3/4 Доступность

3.4.1 Процедуры получения медицинской помощи (решения ВОЗ и процедуры подачи заявлений)

Для получения медицинской консультации у заключенных есть почтовый ящик или они могут обратиться с просьбой к опекуну.

3.4.2 Сортировка и список ожидания

Зная, что операционные вмешательства ограничены госпитализацией, сиделки и медсестринский персонал в экстренных случаях выбирают пациентов, которые получают пользу в первую очередь.

3.4.3 Госпитализация

Например, в учреждении Ile-de-France для приема заключенных используется региональная и национальная больница во Френе. Заполняемость UHSA и UHSI составляет около 90%. Перевод заключенного из тюрьмы в безопасные больницы трудно осуществить. Это связано с плохой координацией, низким количеством доступных сопровождающих, отказом заключенным из-за условий жизни, которые считались более сложными, чем в тюрьме (запрет на курение, отсутствие занятий и прогулок, разделение семьи (UHSA присутствуют не во всех регионах)).

Если организация условий в тюрьмах определяется безопасностью, то условия здоровья заключенных не являются оптимальными. Пребывание в тюрьме повышает риск психических и психологических расстройств. Хотя гигиенические условия варьируются от тюрьмы к тюрьме, многие заболевания кожи, такие как чесотка, действительно имеют место быть. Некоторые камеры оборудованы

туалетами в турецком стиле (где пациент не может сидеть во время выздоровления). В каждой тюрьме должна быть свободная камера для инвалидов. Эта камера должна быть рядом с USMP, с ответственной медсестрой. Однако USMP закрыты в ночное время, а сотрудники службы наблюдения не обучены медицинскому обслуживанию. Поэтому каждый пациент, нуждающийся в медицинском наблюдении 24/24, должен быть госпитализирован.

3.5 Обеспечение и контроль качества

3.3.5.1 Органы контроля качества

Генеральный инспектор (CGLPL) может вмешаться в любое время в любом месте, где некоторые лица лишены свободы по юридическому или административному решению. Это также может быть в медицинских учреждениях, которые принимают лиц, госпитализированных без какого-либо согласия. Его миссия заключается в обеспечении уважения основных прав, определенных международным и национальным законодательством, включая три направления: права на человеческое достоинство; справедливый баланс между уважением прав человека и другими соображениями общественного порядка и безопасности; предотвращение любых нарушений основных прав. CGLPL фокусируется на содержании под стражей, профилактике заболеваний, госпитализации заключенных и условиях работы персонала, которые могут повлиять на функционирование учреждений и отношения с заключенными. CGLPL может осуществлять плановые или внеплановые посещения в любое время дня и ночи в любом учреждении содержания под стражей. Команда CGLPL может конфиденциально поговорить со всеми. С момента принятия Закона от 26 мая 2014 года врачи-контролеры могут получить доступ к информации, составляющей медицинскую тайну, с согласия заключенного. После каждого визита соответствующим министрам направляется отчет о посещении, включающий некоторые рекомендации. Этот отчет может быть опубликован.

Еще одним контрольным органом является Защитник прав человека (Национальный правозащитник). Созданный в 2011 году и зарегистрированный Конституцией в 2008 году, он направлена на защиту прав человека и обеспечение равного доступа к закону и правосудию для всех. Каждый человек или ассоциация могут обратиться к Национальному правозащитнику, если их права предположительно нарушены. Заключенные отправляют 4 000 обращений каждый год, и это в 50 раз больше, чем обращения от граждан на свободе. Защитник прав без колебаний предпринимает юридические действия всякий раз, когда не достигается согласованное решение. Он занимается конкретными вопросами, касающимися злоупотреблений в тюрьмах, включая тюремную охрану и/или управленческие команды (коррупция среди охранников, дискреционные полномочия губернаторов, отсутствие надзора и т.д.). Например, должность стоматолога-хирурга была вакантной в течение одного года. Отсутствие стоматолога усугубляло положение заключенного, которому тогда требовался протез. Национальный правозащитник повлиял на решение, в соответствии с которым связанная больница взяла на себя расходы по протезированию. Национальному правозащитнику также поручено следить за соблюдением международных конвенций Организации Объединенных Наций о правах инвалидов.

3.6 Права пациента

3.6.1 Медицинская тайна

В соответствии с Законом от 4 марта 2002 года заключенный является пациентом. Качество медицинских услуг должно быть полностью гарантировано заключенным, хотя некоторые ограничения делают это невозможным: заключенный не может выбрать своего врача. Заключенный пациент не может ни выбирать, ни менять своих врачей, и никакая ассоциация пациентов не играет

посреднической роли, как в свободном обществе. Свобода заключенных пациентов заключается в отказе от медицинской помощи. Тем не менее, это ограничение, по-видимому, не влечет за собой значительного использования медицинских услуг.

30 марта 2005 года Государственный совет пришел к выводу о законности Инструкций от 18 ноября о том, что главный сопровождающий должен обеспечить, чтобы охрана не препятствовала конфиденциальности медицинского собеседования. В качестве решения можно было бы провести косвенное наблюдение путем пальпации заключенного до проведения медицинского освидетельствования. Тем не менее некоторые интимные консультации проводятся в присутствии тюремных охранников. Это третье лицо может поставить под угрозу диалог между врачом и пациентом и помешать оказанию медицинской помощи. Исследование, проведенное в университетской больнице Монпелье, показало, что медицинские работники очень редко просят тюремных охранников покинуть помещение. Иногда более одного охранника (или полицейских) посещают консультацию или даже медицинский осмотр. Просьба о наблюдении со стороны охранников или полиции не должна быть дискриминационной. Например, во время операции под полной анестезией или эпидуральной анестезией риск уклонения кажется невозможным, и эскорт не должен присутствовать в операционной. Медицинская карта пациента не может передаваться врачу в прозрачном пластиковом пакете с диагнозом на первой странице. Кроме того, как отмечает CGLPL, проблемы с конфиденциальностью могут также возникать из-за неадекватных помещений, таких как консультационные комнаты с окном в двери, или из – за использования системы внутренней связи для вызова заключенных в санитарный блок. В качестве последнего пункта медицинская информация заключенного собирается в недавно созданный инструмент мониторинга под названием GENESIS, так как тюремная служба хотела, чтобы сотрудники по уходу могли получить доступ к информации для чтения или записи в ущерб медицинской тайне. Эти примеры можно рассматривать как нарушение врачебной тайны.

3.7 Финансовые аспекты

3.7.1 Медицинское обслуживание в тюрьмах

Все заключенные получают социальное обеспечение по болезни и по беременности и родам. Они не должны использовать деньги на сборы с пользователей, производить никакой фиксированной платы за дорогостоящее лечение или вовлечение медицинских франшиз. Этот принцип также применим к иностранным заключенным. Заключенные должны быть зарегистрированы в Первичном фонде медицинского страхования (Caisse Primaire d'Assurance Maladie, CPAM), относящемся к их тюрьме, однако административная регистрация не является немедленной и может занять до нескольких месяцев. Это может быть проблематично для заключенных, приговоренных к короткому сроку заключения и не имеющих достаточного времени для приведения в порядок административных моментов. Если свидетельство о регистрации не может быть доставлено вовремя, может произойти разрыв медицинской помощи (что приведет к прекращению оказания медицинской помощи), поскольку освобожденный заключенный может не воспользоваться снижением оплаты медицинской помощи и лекарств. Государство вносит свой вклад в социальное обеспечение заключенных двумя способами. Во-первых, оно финансово гарантирует, что каждый заключенный получает такое же обращение, как и любой другой свободный гражданин. Во-вторых, оно со-финансирует подразделения и связанные с ними больницы. Заключенные не должны платить никаких взносов на медицинские расходы. Однако большая часть финансового бремени была

передана от государства медицинским страховщикам в регионах. Как следствие, региональная финансовая система стала сложной и медленной.

3.7.2 Стоимость USMP

В 1994 году Министерство здравоохранения приняло решение выделить бюджет в размере 67 миллионов евро на расходы USMP (персонал, функционирование, оборудование и т.д.) и завершить программу SMPR. В то же время Министерство юстиции инвестировало 13,5 миллиона евро в реконструкцию зданий. Методологическое руководство включало два критерия для оценки численности персонала в USMP:

1. Категория тюрем: тюрьмы с краткосрочными сроками заключения испытывают больший приток заключенных, чем тюрьмы со средними и долгосрочными сроками заключения;
2. Категория персонала: врачи общей практики, стоматологи, специалисты, медсестры и аптечные техники должны быть рассчитаны на каждые 100 заключенных, фармацевт и медицинский секретарь должны быть рассчитаны на каждые 200 заключенных.

В 2001 году на 100 заключенных 0,54 человека, занятых полный рабочий день, работали в сфере медицинской соматической помощи, 1,92 в немедицинской соматической помощи, 0,31 в медицинской психиатрической помощи и 1,19 в психиатрической немедицинской помощи. Однако этих средств было недостаточно для хирургов, медсестер и медицинских секретарей. Кроме того, в некоторых районах не хватало рабочих мест. Именно поэтому в период с 1993 по 2002 год финансовые ресурсы были увеличены в 2,6 раза. Эти средства были специально выделены для больниц, оказывающих медицинскую помощь в тюрьмах.

3.7.3 Строительство Межрегионального безопасного госпитализированного отделения (UHSI)

В Приказе Министра от августа 2000 года университетским больницам было предложено создать восемь UHSI. Их строительство обошлось в 44,2 миллиона евро в период с 2004 по 2013 год.

3.7.4 Строительство специально приспособленных госпитализированных отделений (UHSA)

Процесс строительства некоторых структур для организации психиатрической помощи достиг 150 миллионов евро, в том числе 17 миллионов евро на цели обеспечения безопасности. В 2012 году стоимость их обеспечения достигла 30 миллионов евро. Их создание помогло улучшить предложение и качество медицинской помощи, и их заполняемость (90) намного выше, чем заполняемость UHSI для соматической помощи.

3.7.5 Об управлении расходами фондов социального страхования

Расходы на тюремное здравоохранение утроились в период с 1994 по 2012 год, увеличившись со 113 млн до 344 млн. Это связано с развитием и диверсификацией системы оказания медицинской помощи. В 1994 году государство должно было взять на себя 76% финансовых усилий с закрытым конвертом. Хотя расходы утроились, этот закрытый конверт не был пересмотрен в сторону увеличения. В 2012 году французское правительство покрыло только 31% расходов, а остаток был оплачен фондами социального страхования. До реформы 1994 года Министерство юстиции финансировало медицинские услуги, а регионы финансировали инфраструктуру. После реформы 1994 года финансирование здравоохранения было частично децентрализовано, перейдя к общему социальному страхованию, которое является региональным. Этот процесс связан с некоторыми различиями между регионами. Действительно, услуги здравоохранения могут варьироваться в разных регионах либо из-за

перенаселенности, более устаревших объектов, нехватки рабочей силы, либо из-за нехватки финансовых ресурсов. Ситуация еще не является оптимальной и в основном зависит от регионов, поэтому очень трудно рассчитывать на улучшение, поскольку каждая ситуация отличается. В некоторых областях есть риск регресса. Учитывая, что конверт от правительства закрыт, происходит увеличение финансового веса регионов. Некоторые из них, возможно, должны были сэкономить деньги в некоторых секторах, таких как тюремные здания, материалы, персонал и т. д., или же уже ограничены в своих инвестициях. Таким образом, французские заключенные не находятся в равных условиях в доступе к услугам здравоохранения. Все зависит от тюрьмы и региона, в котором они находятся.

3.7.6 Этапирование заключенных в больницы

Медицинская вывоз/этапирование (ежегодно более или менее 55 000 раз) стоит 1 300 евро и часто требует трех тюремных охранников. Для того чтобы избежать вмешательства различных властей в процесс освобождения заключенных и впоследствии облегчить процессы координации и коммуникации, было принято межведомственное решение ускорить передачу этой задачи тюремной службе. Однако затраты на внедрение значительны (3 миллиона евро для UHSP для новых рабочих мест и 60 миллионов евро для оснащения местных больниц (помещения, оружие, транспортные средства, средства связи и т.д.).

3.8 Общая оценка

В недавнем докладе Французской Счетной палаты, признавая прогресс в управлении здравоохранением после передачи в 1994 году Министерству здравоохранения, был отмечен ряд недостатков в нынешней ситуации: предложение медицинских услуг по-прежнему является неполным (особенно в отношении психиатрической помощи), региональные различия в медицинском персонале, неподходящая инфраструктура и информационные системы, а также план госпитализации, который необходимо улучшить. Кроме того, в докладе также подчеркиваются факторы, препятствующие более расширенному уходу или лечению: хотя социальная защита гарантирована заключенным, существует ряд практических трудностей; сотрудничество между различными субъектами является не оптимальным; система здравоохранения по-прежнему сильно зависит от функционирования тюрьмы. Наконец, Французская Счетная палата выносит пять основных рекомендаций по улучшению медицинского обслуживания в тюрьмах:

1. необходимо определить четкие цели общественного здравоохранения для заключенных, и эти цели должны стать частью следующего общего плана общественного здравоохранения. Реализация целей должна оцениваться по индикаторам, и сбор этих показателей предполагает организацию эпидемиологического мониторинга.
2. Необходимо усилить предложение в области здравоохранения, особенно в области психиатрической помощи, которое включает модернизацию инфраструктуры и медицинской практики и, возможно, выделение большего объема средств на социальное обеспечение.
3. Необходимо улучшить доступность медицинской помощи путем обобщения протоколов соглашений между медицинскими бригадами и администрацией тюрем и рассмотреть возможность создания для заключенных подлинных путей оказания медицинской помощи, выходящих за рамки времени освобождения.
4. Необходимо усилить роль региональных учреждений здравоохранения
5. Необходимо пересмотреть схему финансирования, например, включить заключенных во всеобщий охват заболеваний.

1 Общее описание пенитенциарной системы и системы здравоохранения

1.1 Основные действующие субъекты

Швейцария - федеративное государство, состоящее из 26 кантонов, которые пользуются широкой политической автономией и имеют свою конституцию, парламент, правительство и суды. Правительство Швейцарии решает стратегические вопросы, касающиеся здоровья и правосудия. Для реализации каждый кантон имеет свою собственную организационную и финансовую систему. Таким образом, тюрьма, а также система здравоохранения находятся в ведении национальных, кантональных и межкантональных администраций и субъектов.

1.1.1 Пенитенциарная система

Что касается правосудия, то Швейцарская Конфедерация несет ответственность за уголовное законодательство и процедуры (статья 123 Конституции). «Судебная организация, отправление правосудия и исполнение приговоров и мер наказания» подпадает под ответственность кантонов.

Конфедерация должна обеспечить соответствие судебной практики федеральному законодательству и международному праву, которым привержена страна. Федеральное управление юстиции является главным действующим органом в этой сфере на национальном уровне. В рамках этой программы Отдел исполнения наказаний и мер, в частности, отвечает за финансирование строительства и восстановления мест содержания под стражей для взрослых и несовершеннолетних, пилотных проектов и Швейцарского учебного центра для тюремного персонала (Центр образования для персонала в Швейцарии - CSFPP). Организация уголовных органов в регионах входит в компетенцию кантонов, которые обязаны исполнять решения судов. Для этой цели они могут использовать учреждения открытого типа или охраняемого содержания под стражей, полу-следственные изоляторы или места для общественных работ вне пенитенциарных учреждений. Кантональными властями могут быть организованы отдельные секции для конкретных групп заключенных, такие как учреждения для женщин или учреждения, предназначенные для очень длительных или очень коротких сроков заключения. В Швейцарии конкордат — это соглашение между несколькими кантонами; набор, сформированный несколькими учреждениями. В то время как кантоны обязаны создавать и управлять местами содержания под стражей, это обязательство может быть принято совместно различными кантонами, поскольку не все отдельные кантоны в состоянии управлять различными типами объектов, необходимых для исполнения приговоров и мер наказания. 26 кантонов объединились в три региональных Конкордата исполнения приговоров и мер наказания: Конкордат Центральной и Северо-Западной Швейцарии, Конкордат Восточной Швейцарии и Конкордат Латинских кантонов. Кантоны сотрудничают в соответствии с соглашениями в рамках каждого из этих конкордатов, которые обеспечивают определенную гармонизацию и координацию между кантонами. Сотрудничество может происходить и между конкордатами, например, в случаях лишения свободы женщин или молодых людей.

Сотрудничество между кантонами обеспечивается также через Конференцию директоров кантональной юстиции и полиции (Conférence des directrices et directeurs des départements cantonaux de justice et de police, CCDJP). Постоянный комитет CCDJP («Комитет девяти») также обеспечивает сотрудничество и обмен информацией между конкордатами, в частности путем разработки некоторых общих руководящих принципов и необязательных рекомендаций.

Что касается внешнего контроля, то Национальная комиссия по предупреждению пыток (НКПП) является независимым органом Конфедерации и кантонов, которая

⁴⁷ Dubois, C. e.a., там же.

посредством регулярных посещений и постоянного диалога с властями обеспечивает соблюдение прав заключенных. Посредством своих конкретных рекомендаций властям НКПП вносит свой вклад в предотвращение пыток и бесчеловечного или унижающего достоинство обращения.

1.1.2 Система здравоохранения

Политические обязанности Швейцарии в области здравоохранения также распределяются на федеральном уровне (Федеральный департамент внутренних дел, DFI) и кантональном уровне (Кантональные директора по вопросам здравоохранения) в отношении «разработки политики, регулирования и мониторинга». Кантоны также могут делегировать ряд задач на общинный уровень. В целом кантоны весьма автономны в том, что касается управления здравоохранением на своей территории. Эта ситуация привела к развитию местных систем здравоохранения с различными характеристиками по всей стране, включая управление тюремным здравоохранением.

Различные инструменты и учреждения обеспечивают координацию между федеральным и кантональным уровнями, а также внутри кантонального уровня. Основным инструментом координации между федеральным и кантональным уровнями является «Диалог по вопросам политики в области здравоохранения Швейцарии – постоянная платформа Конфедерации и кантонов», устанавливающий «постоянный и долгосрочный диалог» между сторонами.

Федеральное управление здравоохранения (Федеральное управление по вопросам общественного здравоохранения, OFSP) и Федеральное статистическое управление (OFS), которые являются частью DFI, также играют определенную роль в плане координации и сотрудничества. OFSP представляет Швейцарию на международном уровне и разделяет с кантонами «ответственность за вопросы общественного здравоохранения, а также за осуществление национальной политики в области санитарии».

На кантональном уровне Швейцарская конференция кантональных директоров здравоохранения (Conférence Suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé) была создана в 1919 году для «содействия сотрудничеству и общей политике между кантонами, а в некоторых случаях и с Конфедерацией».

Что касается оказания медицинской помощи в швейцарских тюрьмах, то специалисты объединились в ассоциации и сети, предлагающие платформы для обмена практикой:

- Конференция швейцарских тюремных врачей (CMPS) является профессиональной федерацией и представительством швейцарских тюремных врачей. Это также пространство для обмена опытом тюремных врачей с партнерами по исправительным учреждениям, властями или политическими органами.
- Швейцарская академия медицинских наук (ASSM) и ее центральный комитет по этике, который издает указы о стандартах и этических руководствах для надлежащей медицинской практики в (тюремном) здравоохранении
- Швейцарское общество судебной психиатрии (SSPF)
- Форум тюремных медсестер в Швейцарии:
- Цель форума состоит в том, чтобы объединить сотрудников и дать им возможность обмениваться информацией о своей практике путем:
- Защиты и продвижения качественных медицинских услуг, а также их конкретных и профессиональных интересов.
- Повышения осведомленности государственных органов и органов исполнительной власти о важности квалифицированного ухода.

- Разработки стандартов и рекомендаций.
- Организации встреч.
- Сотрудничества с ассоциациями.
- На площадке национальной службы по взаимодействию с общественностью.
- На базе медицинского учреждения Швейцарии (Santé Prison Suisse, SPS, междисциплинарный колледж, направленный на гармонизацию процессов и структур).

1.2 Соответствующие компетенции и рамки сотрудничества

Сотрудничество между тюрьмами и органами здравоохранения отличается от кантона к кантону. Существуют две разные модели (и определенное количество «подмоделей» – ср. человеческие ресурсы) в Швейцарии:

1. Весь медицинский персонал нанят тюремной службой или органами правосудия (как в немецкоговорящем кантоне Цюрих), или медсестры наняты тюрьмами, в то время как врачи работают самостоятельно или наняты управлением здравоохранения (как в немецкоговорящих кантонах Золотурн, Берн и Санкт-Галлен)

2. Весь медицинский персонал работает в управлении здравоохранения (как в кантонах Водуа и Женева, где университетские больницы играют большую роль в организации здравоохранения).

1.2.1 Сильные и слабые стороны двух моделей сотрудничества

Четырех человек попросили оценить модели сотрудничества в Швейцарии с помощью SWOT-анализа: Томас Саттер из Управления юстиции и внутренних дел (кантон Цюрих), один представитель SPS (этот человек должен оставаться анонимным), доктор Дево из НКПП и Проф. Др Вольф, руководитель Службы по вопросам медицины и психиатрии (Национальный университет Женевы), член Конференции врачей-психиатров и Центрального комитета по этике Академии медицинских наук (ASSM).

Томас Саттер родом из кантона, где тюремное здравоохранение по-прежнему находится в ведении судебных органов, и он работает в области правосудия и внутренних дел. Он утверждает, что первая модель обеспечивает тесное и постоянное сотрудничество всех заинтересованных сторон, основанное на более широкой коммуникации. Представитель учреждения Santé Suisse (SPS) также отмечает, что первая модель облегчает тесный контакт с пациентами и тюремным персоналом. По мнению этих участников, принцип эквивалентности ухода хорошо гарантирован. Однако представитель SPS высказал сожаление, что в первой модели тюремные власти осуществляют контроль над медицинским персоналом, поскольку они являются их работодателем, и могут влиять на медицинское лечение, контролируя финансы. Что касается финансовых и человеческих ресурсов, Томас Саттер признает, что существует (негативное) влияние на время ожидания, непрерывность и долгосрочную перспективу здравоохранения, когда врач не присутствует постоянно. Также подчеркивается отсутствие достаточного количества мест в больницах и психиатрических клиниках, поскольку разделение между системой правосудия и системой здравоохранения в первой модели требует сложных переговоров и процедур между заинтересованными сторонами в данном случае.

Др Дево (НКПП) считает, что нынешние финансовые ограничения, влияющие на набор персонала в рамках первой модели, могут дать возможность перейти на вторую модель. Она критикует первые модели из-за отсутствия медсестер и медицинских знаний, отсутствия стратегии здравоохранения и отсутствия управления медицинским персоналом, которые, по ее словам, сопровождают эти

модели. Она выступает за гармонизацию на федеральном уровне и за принятие второй модели по всей Швейцарии.

Представитель SPS, а также Проф. Др Вольф подчеркивают независимость медицинского персонала от тюремных властей в качестве главного преимущества второй модели, поскольку она гарантирует, что приоритет отдается медицинскому решению и конфиденциальности, укрепляя доверие заключенных к своему врачу. Возможность непрерывного, современного обучения мотивированных, квалифицированных и достаточных специалистов в области здравоохранения указывается в качестве еще одного важного актива второй модели. Др Вольф также подчеркивает «более сильную позицию для ведения переговоров с судебной системой и для выявления и сообщения о насилии со стороны властей». Наконец, Др Дево указывает, что вторая модель позволяет возмещать медицинские расходы системой страхования LAmal (см. ниже) вместо того, чтобы быть финансовым бременем для пенитенциарной системы в условиях финансовых ограничений и ограничений персонала.

Однако, согласно SWOT-анализу, проведенному Др Дево (НКПП), процессу согласования второй модели угрожают опасения как со стороны тюрьмы, так и со стороны партнеров по здравоохранению. Др Дево утверждает, что с точки зрения заинтересованных сторон в пенитенциарных учреждениях существует опасение быть разделенным по кантонам и потерять контроль над тюрьмами - например, из-за отсутствия важной информации или приема в тюрьму медицинских работников без какого-либо опыта тюремных ограничений, - а также упустить форму профессиональной оценки, связанную с оказанием медицинской помощи. По словам Др Дево, заинтересованные стороны в области здравоохранения, со своей стороны, неохотно добавляют новые функции и новую (незнакомую) категорию пациентов к своей текущей рабочей нагрузке. Они также осмотнительно относятся к медицинской практике в пенитенциарной среде. «Гражданское общество требует принятия дополнительных мер безопасности [и] мести за совершенные преступления», - также указывает Проф. Др Вольф, что является потенциальной угрозой качеству медицинского обслуживания в тюрьмах. Медицинская деонтология, предоставляемая ASSM, научные данные и рекомендации, предлагаемые проектом BIG, а также междисциплинарная работа, проводимая SPS (см. ниже), рассматриваются в качестве важных ресурсов для потенциальной реформы и глобального улучшения медицинского обслуживания в тюрьмах.

1.2.2 Мосты между двумя моделями сотрудничества

Помимо различий между двумя моделями сотрудничества, сотрудничество между пенитенциарными и медицинскими службами осуществляется во всех кантонах 1) на основе принципа независимости и эквивалентности медицинской помощи, продвигаемого, в частности, Академией медицинских наук (ASSM), 2) национальной междисциплинарной платформой (SPS) и 3) некоторыми референтными центрами (a.o. the BIG Vade-Mecum).

Гарантия независимости и эквивалентности лечения

Академия медицинских наук утверждает, что «независимо от конкретных условий его практики врач должен пользоваться полной независимостью от полиции или тюремных властей. Его клинические решения и любая другая оценка состояния здоровья заключенных могут основываться исключительно на медицинских критериях. В целях обеспечения независимости врачей, работающих в полиции или пенитенциарных учреждениях, в будущем следует избегать любых иерархических или даже прямых договорных отношений между последними и учреждением (глава 12 Руководящих принципов ASSM). На практике врачи сталкиваются с конфликтом лояльности между их профессиональным долгом

перед своими пациентами и их долгом перед третьими сторонами, такими как тюремная администрация. Это может иметь место, например, в ситуации с медицинской экспертизой или в случае принудительного лечения. В некоторых швейцарских тюрьмах были введены формальные правила, призванные гарантировать принцип независимости, но это не относится ко всем учреждениям. Кроме того, по словам руководителя учреждения Santé Suisse, Др Байдичи Чаттерджи, сотрудничество тюремной и медицинской систем может привести к осложнениям. Она, считает, что медицинский аспект не является приоритетом для судей и прокуроров. Эти две системы различаются по своему подходу к оценке степени серьезности и степени важности конкретного случая.

По словам Др Чаттерджи, «Действующие субъекты тюремной системы, по сути, имеют юридическую подготовку и не знают о медицинских тонкостях. Трудно понять, что уход за заключенными требует человеческих и финансовых ресурсов, даже если человек находится в тюрьме всего несколько дней. Врачи общей практики воспринимаются как посторонние. Когда проблемы со здоровьем становятся менее заметными, со стороны тюремных властей возникает непонимание. Директора и сотрудники следственных изоляторов знают о важности наличия медицинской службы, но игнорируют ее задачи: у них неправильное представление о качестве льгот, часах работы и расходах на уход. Тем не менее, проведение вступительного осмотра в первые 24 часа после поступления заключенного позволяет выявить серьезные случаи, избежать ухудшения ситуации и сэкономить значительные затраты».

По данным директората учреждения Santé Suisse (SPS), начальники тюрем не обучены оценивать качество медицинского обслуживания, а также нехватку медицинского персонала. Медицинские работники также жалуются на отсутствие связи с администрацией тюрем. Это отсутствие связи может привести к оттоку специалистов, оказывающих медицинскую помощь.

Однако, согласно ASSM, оба принципа эквивалентности лечения и независимости медицинского персонала имеют место быть при соблюдении определенных условий. Эти условия включают соответствующую инфраструктуру и ресурсы, всесторонний уход, четкое определение задач и обязанностей каждого лица, участвующего в принятии решений, касающихся медицинского обслуживания заключенных, профессиональную независимость врачей (в частности, требующую заранее определенных процедур «в случае расхождения мнений между медицинскими работниками и тюремной администрацией») и обеспечение того, чтобы каждый человек, участвующий в управлении тюрьмами, «был осведомлен об этических и правовых принципах, связанных с оказанием медицинской помощи в тюрьме».

В приложениях к руководящим принципам говорится, что, сталкиваясь с тюремной реальностью, необходимо иметь решения для оптимальной работы с приемлемыми возможностями делегирования полномочий, соответствующими правовым положениям.

The BIG Vade-Mecum

Этот справочник был разработан в 2008 году в контексте распространения инфекционных заболеваний. В нем предлагается структура сотрудничества между различными заинтересованными сторонами (медицинским и тюремным персоналом) в конкретных ситуациях (например, чрезвычайная ситуация, болезнь, наркотики и т.д.), объясняющая роль каждого из них. Это партнерство послужило предшественником рамок сотрудничества, инициированных SPS.

Учреждение Santé Suisse (SPS)

Учреждение SPS действительно является продуктом проекта BIG. Под руководством Конференции директоров кантональной юстиции и полиции

(CCDJP) и Швейцарской Конференции кантональных директоров здравоохранения (CDS) SPS является междисциплинарным колледжем, а также (первой) национальной платформой, занимающейся вопросами здравоохранения в тюрьмах в целях согласования процессов и структур. SPS пилотируется в течение двух лет начиная с 2014 года. Учреждение подчиняется Комиссии по исполнению приговоров и местам содержания под стражей («Комитет девяти») и директорам здравоохранения (CDS). Новшество заключается в том, что это национальная организация, состоящая из представителей различных профессиональных областей. Эти 12 членов представляют как тюрьмы (Федеральное управление юстиции, Конференция Кантональной пенитенциарной службы, Федерация учреждений по лишению свободы в Швейцарии), так и медицинские учреждения (Федеральное управление общественного здравоохранения, Ассоциация кантональных врачей в Швейцарии, Конференция швейцарских тюремных врачей, Форум лиц, осуществляющих уход за заключенными в Швейцарии). Целями являются:

1. гармонизация процесса лечения и ухода в тюрьмах путем установления минимальных стандартов;
2. создание и поддержание междисциплинарного диалога между медицинскими работниками и сотрудниками тюрем, посредством:
 1. единообразной и доступной информации;
 2. протоколов (медицинских, этических и организационных стандартов); и
 3. согласованных решений.

Для обсуждения и выявления потребностей среди профессионалов был создан веб-сайт, являющийся междисциплинарной платформой. SPS не оказывает никакой медицинской помощи в тюрьме. SPS находится в стадии разработки. Он создает сеть между заинтересованными сторонами в области здравоохранения и тюрем на пяти уровнях. Уровень 1 (политика) и уровень 2 (профессиональные ассоциации) уже связаны между собой благодаря составу колледжа SPS (организационная принадлежность). Таким образом, уровень 3 является приоритетом SPS, поскольку платформа нацелена не только на объединение самих SPS с учреждениями, но и на соединение учреждений друг с другом. В каждой тюрьме должен быть хотя бы один представитель по вопросам здоровья. Уровень 4 — это расширенная интеграция конкретных тем исследований в будущем. Уровень 5 (международный) — это перспектива на долгосрочную работу.

1.3 Исторический ракурс

Федеральное управление общественного здравоохранения начало заниматься вопросами охраны здоровья заключенных на федеральном уровне к 90-м годам, ввиду начала эпидемии СПИДа, а также передачи гепатита через кровь. Были поддержаны пилотные проекты по обмену шприцами в местах содержания под стражей и расширению лечения героином. В 2005 году были проведены исследования, которые встревожили власти по поводу состояния здоровья заключенных. В 2008 году Федеральным управлением юстиции и Кантональными департаментами юстиции и полиции был инициирован проект BIG. Так и был создан институт SPS. Помимо федеральной политики, ниже мы сосредоточимся на процессе реформ в кантоне Женева. Как уже упоминалось ранее, в Швейцарии действительно существуют две различные модели сотрудничества между тюремными властями и органами здравоохранения. Программа кантона Женева, по-видимому, является предшественником второй модели, по которой весь медицинский персонал работает в управлении здравоохранения, а система тюремного здравоохранения независима от кантонального правосудия.

1.3.1/2 Мобильная группа здравоохранения больниц Женевского университета

Исторические рамки

С 1963 по 2004 год за тюремную медицину в кантоне Женева отвечал Институт юридической медицины в Женеве (IUML). До 1998 года IUML была непосредственно связана с кантональным департаментом здравоохранения. Затем он стал частью Университетской больницы Женевы, в департаменте общинной медицины, оставив тюремную медицину под ответственностью кантонального департамента здравоохранения. В то время в Женеве юридическая медицина включала судебную патологию, токсикологию и психиатрию, тюремную медицину, медицинское право и медицинскую этику. Администрация и сотрудники IUML начали академическую деятельность по медицинскому праву и этике в тюремном здравоохранении в 70-х годах. В своем исследовании правовой базы тюремной медицины в кантоне Женева Элгер отмечает, что сотрудники «участвовали в разработке Советом Европы рекомендаций по этическим и организационным аспектам медицинского обслуживания в тюрьмах и выступали в качестве членов или экспертов ЕКПП (Европейского комитета по предупреждению пыток и бесчеловечного или унижающего достоинство обращения и наказания)». Кроме того, в 2007 году при Университетской больнице был создан Центр тюремной медицины. Этот центр был присоединен к Департаменту общинной медицины и первичной медико-санитарной помощи, и Департаменту психиатрии, руководители которого стали отвечать за программы первичной медико-санитарной помощи и психиатрической помощи в тюрьмах.

В 2008 году отделу пенитенциарной медицины больниц Женевского университета (HUG) было поручено реорганизовать и обеспечить медицинское обслуживание во всех пенитенциарных учреждениях кантона. По словам Ридера, Касильяса, Мэри, Секретана, Гаспоза и Вольфа, «до 2008 года медицинское обслуживание в тюрьмах было организовано переменным и непоследовательным образом: в некоторых тюрьмах работала медсестра и/или врач, в то время как в других в качестве ресурса использовалась только система экстренной помощи в общинах. После проведения внутреннего исследования местным правительством, больницами Женевского университета и управлением пенитенциарных учреждений Женевы заинтересованные стороны посчитали, что система здравоохранения тюрем в настоящее время является недостаточной и нуждается в реорганизации [...]. Цель координации состояла в том, чтобы стандартизировать деятельность по охране здоровья заключенных во всем кантоне, с тем чтобы добиться более последовательного соблюдения руководящих принципов охраны здоровья заключенных и согласованности подразделений в отношении предлагаемых медицинских услуг». Географическая близость и небольшие размеры центров содержания под стражей в Женеве рассматривались в этом контексте в качестве благоприятных условий для создания мобильной медицинской группы (HMT). Сегодня отдел пенитенциарной медицины находится в ведении больниц Женевского университета (HUG), независимых от администрации тюрем и организованных в соответствии с кантональным законодательством и рекомендуемыми стандартами. По словам Б. С. Элгера, профессора Университетского центра юридической медицины Женевы и Лозанны, «Тюремная медицина в Женеве примечательна по двум причинам: во-первых, она базируется в университете; во-вторых, Женева является мировой столицей прав человека и городом, где Жак Бернхайм разработал первую тюремную медицинскую службу, независимую от тюремных и судебных властей.

В соответствии с Женевской декларацией 2012 года о здравоохранении в тюрьмах были приняты кантональные законы и исполнительные нормативные акты. В настоящее время они обеспечивают правовую основу для поддержания этих стандартов и организационной структуры тюремной медицины в Женеве». По мнению Элгера, созданию правовой базы в Женеве способствовало несколько факторов: «Интерес и работа руководителей Института правовой медицины в области тюремного здравоохранения и прав человека. Руководители реформ в области охраны здоровья заключенных в Женеве были вовлечены на уровне Совета Европы, например, в ЕКПП, что позволило провести прямой обмен идеями.

В Женеве в течение многих лет вместо изолированных практикующих врачей услуги заключенным оказывала университетская команда комплексной тюремной медицины, включая специалистов по психиатрии. Привязанность к университету гарантирует независимость и уважение со стороны тюремной администрации и судебных властей. Основываясь на своем опыте в области медицинского права, администрация Института правовой медицины оказала значительное влияние на новые кантональные законы, касающиеся здравоохранения, включая медицинское обслуживание заключенных. [...] Жан-Жак Готье, банкир, который инициировал ЕКПП, работал в Женеве, городе с гуманитарным «духом», богатым организациями ООН, Международным комитетом Красного Креста (МККК) и НПО, действующими в области прав человека».

Правовая база

Правовая база, касающаяся медицинского обслуживания заключенных в Женеве, включает различные кантональные законы и рекомендации, которые постепенно разрабатывались в течение нескольких десятилетий. Статья 30 «Положения о внутреннем режиме тюрем и статусе заключенных» регулирует «Медицинский контроль и госпитализацию». В ней говорится, что «задержанный проходит медицинское освидетельствование: а) по его просьбе; б) если состояние его здоровья представляет опасность для него самого или для других лиц». Далее говорится, что «в случае чрезвычайной или медицинской необходимости задержанный может быть переведен в университетскую больницу или в психиатрическое стационарное отделение». С 2000 года эти различные нормативные акты обобщаются и дополняются подробным исполнительным регламентом, который имеет правовой статус указа Государственного совета.

Это напрямую относится к европейскому мягкому праву: Государственный совет постановил, что организация исправительной медицинской помощи в Женеве должна следовать соответствующим рекомендациям Совета Европы. По словам Элгера, «в Постановлении Государственного совета перечислены и подробно описаны медицинские учреждения, ответственные за оказание медицинской помощи заключенным в Женеве, все они находятся в ведении департамента здравоохранения. Все медицинские подразделения входят в состав Университетской больницы». В нем также подчеркивается, что «тюремная медицина в Женеве должна гарантировать заключенным доступ к терапевтической и профилактической медицинской помощи, и подробно описывается, каким образом это должно быть сделано» (см. там же).

По мнению автора, важность Постановления заключается в том, что оно содержит не только принципы, но и очень подробное описание мер, включая профилактические меры в области здравоохранения, и структур здравоохранения, которые будут осуществляться под руководством кантонального департамента здравоохранения.

Независимость

Медицинская независимость рассматривается Проф. Вольф как «фундаментальный принцип в тюремном здравоохранении, поскольку это самый мощный инструмент для ограничения двойной лояльности. По словам Элгера, «Профессиональная независимость достигается за счет полного разделения «власти». Сотрудники тюремной администрации и сотрудники исправительных учреждений работают в кантональном департаменте юстиции и полиции, который отвечает за исправительные учреждения. В отличие от этого, система здравоохранения, включая медицинские отделения в тюрьмах, является частью Университетской больницы Женевы - совершенно иной иерархии, находящейся в ведении кантонального департамента здравоохранения». Этот автор утверждает, что Постановление предоставляет гарантии медицинскому персоналу в случае будущих конфликтов с тюремной администрацией или судебными органами: в результате осуществления ежегодного надзора со стороны генерального директората (совещания) и кантонального правительства (доклады) высшие политические структуры несут ответственность за тюремную медицину.

Однако, по словам Ридера и др. 'независимость' не означает 'уклонение'. Организуются регулярные запланированные встречи между медицинскими работниками и начальниками тюрем, на которых они совместно обсуждают любые сложные случаи, требующие особого внимания. Реформа тюремного здравоохранения в Женеве направлена на то, чтобы «гарантировать заключенным доступ к такому виду медицинской помощи, который не зависит от судебной системы и эквивалентен лечению и уходу, предоставляемому населению в целом», включая профилактику и укрепление здоровья в соответствии с правилами ЕКПП. За три года с момента создания НМТ, по словам Ридера и др. (2013), были достигнуты следующие цели:

«1. Доступ к врачу теперь гарантирован в каждой тюрьме, независимо от степени совершенного правонарушения и социально-экономического статуса осужденного.

2. Полностью соблюдается эквивалентность медицинской помощи (например, в то время как ни один пациент ранее не получал противовирусного лечения гепатита, с момента создания НМТ четыре отдельных пациента в настоящее время получили противовирусную терапию гепатита С).

3. Согласие пациентов и конфиденциальность соблюдаются.

4. Профилактическая медицинская помощь предлагается в широком спектре с помощью новых универсальных профилактических программ [...]

5. Гуманитарная помощь: НМТ поддерживает уязвимые категории в местах заключения.

6. Профессиональная независимость.

7. Профессиональная компетентность: медицинское обслуживание обеспечивается специалистами по тюремной медицине, нанятыми центральной системой здравоохранения сообщества.»

2 Характеристики пенитенциарных учреждений и заключенных

В Швейцарии насчитывается 114 тюрем с 7 235 местами. В 2014 году 6 923 человека (5 977 в 2004 году) было заключено в тюрьмы в Швейцарии. Это соответствует 95,7% заполняемости. 73% заключенных-иностранцы, 4,7% - женщины (32 учреждения в 2012 году) и 0,4% - несовершеннолетние (17 учреждений в 2012 году). Показатель содержания под стражей составляет 85 на 100 000 жителей. В тюремном секторе занято 4 030 штатных сотрудников.

2.1.2/3 Продолжительность тюремного заключения

В Швейцарии наряду с сокращением числа лиц, которым назначается наказание в виде лишения свободы, с годами сократилась и продолжительность тюремного заключения (данные на 1985-2004 годы):

- Общее число приговоров к тюремному заключению сроком до 6 месяцев сократилось с 8 968 в 1985 году до 3 730 в 2004 году, что составляет сокращение на 58%. Если эта тенденция распространяется и на задержанных швейцарских граждан (снижение на 76%), то число иностранных граждан, задержанных в Швейцарии менее чем на 6 месяцев, увеличилось на 10%;

- Если число приговоров к лишению свободы на срок от 6 до 18 месяцев, которые были фактически исполнены, также сократилось для всего тюремного населения (с 917 в 1985 году до 625 в 2004 году, что на 32% меньше) и для швейцарских национальных заключенных (сокращение на 66%), то число иностранных граждан, содержащихся под стражей в Швейцарии в период от 6 до 18 месяцев, увеличилось почти на 40%;

- Аналогичным образом, хотя общее число приговоров к тюремному заключению сроком более 18 месяцев сократилось (с 413 в 1985 году до 321 в 2004 году, сокращение на 22%), в том числе в отношении задержанных швейцарских граждан (сокращение на 62%), число иностранных граждан, задержанных в Швейцарии более 18 месяцев, увеличилось на 57%.

Рост числа заключенных в тюрьмах касается только иностранных заключенных (16,5% в период с 1985 по 2004 год, в то время как за тот же период общее количество заключенных в тюрьмах Швейцарии сократилось на 75%). Это особенно характерно для пенитенциарной системы, в которой иностранцы подвергаются более суровым наказаниям. Действительно, на этапе работы полиции доля иностранных подозреваемых, зарегистрированных в период с 1985 по 2004 год, увеличилась на 86%; доля иностранных заключенных перед магистратами увеличилась на 75%, и, наконец, доля иностранных заключенных в швейцарских тюрьмах увеличилась на 152% за двадцатилетний период.

3 Предоставление медицинской помощи

3.1 Введение

Тюрьмы управляются 25 кантонами (из 26 кантонов). Система пенитенциарного здравоохранения в Швейцарии зависит от различных заинтересованных сторон. Доступ заключенных к медицинскому обслуживанию находится в ведении кантонов (или даже пенитенциарного учреждения в некоторых случаях), которые организуют и регулируют медицинские и сестринские услуги в соответствующих учреждениях. Сложность кантональных структур и фрагментация в небольших следственных изоляторах затрудняют применение национальных и международных руководящих принципов и правил. Качество медицинской помощи также зависит от количества заключенных.

3.2 Доступность

В Швейцарии нет официальных или обобщаемых данных о тюремном здравоохранении, поскольку это компетенция кантонов, поэтому существует столько же организационных структур, сколько и кантонов. SPS создает базу данных о медицинском обслуживании для каждой тюрьмы. 24 тюрьмы уже ответили на вопросник, и 9 тюрем все еще собирают данные. Вопросник направлен на получение глобального представления и выявление некоторых расхождений. Каждое учреждение получит информационный бюллетень с кратким изложением основных данных, касающихся тюрьмы.

3.2.1 Организация медицинского обслуживания

Система тюремного здравоохранения независима от кантонального правосудия в четырех франкоязычных кантонах: Женева, Невшатель, Вале и Во. В Женеве и Во услуги организуются университетскими больницами. Невшатель и Вале также следуют этим моделям. Эта организация довольно новая (с 2015 год в

Невшатель, около 10 лет в Вале). (Источник: Проф. Др Вольф, по телефону). В некоторых кантонах большинство врачей общей практики работают исходя из своей собственной практики, посещая тюрьмы один или два раза в неделю. Однако в других кантонах (Бейл, часть Аргови, Тургови) кантональная медицинская служба обеспечивает медицинское обслуживание в тюрьме. В некоторых кантонах (Берн и Цюрих) врачи общей практики привлекаются Министерством юстиции (Источник: руководитель SPS, по эл. почте). Люди с проблемами психического здоровья проходят лечение у сотрудников судебной психиатрии, отвечающих за руководство терапией в судебном контексте.

3.2.2 Человеческие ресурсы

Представленные выше две различные модели сотрудничества между пенитенциарными учреждениями и органами здравоохранения позволили разработать пять «подмоделей» организации человеческих ресурсов. В первых трех описанных ситуациях медицинское обслуживание в тюрьмах осуществляется под ответственность судебных органов. В четвертой и пятой ситуациях медицинское обслуживание организуется независимо.

Медицинская служба тюрьмы Rösschries (кантон Цюрих в немецкоязычной Швейцарии, 450 заключенных)

Медицинская служба организована как любая врачебная практика, возглавляемая главным врачом, который сам находится в ведении начальника тюрьмы. В ней работают три врача (2 полные ставки), два стоматолога (0,80 ставки), пять фельдшеров (4,3 ставки), два медицинских массажиста (0,6 ставки) и два медицинских секретаря (0,5 ставки). Медицинская служба постоянно присутствует в учреждении, разрешает чрезвычайные ситуации и поддерживает заключенных, а также сотрудников и посетителей. Психиатрические услуги предоставляются департаментом психиатрии и психологии управления судебного исполнения кантона Цюрих. По словам главного врача, имеющегося оборудования достаточно для оказания базовой медицинской помощи. При необходимости дальнейшее лечение (в виде обследований и диагностики) проводится в двух больницах.

Служба здравоохранения кантонального управления исполнения наказаний в Золотурн (немецкоязычная Швейцария, 180 мест)

Заключенные из трех учреждений кантона Золотурн получают поддержку от общего департамента здравоохранения, находящегося в ведении кантонального управления исполнения наказаний. В каждой тюрьме на неполный рабочий день присутствует референт терапевта. Он регулярно проводит консультации. Что касается психиатрической помощи, то отделение больницы проводит еженедельные консультации или, при необходимости, более длительные в каждой тюрьме. Заместитель начальника службы, именуемой «амбулаторной», предоставляет как регулярную поддержку, так и экстренную (реанимация). В медицинской службе работают 10 медсестер (840%), каждая из которых работает на трех участках.

Служба здравоохранения тюрьмы Altstätten (кантон Санкт-Галлен в немецкоязычной Швейцарии, 45 мест)

Медицинская служба управляется медсестрой. Консультация врача проводится один раз в неделю во второй половине дня по предварительной записи. Есть также фельдшер (неполный рабочий день), психиатр и дополнительная медсестра. По словам практикующего врача, команда достаточно большая. Чрезвычайные ситуации рассматриваются практикующим врачом или региональными службами неотложной медицинской помощи. Практикующий врач также отмечает, что большинство проблем со здоровьем решаются на месте. В противном случае, заключенных пациентов направляют к узконаправленным специалистам или отправляют в больницу.

П. Ульрих опросил руководителей этих трех первых моделей, о которых идет речь, о преимуществах их соответствующих организаций тюремного здравоохранения. Эти медицинские услуги имеют следующие преимущества:

- Большая и хорошо оборудованная служба решает большинство проблем на месте.
- Квалифицированный персонал обеспечивает качественный уход.
- Большая команда может обмениваться идеями и обсуждать тяжелые случаи.
- Сотрудничество с внешними специалистами в рамках региональной сети.

Тюремная служба медицины и психиатрии (SMPP) Университетской больницы Водуа (+/- 900 заключенных)

Тюремная служба медицины и психиатрии (Service de médecine et psychiatrie pénitentiaires, SMPP) Университетской больницы Водуа предоставляет медицинские услуги в пяти учреждениях кантона (западная Швейцария) (амбулаторные медсестры, соматические и психиатрические). Она была создана в 1995 году политическим органом кантона Во. SMPP находится под ведомством Университетской больницы кантона. Служба также состоит из двух психиатрических отделений, которые оказывают поддержку пациентам, отправленным туда на некоторое время, и пациентам, освобожденным с обязательным наблюдением у медицинского специалиста по решению суда. SMPP также предоставляет услуги в полицейских участках кантона Во, где задержанные содержатся в ожидании этапирования в тюрьмы, иногда до 30 дней. Многие факультативные консультации требуют перевода либо в больницу, либо в отделение для уязвимых групп населения. В выходные дни всегда присутствуют медсестры.

Мобильная группа здравоохранения (НМТ) больниц Женевского университета (HUG)

Места содержания под стражей в Женеве были сочтены слишком маленькими, чтобы оправдать присутствие на каждом объекте местных медицинских бригад на полный рабочий день. Поэтому мобильная команда была наиболее подходящим решением. Была создана мобильная и легкодоступная медицинская бригада, работающая неполный рабочий день, для решения проблем со здоровьем заключенных, без постоянного присутствия врача или медсестры в учреждении. Из-за небольших размеров НМТ и коротких расстояний между учреждениями такая модель была признана лучшим вариантом в кантоне. Действительно, она требовала меньшего количества персонала и оборудования и позволяла передавать информацию между членами группы и координировать работу между объектами благодаря своей централизованной структуре. НМТ является многопрофильной группой, состоящей из медсестер, терапевта, психиатра, психолога и секретаря. Доступ к стоматологической помощи также обеспечивается благодаря тесному сотрудничеству с стоматологами Champ-Dollon. Группа сотрудничает с социальными работниками тюрем, сохраняя при этом профессиональную конфиденциальность. Медсестры также курируют всю работу. Они проводят медицинское обследование каждого нового заключенного в течение 24-48 часов после поступления, с тем чтобы определить потребности заключенных в области здравоохранения, требующие срочной медицинской помощи, или обеспечить непрерывность лечения. Для других консультаций пациенты направляются к медицинским работникам в рамках НМТ, если медсестра, проводящая вступительный экзамен, сочтет это необходимым. Если требуется консультация специалиста, пациентов предварительно направляют к врачу общей практики. Команда работает с понедельника по пятницу, с 7 утра до 6 вечера. Она базируется в самом крупном учреждении и посещает другие учреждения на регулярной основе (в заранее назначенные дни) с частотой,

пропорциональной размеру каждого из них при необходимости. Если нужно, то предоставляются и услуги устного перевода.

По данным Проф. Др Вольфа, независимые системы кантонов Во и Женева гораздо более привлекательны для хорошо подготовленных врачей, поскольку они остаются в (государственном) секторе здравоохранения даже работая в тюрьме. Существенными преимуществами этих систем являются:

- Стабильность персонала и хорошая коммуникация.
- Комплексное измерение медицинских услуг (SMPP) требует, чтобы персонал был многофункциональным и квалифицированным.
- Академическая принадлежность помогает в дестигматизации тюремной среды студентами, потому что тюремный контекст привлекает действительно мало профессионалов. Такая модель также гарантирует независимость от судебных и тюремных властей, поддерживая хорошее сотрудничество с ними. Академическая принадлежность также позволяет извлекать выгоду из поддержки субъектов здравоохранения (развитие, доступ к ресурсам, процедуры мониторинга). Обеспечивается соблюдение стандартов медицинской практики.
- Объединение соматической и психиатрической помощи в единую службу позволяет устанавливать связи и обмениваться мнениями.
- Централизованная организация в больнице дает сотрудникам гарантию карьерного роста, поскольку они также могут при необходимости сменить службу. С точки зрения управления, льготы находятся на уровне счетов, взаимодействуют с медицинским страхованием, аптекой, персоналом, закупками и управлением.

3.2.3 Ограничения в оказании медицинской помощи из-за нехватки человеческих ресурсов

Кроме того, найти медицинских работников для тюрем сложнее, чем для обычных больниц. Даже если рабочая нагрузка в тюрьме и за ее пределами одинакова (напомним, что заполняемость швейцарских тюрем не достигает 100%), существует ряд дополнительных трудностей, связанных с конкретным тюремным контекстом и различным уровнем подготовки кадров. Однако по сравнению с обычными больницами у медсестер в пенитенциарных учреждениях больше обязанностей, и они должны управлять более широким спектром случаев и заболеваний. (Источник: руководитель SPS, по эл. почте)

Медицинский персонал иногда сталкивается с большим количеством запросов на медицинские консультации, что превышает возможности их инфраструктуры. Существуют также ограничения транспортных ресурсов. Сотрудники тюрем и полиции необходимы для сопровождения заключенных пациентов в стационарные и амбулаторные консультативные учреждения. Переполненность тюрем вызывает относительную нехватку сотрудников пенитенциарных учреждений, что заметно ограничивает число медицинских консультаций, несмотря на имеющееся у врача время.

3.2.4 Внерабочее время

Что касается медицинского присутствия в тюрьмах, то медицинские работники, как правило, присутствуют с понедельника по пятницу в рабочее время, в некоторых тюрьмах также в выходные дни или по службе горячей линии. (Источник: руководитель SPS, по эл. почте) В кантоне Женева в случае острой медицинской ситуации сотрудники пенитенциарных учреждений могут вызвать медсестру НМТ для оценки состояния пациента в рабочее время или бригаду экстренной помощи в любое время. В случае чрезвычайной ситуации сотрудники тюрем могут вызвать скорую помощь в любое время. Медсестры и терапевты НМТ совместно с местными фармацевтами разработали руководящие принципы для тюремного персонала, сталкивающегося с 'повседневными проблемами', такими как боль или небольшие раны, с указанием соответствующих мер, которые

должны быть приняты в зависимости от ситуации (от «базового симптоматического лечения» до запроса на оценку НМТ или вызова экстренных служб). В рабочее время «тюремным служащим рекомендуется обращаться в НМТ по любому медицинскому вопросу заключенного, если следующий курс действий не очевиден».

3.3 Доступность для восприятия

3.3.1 Профилактика и укрепление здоровья

С ноября 2001 по ноябрь 2005 года Энн Итен и Бруно Гравье провели исследование по эпидемиологии и профилактике инфекций в тюрьмах Западной части Швейцарии. В то время общая ситуация в области профилактики считалась тревожной с учетом высокого инфекционного риска, с которым сталкиваются заключенные. Профилактика выглядела трудной для применения, и пилотные программы были редкостью. Что касается ВИЧ, то в большинстве тюрем были доступны презервативы. Лишь в нескольких местах не было разработано структурированного информационного обеспечения ни для заключенных, ни для сотрудников пенитенциарных учреждений. Когда информация предоставлялась, она была своевременной, но разрозненной. В рамках проекта BIG учреждение Santé Suisse в сотрудничестве с федеральными властями и Швейцарским Красным Крестом в феврале 2014 года отредактировала листовки, содержащие информацию для заключенных, посвященную инфекционным заболеваниям на десяти различных языках. Этот документ, доступный в бумажном формате, предназначен для распространения среди заключенных. Сотрудники пенитенциарных учреждений также имеют в своем распоряжении брошюру на французском, немецком и итальянском языках о защите их собственного здоровья и информацию, позволяющую им принимать участие в мерах по снижению риска для заключенных.

3.3.2 Проект BIG

Проект BIG («Bekämpfung von Infektionskrankheiten im Gefängnis») - проект по борьбе с инфекционными заболеваниями в тюрьмах, инициированный в 2008 году Федеральным управлением здравоохранения, Федеральным управлением юстиции и кантональными департаментами юстиции и полиции. Проект BIG направлен на улучшение и гармонизацию оказания медицинской помощи в трех областях:

- Эпидемиологические данные,
- Информация, образование и коммуникация,
- Профилактика, выявление и лечение.

BIG разработала следующие инструменты:

- Медицинские бланки.
- Инструмент Vade Mecum о трансмиссивных болезнях и зависимостях в тюрьме.
- Брошюру «Здоровье и лишение свободы» для заключенного и тюремного персонала
- Рекомендации 2013 года, одна из которых привела к созданию Колледжа, занимающегося вопросами тюремного здоровья (SPS).
- В 2011 году была создана национальная телефонная служба устного перевода для руководителей служб здравоохранения тюрем в связи с выявлением негативных последствий языковых барьеров для здоровья заключенных.

Внедрение проекта BIG осуществлялось в три этапа:

1. (2008/2009): оценка ситуации анализ целей, которые необходимо достичь, потребности, которые необходимо охватить, и осуществимость мер в областях действий и принятие решения о том, что делать;
2. (2009): разработка конкретных мер;
3. (с 2010/2011): внедрение разработанных мер в тюрьмах.

3.3.3 Насилие

В рамках профилактической медицинской помощи в кантоне Женева проводится проверка на наличие фактов насилия при поступлении в тюрьму. Медицинский персонал ищет видимые травмы, призывая заключенных сообщать о том, сталкивались ли они с насилием при аресте или во время заключения. Если задержанные отвечают положительно, врач проводит экспертизу показаний о насилии. Эти справки направляются в департамент юстиции и полиции и/или руководителю тюрьмы. Заключенные могут выбрать анонимность. В прошлом, когда эта система была введена в действие, наблюдалось снижение уровня насилия со стороны сотрудников полиции или исправительных учреждений.

3.3.4 Вакцинация против вирусов гепатита А и В (ВГА и ВГВ)

В октябре 2004 года в 91 тюрьме в немецкоязычных и итальянскоязычных частях был разослан стандартизированный вопросник, разработанный Герлихом и др.; ответы прислали представители 41 учреждений (45%): в 77% учреждений были сделаны прививки от гепатита А и в 80% от гепатита В. Прививки были сделаны либо по просьбе заключенного (26/29), либо по рекомендации тюремного врача (26/32). Существуют различные учреждения, поддерживающие вакцинацию финансово. В большинстве учреждений медицинское страхование упоминается в качестве возможного источника финансирования (93 %). В 38% учреждений в некоторых случаях заключенные сами должны оплачивать расходы. В 17% случаев кантональный департамент юстиции финансирует вакцинацию, а в 12% случаев это делают учреждения. Основная причина отказа от вакцинации заключенным заключалась в том, что расходы не были покрыты. Об этом заявили представители 21% учреждений. Нехватка персонала также отмечалась представителями 7% учреждений. Другие упомянутые причины включали: отсутствие медицинских работников в учреждении (2); недостаточное число инфицированных лиц в течение многих лет (1); отсутствие четкой рекомендации (1); отсутствие указаний (1); и слишком короткий срок тюремного заключения (4). Если цикл вакцинации (две дозы против ВГА и три дозы против ВГВ) был начат, но не завершен при выписке, 67% учреждений переводили своих заключенных в службу, где цикл вакцинации мог быть завершен. Однако для 33% учреждений это было не так. Причины отказа в переводе заключенного аналогичны ситуации с начатой терапией. Основной причиной, по которой вакцинации не всегда проводились, была нехватка персонала или финансирования.

3.3.5 Лекарственные средства и инфекционные заболевания

В Женеве тюремная медицинская служба предлагает лечение метадонем, распространение и обмен игл и шприцев для наркоманов, а также презервативов; все это предоставляется бесплатно.

3.3.6 Определенные проблемы со здоровьем

Психическое здоровье

Терапевтические меры

В последнее время меры по вынесению судебных решений изменились в швейцарском уголовном ландшафте. Санкции закона, действующие с 1937 года, были пересмотрены в 2006 году, особенно в отношении интернирования (обычного и пожизненного), что привело к более ограничительному лишению свободы. В период с 1985 по 2010 год меры, принимаемые судами, в целом сократились на 50%, за исключением мер, принимаемых в учреждениях. Резко возросло число случаев амбулаторного лечения «патологических» или психически больных правонарушителей.

При исполнении мер пресечения в виде заключения под стражу (помещение под стражу и интернирование), статья 74 швейцарского уголовного кодекса требует

соблюдения основных принципов человеческого достоинства и соразмерности в отношении любого дальнейшего ограничения прав заключенных.

Положения по разделению мест исполнения наказаний (обычные учреждения) и мер интернирования или заключения (лечебные учреждения) отражены в статье 58 швейцарского уголовного кодекса. Однако этот принцип разделения не реализован (или мало реализован) на практике из-за отсутствия надлежащих лечебных учреждений и потому, что статья 59 и др. швейцарского уголовного кодекса допускают институциональное лечение психических расстройств в тюрьме.

Центр мер Curabilis открылся в 2014 году в Женеве. Это закрытое учреждение для заключенных, отбывающих наказание в виде лишения свободы и страдающих психическими заболеваниями. В принципе, осуществление амбулаторного лечения происходит одновременно с назначением наказания в виде лишения свободы, которое назначается совместно, если только оно не согласуется с лечением: в этом случае судья может приостановить исполнение наказания в виде лишения свободы в пользу амбулаторного лечения (п.2 статьи 63 швейцарского уголовного кодекса). Понятие лечения трактуется очень широко. Для Федерального трибунала: «В структурированной и контролируемой среде должно проводиться даже простое наблюдение вместе с относительно отдаленным психотерапевтическим лечением. Оно способствовать улучшению состояния соответствующего лица, и в конечном итоге его реинтеграция в общество станет возможной».

Правонарушители с психическими расстройствами и «опасные» правонарушителей, в отношении которых принимаются очень строгие меры безопасности, являются серьезной проблемой тюремной политики. Эти вопросы в значительной степени способствуют сотрудничеству органов уголовного правосудия с врачами и психиатрическими экспертами, поскольку экспертиза является обязательной мерой, позволяющей судье предписывать меры безопасности, в том числе амбулаторные (пункт 3 статьи 56 швейцарского уголовного кодекса).

Для вынесения решения о мере интернирования п. 4 статья 56 швейцарского уголовного кодекса требует проведения экспертизы независимым экспертом, который еще не лечил правонарушителя. В отношении пожизненного заключения, п. 3 статьи 123а федеральной Конституции и п. 4а статьи 56 швейцарского уголовного кодекса требуют заключения по крайней мере двух экспертов, независимых друг от друга, опытных и никогда ранее не работавших с правонарушителем. Чтобы справиться с этими проблемами, Швейцария должна серьезно активизировать свои усилия по профессиональной подготовке (базовой и продолжающейся) в области медицины, судебной психиатрии, права, научных исследований и междисциплинарного сотрудничества между различными субъектами, участвующими в осуществлении уголовных санкций. Закон также требует регулярной оценки (гарантия свободы личности, статья 31 Федеральной Конституции) (не реже одного раза в год, статья 5 главы 4 Европейской конвенции о правах человека).

Суицид

В Швейцарии правило гласит, что любое арестованное лицо должно быть осмотрено в течение 24 часов врачом или медсестрой, чтобы определить, есть ли у него медицинские или психиатрические проблемы, требующие определенного подхода. Рекомендуемый обзорный вопросник включает некоторые вопросы, конкретно касающиеся суицидального риска. Однако на практике С. Арсевер объясняет, что нет уверенности в том, что это обследование является настолько систематическим, насколько оно должно быть, из-за отсутствия медицинского или сестринского персонала. В полицейской тюрьме в Цюрихе необходимо было посетить Национальную комиссию по предупреждению пыток для выполнения

четырёх медицинских вопросов в форме, заполненной тюремным персоналом по прибытии, с возможностью связаться с врачом в случае получения тревожных ответов. В женевской тюрьме Champ-Dollon всех заключённых осматривают в течение двух часов после прибытия. Если диалог с правонарушителем показывает его суицидальные наклонности, то принимаются защитные меры, которые могут включать психологическое или медицинское лечение, госпитализацию и усиленное наблюдение. Особое внимание во время пребывания уделяется лицам, совершившим тяжкие преступления. Чувствительными периодами являются арест, вынесение приговора и освобождение. Личные события, такие как романтический перерыв, отмененный или неудачный визит, также могут послужить спусковым крючком. Тюремные офицеры стоят на передовой, чтобы обнаружить признаки суицидального поведения.

Зависимости

Распространенность

Инфекционные заболевания, связанные с употреблением наркотиков, являются проблемой в тюрьмах. В 2007 году Эйтан и др. провели исследование в следственном изоляторе Женевского округа, основанное на изучении медицинских досье всех заключённых, посещающих службу тюремного здравоохранения. В нем содержится первое подробное описание проблем психического здоровья, с которыми заключённые получают помощь в крупнейшем швейцарском следственном учреждении. Также было первое описание связи проблем психического здоровья с проблемами соматического здоровья в большой выборке заключённых. Полученные результаты подтвердили высокую распространенность проблем с психическим здоровьем в этой популяции и выявили частые ассоциации с проблемами соматического здоровья, тем самым подчеркнув необходимость скоординированных медицинских услуг в этих условиях.

Почти половина (45,8%) респондентов указывали на психологические симптомы или жалобы, причем женщины несколько чаще, чем мужчины (56,6% против 45,3% соответственно). Курение было довольно распространено в этой выборке (68,9%). Злоупотребление алкоголем, каннабисом, бензодиазепином и кокаином также было частым (41,2%, 35,9%, 31,1% и 26,6% соответственно). Помимо героина, проблемы злоупотребления психоактивными веществами чаще встречаются среди мужчин, чем среди женщин.

Несколько ассоциаций между психологическими симптомами, употреблением психоактивных веществ, возрастом, полом и наиболее распространенными общими заболеваниями являются статистически значимыми. По сравнению с мужчинами женщины чаще нуждались в уходе из-за тревоги и реже из-за злоупотребления алкоголем, кокаином, каннабисом и бензодиазепинами. Молодые заключённые были более склонны злоупотреблять алкоголем, каннабисом и бензодиазепинами и вести себя агрессивно (например, наносить шрамы), чем пожилые. Заключённые в возрасте 35 лет и старше чаще жаловались на различные психологические симптомы, включая тревогу. Злоупотребление героином и кокаином также чаще встречается у пожилых заключённых, чем у молодых. Сопутствующие заболевания, связанные со злоупотреблением табаком, алкоголем и другими психоактивными веществами, были очень распространены. Злоупотребление алкоголем в прошлом было связано с целым рядом проблем и моделей поведения, включая бессонницу, курение и самоагрессию. Существует также несколько существенных ассоциаций между тревогой, бессонницей, различными веществами, злоупотребляемыми респондентами, и общими заболеваниями, включая проблемы с кожей, дыханием

и кровообращением. Депрессивные расстройства были чрезмерно распространены среди женщин-заключенных. Расстройства личности были более распространены среди молодых заключенных. Злоупотребление алкоголем в анамнезе было связано с посттравматическим стрессовым расстройством, расстройствами адаптации и расстройствами личности. Курение было связано с адаптацией и расстройствами личности. Проблемы с дыханием были связаны с нарушениями адаптации. Однако в исследовании Эйтана описаны только заключенные с медицинскими проблемами. Еще одно исследование, основанное на той же базе данных и проведенное Проф. Др Вольф, включает общее количество заключенных. Оно дает более детальное представление о психическом здоровье и зависимостях в женевской тюрьме.

Конопля

Несколько исследований свидетельствуют о высокой распространенности употребления каннабиса до и во время тюремного заключения. По словам одного из них, задержанные оценили текущее потребление каннабиса в 80%, а персонал в 50%. Все участники имели сходное мнение о влиянии как на индивидуальном, так и на институциональном уровнях: обезболивающее, успокаивающее, самопомощь для прохождения тюремного опыта, снятие стресса, облегчение сна, предотвращение насилия и социальное успокоение. В дополнение к своему успокаивающему эффекту и преимуществам для социального климата в тюрьме, каннабис может заменять или предотвращать употребление других психоактивных веществ, он считается менее вредным и профилактическим для заключенных, принимающих более вредные наркотики, такие как героин и кокаин. Участники также упомянули о таких негативных последствиях, как сонливость, снижение восприятия опасности и социальная изоляция, а также неудовлетворенность ситуацией, когда каннабис запрещен. Однако введение более строгих правил вызвало страх перед насилием, ростом фактов передачи запрещенных веществ и переходом к другим видам употребления наркотиков.

Заместительная терапия опиоидами в женевской тюрьме

Заместительная терапия опиоидами (ЗТО) не проводится единообразно во всех тюрьмах, как это рекомендовано международными руководящими принципами. В следственной тюрьме Champ-Dollon (Женева) ЗТО применяется с 1990 года. До этого времени был доступен метадон, но только для тех, кто уже проходил заместительную терапию или страдал от абстинентного синдрома. Изоляторы временного содержания характеризуются высокой текучестью заключенных, что усложняет организацию здравоохранения, особенно для уязвимых групп, таких как пациенты с опиоидной зависимостью. В 2007 году в Champ-Dollon было проведено исследование. Были изучены медицинские карты 2 566 заключенных, поступивших в учреждение. В 2007 году, по данным обзора медицинских карт 2 566 заключенных, поступивших в крупнейший швейцарский ИВС, из 233 потребителей опиоидов (9,1%) в исходном состоянии 94,8% употребляли другие вещества и 39,9% употребляли наркотики внутривенно. Опиоидная зависимость была подтверждена у 71,2% потребителей опиоидов. Метадон был предпочтительным лечением, никаких серьезных побочных эффектов или смерти от передозировки зафиксировано не было. 49,7% пациентам была назначена ЗТО и обеспечена непрерывность лечения после освобождения. В ходе исследования был сделан вывод о том, что назначение ЗТО квалифицированными врачами лицам, содержащимся под стражей с опиоидной зависимостью, осуществимо и безопасно в досудебных условиях. Доза метадона была ниже по сравнению с общими рекомендациями по лечению ЗТО. Тем не менее лечение проводилось в соответствии с национальными и международными руководящими принципами. Применение ЗТО в тюрьме предоставляет доступ к необходимым и безопасным медицинским услугам для уязвимых групп. Что касается опиоидной зависимости,

то ЗТО доказал свою пользу благодаря снижению риска смертности от передозировки после освобождения из тюрьмы. Период после освобождения является особенно уязвимым переходным периодом для правонарушителей. Уровень смертности среди бывших заключенных в 20 раз выше, чем среди населения в целом. Из-за этого риска (особенно в тех случаях, когда заключенные подвергались принудительной детоксикации во время своего пребывания в тюрьме) официальные руководящие принципы рекомендуют, чтобы все лица, зависимые от опиоидов, имели доступ к ЗТО, и чтобы во время тюремного заключения не было полного снижения дозы.

Инфекционные заболевания

В Швейцарии существует политика профилактики, но осуществляется она неравномерно; исследование, проведенное Фрайбургским университетом, показывает, что меры по борьбе с инфекциями в швейцарских тюрьмах не являются единообразными. С весны 2008 года Федеральное управление общественного здравоохранения (FOPH) проводит серию исследований по профилактике инфекционных заболеваний в тюрьмах, рассматривая вопрос о том, как в будущем можно успешно бороться с инфекционными заболеваниями во всей швейцарской пенитенциарной системе.

В соответствии со Швейцарским законом об эпидемических заболеваниях Конфедерация и кантоны несут ответственность за принятие необходимых мер по борьбе с инфекционными заболеваниями. Это означает, что заключенные при необходимости получают регулярную медицинскую и сестринскую помощь; кроме того, их распорядок дня регулируется. Эта ситуация дает хорошую возможность показать заключенным способы защиты себя и других. Например, в тюрьме Schöngrün медицинские и сестринские услуги предоставляются четырем зарегистрированными медсестрами и еженедельными посещениями врача по запросу. Кроме того, метадон и героин отпускаются в контролируемых условиях заключенным, страдающим тяжелой наркоманией. Это делается в рамках швейцарской политики в области наркотиков. Крайне важно, чтобы группа по оказанию чрезвычайной помощи была осведомлена о высокой распространенности инфекционных заболеваний среди заключенных. С одной стороны, они должны попытаться обнаружить эти заболевания. С другой стороны, они должны использовать соответствующие защитные меры (изоляция, маска, перчатки) перед началом лечения.

Распространенность

Согласно исследованию, средневзвешенный показатель распространенности ВИЧ составил 2,5 %. Это число в равной степени основывалось на оценках и фактических серологических тестах, которые, однако, относились к известным случаям и обычно не основывались на установившейся практике. Средневзвешенное значение показателей распространенности вируса гепатита С составило 7,0%. Сообщенные показатели распространенности были основаны на оценках примерно в 60% учреждений и примерно в 40% выявленных случаев.

Осмотр

Почти во всех тюрьмах серологические обследования не проводились на регулярной основе, а проводились по требованию заключенных или по рекомендации медицинской службы. Вакцинация против инфекции гепатита А или В и начало противовирусной терапии были возможны в большинстве учреждений. Выводы: Большинство обследованных тюрем предлагали диагностическое и противовирусное лечение вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекций. Сообщалось, что одной из проблем было прекращение текущего лечения или циклов вакцинации после освобождения. В некоторых случаях препятствием было недостаточное финансирование. Почти все учреждения предлагали серологическое

тестирование на ВИЧ, вирусы гепатита В и С. В трех учреждениях заключенные не могли пройти тестирование на вирус гепатита А. Основными причинами, по которым не проводились серологические исследования (помимо отказа пациента), были отсутствие внутренних медицинских услуг и отсутствие какого-либо медицинского обследования. Другие причины включали недостаточное покрытие расходов и короткие сроки лишения свободы. Кроме того, было упомянуто, что в некоторых случаях проводились консультации с проверками более ранних учреждений и что усилия и последствия тестирования не были ясны. В 63-88% учреждений серологические анализы проводились по просьбе заключенного, а в 46,2-61% по рекомендации тюремного врача. Рутинное серологическое тестирование на ВИЧ, ВГВ и ВГС для всех заключенных по обоюдному согласию проводилось только в одном учреждении. Ни одно учреждение не тестировалось на ВГА регулярно.

Лечение

В 90 % (36/40) учреждений заключенные имели возможность получить противовирусную терапию ВИЧ. Основные учреждения предлагали противовирусную терапию для хронических ВГС и хронических ВГВ-инфекций. Из нескольких учреждений, представители которых заявили, что невозможно обеспечить лечение всех хронических инфекций, представители трех отметили, что они переводят пациентов в другие места, когда такое лечение необходимо, в то время как представители двух других учреждений ответили, что продолжение лечения возможно, но что они обычно не иницируют его. Во всех учреждениях для начала фармакотерапии требуется диагноз от главного врача. В трех учреждениях пребывание от 6 до 12 месяцев также было условием для начала лечения хронической инфекции, вызванной вирусом гепатита. Кроме того, два учреждения также упомянули срок лишения свободы более 6 месяцев в качестве необходимого условия для начала лечения ВИЧ. Большинство учреждений смогли обеспечить противовирусную терапию ВИЧ или хронического гепатита В или С, однако другие этого не сделали из-за нехватки врачей или из-за того, что расходы не были покрыты. В связи с инфекциями, вызванными вирусом гепатита, причины отказа от фармацевтической терапии заключаются в том, что проблемы с финансированием были препятствием для начала противовирусной терапии в большем количестве учреждений, чем в случае ВИЧ.

Пилотные проекты

Некоторые пилотные проекты были реализованы в начале девяностых годов.

- Программа обмена шприцев в тюрьмах с помощью распределительной машины была реализована в Hindelbank (учреждение для женщин) и Realta (тюрьма для мужчин). В Hindelbank не наблюдалось никаких последствий от уровня потребления кокаина и героина. В Realta обмен шприцами между заключенными снизился после окончания программы.

- Проект Kost в Oberschongrün: контролируемое распространение героина. Здесь врач по запросу раздавал заключенным-наркоманам стерильные шприцы. Результаты были следующими: отсутствие стресса, связанного с исследованиями наркотиков; меньше соматических и психологических жалоб; одинаковое потребление каннабиса и кокаина, отсутствие обмена шприцами, упоминается только одна передозировка; лучшие инвестиции и мотивация к работе у участников, чем у других заключенных-наркоманов.

- Опрос Bâle о профилактике СПИДа и наркомании. Программы обмена шприцев в тюрьмах (PSE) были сопоставлены с программами в Швейцарии, Германии и Испании. Авторы подчеркнули необходимость совместных усилий по разработке и развитию между всеми группами, затронутыми программами, и необходимость интеграции PSE в широкий спектр мероприятий в области образования и снижения вреда, как это происходит в сообществе. Целями PSE

было сокращение числа передаваемых через кровь вирусных инфекций в тюрьмах. В ходе исследования ни в одной тюрьме не было зарегистрировано новых случаев заражения ВИЧ, гепатитом В и С. Показатели употребления наркотиков, о которых сообщили Hindelbank и Realta, были стабильными или снизились. В 1998 году, опираясь на предыдущие результаты, директор Федерального управления общественного здравоохранения рекомендовал в письме главам кантональных органов юстиции и полиции «интегрировать распространение шприцев и свободный доступ к презервативам во всех учреждениях при одновременном соблюдении конкретных условий в каждом из них». На практике рекомендации трудно применять из-за нескольких факторов: особых трудностей в тюрьмах, нежелания сотрудников, изменчивости политики кантонов, нехватки ресурсов и ощущения фундаментального противоречия между тем, что связано с соблюдением целей эффективной профилактики, и первой миссией пенитенциарного учреждения. Проект BIG («Bekämpfung von Infektionskrankheiten im Gefängnis»), инициированный в 2008 году Федеральным управлением здравоохранения, Федеральным управлением юстиции и кантональными департаментами юстиции и полиции, в настоящее время является самым важным проектом в Швейцарии по борьбе с инфекционными заболеваниями в тюрьмах.

Медицинские исследования

В недавнем докладе США были предложены изменения в федеральное законодательство страны, чтобы предоставить заключенным доступ к медицинскому лечению, доступному только в рамках исследовательского проекта. Такое экспериментальное лечение может спасти жизнь в некоторых случаях ВИЧ с множественной лекарственной устойчивостью. В Женеве такой доступ предоставляется. В целях предотвращения злоупотреблений в Женеве те же стандарты для пациентов, не являющихся заключенными, применяются к исследованиям с участием заключенных пациентов. Исследования разрешаются только после добровольного и осознанного согласия заключенных. Первый и наиболее важный аспект предоставления свободного и осознанного согласия заключается в том, что гарантируется эквивалентность и независимость неисследовательской медицинской помощи. Действительно, очевидным условием обеспечения этических исследований в отношении заключенных является отсутствие каких-либо ограничений или давления. Заключенные могут согласиться на включение в протокол исследования, чтобы получить хороший общий уход (исследования, терапевтические вмешательства, мониторинг и последующее наблюдение), если медицинское обслуживание заключенных является неадекватным.

3.4 Непрерывность лечения

3.4.1 Последующее наблюдение и передача медицинской информации

Б. Чаттерджи (руководитель учреждения Santé Suisse) считает, что единая электронная медицинская карта для всей системы здравоохранения в целом должна быть идеальной. В настоящее время Государственный совет думает о создании «электронной медицинской карты». Это проект о группировании электронных медицинских услуг. Информационно - коммуникационные технологии (ИКТ) используются для улучшения процессов в системе здравоохранения, а также для создания сетей участников (пациентов, врачей, терапевтов, застрахованных, страховых компаний, лабораторий, аптек, больниц и медсестринского персонала). Доказано, что внедрение телемедицины в тюрьмах способствует расширению надлежащего доступа к медицинской помощи. Она перспективна для пациентов с хроническими заболеваниями, такими как сердечно-легочные заболевания и астма, от которых страдают многие

заключенные. Было показано, что телемедицина сокращает задержки в этапировании пациентов с потенциальными обострениями хронических заболеваний.

3.4.2 Из общества в тюрьму

Осмотр при поступлении

Теоретически, состояние здоровья и личное положение задержанного являются предметом собеседования по прибытии в пенитенциарное учреждение. В первые дни тюремный врач проводит медицинское обследование. Судебно-медицинский отдел вмешивается в ситуации психических или поведенческих расстройств. Медицинское сообщество оценивает работоспособность. В следственном изоляторе в 2008 году медицинскую помощь получали от 70 до 80% из 2 300 заключенных, поступающих в среднем ежегодно. Все заключенные, поступившие в учреждение, проходят медицинское освидетельствование медсестрами первичной медико-санитарной помощи в течение 24 часов после прибытия. Эта оценка включает в себя вопросы скрининга для наиболее частых общих заболеваний, инфекционных заболеваний, подверженности насилию и суицидальных мыслей. При необходимости медсестры немедленно направляют задержанных к врачу. Что касается медицинских посещений, то кантон Во, например, предусматривает в своих правилах о статусе заключенных (статья 14) посещение как можно скорее после прибытия в тюрьму, а также после перевода. Целью визита является выявление медицинских состояний, требующих ухода, травматических повреждений, инфекционных заболеваний, зависимостей, а также предоставление информации профилактического уровня об инфекционных заболеваниях и возможности обследования. В тюрьме Schöngrün (кантон Золотурн) при входе в тюрьму все вновь прибывшие заключенные проходят собеседование с медсестрами. Оно включает вопросы о ВИЧ-инфекции и гепатите; анализы крови обычно не проводятся для проверки инфекционного статуса, но заключенным рекомендуется проходить добровольное тестирование. Во время собеседования среди заключенных распространяется брошюра 'Безопасный секс' (AIDS-Hilfe, 2003), в которой содержится дополнительная информация по запросу заключенных в управлении здравоохранения тюрьмы. Надежная информация и просвещение повышают осведомленность заключенных об этих заболеваниях, повышают их готовность получать консультации, проходить тестирование и, при необходимости, начинать медикаментозную терапию.

3.4.3 В тюрьме

В следственном изоляторе заключенные в любое время могут обратиться за медицинской консультацией, а затем обратиться к врачу первичной медицинской помощи или непосредственно к психиатру в случае явных тяжелых симптомов. В контексте исследования, проведенного в следственном изоляторе, медицинские досье всех заключенных, посещавших службу тюремного здравоохранения в 2007 году, были проанализированы и закодированы с использованием международной классификации первичной медицинской помощи. Обратите внимание, что 31,2% заключенных, которых осматривали только медсестры, не имели медицинской карты и поэтому были исключены из анализа. Инструмент кодирования имеет преимущества для классификации проблем, которые не имеют точного диагноза. Действительно, учитываются как симптомы, так и диагнозы. Это позволяет упорядочить клинические данные в структуре эпизода лечения. В нескольких исследованиях было установлено, что классификация является адекватной, надежной и осуществимой для использования в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Классификация содержит также главы, посвященные психологическим проблемам и социальным проблемам. Компоненты касаются таких вопросов, как превентивные или административные процедуры,

направления и другие причины для встреч с медицинским специалистом. Что касается медикаментов, то в кантоне Женева их распространение адаптировано к каждому учреждению, но никогда не нарушает основных принципов охраны здоровья заключенных. В настоящее время в некоторых учреждениях медсестры проводят индивидуальные процедуры два раза в неделю для каждого пациента. В других тюрьмах медсестры готовят еженедельные контейнеры с таблетками, а надзиратели несколько раз в день вручают эти контейнеры пациентам, чтобы они принимали свои лекарства. Во всех случаях надзиратели несут полную ответственность за идентификацию пациентов и никогда за содержимое контейнеров с таблетками.

3.4.4 Из одной тюрьмы в другую

Во процессе этапирования сопровождающий персонал перевозит лекарства, не имея информации ни о пациенте, ни о лекарстве. В случае перевода заключенного из одной тюрьмы в другую передача медицинских файлов, часто написанных от руки, занимает время, и медицинский контроль прерывается. Предписанное лечение часто ставится под сомнение из одного места в другое, и непрерывность ухода подрывается, главным образом, когда передача осуществляется между различными конкордатами. В Женеве пациенты по-прежнему ценят непрерывность своего лечения, потому что одно и то же медицинское досье следует за пациентом при переводе на другой уровень медицинского обслуживания или в другое место содержания под стражей в кантоне; редко возникает бремя 'пересказа' своей истории новой медицинской бригаде или повторного согласования диагностических тестов и лекарств. Они выражают доверие медицинскому персоналу, ссылаясь на независимость судебной системы и связь с другими медицинскими службами в качестве важных факторов.

3.4.5 Из тюрьмы в общество

Что касается инфекционных заболеваний, то, согласно исследованию, в 87% учреждений пациенты, которые начали противовирусную терапию во время заключения, были переведены на программы продолжения лечения после освобождения. В качестве открытого вопроса были заданы причины, по которым не был организован перевод в место продолжения лечения. Причина, упомянутая четырьмя учреждениями, заключалась в том, что заключенный считался ответственным за то, чтобы самому обратиться в медицинскую службу после освобождения. Другой ответ заключался в том, что поддержание терапии затруднено, когда заключенный является бездомным или не имеет семейного врача. Другими причинами были отсутствие правовых норм, репатриация за пределы Швейцарии (передача в таких случаях иногда невозможна) и слишком короткий срок тюремного заключения.

В случае НМТ НУГ медицинский персонал общается со всеми предыдущими, нынешними и будущими партнерами, имеющими отношение к делу пациента (например, тюремные или общинные медицинские службы, наркологическая медицина, психиатрия или другие специализированные службы, центры по уходу за мигрантами, неправительственные и благотворительные организации). Эти отношения повлияли на разработку планов лечения и ухода за отдельными пациентами. Увеличилось количество встреч между пациентом, представителем НМТ и представителем общественности перед освобождением пациента. Эти усилия способствуют продолжению медицинского обслуживания заключенных за пределами страны и уменьшают стигматизацию бывших заключенных, когда они проходят лечение в местном медицинском сообществе (эти пациенты становятся известными субъектами в системе здравоохранения сообщества, и не являются иностранцами в такой системе).

3.5 Доступность

3.5.1 Процедуры получения медицинской помощи

Как было отмечено НКПП во время его визита в тюрьму Champ-Dollon в 2012 году, чтобы запросить медицинскую консультацию, заключенные должны были заполнить форму, доступную в коридорах, и отправить ее в запечатанный почтовый ящик. Почтовый ящик дважды в день проверялся медицинским персоналом, и медсестры были ответственны за то, чтобы «анализировать запросы, принимать пациентов и перенаправлять их», когда это необходимо.

3.5.2 Сортировка и список ожидания

В кантоне Женева медсестры НМТ выполняют функцию куратора. Они проводят медицинское обследование каждого нового заключенного в течение следующих 2 часов после поступления в ИВС (24 часа после вынесения решения судом), с тем чтобы выявить потребности заключенных в области здравоохранения, требующие срочной медицинской помощи, или обеспечить непрерывность лечения. Для других консультаций пациенты направляются к медицинским работникам в рамках НМТ, если медсестра, проводящая первичный осмотр, сочтет это необходимым. Если требуется консультация специалиста, пациентов предварительно направляют к врачу общей практики.

3.5.3 Госпитализация

В случае чрезвычайной ситуации или сложного лечения задержанные переводятся в больницу. Во франкоязычной Швейцарии заключенные, нуждающиеся в особых условиях безопасности, помещаются в больничные камеры, например, в кантональную больницу Женевы. (Источник: руководитель SPS, по эл. почте)

В Швейцарии есть два медицинских тюремных отделения, одно в Женеве и одно в Берне. Отделение строгого режима (BEWA) больницы Inselspital в Берне является частью Клиники общей внутренней медицины и является единственным учреждением такого рода в немецкоязычной Швейцарии. Оно было открыто в 1971 году и предоставляет медицинскую помощь примерно 400 заключенным в год со всей Швейцарии. В учреждении 13 койко-мест. Отделение строгого режима построено как тюрьма и больница скорой помощи. Медицинский персонал и охранники специально обучены работе с заключенными. Медицинская помощь оказывается соматическими и психиатрическими бригадами. Университетский центр неотложной помощи отвечает за первичный прием и обследование всех заключенных, поступивших в экстренном порядке в тюремное отделение больницы Inselspital. Помимо тюремных врачей, это начальная точка контакта для заключенных и важный компонент в цепочке здравоохранения.

3.6 Обеспечение и контроль качества

3.6.1 Органы контроля качества

Национальная комиссия по предупреждению пыток

Национальная комиссия по предупреждению пыток (НКПП) была юридически создана Федеральным законом от 20 марта 2009 года «О предупреждении пыток». В компетенцию этой Комиссии, финансируемой Швейцарской Конфедерацией, входит независимое «регулярное изучение положения лиц, лишенных свободы, и регулярное инспектирование учреждений, в которых эти лица находятся или могут находиться», а также «выработка рекомендаций соответствующим органам в целях 1) улучшения обращения с лицами, лишенными свободы, и их положения [и] 2) предотвращения пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения». Она также обязана формулировать замечания и предложения в отношении соответствующих законодательных актов и составлять ежегодный отчет о деятельности, который должен быть общедоступным.

Закон предусматривает, что в состав этой Комиссии должны входить эксперты, обладающие необходимыми компетенциями и знаниями, в том числе в области медицины и психиатрии. В состав Комиссии должны входить представители обоих

полов, и представители различных языковых регионов Швейцарии. Комиссия также публикует на своем веб-сайте отчеты о проведенных и запланированных посещениях.

Швейцарская академия медицинских наук (ASSM)

В 2002 году Швейцарская академия медицинских наук (ASSM) разработала руководящие принципы медицинской практики для заключенных, основанные на международных рекомендациях. Эти рекомендации воплощают этические принципы, разработанные в дальнейшем. Они направляют практикующих врачей в их напряженной работе, когда они разрываются между их медицинскими обязательствами и обеспечением общественной безопасности. Эти руководящие принципы не являются обязательным законом. Однако врач может быть связан контрактом с пациентом или его присоединением к ассоциации, такой как Швейцарская федерация врачей общей практики. Эти руководящие принципы служат ориентиром для оценки того, нарушил ли практикующий врач свои обязательства, когда он не соблюдает профессиональные стандарты. Это означает, что судья может полагаться на эти рекомендации для определения лечения врачом в конкретной ситуации.

Подготовка медицинских работников

Подготовка медицинских работников может рассматриваться как еще одна часть обеспечения качества медицинской помощи в тюрьмах. Тюремные власти (в рамках CSFPP), а также Университеты Женевы и Цюриха (в рамках Центров непрерывного образования (CAS)) занимаются этим аспектом. CSFPP обеспечивает базовую и непрерывную подготовку для людей, работающих в области содержания под стражей. CSFPP на оперативном уровне обеспечивает единые стандарты и содержание обучения. CSFPP предлагает специальные модули о здоровье, основанные на трех уровнях обучения:

- На базовом уровне подготовки: модули психологии, медицины и психиатрии.

- В обучении для руководителей: в модуле «Здоровье в условиях лишения свободы» (соматическое здоровье, здоровье медицинских служб и персонала, психическое здоровье, законодательство, регулирующие действия и ссылки на риски).

- На уровне непрерывного обучения: модули оказания медицинской помощи заключенным с психическими расстройствами, профилактика суицида в тюрьмах. CAS (Центр дистанционного и непрерывного образования) Женевского университета предлагает годичный сертификат о непрерывном образовании в области здравоохранения в тюрьмах врачам, медицинским работникам, социальным работникам или другим заинтересованным в тюрьмах сторонам. Учебные модули включают:

- 1: правовые и уголовно-правовые аспекты,
- 2: тюрьмы: организация и воздействие
- 3: психическое здоровье и психопатологические аспекты
- 4: уход, наркомания и общая внутренняя медицина
- 5: уязвимые группы населения

Цюрихский университет (ZHAW) предлагает еще один CAS по уголовному праву для лиц, работающих в этой области.

Учреждение Santé Suisse

SPS разработало инструменты для заключенных (например, «Здоровье и лишение свободы - информация для заключенных»), для тюремного персонала («Vade Mecum - инфекционные заболевания и наркомания в тюрьме», «Эбола: ярмарка вопросов»); и для медицинских работников (стандартизированные формы приема, медицинская тайна, *BIG Vade Mecum*

В рамках проекта Vade-Mecum Федеральное управление общественного здравоохранения опубликовало книгу «Инфекционные заболевания и наркомания в тюрьмах». Цель состоит в том, чтобы согласовать практику профилактики и управления здоровьем заключенных, предлагая стандарты и поощряя междисциплинарные обмены между различными заинтересованными сторонами. В зависимости от тематики она адресована медицинским работникам, заинтересованным сторонам или тюремному персоналу. В соответствии с желанием уточнить роли, бенефициары определяются в начале каждой главы. Она также может служить в качестве учебного пособия для сотрудников пенитенциарных учреждений или воспитателей. Наконец, она предлагает способы создания сетей. Проект Vade-mecum разделен на две части: стандарты и рекомендации. Стандарты являются реализацией рекомендаций по инфекционным заболеваниям и зависимостям. Рекомендации формулируются в виде целей, в соответствии с профессиональными категориями.

3.7 Права пациента

В соответствии с медицинскими принципами эквивалентности лечения, конфиденциальности и автономии заключенные должны иметь право самостоятельно управлять процессом своего лечения. Однако большинство партнеров по управлению тюрьмами не приняли эти рамки. Руководители учреждений предпочитают полную безопасность и контроль за управлением лекарствами. Информированное согласие пациентов требуется для каждого медицинского вмешательства, которое команда проводит в соответствии с теми же юридическими критериями, применяемыми в сообществе. Однако нарушения согласия пациентов и принятия решений не являются редкостью в тюремных условиях. Распространенными примерами являются международные случаи голодовки заключенных с последующим принудительным кормлением этих лиц. Это представляет собой нарушение согласно Европейскому суду по правам человека (2005).

В Женеве заключенные имеют возможность пойти против медицинской рекомендации и отказаться от лечения, даже если это может повлечь за собой серьезные последствия для здоровья. Если это возможно и, если пациент согласен, ответственный тюремный врач связывается с бывшим лечащим врачом и спрашивает его/ее мнение в сложных случаях. В рамках этого подхода принудительный скрининг на туберкулез не проводится. Что касается пациентов, не являющихся заключенными в Женеве, если инфицированный заключенный подвергает других людей риску заражения туберкулезом, единственной принятой мерой является принудительная респираторная изоляция в больнице. В соответствии с принципом уважения к отказам в лечении в Женеве не проводилось принудительного лечения голодающих.

Наконец, медицинский персонал не использует удерживающие устройства в тюремной больнице. Применение силы допускается только на временной основе продолжительностью менее часа, с тем чтобы обеспечить возможность добровольной госпитализации в соответствии с критериями кантонального законодательства, также действующими для пациентов, не являющихся заключенными. Эти критерии включают в себя тот факт, что чрезвычайная ситуация существует вместе с серьезной опасностью для самого пациента или для других, а также медицинские показания для психиатрического лечения. В больнице следует избегать использования удерживающих устройств. Вместо этого задержанных переводят в «камеру успокоения», которая является частью психиатрического отделения.

3.7.1 Эквивалентность лечения

«Задержанное лицо имеет право на уход, эквивалентный тому, которым пользуется население в целом» (глава 5 Руководящих принципов ASSM). Это

относится к профилактическим мерам, диагностике, терапевтической или медицинской помощи, соответствующей медицинскому стандарту. Помимо доступа к медицинской помощи, речь идет также об уважении прав пациентов (самоопределение, информация, право на уважение частной жизни).

Были выявлены барьеры в применении принципа эквивалентности: более высокая распространенность инфекционных заболеваний, наркомании и психологических проблем. Необходимы конкретные усилия для обеспечения надлежащего медицинского обслуживания. Нехватка квалифицированных специалистов приводит к ситуациям, когда медицинские услуги оказываются сотрудниками пенитенциарных учреждений. Это также подрывает принцип конфиденциальности и защиты профессиональной тайны. Различные заинтересованные медицинские специалисты недостаточно подготовлены для выполнения своей миссии. На медицинские решения влияют сокращения бюджета (дорогие лекарства не назначаются в качестве лечения гепатита С, а также профилактические меры или вакцинация). Наконец, не каждый заключенный имеет доступ к медицинскому страхованию, что приводит к различиям в предоставлении медицинской помощи.

Этот принцип признается в судебной практике Европейского суда по правам человека и в некоторых кантональных правах (Вале, Женева). Действительно, в Женеве для любого медицинского вмешательства требуется согласие пациента, что означает уважение к отказам в лечении в соответствии с теми же стандартами, которые используются для пациентов на свободе. «Принудительное кормление заключенных и принудительный скрининг на инфекционные заболевания не практикуются. Женева предлагает добровольный и конфиденциальный скрининг пациентам с факторами риска ВИЧ, гепатита В и С и заболеваний, передаваемых половым путем, в соответствии с теми же правилами, что и в сообществе». Большинство заключенных с удовольствием принимают это предложение. В случае отказа медицинский персонал подробно информирует задержанных о возможных медицинских последствиях для себя и других лиц и документирует содержание консультации в медицинской карте. Конфиденциальность строго соблюдается. Медицинский персонал не передает медицинскую информацию немедицинскому персоналу. Немедицинский персонал будет получать только ту информацию, которая необходима для защиты здоровья заключенных пациентов.

3.7.2 Медицинская тайна

Непосредственно в начале ситуации возникает вопрос о разделении ответственности и обмене информацией, с тем чтобы избежать путаницы в обращении с задержанным и в ожидании трудных времен. Эта информация ограничена необходимыми элементами для надлежащего исполнения приговора с учетом состояния здоровья заключенного и требований безопасности. Существует прозрачность в отношении медицинской конфиденциальности. Врачи общаются, чтобы позволить тюремным служащим взять на себя ответственность, и сотрудники не вмешиваются, избегая давать инструкции в области медицины (принцип независимости), гарантируя, что это соответствует правовым требованиям, таким как способность заключенного распознавать. Тюремная служба информирует заключенного о его поддержке в случае голодовки, а врачи сообщают о рисках для здоровья. Это соответствует институциональному признанию его страданий, заставляя заключенного взглянуть в лицо собственной ответственности. Медицинская тайна ослабляет сотрудничество между заинтересованными сторонами в отношении оценки рисков в связи с несвоевременным наказанием. После того драматического события совет в Женеве предложил отменить медицинскую тайну в тюрьмах на благо общества. «В соответствии с предлагаемым пересмотром Женевского закона о применении

Уголовного кодекса любой терапевт, отвечающий за лицо, приговоренное к наказанию или терапевтической мере, будет обязан спонтанно направлять властям информацию, необходимую для оценки его потенциальной опасности». Спрумонт подчеркивает негативные последствия предлагаемой меры. «Как только обязательство по предоставлению информации об опасности заключенных требует, чтобы терапевт проводил какую-либо экспертизу, он считается юридически непригодным для дальнейшей работы, и поэтому он обязан взять самоотвод. Как терапевт, он должен сопереживать своему пациенту, и именно по этой причине он не имеет права оценивать его потенциал опасности». Терапевты могут оказаться в ситуации постоянного осуждения, и это правило может перегрузить компетентные органы с точки зрения объема информации для анализа. Кроме того, отношения между лечащим врачом и пациентом требуют отношений, основанных на доверии и конфиденциальности. В случае сомнений в этом отношении пациент может ограничить себя при обмене информацией о своем состоянии, какой бы необходимой она ни была для его диагностики или мониторинга лечения. Тогда вмешательство терапевта теряет свою эффективность. В этом случае обязательство по предоставлению информации является препятствием для выполнения ими своих функций. Другим побочным эффектом является нежелание профессионалов работать в тюрьме из-за чувства чрезмерной ответственности.

3.7.3 Жалобы заключенных

Заключенные могут жаловаться начальникам тюрем, кантональным врачам, Комитету по предупреждению пыток или Швейцарской академии медицинских наук. (Источник: руководитель SPS, по эл. почте).

Финансовые аспекты

Каждый кантон управляет своим собственным бюджетом. Как и в других областях, тюрьма является частью бюджета, заложенного на обеспечение безопасности кантона. Не существует общей финансовой модели, которая означала бы, что оплата и иерархическая принадлежность медицинских работников варьируются от одного кантона к другому. (Источник: Др Вольф, по эл. почте)

Медицинское обслуживание в тюрьмах

Кантональные службы исполнения наказаний и городские или муниципальные социальные службы поддерживают расходы на медицинское обслуживание в тюрьмах. Кантоны имеют разную практику. Конкордаты разрабатывают директивы, решения и положения для согласования исполнения наказаний и мер, таких как вознаграждение, выплачиваемое задержанным.

Нидерланды⁴⁸

1 Общее описание пенитенциарной системы и системы здравоохранения

1.1 Основные действующие субъекты

1.1.1 Пенитенциарная система

В марте 2016 года в Нидерландах проживало 17 миллионов человек. DJI (Dienst Justitiele Inrichtingen) - голландский департамент пенитенциарных учреждений, агентство Министерства безопасности и юстиции. Штаб-квартира этого Агентства находится в Гааге и состоит из трех подразделений.

ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ DJI

- Администрация тюрем и специальные учреждения (центры содержания под стражей и центры выдворения иностранных граждан), Исправительные учреждения для несовершеннолетних правонарушителей и судебно-медицинская экспертиза, Индивидуальные дела (ответственные за отбор и размещение лиц) - это некоторые характеристики этих четырех секторов. Тюремной службой нанято 10 120 сотрудников, которые обеспечивает ежедневный уход за 10 500 заключенными в 77 пенитенциарных учреждениях. В настоящем докладе и

⁴⁸ Dubois, C. e.a., см. там же.

- центры содержания под стражей (для взрослых, содержащихся под стражей до суда или отбывающих краткосрочные наказания), так и тюрьмы (для взрослых, осужденных за совершение преступления, включая четыре пенитенциарных психиатрических центра, или PPC) определены термином «тюрьмы».

- В исправительных учреждениях для несовершеннолетних правонарушителей работают 826 сотрудников полной занятости и обеспечивают ежедневный уход примерно за 500 молодыми людьми (в возрасте от 12 до 18 лет, максимум до 23 лет), осужденными за совершение преступления. Эти молодые люди содержатся под стражей в четырех центральных правительственных учреждениях под ведомством Министерства безопасности и юстиции и пяти частных учреждениях, приобретенных DJI, но с самостоятельной системой управления.

- В Управлении судебно-медицинской экспертизы работают 714 сотрудников, которые ухаживают примерно за 700 пациентами-осужденными, нуждающимися в психиатрической помощи. Судебно-медицинская помощь оказывается в двух центральных государственных учреждениях под ведомством Министерства безопасности и юстиции, 11 частных учреждениях, приобретенных DJI, но с собственной системой управления, уже упомянутых четырех Пенитенциарных психиатрических центрах (PPC - для взрослых, которые были осуждены и нуждаются в психиатрической помощи). Средний срок содержания под стражей лица в Пенитенциарном психиатрическом центре (по решению суда) составляет более девяти лет. Судебно-медицинская помощь в контексте уголовного права охватывает все виды психиатрической помощи и ухода за взрослыми с умственными недостатками, подпадающими под действие постановлений уголовного суда, в дополнение к более чем 1 500 местам для судебно-медицинской помощи и амбулаторной помощи, где пациенты помещаются под больничные предписания (TBS).

В 2009 году в специальных учреждениях (или центрах содержания под стражей для иностранных граждан, которых готовят к депортации) работало 850 сотрудников полной занятости. В этих учреждениях содержалось около 650 заключенных, которые были задержаны на основании мер, предусмотренных административным законодательством, поскольку им было отказано во въезде на границе (раздел 6 Закона об иностранцах) или потому, что они незаконно проживали в Нидерландах (раздел 59 Закона об иностранцах). В то время средний срок содержания под стражей составлял 72 дня.

1.1.2 Система здравоохранения

Заключенные имеют право на медицинское обслуживание, и DJI отвечает за оказание медицинских услуг в пенитенциарных учреждениях. Согласно своей миссии DJI стремится обеспечить, чтобы медицинская помощь, предоставляемая заключенным, соответствовала стандартам, доступным для населения в целом. Так называемый «принцип эквивалентности» был определен DJI в Концепции здравоохранения 2006 года. Базовое медицинское обслуживание в голландских тюрьмах включает в себя как первичные (общие), так и вторичные (специализированные) медицинские услуги, аналогичные тем, которые предлагаются больницами, клиниками и домами престарелых. Каждое судебное учреждение (центры содержания под стражей, следственные изоляторы и центры содержания под стражей для иностранных граждан) имеет медицинскую службу, состоящую из менеджера, нескольких тюремных медсестер, нескольких тюремных врачей и некоторого административного персонала. Тюремные врачи не нанимаются тюремной службой, а привлекаются извне (обычно нанимаются внешней организацией, как в Бельгии). Остальные являются государственными служащими. В общей сложности они составляют 66 междисциплинарных

психомедицинских групп (PMT - Psycho-Medisch Overleg / Psycho-Medische Zorg) с одним или несколькими психиатрами (из NIFP), психологами, врачами. Менеджер PMT подотчетен начальнику тюрьмы и оказывает административную поддержку. Каждая группа определяет и координирует первичные медицинские услуги, предлагаемые заключенным во время - и в конечном итоге после, в соответствии с потребностями заключенного – их содержания под стражей. Смешанная позиция этих медицинских бригад была поставлена под сомнение Моэрингсом (2005), поскольку медицинская практика подчинена управлению порядком и безопасностью. Если первичная и вторичная медицинская помощь, предоставляемая в тюрьме, недостаточна, для оказания специализированной медицинской помощи используются обычные больницы. Некоторые виды вторичной медицинской помощи также предоставляются медицинским центром Scheveningen. Учреждение Scheveningen состоит из Пенитенциарного психиатрического центра (PPC), Учреждения с ограниченной охраной (ZBBI) и Судебного центра соматической помощи (JCvSZ). Судебный центр соматической помощи (JCvSZ) располагает 56 койко-местами, предназначенными для заключенных, нуждающихся в нештатной соматической помощи. Он предлагает некоторые виды послеоперационного ухода, начальное лечение туберкулеза, некоторые виды ухода на дому и общую медицинскую помощь (например, для забастовщиков, которые не едят и не пьют), которые выходят за рамки возможностей медицинских бригад. Каждая голландская тюрьма может отправить несколько заключенных в этот медицинский центр. Будучи больницей среднего уровня, Scheveningen не имеет ни отделения интенсивной терапии, ни кардиологического отделения, ни отделения неотложной помощи. Для срочных или сложных операций, а также в случае, если пенитенциарное учреждение слишком далеко от центра Scheveningen, заключенных переводят в обычный гражданский госпиталь.

Стоматологи также приходят в большинство учреждений. Они имеют свой собственный выделенный процедурный кабинет или приезжает в одном из трех стоматологических автобусов.

Наконец, через Службу духовной помощи представлены несколько конфессий/религий, таких как Римско-Католическая церковь, Протестантская церковь, Ассоциация гуманистов, Мусульманский и Правительственный контактный орган, и Еврейская община. Представители этих конфессий доступны заключенным и называются духовными советниками.

1.2 Соответствующие компетенции и рамки сотрудничества

Голландская ситуация аналогична бельгийской, поскольку Департамент пенитенциарных учреждений (Dienst Justitiële Inrichtingen, DJI) находится в ведении Министерства юстиции. Голландский DJI, как и Бельгийская тюремная служба, отвечает за доступ заключенных и их права на медицинское обслуживание. Голландская политика, отвечающая за предоставление медицинских услуг в судебных учреждениях, направлена на обеспечение того, чтобы медицинское обслуживание заключенных соответствовало уровню, доступному для населения в целом. Этот так называемый «принцип эквивалентности» поощряется на европейском уровне.

В Нидерландах право заключенных на медицинскую помощь определяется статьями 42 Закона о принципах работы тюрем, 47 Закона о судебных учреждениях для несовершеннолетних правонарушителей и 41 Закона о психиатрическом центре пенитенциарных учреждений. Медицинские услуги, предлагаемые DJI голландским заключенным, включают как соматическую (врачи, медсестры, стоматологическая помощь, профилактика, медицинский центр Scheveningen), так и психиатрическую помощь (первая и вторая линия психиатрической помощи в заключении, судебно-психиатрическая помощь во

время и после содержания под стражей). DJI обязан предоставлять заключенным качественную медицинскую помощь. В Основном законе о пенитенциарных учреждениях, учреждениях для несовершеннолетних и судебно-медицинских клиник упоминается право на медицинскую помощь для каждого отдельного лица и обязанность администрации тюрьмы предоставлять ее.

Закон о качестве медицинских учреждений (1996 год) является важной правовой основой для всех организаций, в которых работают медицинские работники. Этот закон определяет некоторые стандарты качества здравоохранения и возлагает ответственность за предоставление соответствующей медицинской помощи на поставщиков медицинских услуг. Ответственный уход определяется здесь как уход хорошего качества, эффективный, действенный и ориентированный на пациента и на его реальные потребности. Ключевым элементом ответственного ухода является систематический мониторинг, контроль и улучшение ухода. Стандарты качества медицинского обслуживания в исправительных учреждениях также закреплены в национальных и международных законах и положениях, таких как Европейская конвенция о правах человека (статьи 2, 5 и 15) и международных стандартах и конвенциях об обращении с заключенными, таких как Минимальные стандартные правила обращения с заключенными (принятые Организацией Объединенных Наций в 1984 году) и Европейские пенитенциарные правила (Совет Европы, 1987, 2006). На национальном уровне действует Конституция (статьи 5, 10, 11 и пункт 1 статьи 22) и национальное законодательство в области здравоохранения.

DJI обеспечивает основу для реализации политики в области здравоохранения, которая сосредоточена на пяти сферах:

1. Хороший психосоциальный климат.

Здравоохранение должно быть включено в хороший психосоциальный климат. Ущерб в результате тюремного заключения должен быть сведен к минимуму. DJI способствует улучшению качества психосоциального климата в тюрьме.

2. Индивидуальный уход.

При оказании медицинских услуг необходимо учитывать возможности и потребности, заключенных в области здравоохранения, а также обстоятельства содержания под стражей. Особое внимание уделяется заключенным с психическими заболеваниями и / или зависимостью.

3. Инвестирование в персонал.

DJI стремится обеспечить хорошее качество и доступность медицинских работников в пенитенциарных учреждениях. С этой целью некоторые требования касаются уровня знаний, навыков и отношения к профессии. Уровень, ожидаемый от медицинского и сестринского персонала, иногда будет превышать уровень, установленный в Законе. В дополнение к базовому профессиональному обучению специальные программы и курсы адаптируются к работе в исправительном учреждении.

4. Инфраструктура здравоохранения

DJI осуществляет общенациональное, адекватное и последовательное обеспечение как регулярных, так и специальных режимов лечения и ухода. Предоставляемому уходу должны сопутствовать психиатрическая помощь, лечение наркомании и т.д., а после освобождения пациенту должна быть оказана соответствующая последующая помощь. Сотрудничество с партнерами в области борьбы с инфекционными заболеваниями направлено на профилактику инфекционных заболеваний, предотвращение распространения таких инфекционных заболеваний, как СПИД, туберкулез и гепатит, как в тюрьмах, так и в свободном гражданском обществе. DJI адекватно реагирует на изменения спроса на медицинскую помощь, будь то количественно, качественно или непрерывно.

5. Непрерывность ухода и последующее наблюдение.

В интересах здравоохранения пенитенциарные учреждения должны стремиться обеспечить непрерывность оказания медицинской помощи путем тесной координации с партнерами в области здравоохранения. Непрерывность лечения и ухода в первую очередь способствует здоровью человека, а также снижению рецидивизма. В августе 2013 года было проведено исследование, проведенное Инспекцией по здравоохранению. Была проведена оценка качества медицинских услуг, а также доступа к медицинским услугам, квалификации медицинского персонала, передачи медицинской информации и безопасности лекарств. Результаты этой оценки показывают, что систематический медосмотр каждого нового заключенного проводится в течение 24 часов его прибытия; что медицинское обслуживание является достаточно доступным; что передача медицинской информации является адекватной; и что список лекарств доступен для каждого заключенного. Однако в ходе оценки возникают два вопроса. Во-первых, медицинские файлы пациентов слишком фрагментированы и сложны. Поэтому Инспекция требует, чтобы руководители тюрем внедрились некоторые электронные медицинские записи (или электронные досье). Во-вторых, подробный профессиональный статус должен прояснять обязанности и полномочия различных поставщиков услуг по лечению и уходу. Система сестринского ухода в пенитенциарных учреждениях определяет только глобальные задачи различных заинтересованных сторон, но не их соответствующий опыт в конкретных ситуациях. В 2015 году был сделан значительный шаг на пути к профессиональному статусу пенитенциарных медсестер.

1.3 Исторический ракурс

В двух докладах указывалось на отсутствие видения системы здравоохранения со стороны DIJ в конце 1995 и 1999 годов. В этих докладах также критикуются отсутствие четкого видения лечения и ухода; отсутствие официальных полномочий в медицинской службе и беспорядочная организационная структура; нечеткие должностные инструкции; отсутствие внимания к непрерывности лечения и ухода; неполные файлы пациентов; несоответствующее качество предоставляемых услуг. Медсестринский персонал также жаловался на большую рабочую нагрузку, низкую оплату, неясное управление и сбои в коммуникации. В результате этих сообщений и сигналов отдел здравоохранения DJI в 2003 году приступил к осуществлению проекта под названием «Ответственное медицинское обслуживание в тюрьмах». Этот проект направлен на разработку концепции, политики и некоторых принципов оказания медицинской помощи в голландских тюрьмах.

В основе этого проекта лежит уже упомянутый «принцип эквивалентности», а также 14 рабочих процессов:

1. О состоянии здоровья и анамнезе каждого заключенного сообщают медсестры, заполняющие стандартную форму;
2. Врач оценивает состояние здоровья каждого поступающего заключенного на основе досье, представленного медсестрой, и, возможно, их собственных исследований;
3. Когда заключенный обращается за какой-либо медицинской помощью, медсестра направляет его к соответствующему медицинскому специалисту (консультация медсестры, медицинская консультация, консультация других практикующих врачей, работа с повторными назначениями);
4. Медсестра проводит консультацию по уходу (в соответствии со стандартом лечения и ухода);
5. Тюремный врач проводит консультации в соответствии с нормами врача-медсестры общей практики;

6. Каждый «внешний» медицинский работник/практикующий врач поддерживается медсестрой и медицинским секретарем; они обеспечивают непрерывность (для последующих назначений) и координацию;
7. Медсестры осуществляют уход и последующее лечение;
8. В рабочее время неотложная помощь оказывается медсестрой и врачом;
9. В нерабочее время неотложная помощь предоставляется врачом общей практики, партнерством Региональной пенитенциарной службы с муниципальной службой здравоохранения в качестве системы безопасности;
10. Медсестра обеспечивает координацию и согласование в цепочке здравоохранения (перевод, посещение консультаций заключенных, отчетность перед другими отделениями, управление и контроль за лечением);
11. Тюремный врач дает социально-медицинские заключения относительно инвалидности, изоляции и склонности к занятиям спортом;
12. Медсестра выполняет задачи по санитарному просвещению под руководством тюремного врача (просвещение по вопросам инфекционных заболеваний, питания, вакцинации);
13. Тюремный врач, медсестра, психиатр и психолог занимаются острой психиатрией;
14. Медсестра, помощник фармацевта и работник пенитенциарной службы связываются с врачом и надзирающим фармацевтом, прежде чем будут выданы лекарства. Во многих случаях врачи работают в тюрьме помимо обычной общей практики. Это привело к большому разнообразию в наборе и организации, отчасти потому, что было трудно найти новых врачей и организовать вечерние, ночные и выходные смены.

Еще одной проблемой была неспособность тюремной службы рассчитать и оценить стоимость консультации. Поскольку требовались определенные знания о показателях и рабочей нагрузке тюремных врачей и медсестер, доклад NIVEL (Нидерландский институт исследований в области здравоохранения) направлен на отображение рабочего процесса служб первичной медико-санитарной помощи в тюрьмах.

Еще один ряд критических замечаний был адресован в отношении предоставления медицинских услуг второго уровня. Медицинский центр Scheveningen, по-видимому, не в состоянии удовлетворить потребность во вторичной медицинской помощи, поступающей из всех голландских тюрем. Медицинский центр не всегда располагает достаточным количеством коек или необходимыми специалистами. В результате многие заключенные переводятся непосредственно в гражданский госпиталь. Стремясь улучшить проблемную связь между спросом и предложением, DJI нуждался в исследовательском отчете, отражающем потребность голландских тюрем в медицинских услугах второго уровня.

Правила размещения заключенных в медицинском центре или в гражданском госпитале изложены в Правилах отбора, размещения и передачи заключенных от 15 августа 2000 года. В соответствии с этими правилами заключенные могут быть помещены в медицинский центр (статья 19), если им требуется какое-либо медицинское лечение, предполагающее госпитализацию; если есть подозрения, что в их теле скрытаны некоторые предметы, которые могут представлять серьезную опасность для их здоровья; если они нуждаются в дополнительной медицинской помощи и поэтому не могут оставаться в тюрьме. Медицинская служба тюрьмы, отправляющая заключенного в медицинский центр Scheveningen, должна направить запрос руководителю медицинского центра.

Этот отчет показал, что медицинский центр Scheveningen не оправдал ожиданий тюремных учреждений. В основном это было связано как с характером, так и с

расположением медицинского центра. Кроме того, поскольку в медицинском центре работает только один хирург, другие специалисты были наняты извне и поэтому не всегда были доступны. Наконец, расстояние между большинством тюремных учреждений и медицинским центром не позволяло вернуться оттуда за один день. В результате многие тюрьмы обращаются в ближайшую гражданскую больницу, чтобы перевести некоторых заключенных (и некоторых охранников), когда это необходимо.

В результате уже упомянутых докладов в начале 2000-х годов были предприняты некоторые шаги по улучшению качества медицинских услуг в пенитенциарных учреждениях, о чем сообщила Инспекция здравоохранения. Эти улучшения частично обусловлены созданием должности руководителя медицинской службы и дальнейшим повышением потенциала персонала (врачей и медсестер). Здравоохранение заключенных стало настоящей субдисциплиной. Внимание было уделено подготовке медсестер, которые, как ожидается, будут направлять пациентов к квалифицированному практикующему врачу по мере необходимости. Были стандартизированы процедуры назначения и выдачи рецептов на лекарства, а также улучшен доступ к системе электронных медицинских записей Micro-HIS, благодаря чему они могут использоваться более последовательно. Тем не менее, проведенное Инспекцией исследование показывает, что ряд рисков все еще актуален:

- Охват в нерабочее время (по вечерам, в ночное время и в выходные дни): квалифицированный врач не всегда доступен; медицинские записи не всегда полны; управление и использование экстренных фармацевтических поставок должны быть улучшены. Поэтому Инспекция рекомендует, чтобы заключенный имел возможность напрямую (по телефону) разговаривать с квалифицированным врачом или медицинским работником.
- Следует улучшить управление и использование информационной системы Micro-HIS (регистрация пациента или жалобы должны быть надлежащим образом зарегистрированы).
- Следует улучшить управление и использование электронной фармацевтической системой (при выдаче рецептов существует риск ошибок, взаимодействия с лекарственными средствами и предотвратимых противопоказаний).
- Некоторые отпускаемые по рецепту лекарства заказываются и отпускаются без разрешения квалифицированного врача (некоторые отпускаемые по рецепту лекарства иногда отпускаются тюремным персоналом, который не обладает достаточными знаниями об их эффектах или побочных эффектах. Каждый рецепт должен быть одобрен квалифицированным врачом, а тюремный персонал должен пройти обучение воздействию и побочным эффектам лекарств).
- Непрерывность оказания медицинской помощи до, во время и после заключения должна быть улучшена путем обеспечения эффективной передачи всех соответствующих записей и информации, а также путем установления более тесных контактов с внешними поставщиками медицинских услуг (врачами общей практики и департаментами здравоохранения местных органов власти). Кроме того, были написаны различные доклады о туберкулезе в местах лишения свободы, о психиатрических пенитенциарных центрах и о качестве судебно-медицинской помощи.

2 Характеристики пенитенциарных учреждений и заключенных

2.1 Факты и цифры

Согласно «фактам и цифрам, основанным на 2013 году», DJI управляет 77 объектами и отвечает за наказание и осуществление меры лишения свободы в отношении более чем 11 000 заключенных. Согласно европейской статистике, к 1 сентября 2014 года 4 040 из них отбывали досудебное наказание. 93% из них

мужчины и 7% женщины; 75% из них моложе 40 лет; 56% из них родились в Нидерландах; и около 60% из них зависимы от одного или нескольких веществ. К 1 сентября 2013 года в голландских тюрьмах содержалось 10 547 человек (=62,9 заключенных на 100 000 жителей; плотность населения 84,8 на 100 000 человек). 46,3% из них ждали своего окончательного приговора. Их средний возраст составлял 33 года, 5,4% из них составляли женщины и 22% иностранцы. Средняя продолжительность тюремного заключения в 2012 году составляла 3,5 месяца. 67,3% заключенных были осуждены на срок менее трех лет.

2.2 Медицинское обслуживание в тюрьмах

В каждой тюрьме есть своя медицинская бригада, состоящая из врачей и медсестер. Следует отметить их особое положение в пенитенциарном учреждении, поскольку медицинская бригада является одним из многих отделов в тюрьме. Это также единственный отдел, который не занимается вопросами безопасности. Ежедневно врачи и медсестры сильно зависят от других подразделений, таких как тюремная охрана, которая отвечает за безопасность. Работа (график работы и рабочая нагрузка) каждой медицинской бригады также определяется организационными свойствами тюремного учреждения: связь между медицинской бригадой и командой управления тюрьмой должна быть открытой и плавной (что, к сожалению, не всегда так); всякий раз, когда режим для заключенных является более строгим (например, если они должны находиться в своей камере с 5 вечера до 7 утра), график консультаций должен быть адаптирован, и рабочая нагрузка для медицинской бригады имеет тенденцию к увеличению; как правило, в следственных изоляторах наблюдается более высокая текучесть кадров; при этом многие новые заключенные поступают в следственные изоляторы (часто поздно вечером или рано утром), и большая часть тюремного населения страдает от какой-либо зависимости; административная работа рассматривается большинством тюремных медсестер как бремя, увеличивающееся с размером учреждения.

Согласно исследованию рабочей нагрузки, медсестры этих медицинских бригад посвящают в среднем 34 рабочих часа на одного заключенного в год, в то время как врачи посвящают менее 3 рабочих часов на одного заключенного в год.

В 2006 году в медицинском центре в Scheveningen работали четыре врача и 34 медсестры: три врача общей практики и хирург. Один врач всегда присутствует в рабочее время, а другой доступен по вызову в ночное время. Консультации организуются с некоторыми специалистами, приезжающими из больницы Broovo в Гааге: пульмонолог, терапевт и гинеколог проводят еженедельные консультации; ЛОР-врач обычно работает в учреждениях каждые восемь недель; хирург-ортопед пять-шесть раз в год. Каждый практикующий врач несет ответственность за лечение и уход за своими пациентами.

В 2006 году 34 медсестры центра медицинской помощи работали на 30,4 эквивалента полной занятости. Шестеро из них работают утром, шестеро днем и двое ночью. Медицинский центр имеет 56 коек, разделенных на три секции. Двадцать из этих кроватей расположены в одноместных палатах, а в десяти других по три кровати.

В 2005 году в центре медицинской помощи было зарегистрировано 723 пациента-заключенных. Среди них 357 были зарегистрированы в листе ожидания, и 366 были (полу-) чрезвычайными случаями. Средняя заполняемость в 2005 году составляла 83%, в среднем 46,4 пациента в день. Продолжительность их пребывания на лечении составляла в среднем 22 дня.

Медицинские услуги должны предоставляться заключенным в соответствии с уровнем, сопоставимым с уровнем, доступным для населения в целом. Характер совершенного ими преступления, продолжительность срока наказания, их

национальность и статус рецидивиста не должны играть никакой роли в фактической медицинской помощи, которой могут воспользоваться заключенные. Однако эти факторы, а также наличие некоторых проблем с зависимостью и/или психических расстройств определяют реальную помощь, которую им следует оказывать, как показало конкретное исследование, проведенное в 2008 году в отношении медицинского обслуживания заключенных-наркоманов.

В соответствии с письмом 2008 года, написанным Министром юстиции, заключенным при поступлении должен быть предложен индивидуальный подход. Каждый из них должен пройти стандартизированный скрининг с учетом различных потребностей с точки зрения управления рисками, общительности, пригодности для работы с несколькими людьми и (судебно-медицинской) помощи. Эта информация должна быть обработана в плане содержания под стражей, составленном для каждого заключенного. В течение 14 дней заключенный должен находиться под наблюдением, и результаты должны быть записаны в стандартный бланк наблюдения. Затем имеющаяся информация может быть обсуждена в ходе многодисциплинарной консультации сотрудников пенитенциарных учреждений и медицинских работников с целью определения надлежащего обращения с заключенным.

3. Предоставление медицинской помощи

При поступлении каждый заключенный получает медицинскую помощь от медсестры в течение 24 часов. Этот прием всегда должен быть одобрен врачом. Прием также определяет на основе некоторых вопросов, имеет ли заключенный право на скрининг на туберкулез. Передвижной рентгеновский аппарат (автобус) пребывает раз в неделю в каждое учреждение. Любой заключенный, жалующийся на какие-либо проблемы со здоровьем, сначала встречается с медсестрой, которая ориентирует заключенного на врача (непосредственно во время графика консультаций или посредством телефонной консультации) или справится сама, если проблема проста. В тяжелых случаях приходится вызывать скорую помощь. Судебная медсестра также может ориентировать заключенного на психолога, а также может привести его к психологу. Раз в неделю каждый PMT собирается, чтобы обсудить заключенных с (серьезными) проблемами психического здоровья. При обращении в больницу первое место занимает обращение в ближайшую больницу (безопасную). В обычных гражданских больницах также проводят обследования и, при необходимости, проводят операции. Если кому-то нужна помощь, которая не может быть оказана в обычном порядке, мы сотрудничаем с Судебным центром по соматической помощи (JCvSZ) в Scheveningen, где доступна 24-часовая медицинская помощь.

3.1 Определенные проблемы со здоровьем

В литературе, не индексируемой в медицинских базах данных, регулярно упоминаются три конкретные проблемы со здоровьем.

3.1.1 Психическое здоровье

TBS (Terbeschikkingstelling), современная редакция TBR (Terbeschikkingstelling van de Regering), созданная законом о психопатах в 1928 году, была создана для борьбы с рецидивом среди заключенных с психическими расстройствами. Сначала заключенный получает наказание, а затем его задерживают на неопределенный срок для лечения в больничном порядке, пока он считается опасным для общества. Поэтому в Нидерландах правонарушитель с психическими расстройствами сначала рассматривается как виновный, а затем как пациент. В этом нет никакого конфликта. Нет никакой двойственности между ответственным (заключенный) или не ответственным (психическое расстройство). Есть 12 TBS больниц, куда пациенты переводятся в конце срока их заключения. Большинство правонарушителей (примерно 60%) были осуждены за серьезные насильственные преступления, и около 30% из них совершили преступления

сексуального характера. У 75% пациентов диагностируются расстройства злоупотребления и зависимости. 65% выборки имеют по крайней мере одно другое расстройство (аффективное расстройство, беспокойство и т.д.), кроме злоупотребления психоактивными веществами. 51% имеют пожизненное аффективное расстройство. 41% страдают алкогольной зависимостью. Число коек увеличилось с 400 в 1975 году до 1 637 в 2006 году. В 2006 году было зарегистрировано 1 581 пациент с TBS. Это увеличение обусловлено доверием Суда к системе, которая защищает население в целом. Рецидив за 5 лет снизился с 52% в 1974 году до 17% в 1998 году. В TBS нет разницы между учреждениями с высоким, средним или низким уровнем безопасности. Одна и та же клиническая команда следит за всеми пациентами, что позволяет лучше их узнать.

Один психиатр и один психолог каждые два года оценивают психическое здоровье заключенных, и суд решает, может ли заключенный быть освобожден или нет. По истечении шести лет независимая команда психиатров и психологов оценивает пациента и отчитывается перед судом. Два независимых эксперта оценивают не только психическое здоровье задержанного, но и согласованность с предыдущим лечением. Они могут давать рекомендации. Суд примет решение о возможном продлении срока госпитализации, основываясь на последней оценке, рекомендации больницы и сотрудника службы пробации. Если решения трех действующих лиц не сходятся, суд обсудит с ними ситуацию за закрытыми дверями и примет решение. Для оценки системы TBS Министерство юстиции провело ряд исследований с 1978 года. Последний раз это было в 2005 г. 1798 заключенных были разделены на пятилетнюю группу. В период с 1994 по 1998 год 27% насильственных преступников, освобожденных из TBS, были арестованы за другое преступление в течение 10 лет, а 17% через пять лет после освобождения из TBS. Доля осужденных за преступления сексуального характера составила 11% против 7%. Для пациентов, для которых программа TBS оказалась неэффективной, в 2000 году было построено два блока для длительного пребывания. В этих блоках акцент делается на заботе и безопасности. Пациент имеет право обжаловать этот перевод. Выявляется ряд других проблем организации работы в TBS, например, поток психиатрических экспертиз среди заключенных. Часто задаются одни и те же вопросы, заполняются одни и те же документы, и это может демотивировать или отвлечь внимание пациента. Еще одной проблемой является увеличение популяции пациентов. В 1990 году было 527 пациентов по программе TBS, а в 2006 году уже 1 581 пациент. Параллельно с этим в период с 1974 по 1998 год средняя продолжительность пребывания составляла 4,9 года по сравнению с примерно семью годами в 2005 году. В отделении длительного пребывания в 2001 году число пациентов составило 71 человек.

Голландская система состоит в том, чтобы сначала отправить преступника в тюрьму на несколько лет, а затем на лечение в безопасное клиническое учреждение. «Законные права пациента в соответствии с приказом TBS защищены регулярными оценками, чтобы помочь суду определить, по-прежнему ли пациент представляет опасность для общества. Эти оценки проводятся каждые два года в конце каждого периода продления. Каждые шесть лет обязательна дополнительная оценка независимыми экспертами. (...) Этой системе угрожает качественная и количественная нехватка квалифицированных экспертов».

3.1.2 Зависимости (наркотические и алкогольные)

В конце 1990 - х годов было проведено исследование. Это касалось арестованных людей с зависимостью по крайней мере в течение пяти лет. Цели состояли в том, чтобы снизить преступность, связанную с наркотиками, и реабилитировать наркоманов. Эти лица должны быть помещены на длительное лечение (от

полтора до двух лет) вместо обычного девятимесячного тюремного заключения. 60% людей бросают программу в течение трех месяцев, чтобы попасть в тюрьму. Через пять лет около 50% участников освобождаются от наркотиков и не совершают преступлений в течение шести месяцев после освобождения. Это ненамного выше, чем добровольные программы. Однако, несмотря на низкий уровень успеха, этот вид лечения почти на 40% более эффективен с точки зрения затрат, чем политика ареста, тюремного заключения, применения метадона и т.д. Были и другие инициативы, такие как программы распространения героина или метадона. Они не дали никаких результатов.

3.1.3 Другие

Политика в области здравоохранения также подразумевает скрининг на туберкулез и содержит некоторые медицинские рекомендации по лечению гепатита С, а также по GHB (гамма-гидроксibuтират, т.е. зависимость).

3.2 Непрерывность лечения

В прошлом веке голландская наркополитика была известна своим прагматичным и либеральным подходом. В прошлом, за редким исключением, все аресты или тюремные заключения, завершающиеся программами лечения, сопровождались новыми периодами наркомании и преступлений. Недостаточная подготовка тюремного персонала, короткий срок тюремного заключения и обильная доступность частично объясняют сложившуюся ситуацию. После освобождения из тюрьмы человек должен был полагаться в основном на себя, чтобы найти работу, жилье и восстановить свои семейные отношения.

Были задействованы некоторые стратегии «снизу-вверх». Они сильно различаются между ведомствами и муниципалитетами. В 1992 году несколько учреждений социальной работы и психического здоровья стали беспокоиться о людях со сложными проблемами, такими как употребление наркотиков, бездомность и т.д., которые провоцировали общественные беспорядки на местах. В Роттердаме более широкая группа социальных работников пытается охватить людей, испытывающих трудности. Философия метода заключается в том, что инициировать программу должен работник, а не пациент/клиент.

4 Финансовые аспекты

4.1 Бюджет

Что касается национального бюджета, то общий бюджет DJI в 2013 году составил 2,2 миллиарда евро. Из этого бюджета 750 миллионов евро выделяются на процесс медицинского обслуживания DJI (из которых 600 выделяются на судебно-медицинские услуги). Средняя стоимость одного дня пребывания в тюрьме/центре содержания под стражей составляет 262 евро; 547 евро в исправительном учреждении для несовершеннолетних правонарушителей; 494 евро в судебно-психиатрическом центре; 398 евро за место лечения и ухода в тюрьме; и 360 евро за место лечения и ухода в медицинском учреждении (например, психиатрическая больница).

4.2 Медицинское страхование

Каждый заключенный, поступающий в тюрьму, обязан сообщить в свою страховую компанию о том, что он задержан, с тем чтобы его медицинская страховка была приостановлена. Во время содержания под стражей заключенный подпадает под действие соглашений о медицинском страховании DJI. Он/она пользуется государственной медицинской страховкой, но не его/ее семья. Пакет медицинского обеспечения (verstrekkingspakket) был разработан для того, чтобы предоставить заключенным некоторые инструменты, которые оплачиваются из центрального бюджета. Этот пакет мер основан на базовом пакете, предоставляемом обычному гражданину (который в обязательном порядке застрахован страховой компанией с базовым пакетом). Когда страховка

заключенного переводится в спящий режим, все медицинские расходы оплачиваются Министерством безопасности и юстиции. Льготы в рамках пакета мер (больничный уход, СПИД, физиотерапия, стоматологическая помощь и т.д.) централизованно финансируются тюремной службой (DJI). В основном задержанный ничего не платит.