

А. М. Туленков
С. Б. Пономарёв

**ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ
МЕДИКО-САНИТАРНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЛИЦ,
СОДЕРЖАЩИХСЯ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ
УЧРЕЖДЕНИЯХ РОССИИ И ЗА РУБЕЖОМ**

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Ижевский государственный технический университет имени М.Т. Калашникова»

А.М. Туленков, С.Б. Пономарев

Основные принципы организации медико-санитарного
обеспечения лиц, содержащихся в пенитенциарных
учреждениях России и за рубежом

Монография

Издательство ИжГТУ
имени М.Т. Калашникова
Ижевск 2014

УДК 61:343.8

ББК 51

Т82

Рецензенты:

В.Н. Савельев, доктор медицинских наук, профессор кафедры «общественное здоровье и здравоохранение» Ижевской государственной медицинской академии;

С.Н. Иванов, доктор юридических наук, профессор, зав. кафедрой «Теория права и государственно-правовые дисциплины» Ижевского государственного технического университета им. М.Т. Калашникова.

Туленков, А.М.

Т82 Основные принципы организации медико-санитарного обеспечения лиц, содержащихся в пенитенциарных учреждениях России и за рубежом: монография / А.М. Туленков, С.Б. Пономарев. – Ижевск: Изд-во ИжГТУ имени М.Т. Калашникова, 2014. – 136 с.+ вкл.2 с.

ISBN 978-5-7526-0675-5

Монография посвящена проблемам организации медико-санитарного обеспечения лиц, содержащихся в пенитенциарных учреждениях России и за рубежом. Обоснована актуальность рассматриваемых проблем, предложены пути совершенствования имеющихся подходов. Дан обзор существующих систем медицинского обеспечения спецконтингента, изложены предложения авторов по оптимизации путей решения проблем, рассмотрены вопросы мониторинга медико-санитарного обеспечения в уголовно-исполнительной системе.

Монография предназначена для пенитенциарных врачей и организаторов здравоохранения.

УДК 61:343.8

ББК 51

ISBN 978-5-7526-0675-5

© ФГБОУ ВПО «Ижевский государственный технический университет имени М.Т. Калашникова», 2014
© Туленков А.М., Пономарев С.Б., 2014

Оглавление

Список сокращений.....	4
Введение.....	5
<i>Глава 1.</i> Социально-демографическая характеристика лиц, содержащихся в местах лишения свободы в России и за рубежом.....	6
<i>Глава 2.</i> Историко-правовые аспекты становления пенитенциарной медицины в Российской Федерации.....	26
<i>Глава 3.</i> Современные принципы построения медицинского обеспечения лиц, содержащихся в местах лишения свободы.....	38
<i>Глава 4.</i> Организационные формы построения медицинского обеспечения лиц, содержащихся в местах лишения свободы.....	57
<i>Глава 5.</i> Современный этап и перспективы реформирования медицинского обеспечения в уголовно-исполнительной системе Российской Федерации.....	103
Заключение.....	112
Список литературы.....	114

Список сокращений

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
ВЦИК – Всероссийский центральный исполнительный комитет
МВД РФ Министерство внутренних дел Российской Федерации
МСЧ – медико-санитарная часть
ГУЛАГ – Главное управление исправительно-трудовых лагерей
ОГПУ – Объединенное государственное политическое управление
РСФСР – Российская Советская Федеративная Социалистическая Республика
ТФОМС – территориальный фонд медицинского страхования
УИС – уголовно-исполнительная система
ФКУ НИИ ФСИН России – Федеральное казенное учреждение «Научно-исследовательский институт Федеральной службы исполнения наказаний»
ФСИН – Федеральная служба исполнения наказаний
BJS – Бюро статистики правосудия США
CQI – Continuous Quality Improvement (непрерывное повышение качества)
ISOua – International Society for Quality in Health Care (международное сообщество по качеству в здравоохранении)
GED – General Educational Development (эквивалент аттестата средней школы для тех, кто не закончил школу)
G20 – страны «большой двадцатки»
ICPS – International Centre for Prison Studies (Международный центр тюремных исследований)
ИСТАНС – International Society of Technology Assessment in Health Care (Международное сообщество технологической оценки в здравоохранении)
NCCHC – National Commission on Correctional Health Care (Национальная комиссия по пенитенциарному здравоохранению США)
OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development (Организация по экономическому развитию и сотрудничеству)
РАНО – Pan-American Health Organization (Панамериканская организация здравоохранения)
TQM – Total Quality Management (всеобщее управление качеством)
WHO – World Health Organization (Всемирная организация здравоохранения)
WONCA – World Organization of Family Doctors (Всемирная организация семейных врачей)

Введение

Несмотря на многочисленность проблемных вопросов пенитенциарной системы, поднимаемых в последнее время, немногие из них могут быть отмечены таким вниманием со стороны общества, как вопросы медико-санитарного обеспечения лиц, содержащихся в местах лишения свободы.

Актуальность этой проблемы усилена отсутствием должного уровня контроля со стороны руководства пенитенциарных систем различных стран мира в области юридического сопровождения системы медицинского обслуживания осужденных, нерешенностью многих этических проблем, недостаточностью уровня информатизации медицинских учреждений, дефицитом квалифицированного медицинского персонала. Помимо этого, в деятельности исправительных учреждений не всегда учитываются специфические потребности в охране здоровья осужденных. В ряде случаев отмечается ограниченное финансирование медико-санитарного обеспечения лиц, содержащихся в местах лишения свободы.

Как представляется, данная монография, посвященная анализу существующих проблем в области медико-санитарного обеспечения осужденных и опыта их решения в различных странах, позволит сосредоточить внимание на проблемах здоровья данной социальной группы и поможет определить мероприятия по улучшению медицинского обеспечения в местах лишения свободы.

В современный период реформирования пенитенциарного сектора здравоохранения необходимым условием повышения эффективности ее деятельности является не только ретроспективный исторический анализ, касающийся Российской Федерации, но и использование опыта пенитенциарных систем других стран.

Исходя из поставленной цели в работе представлены как исторические аспекты, так и анализ соответствия деятельности уголовно-исполнительной системы Российской Федерации современному международному законодательству в сфере медицинского обеспечения и практики его реализации.

Авторы выражают благодарность всем, кто принимал участие и помогал в написании данной монографии: канд. мед. наук А.А. Половниковой, заслуженному работнику здравоохранения Удмуртии, канд. мед. наук А.А. Черенкову, канд. юрид. наук А.Р. Пустовалову, заслуженному работнику здравоохранения Удмуртии, д-ру мед. наук, профессору Н.М. Поповой, заслуженному работнику здравоохранения России и Удмуртии, д-ру мед. наук, профессору В.Н. Савельеву, заслуженному работнику здравоохранения Удмуртии, д-ру мед. наук, профессору В.К. Гасникову.

Глава 1. Социально-демографическая характеристика лиц, содержащихся в местах лишения свободы в России и за рубежом

Изучение социально-демографической характеристики осужденных к лишению свободы представляет интерес во многих отношениях. С одной стороны, осужденные как составная часть населения подвержены закономерностям, присущим всему обществу в целом, с другой – лица, содержащиеся в пенитенциарных учреждениях, нередко имеют специфические социально-демографические характеристики, которые выделяют их в особую целевую группу [280, 295]. Выявление динамики и закономерностей изменения данных показателей позволяют прогнозировать и изменения потребностей здравоохранения, в частности определяют структуру медицинской помощи, финансовое наполнение и другие немаловажные аспекты [172].

Контингент исправительных учреждений в мировом сообществе формируется из представителей маргинальных слоев общества, которые характеризуются высоким уровнем нездоровья и социального неблагополучия [139, 235, 296]. У заключенных более слабое физическое, психическое и социальное здоровье, чем у остального населения. Из-за своего образа жизни они с большей вероятностью оказываются под угрозой получения какого-либо заболевания [97, 224]. Многие заключенные до поступления в исправительное учреждение редко соприкасались с медико-санитарными службами на регулярной основе или вообще не соприкасались [15, 192].

Наиболее подробную социально-демографическую характеристику лиц в российских пенитенциарных учреждениях предоставляют материалы специальной переписи заключенных, последняя из которых проводилась в 1999 и 2009 годах [65, 121, 122], а также отчетных форм уголовно-исполнительной системы (УИС).

Как считается, социально-демографическая характеристика преступников позволяет судить не только о степени и интенсивности проявления криминогенной активности и особенностях преступного поведения представителей различных групп осужденных, но и прогнозировать

формирование риска развития нарушений здоровья, присущих тому или иному возрасту, полу и т.д. [100, 141, 145, 149, 201, 212, 270, 279].

Несмотря на попытки проведения пенитенциарных реформ и внедрения альтернативных систем исполнения наказания, во всем мире продолжает увеличиваться число заключенных [209, 216], которые составляют значительную часть общей популяции страны (до 1,0 %) [48, 179]. По оценочным данным, число заключенных в мире составляет от 8 до 10 млн. человек [19, 246], при этом по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в странах Евросоюза этот показатель составил около 2 млн. человек [205], а с учетом высокой «текучести» тюремного контингента в заключении в определенный момент в течение какого-либо года находятся приблизительно 6 млн. человек [19, 285].

Как показывает мировая практика, рост численности преступлений и, соответственно, числа осужденных, наблюдается в переломные моменты развития социума, которые касаются экономического реформирования и перераспределения благ, а также при кардинальном изменении законодательства [72].

За 2013 год число заключенных в государствах «Большой двадцатки» (далее G20), на которые приходится большая часть мирового производства, сократилось незначительно, «потеряв» около 2% или 100 000 человек [95]. При этом данное обобщение можно считать условным ввиду недостатка полноценных официальных или экспертно-оценочных публикации национальной статистики в некоторых странах (Индия, Канада, Китай, Япония, Саудовская Аравия, некоторые страны Европы). Кроме того, по данным литературы, в большинстве государств-членов Совета Европы на протяжении последнего десятилетия численность тюремного контингента выросла [132].

По данным Международного центра тюремных исследований (ICPS), половина от общего числа заключенных в мире содержится в США, Китае и России – три своеобразных столпа «мировой тюрьмы» (рис. 1, табл. 1.1) [205].

В настоящее время наибольшее число заключенных содержится в пенитенциарных учреждениях США – 2,26 млн. человек, при этом в последние годы, впервые за 40 лет, имеется стойкая тенденция снижения числа заключенных [156, 186, 229, 278].

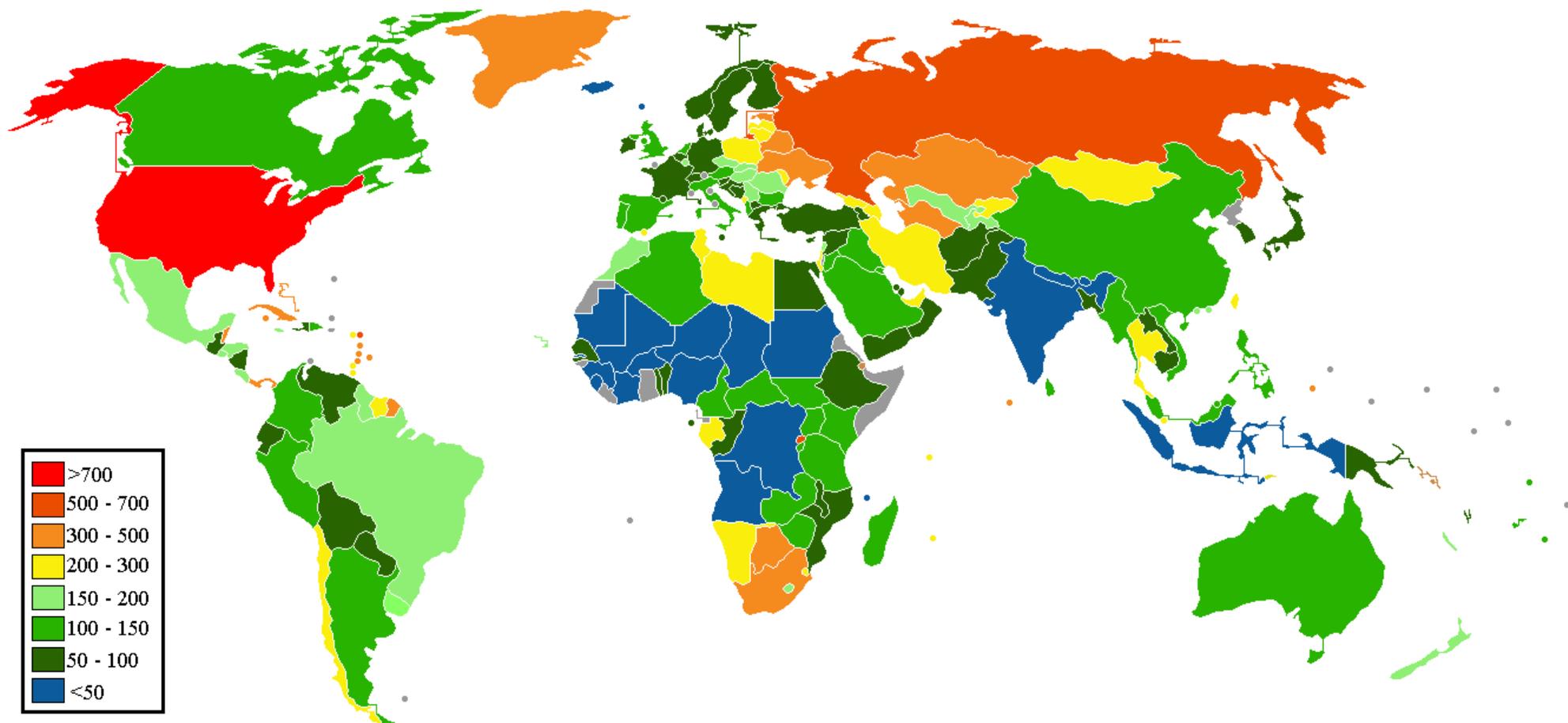


Рис.1. Карта мира с указанием численности заключенных на 100 тыс. населения (UN HDR и ICPS) [200, 205]

Таблица 1.1. Динамика численности заключенных в странах G20, абс. числа (ICPS) [205].

Страны	Количество заключенных (абс. числа)								
	1992	1995	1998	2001	2004	2007	2008	2011	2013
США	1295150	1585586	1816931	1961247	2135335	2298041	2395315	2266832	2228424
Китай	-	1320947	1440000	1428126	1583006	1642215	1565771	1640000	1701344
Россия	722636	920685	1009863	925072	847004	871609	887800	722200	677200
Бразилия	114377	148760	170602	233859	336358	422590	451219	514582	548003
Индия	-	-	281380	313635	326519	376396	373271	368998	385135
Мексика	85712	93574	128902	165687	193889	212841	226671	237580	246226
ЮАР	104790	118205	146435	170959	187640	161639	164297	157375	156370
Индонезия	40915	41353	48898	59488	87185	128876	136017	141981	154000
Турция	31482	46091	60391	55609	57930	90837	103235	126565	145615
Великобритания	45817	51047	65298	66301	74657	80395	81666	94854	94808
Япония	45082	47398	52713	65508	76413	79809	81255	69876	64932
Германия	57448	66146	78592	80333	81166	75719	73203	67671	63317
Франция	48113	51623	50744	44618	55355	56294	63 619	67373	67050
Аргентина	21016	25852	35808	57632	63357	60611	60621	59227	60789
Италия	47316	46908	47811	55275	56068	48693	58127	66009	61449
Республика Корея	55159	60166	67883	62235	57184	46313	47097	44731	48497
Канада	35235	38516	37401	35533	34154	37326	38348	39099	40544
Саудовская Аравия	-	-	23088	28612	-	-	28612	49000	47000
Австралия	15559	17428	19906	22458	24171	27224	27615	29106	30775

На втором месте находится Китай, с тюремным населением в 1,64 млн. человек, при этом имеется стойкая тенденция к увеличению количества заключенных. Так, за 2010 год оно выросло на 1,85% и лишь в 2011 году имеется незначительное снижение численности заключенных. Эти данные, правда, не учитывают граждан, находящихся в досудебном заключении, число которых может быть, по разным оценкам, до 650 000 человек [76].

Российский тюремный контингент — третий по размеру в мире, причем сокращается он уже шестой год подряд. Особенно продуктивен в этом отношении были 2010 год – исправительные учреждения разгрузились на 5,2% или 44 847 человек в абсолютном значении – и 2011 год – на 5,5% или 44917 человек в абсолютном значении.

По состоянию на 1 января 2014 г. в учреждениях уголовно-исполнительной системы (УИС) Российской Федерации содержалось 677 287 человек, в том числе [116]:

- в 632 исправительных колониях отбывало наказание 513,7 тыс. человек;
- в 230 следственных изоляторах содержалось – 108,4 тыс. человек;
- в 8 тюрьмах отбывало наказание 1,4 тыс. человек;
- в 45 воспитательных колониях для несовершеннолетних 2,0 тыс. человек;
- в учреждениях содержится 55,8 тыс. осужденных женщин, при женских колониях имеется 13 домов ребенка, в которых проживает 863 ребенка;
- медицинское обслуживание осужденных и подследственных обеспечивают 133 больницы различного профиля, а также медицинские части или здравпункты в каждом учреждении, 59 лечебных исправительных учреждений для больных туберкулезом, 9 лечебных исправительных учреждений для больных наркоманией.

При рассмотрении данных статистики в относительном количестве заключенных на 100 тысяч населения картина, характеризующая их как часть общей популяции, будет несколько иная (табл. 1.2).

Таблица 1.2. Динамика численности заключенных в странах G20, на 100 тыс. населения (UN HDR и ICPS) [200, 205]

Страны	Количество заключенных (на 100 тыс. населения)							
	1992	1995	1998	2001	2004	2007	2010	2013
США	501	592	655	685	725	758	743	707
Китай	-	109	115	112	122	124	123	124
Россия	487	622	688	636	588	613	550	472
Бразилия	74	92	102	133	183	220	253	274
Индия	-	-	27	29	30	32	31	30
Мексика	98	101	133	164	186	197	197	210
ЮАР	285	301	349	386	403	339	331	294
Индонезия	22	21	24	28	40	57	59	62
Турция	54	74	92	81	81	129	164	190
Великобритания	90	100	126	127	141	149	156	156
Япония	36	38	42	51	60	62	57	51
Германия	71	81	96	98	98	92	87	77
Франция	84	89	87	75	91	91	98	100
Аргентина	62	74	99	152	163	151	151	147
Италия	83	83	84	97	96	82	112	102
Республика Корея	126	135	149	135	122	98	94	99
Канада	123	131	126	117	108	114	117	118
Саудовская Аравия	-	-	114	110	-	-	178	162
Австралия	89	96	106	116	120	129	133	133

До конца 90-х годов Российская Федерация занимала первое место в мире по числу заключенных на душу населения, но широкомасштабная судебноп-правовая реформа позволила в последние годы существенно снизить количество лиц, содержащихся в пенитенциарных учреждениях.

В настоящее время на первом месте находится США. По данным американского Бюро статистики правосудия (BJS) в Соединенных Штатах на 100 тыс. населения приходится 707 заключенных [287]. Россия находится на втором месте в мире по численности заключенных на душу населения, и на начало 2014 года данный показатель составил 472 на 100 тыс. населения. Замыкает тройку лидеров Южно-Африканская Республика с показателем 294 на 100 тыс. населения [186].

Если выйти за пределы клуба G20, то Россию опережает Сейшельские острова (709 на 100 тыс. населения), Куба (510 на 100 тыс. населения) и Руанда (492 на 100 тыс. населения).

Снижение числа заключенных не является повсеместной тенденцией. Из 19 стран, статистика по которым вошла в исследование (G20, исключая Евросоюз как объединение государств), лишь в четырех зафиксировано существенное снижение численности населения тюрем на душу населения на протяжении последних 10 лет. К таким странам относятся Россия (-11,0%), Япония (- 12,72%), Германия (- 8,5%), США (- 3,83%).

Лидерами по приросту численности заключенных на душу населения за последние 10 лет стали Бразилия (+15,38%), Италия (+17,0%), Франция (+34,2%) и Турция (+83,7%), при этом в Турции с 2004 года численность тюремного населения удвоилась.

При рассмотрении динамики численности тюремного населения за пределами формата G20, наибольший прирост отмечался в Македонии (+76,2%), Хорватии (97,5%), Кипре (+111,8%), Мальте (+114,3%) и Албании (+177,7%). Наибольшего снижения численности тюремного населения за этот период достигли в Румынии (- 41,5), Андорре (- 41,3%), Молдавии (- 38,7%) и Эстонии (- 26,1%) [132].

Одним из важных срезов тюремной статистики является изучение особой группы заключенных – женщин, содержащиеся в неволе [47, 100]. В глобальном масштабе женщины составляют очень малую часть общего тюремного

контингента во всем мире – обычно от 2 до 9 процентов численности этого контингента в стране. В среднем по Европе он составляет 4,4 % [290]. Во всем мире в местах лишения свободы в предварительном заключении или в качестве осужденных содержится более полумиллиона женщин, в Европе в местах лишения свободы находятся около 100 тыс. женщин [284]. Ежегодно 1,5 миллиона женщин проходят через места лишения свободы [16].

Хотя женщины и составляют во всем мире меньшинство в тюремном контингенте каждой страны, абсолютная численность женщин в местах лишения свободы постоянно растет [17, 148, 267]. По данным американских исследователей за последние двадцать пять лет темпы прироста женского тюремного населения составил 757% что далеко опередило прирост числа мужчин (388%) [239].

Этот рост обусловлен такими факторами как возрастание тяжести осуществленного преступления, связанного в основном с употреблением запрещенных законом психоактивных веществ («War on Drugs) [172, 211, 284], а также, является частью глобальной тенденции к возрастанию популярности и применения тюремного заключения как меры наказания и, соответственно, к недостаточному применению конструктивных альтернативных санкций, не связанных с лишением свободы [251].

В настоящее время в России реализуется целый комплекс правовых реформ, направленных на гуманизацию исполнения наказания в виде лишения свободы в отношении осужденных женщин [45]. В России на начало 2014 года женщины составляли 8,2% от общей массы всех заключенных (55755 чел.) (табл. 1.3 и 1.4).

Наша страна по этому показателю занимает второе место в мире, уступая лишь США – 9,0% (201 200) [116]. Меньше всего женщин-заключенных в ЮАР – 2,4% (3 760), Франции – 3,5% (2 411) и Турции – 3,6% (4 530).

Снижение числа доли женщин-заключенных так же не является повсеместной тенденцией. Из 19 стран, входящих в G20, лишь в четырех зафиксировано снижение их доли в структуре тюремного населения на протяжении последних 10 лет, к таким странам относятся Аргентина (-83,27%), Великобритания (- 9,19), Германия (- 5,69) и США (- 4,36%).

Таблица 1.3. Динамика численности женщин, содержащихся в местах лишения свободы в странах G20, абс. числа (ICPS) [291]

Страна	Кол-во заключенных (абс. числа)						
	2002	2005	2008	2009	2010	2011	2013
США	159431	195140	209980	202171	201708	201200	201430
Китай	47100	77279	68894	79380	84150	-	100584
Россия	53683	58400	55300	66606	60848	62033	55400
Бразилия	10112	20264	26012	31259	34737	35596	35039
Индия	9089	13989	11198	15432	15456	-	16951
Мексика	7207	10485	9974	11013	10033	10072	12949
Индонезия	1807	4656	5032	8022	8218	-	8000
Аргентина	2402	2172	4983	3334	3212	2719	2854
Япония	3302	4839	4797	5636	5288	5305	5176
Великобритания	3350	4467	4433	4262	4251	4060	4423
Германия	3515	4037	4089	3753	3916	3869	3546
ЮАР	3969	4072	3615	3553	3822	3760	3490
Турция	2591	1802	3240	4184	4343	4530	5348
Франция	1833	2145	2082	2287	2511	2411	2210
Австралия	1385	1734	1987	2639	2228	2028	2624
Италия	2235	2843	1951	2900	2886	2808	2551
Республика Корея	2951	2589	-	-	2375	-	2712
Саудовская Аравия	1570	-	1888	2542	2542	-	-
Канада	1626	-	1756	1957	1839	1971	2068

Таблица 1.4. Динамика долевой численности женщин, содержащихся в местах лишения свободы в странах G20, %
(ICPS) [291]

Страна	Доля женщин в тюремном населении (%)						
	2002	2005	2008	2009	2010	2011	2013
США	8,1	8,9	9,06	8,8	8,8	8,8	9,0
Китай	3,3	4,9	4,4	4,9	5,1	-	5,9
Россия	5,8	6,7	6,4	8,1	7,8	7,8	8,2
Бразилия	4,3	5,6	6,2	6,6	7,0	6,9	6,4
Индия	3,3	3,9	3	4,1	4,1	-	4,4
Мексика	4,3	5,0	4,4	4,9	4,5	4,5	5,1
Индонезия	3,4	4,7	3,7	5,7	5,8	-	5,1
Аргентина	5,3	5,0	9,5	5,5	5,3	4,6	4,7
Япония	5,4	6,1	5,9	7	7,1	7,6	8,0
Великобритания	5,2	5,9	5,4	5,1	4,9	4,7	4,1
Германия	4,4	5,0	5,4	5,3	5,5	5,6	5,7
ЮАР	2,5	2,2	2,2	2,2	2,4	2,4	2,3
Турция	3,6	3,3	3,6	3,5	3,5	3,6	3,6
Франция	3,8	3,7	3,7	3,4	3,5	3,5	3,2
Австралия	6,4	6,8	7,3	9,0	7,5	7,0	7,8
Италия	4,2	4,8	4,4	4,3	4,3	4,2	4,4
Республика Корея	4,8	5,5	-	-	5,2	-	5,7
Саудовская Аравия	6,6	-	6,6	5,7	5,7	-	-
Канада	5,1	-	5	5	4,7	5,0	5,1

Самый значительный прирост доли женщин среди лиц, содержащихся в исправительных учреждениях, за последние 10 лет, зарегистрирован в Индонезии (+38,77%), Италии (+30,52%), Индии (+27,55%) и Бразилии (+26,92%).

Данные по Саудовской Аравии и Южной Корее противоречивы и поступают не регулярно, по имеющимся данным число женщин в них составляет 5,7% и 5,2% соответственно, при этом в Саудовской Аравии прирост численности женщин-заключенных в абсолютных числах за последние пять лет составил 25,73%.

Анализируя полученные данные, по изменению долевого представительства женщин в общем числе заключенных (табл. 1.4), можно отметить общемировую тенденцию по ее увеличению: среди стран G20 лишь в трех из них доля женщин в местах лишения свободы становится существенно меньше – в Аргентине (-106,52%) и Великобритании (-14,89%).

В Российской Федерации несмотря на снижение численности в 2010 году женщин-заключенных в целом за исследуемый период наблюдается рост их численности как в абсолютных значениях (в 1,62 раза), так и в доле в отношении в общей структуре тюремного населения (+18,07%) [120].

При рассмотрении структуры тюремного населения стран, не входящих в G20, самые большие показатели доли женщин-заключенных в 2011 году зарегистрированы в таких странах как Монако (25,0%) и Андорра (16,7%), а наименьшие – в Азербайджане (1,9%) и Албании (2,0%) [132, 291].

Среди факторов, формирующих демографическую характеристику осужденных, важное место занимает возраст. Существующее законодательство абсолютного большинства стран учитывает возрастные особенности, в частности, возраст субъекта предопределяет решение вопроса о привлечении его к уголовной ответственности, однако имеется достаточно большая дифференциация по минимальному возрасту, с которого возможно привлечение к уголовной ответственности.

Так, наименьший возраст наступления уголовной ответственности, зафиксирован в Шотландии (Великобритания) – 8 лет, Северной Ирландии

(Великобритания) – 10 лет, в Турции, Нидерландах и Ирландии – 12 лет, в Греции – 13 лет. Наибольший минимальный возраст наступления уголовной ответственности наблюдается в Латвии, Люксембурге и Португалии – 16 лет [132].

В Российской Федерации уголовной ответственности подлежат лица, достигшие 16 лет, и лишь при совершении некоторых преступлений – 14 лет. Возраст учитывается и при определении вида и размера наказания. При этом лицу, не достигшему на момент совершения преступления 18 лет, нельзя назначать смертную казнь, лишение свободы на срок свыше 10 лет. Часто преклонный возраст признается смягчающим обстоятельством, так как возрастные изменения, прежде всего мозговой деятельности человека, накладывают отпечаток на его поведение. Поэтому к лицам, достигшим 65 лет, смертная казнь применена быть не может [54, 71].

Возраст виновного оказывает влияние на определение вида места лишения свободы. Несовершеннолетние направляются для отбывания наказания в воспитательные колонии, лица, достигшие 18 лет – в исправительные колонии и тюрьмы.

Возраст как никакой другой показатель, который определяет не только поведение человека, его интересы, потребности, жизненные планы, но и риски для здоровья, ими обусловленные [6].

Сложность проведения возрастного анализа осужденных по странам G20 определяется рядом таких факторов, как отсутствие структурированной информации по данному показателю в таких странах как Китай, Бразилия, Индия, Япония, Индонезия и Саудовская Аравия. Кроме того, в виду отсутствия единого стандарта по сбору информации, имеется существенное различие возрастной структуры в представленной официальной статистике таких стран как Россия, Мексика, ЮАР, Аргентина. В части стран предоставляется информация только по определенной части исправительных учреждений, например, только по учреждениям, находящимся в федеральном подчинении, как это осуществляется в Аргентине и Канаде (табл. 1.5).

Таблица 1.5. Структура численности осужденных по возрасту в 2013 году, в странах G20, абс. числа [132, 142, 186].

Страны	Количество заключенных (абс. числа)													Средний возраст
	Всего	14-17	18-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	5 и выше	
США	1550600	21700		184100	253000	253100	215200	197500	176700	121700	65200	33500	26200	33
Китай	1640000	нет данных												
Россия	838000	1739	9588	103088	131472	126491	189822			13141	5291	1902	28	
Бразилия	514582	нет данных												
Индия	368998	нет данных												
Мексика	54111	1079		6554	9085	18916		17014			1386		34	
ЮАР	177620	3961	23814	44845	105000								32	
Индонезия	141981	нет данных												
Турция	120391	2045	7701	16486	23692	37964		20436		8990		3077		35
Великобритания	94367	1811	9486	15873	17467	24765		15920		5959		3085		33
Япония	69876	нет данных												
Германия	71634	640	3297	7585	11891	17470		12 267		5 382		2161		35,4
Франция	66925	693	4963	11562	13611	17613		10751		5361		2371		34,5
Аргентина*	9149	0	1725		3754		2102		941		461		166	31
Италия	68345	1470		5944	10791	23020		16495		7595		2983		38
Республика Корея	45169	808	7711	11713		14108		8897		2067		377		32
Канада*	22863	3	139	2326	3408	3154	2732	2856	2715	2068	1385	958	1120	32
Саудовская Аравия	49000	нет данных												
Австралия	29106	40	924	4662	5243	4955	4292	3314	2293	1384	879	549	571	35,6

*статистические данные только по государственным и федеральным тюрьмам

Несмотря на объективные сложности обработки имеющейся статистической информации, в целом в пенитенциарных системах различных стран можно отследить общие тенденции.

В нашей стране, наряду с общегражданскими переписями населения, сотрудниками НИИ МВД РФ под руководством проф. А.С. Михлина проводились перепись заключенных в местах лишения свободы (1970, 1975, 1979, 1989, 1994, 1999 годы) [70]. После передачи уголовно-исполнительной системы в подчинение Министерства Юстиции, подобная перепись осуществлена 12 – 18 ноября 2009 году силами специализированного НИИ ФСИН России. Под общим руководством В.И. Селиверстова на основе проведенной переписи была выпущена серия книг, с изложением как характеристики, осужденных к лишению свободы, так и некоторых аспектов деятельности исправительных учреждений [65].

Анализ распределения осужденных по возрасту в Российской Федерации показывает, что большинство лишенных свободы (81,42%) принадлежит к возрастным группам от 20 до 54 лет (табл. 5), при этом традиционно более 60% заключенных имели возраст до 30 лет [2].

Лица более молодого и более старшего возрастов осуждаются к лишению свободы значительно реже. Распределение осужденных по возрасту в остальных группах выглядит следующим образом: лица моложе 18 лет составляют 0,42%, 18-19 лет – 1,89%, старше 55 лет – 2,53%. Средний возраст осужденных составил 28 лет, при этом в 2011 году впервые за последние 10 лет отмечается снижение темпов омоложения лиц, содержащихся в местах лишения свободы.

В России, на начало 2014 года, число несовершеннолетних осужденных составляли 0,41% от общей массы всех заключенных (3 481 чел.), что является одним из наименьших показателей в мире (табл.1.5). Первое место по этому показателю из стран G20 занимают Италия – 2,15% (1 470 чел.) и ЮАР – 2,23% (3 961 чел.). Наименьший показатель зарегистрирован в Канаде и Аргентине, где несовершеннолетние практически отсутствуют в исправительных учреждениях, правда, как уже отмечалось выше, поступающая из этих стран статистика охватывает только контингент федеральных тюрем [164].

Самая многочисленная возрастная категория осужденных воспитательных колоний в Российской Федерации представлена подростками 16-17 лет (74%). В 92,0 % случаев это несовершеннолетние мужского пола, несовершеннолетние осужденные женского пола составляют 8,0 % и, как показывает статистика, число их снижается [32].

В Соединенных Штатах Америки проблемы ювенальной юстиции неотрывно связаны с национальной принадлежностью осужденного несовершеннолетнего. Так, по данным официальной статистики, основными представителями молодежи в местах заключения являются афроамериканцы (41%) [158, 221]. По данным других авторов – представители латиноамериканской молодежи, которые по сравнению с лицами европейской внешности, в 2,3 раза чаще были арестованы, в 2,4 раза чаще преследовались по суду и в 7,3 раз дольше отбывали срок наказания, чем нелатиноамериканская молодежь за аналогичные преступления [134].

В нашей стране проблемы расовой и национальной дискриминации в условиях пенитенциарной системы практически не изучены, по имеющимся литературным источникам доленое соотношение осужденных разных национальностей примерно соответствует такому же соотношению на свободе в данной местности. При этом в тюрьме наблюдается парадоксальное явление: любое недоверие, ненависть, высмеивание или иное напряжение, существующее между представителями разных национальностей на свободе, в тюрьме практически не наблюдаются [1], что некоторыми экспертами объясняется персонификацией отношений, проявляющаяся как механизм адаптации и социализации к тюремным условиям, а также является результатом разрушения прежних социальных связей [74].

Старение тюремного населения является актуальнейшей проблемой последнего десятилетия в США и многих стран Евросоюза [213]. Средний возраст заключенного федеральных тюрем США составил тридцать восемь лет [207], при этом один из двадцати трех осужденных был в возрасте пятидесяти пяти лет и старше, что, по сравнению с 1995 годом составило 85 %-ое увеличение [266].

По оценкам некоторых американских экспертов к 2025 численность заключенных в возрасте пятидесяти пяти лет и старше может составить от 20,0 до 50,0 % от численности тюремного населения США [214, 230], а расходы на их содержание превысит 4 млрд. долларов США [226].

Опубликованные в последнее время аналитические материалы, посвященные изучению различных категорий осужденных к лишению свободы в России [41, 82], позволили сформулировать различные аспекты их личности. Это в том числе их социально-демографическое положение, психологическую, медицинскую, криминологическую и уголовно-правовую характеристику лиц [7, 55].

Как показали данные последней переписи, в местах лишения свободы довольно высокий удельный вес осужденных, утративших социально-полезные связи с семьей, позитивно-ориентированным социальным окружением.

Современное поколение осужденных, отбывающих наказание в воспитательных колониях Российской Федерации, является «продуктом» российского общества середины 90-х годов прошлого столетия. Высокий уровень безнадзорности и беспризорности подростков, распространение среди них алкоголизма и наркомании, вовлечение их в проституцию и криминальные группировки – характерные черты того времени. Все это повлияло на снижение уровня нравственности подрастающего поколения, произошло их отдаление от семьи и школы, других социально значимых институтов. Кроме того, создавшаяся сейчас непростая финансово-экономическая ситуация в стране негативно сказалась на самых незащищенных слоях населения, в том числе, на несовершеннолетних. Все перечисленные факторы отразились и на результатах специальной переписи осужденных, находящихся в воспитательных колониях [32].

Известно, что одним из основных институтов социализации личности в подростковом возрасте является общеобразовательная школа, а учеба – важнейшим видом деятельности. Результаты переписи свидетельствуют о наличии значительной группы осужденных в воспитательных колониях – до 35%, не имеющих образования, или имеющие только общее (начальное) образование.

Впервые за время проведения специальных переписей осужденных появилась категория осужденных, не имеющих образования, иначе говоря, неграмотных. Этот процент пока не столь значим, он составляет 1,8 %, однако он свидетельствует о неблагополучии в системе семейного воспитания и о безнадзорности детей, имевших место в тех же 90-х годах прошлого столетия. Увеличилась по сравнению с 1999 годом доля осужденных, имеющих самое низкое – начальное образование (с 5,5 % до 6,6 %).

Доля лиц, находящихся в воспитательных колониях, которые до осуждения нигде не работали и не учились, составляет 22,0 %. То есть, почти каждый четвертый осужденный подросток оказался вне поля зрения основных институтов социализации: семьи, образовательных учреждений. Об этом также свидетельствует то, что почти половина осужденных (47,0 %) воспитывалась в неполной семье, а 8,0 % – в детском доме [43].

По данным ряда авторов, эта проблема актуальна и за рубежом. В частности, в США от 40,0 до 68,0 % осужденных не окончили среднюю школу [180, 191], около 26,0 % заключенных получили образование в исправительном учреждении, в рамках реализации программы General Educational Development (GED). Самый высокий процент безграмотности отмечен у латиноамериканцев (53,0 %), далее следовали афроамериканцы (44,0 %) и остальные заключенные (27,0 %).

В странах Евросоюза, в частности в исправительных учреждениях Италии, большинство заключенных (46,3 %) окончили среднюю школу и только 1,2 %, имели образовательный уровень выше средней школы [270]. В исправительных учреждениях Финляндии число подростков окончивших только среднюю школу и не имеющих другого образования составило 15,0 % [210]. Исследование среди лиц, поступающих во Французские тюрьмы выявило, что 56,0 % из них не имели профессионального образования [269].

Специальная перепись осужденных зафиксировала, что 52,9 % осужденных не учились и не работали до осуждения (в 2005 г. – 47,0 % [72]), из них только 2,2 % имели официальный статус безработного, остальные (49,7 %) вели паразитический образ жизни, не имея трудовых навыков, что было связано с глубоким экономическим кризисом 90-х годов прошлого столетия.

Как свидетельствуют ряд исследований, при попадании в пенитенциарную систему социальные связи подвергаются быстрому разрушению, это касается и семьи, являющейся действенным антикриминогенным фактором [53, 181]. Проведенная перепись показала, что 77,1 % осужденных не состояли в браке на момент осуждения (в 1999 году таких лиц было 69,1 %). Показательно, что у 47,0 % лиц, состоявших в браке на момент осуждения, брак во время отбывания наказания в виде лишения свободы расторгнут (в 1999 году эта доля составляла 32,0 %). Среди осужденных женщин 74,3 % не состояли в браке на момент осуждения (по переписи 1999 года – 62,9 %), у 43,0 % осужденных женщин, состоявших в браке на момент осуждения, брак во время отбывания лишения свободы распался (в 1999 году эта доля составляла 47,7 %).

По данным зарубежных авторов число мужчин-заклученных, которые никогда не были в браке, составляет 51,5 %, состоящие в настоящее время в браке или сожительстве – 38,2 %, еще 10,3 % были разведены или являлись вдовцами [270]. Среди женщин-заклученных 42,0 % женщин до заключения под стражу, воспитывались не в полной семье, у большинства из них (70,0 %) есть, по крайней мере, один ребенок моложе восемнадцати лет, никогда не были замужем 42,0 % женщин. Кроме того, у женщин значительно выше (50,0 %) вероятность наличия родственника, ранее отбывавшего наказание в исправительном учреждении, чем у мужчин-заклученных (37,0 %) [144].

Если учесть, что 64,6 % (в 1999 году – 59,1 %) осужденных не получают заработной платы в местах лишения свободы, хотя почти 90,0 % являются трудоспособными, то соответственно на день переписи у более чем половины осужденных, а именно 52,1 % (в 1999 году – 59,6 %), нет денег на лицевом счете, а у 18,6 % сумма средств не превышает 200 рублей. Для сравнения в тюрьмах Филадельфии (США), более половины заключенных (57,0 %) сообщили, что привлекаются к труду, находясь в заключении. Три четвертей работал регулярно, и большинство работало неполный рабочий день со средним количеством часов в неделю до 25 часов. Так же отмечался низкий уровень заработной платы, средний размер которой составлял 1,5 доллара США в день [203].

В европейских странах, занятость населения так же является актуальнейшей проблемой, так, по данным французских авторов, 62% осужденных были безработными, более половины не получали никакой медицинской помощи в период предшествующий лишению свободы [269].

В последнее время термин «феминизация бедности», используемый фактически во всех обсуждениях проблем бедности в мире, неотрывно следует за обсуждением проблем пенитенциарных систем, в том числе лишение свободы женщин. Фактически в двадцать первом столетии, показатель «феминизации тюрем» является эквивалентом бедности [190]. По данным американских исследователей большинство женщин, отбывающие наказание в местах лишения свободы, происходят из бедных слоев населения, менее половины их на момент ареста работали на полный рабочий день. Доходы 37,0 % женщин и 28,0 % мужчин составляли менее 600 долларов США в месяц (менее чем 8 000 долларов США в год, принимая полную занятость) [144].

По данным отечественных авторов [131], медико-социальная характеристика осужденных, больных социально-значимыми заболеваниями, имеет свои особенности, подтверждающие социальную природу заболевания: среди респондентов 87,7 % курили до и 84,2 % после начала заболевания, в том числе 73,1 % – более 10 лет; 30,9 % злоупотребляли алкоголем; 24,6 % употребляли наркотики; жилищные условия 21,6 % пациентов не соответствовали санитарным нормам, а 11,8 % были лицами без определенного места жительства (БОМЖ), 41,6 % имели три и более судимости, 27,2 % находились в местах лишения свободы более 5 лет, 59,6 % имели срок наказания более 5 лет. Среди осужденных в 1,4 раза больше куривших до болезни и после возникновения заболевания, в 1,8 раза больше ежедневно употреблявших алкоголь, в 1,7 раза больше наркоманов. Кроме того, необходимо отметить что, в местах лишения свободы имеется стойкая тенденция «омоложения» больных [39, 44].

По данным из-за рубежа, историю употребления наркотиков имеет большая доля задержанных во многих странах: в США до 80,0 % [293], в Ирландии до 40,0 %, в Мексике до 28,5 % [140]. Кроме того, в исследованиях,

проведенных в Австралии установлено, что даже во время нахождения под стражей в исправительном учреждении 25-44 % заключенных иногда вводят наркотики, 14-34 % занимаются анальным сексом, а 5-18 % имели случайные половые связи [196].

Таким образом, имеющиеся исследования характеристики социально-демографических факторов присущих лицам, содержащимся в неволе, позволяет констатировать достаточно большое их влияние на отношение к собственному здоровью, определяет уровень санитарно-гигиенической культуры, проявляется в поведенческой реакции на полученную информацию и, в конечном итоге, определяет степень рискованности их поведения [4].

Глава 2. Историко-правовые аспекты становления пенитенциарной медицины в Российской Федерации

Изменения организационных и структурных аспектов медицинского обеспечения лиц, содержащихся в местах лишения свободы, неотрывно следовали за развитием медицинской науки и пенитенциарной системы России в целом, на том или ином историческом отрезке.

Данные по тюремной системе России в целом и по организации медицинского обеспечения до XV века из-за малого количества источников, дошедших до наших времен, не дают ясной картины ее характера [94]. Тем не менее, известно, что места заключения того времени не являлись целостной системой лишения свободы и представляли собой архаичные учреждения, отражающие карательную политику своего времени: земляные ямы, порубы, погреба, либо монастырские подвалы [24, 28, 35, 81].

Организационные формы оказания медицинской помощи заключенным соответствовал уровню развития медицины на тот период, а также подчинялась иерархии развития общества – представители духовенства занимались бесплатным врачеванием в основном стариков, малоимущих и душевнобольных; знахари – врачевали простой народ; светские (городские) врачи осуществляли платную медицинскую помощь князьям, боярам, либо лицам, имеющих возможность осуществления оплаты медицинской помощи [12, 29].

Ряд отечественных авторов [38, 102] считают, что именно монастырская медицина легла в основу становления государственной системы здравоохранения нашей страны, в том числе и ее пенитенциарного сектора. Неоспоримым является факт, что первые нормативные акты, регламентирующие медицинскую деятельность, касались именно монастырской медицины. В частности, положения Церковного устава Владимира Святославовича предписывают «...организацию при церквях и монастырях лечебниц, а также приютов для слепых, калек и стариков» [50]. Многих душевнобольных для «изгнания бесовства» также помещали в монастыри [104]. Для помощи больным

и немощным существовал налог – десятина (10 %) от национального дохода, направляемые в монастыри [84].

Коренные изменения произошли в XVI–XVII веках, которые отражали стремление установления государственного управления здравоохранением и контроля качества лечения [5, 38]. Так в 1581 г. была создана Аптекарской палаты, которая в 1620 году преобразована в Аптекарский приказ. Именно Аптекарский приказ в XVII веке, впервые определил характер и содержание работы медицинского персонала: «Дохтур совет свой дает и приказывает, а сам тому не искусен, а лекарь прикладывает и лекарством лечит и сам не научен, а обтекарь у них обоих повар» [27]. Однако применительно к пенитенциарным учреждениям мало что изменилось – условия и порядка содержания заключенных нормативными актами не регламентировались, а отдавались на усмотрение тюремного начальства [35].

Мощнейшим толчком для развития отечественного здравоохранения того времени стали реформы, проводимые в стране Петром I, первым шагом которого стало преобразование Аптекарского приказа в Медицинскую канцелярию. В то время были приняты нормативно-правовые впервые регламентирующие штатную структуру военно-медицинских учреждений и госпиталей (1735), при госпиталях были открыты школы по подготовке отечественных медицинских работников [103]. Так же заложены основы санитарии, в частности приняты указы о санитарном состоянии городов (1737) и оповещении в случае возникновения инфекционных заболеваний (1743), заложены основы производственной гигиены (1741) [63].

Дальнейшие реформы, проводимые Александром I, привели к созданию в 1803 году Медицинского департамента с сетью местных медицинских учреждений – губернских врачебных управ.

Однако прошло не мало времени, прежде чем реформы здравоохранения достигли пенитенциарной системы страны. Так, первые официальные упоминания о необходимости «лечения больных преступников» имеются в «Учреждение для управления губерний Российской империи» и датируется 1775 г., а в принятом «Проекте обустройства тюрем» (1787), содержались указания об

устройстве тюремных больниц [117], а указом 1796 г. разрешалось осуществлять лечение заключенных за счет средств из государственной казны [105 с. 29].

Однако реализация положений этих нормативных документов касающиеся медицинского обслуживания во многом носили декларативный характер, что обусловлено их несоответствием реальным возможностям Российского государства того времени [21 с. 68].

Существенные изменения в уголовно-исполнительной системе России произошли в первой половине XIX века. В практику управления тюремной системой начинают проникать зарубежные идеи в области организации исполнения уголовных наказаний, обращения с правонарушителями и преступниками [86]. Значительным этапом развития пенитенциарной медицины данного периода стало основание в 1819 г. Попечительного о тюрьмах общества, секретарем, а в дальнейшем директором которого стал доктор Федор Петрович Гааз (1780–1853). Именно благодаря его настойчивости были проведены многочисленные реформы, к которым неизменно прилагается эпитет «впервые»: введены облегченные кандалы, построена больница для заключенных, организован приют со школой и мастерскими для детей, чьи родители были в заключении и т.д. [8, 31, 103]. Заслуги этого велико врача в наши дни отмечены учреждением в уголовно-исполнительной системе России медали, носящей его имя.

Первым нормативным актом, в котором организационные вопросы медико-санитарного обеспечения осужденных изложены в виде единого комплекса мероприятий, стала Инструкция смотрителю губернскому тюремному замка (1831), в которой закреплялась ответственность за администрацией исправительного учреждения за лечение осужденных и санитарно-гигиеническое состояние исправительного учреждения, при этом непосредственная организация данной работы лежала на враче [93].

Кроме того, предписывалось приведение условий содержания в больницах к общепринятым нормативам для больниц, расписывался порядок ведения заключенных медицинскими работниками при поступлении его в

исправительное учреждение, при выявлении заболевших, предписывался ежедневный контроль санитарного состояния мест заключений.

Нельзя не отметить вклад в развитие пенитенциарной медицины Алексея Петровича Доброславина (1842-1898), основоположника отечественной пенитенциарной гигиены [11]. Доброславин А.П. изучал результаты воздействия на организм заключенных различных факторов их повседневной жизни [31], в частности влияние качества и достаточности воды [85], рассчитал нормативы вентиляции воздуха в исправительных учреждениях [36], научно доказал физиологические нормативы питания заключенных [30], является основоположником организации лазаретов на баржах, при этапировании арестантов, внес большой вклад в развитие тюремной статистики того времени.

Значимой поворотной вехой в изменении облика пенитенциарной системы стала Февральская буржуазно – демократическая революция 1917 года [128]. В частности Временным правительством издан указ об образовании особого врачебно-санитарного совета при Главном тюремном управлении. В его компетенцию входило рассмотрение вопросов врачебной части и санитарного благоустройства в местах заключения [3].

В 1918 году, после провозглашения образования Советского государства, в принятых временных инструкциях «О лишении свободы как мере наказания и о порядке отбывания такового», где были сформулированы основные принципы новой тюремной политики: самокупаемость и полное перевоспитание заключенных. 17 мая 1919 года Всероссийский центральный исполнительный комитет (ВЦИК) принял постановление «О лагерях принудительных работ», которым учреждалось два вида лагерей – обычные и особые, а принятым 11 июля 1929 года постановлением Совета народных комиссаров «Об использовании труда уголовно-заключенных» для управления структурой лагерей создано Главное управление исправительно-трудовых лагерей Объединенного государственного политического управления (ГУЛАГ ОГПУ) [40].

По мере развития самой пенитенциарной системы происходило и развитие медицинского обеспечения, предусматривающее его выделение в самостоятельное направление деятельности, которое наиболее полно, на наш

взгляд, изложено в трудах Б.А. Нахапетова, З.А. Астемирова, С.И. Кузьмина и М.Г. Деткова [9, 35, 61, 73] которые легли в основу литературного обзора данного периода времени.

С момента создания советской пенитенциарной системы медико-санитарное обслуживание заключенных находилось в ведении Народного комиссариата здравоохранения, но с созданием Объединенного государственного политического управления (ОГПУ) в 1924 году. Вся медицинская служба лагерей была подчинена соответствующему отделу ОГПУ и заменило общереспубликанские нормы Народного комиссариата здравоохранения новыми – неблагоприятными для заключенных [96].

Наряду с другими изменениями, были введены новые виды мест лишения свободы, в том числе карательно-лечебные заведения для лиц с психическими отклонениями и тюремные больницы. А в 1924 году организованы колонии для психически неуравновешенных, туберкулезных и других больных заключенных, а так же учреждены институты психиатрической экспертизы.

Как следует из трудов Б.А. Нахапетова и М.Г. Деткова [35, 73], структура лечебно-профилактических учреждений ГУЛАГа была практически идентична схеме организации сельского здравоохранения в СССР: «...многочисленность и разбросанность медицинских пунктов по территории страны, та же многоступенчатость оказания различных видов медицинской помощи, тот же не слишком высокий уровень медицинского обслуживания населения». Кроме того, он отмечает и особенности условий работы санитарной службы ГУЛАГа: «...неудовлетворительные условия быта, недостаточное питание, чрезмерное трудовое использование и, как следствие, плохое физическое состояние заключенных; широкое распространение таких болезней, как авитаминозы, дистрофии, заразные заболевания, разнообразные травмы; высокая заболеваемость, сопровождающаяся значительными трудовыми потерями и большой летальностью; ограниченные возможности для оказания квалифицированной медицинской помощи из-за плохого материально-технического состояния лечебно-профилактических учреждений и низкой квалификации медицинского персонала; отрицательное влияние административного фактора на работу медицинской службы».

Результатом данных условий стала большая смертность заключенных, в частности ряд авторов отмечает, что в зимние периоды 1925–27 годов в некоторых лагерях смертность достигала 25–50 % заключенных [129, 130]. Высокий уровень смертности сохранялся и в дальнейшем, так в период с 1934 по 1941 год она составляла не менее 12,0 % [83].

По данным А.А. Феличкина [117] на фоне большой некомплектованности санчастей медицинским персоналом, нехватки самых необходимых медикаментов, основной их работой стала борьба со вспышками инфекционных заболеваний (сыпной и брюшной тиф) и авитаминозами (цинга).

Особым периодом деятельности системы санитарного обеспечения являются годы Великой Отечественной войны 1941–1945 годах, с началом которой материально-бытовое положение заключенных и их медицинское обеспечение существенно осложнилось [117].

Уже в первый год войны произошло значительное изменение физического профиля заключенных в сторону снижения их трудоспособности. В частности, группа лиц, годных к тяжелому и среднему физическому труду, составлявшая в 1940 году 61,0 % к общему числу заключенных, в 1942 году снизилась до 36,0 %. Число заключенных, пригодных к легкому труду, возросло на 23,0 %, ослабленных и инвалидов на 2,0 % [90].

Для такой категории заключенных еще до войны были организованы слабосильные команды или оздоровительно-профилактических пункты, получившие затем название оздоровительных пунктов ГУЛАГа. С началом войны в связи с ужесточением лагерного режима они были ликвидированы, но из-за резкого ухудшения состояния здоровья заключенных и увеличения смертности в лагерях их вновь открыли в 1942 году. О результатах деятельности оздоровительно-профилактических пунктов за 1942 год сохранились следующие сведения: прибавили в весе на 1-3 кг – 13 183 человека (17,0 %), прибавили в весе на 3-5 кг – 1 850 (2,3 %), свыше 5 кг – 495 (0,6 %), остались без изменения – 8 493 (10,9 %), с ухудшением – 2 901 (3,7 %), умерло – 312 (0,4 %) [73].

В 1944 году было разработано Положение о больницах для заключенных в исправительно-трудовых лагерях и колониях Народным комиссариатом

внутренних дел (НКВД) СССР, в котором определены основные задачи и функции больниц, их структура и порядок работы.

В частности если в 1930 году в штате исправительно-трудовых лагерей имелся один врач, то к 1950 году уже имелись амбулатория, больницы и стационары. В 1957 году учреждены медико-санитарные части с больницами и врачебными или фельдшерскими пунктами, с соответствующими штатами.

Объективные статистические показатели физического состояния заключенных, общей и больничной смертности, заболеваемости с потерей трудоспособности и исходов лечения в больницах в начале 1950-х годов свидетельствовали об улучшении медицинского обслуживания контингента [117].

Следующим шагом в развитии системы пенитенциарного здравоохранения стало изменение штатной структуры пенитенциарных лечебных учреждений в 1956 году, приблизивших их к штатам лечебных учреждений Министерства здравоохранения. С 1957 года при крупных колониях стали организовывать медико-санитарные части с больницами на 10, 25 и 35 коек с соответствующим штатом медицинского персонала, а при небольших колониях – врачебные или фельдшерские пункты с изоляторами до 5 коек. Кроме того, в каждом регионе имелаась центральная больница, а в некоторых республиках, краях, областях их было несколько. Такой порядок организации медицинского обеспечения, в том числе и планирования, сохранился практически до настоящего времени [99].

Исправительно-трудовой кодекс РСФСР, принятый в 1971 году предписывал организацию в местах лишения свободы необходимых лечебных учреждений. Кроме того, лечебно-профилактическая и противоэпидемическая работа в местах лишения свободы должна была организовываться в соответствии с законодательством о здравоохранении.

В 1993 году были принят Федеральный закон «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», в котором за лицами, содержащимися в исправительных учреждениях были закреплены права на получение медицинской помощи, в том числе в необходимых случаях в

учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения, за счет бюджетов всех уровней.

Дальнейшее развитие уголовно-исполнительной системы привело к ее передаче в 1998 году из ведения Министерства внутренних дел (МВД) в Министерство юстиции Российской Федерации и созданию в его структуре Медицинского управления с аппаратом управления во всех территориальных органах [56]. Был определен перечень создаваемых учреждений для осуществления медицинского обслуживания осужденных: лечебно-профилактические учреждения (больницы многопрофильные, специализированные психиатрические и туберкулезные), медицинские части, лечебно-исправительные учреждения (психиатрические, туберкулезные) [113].

Кроме того, после передачи уголовно-исполнительной системы из Министерства внутренних дел в Министерство юстиции Российской Федерации, 30 апреля 1999 года был основан Научно-исследовательский институт Федеральной службы исполнения наказаний (ФСИН) России. Учитывая конструктивное участие института в законотворческой деятельности, работе экспертных советов, решением Комитета по безопасности Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации от 13 ноября 2003 года № 115/4-2 институт был утвержден базовым научным центром Комитета по безопасности Госдумы в сфере уголовно-исполнительной политики.

Приказом директора Федеральной службы исполнения наказаний России от 23 августа 2005 года был открыт филиал (г. Ижевск) ФКУ НИИ ФСИН России, занимающийся изучением проблем пенитенциарной медицины.

В настоящее время ФКУ НИИ ФСИН России является головным научным пенитенциарным центром, осуществляющим не только прикладные, но и фундаментальные исследования по проблемам уголовно-исполнительного законодательства, функционирования уголовно-исполнительной системы, зарубежного пенитенциарного опыта, истории уголовно-исполнительного права.

Обеспечение подозреваемых, обвиняемых и осужденных, содержащиеся в местах лишения свободы качественной и полноценной медицинской помощью в местах лишения свободы – важнейшая составная часть социально-экономической политики государства в рамках заботы о здоровье нации, и являются неотъемлемыми правом осужденных к лишению свободы на охрану здоровья и медицинскую помощь в условиях отбывания наказания.

Специфика пенитенциарной системы предполагает бесплатное медицинское обеспечение подозреваемым, обвиняемым и осужденным, содержащимся в местах лишения свободы. Однако, социально-экономические преобразования, происходящие в стране, характеризуются внедрением рыночных механизмов, в том числе и в работу системы здравоохранения. При этом механизм организации медико-санитарного обеспечения лиц, содержащихся в УИС, недостаточно адаптирован к изменившимся условиям, что отрицательно сказывается на развитии пенитенциарного здравоохранения, затрудняет реализацию мероприятий, направленных на повышение качества медицинской помощи, снижение заболеваемости в исправительных учреждениях, что характерно для большинства стран постсоветского пространства [58].

В целом современное законодательство в области медицинского обеспечения осужденных соответствует международным стандартам. В частности медицинская помощь заключенным организована через систему лечебно-профилактических и лечебно-исправительных учреждений, где осуществляется их обеспечение необходимым набором лекарств и оборудования. Кроме того, у осужденных имеются возможность получить медицинскую помощь как амбулаторную, так и стационарную в общегражданских медицинских учреждениях. Так же предоставляется возможность получать медицинскую помощь посредством системы медицинского страхования [106].

Основным документом, регулирующим вопросы организации, обеспечения и деятельности медицинской части; организации лечебно-профилактической помощи при различных видах заболеваний в исправительных

учреждениях является совместный Приказ Минздравсоцразвития и Минюста России от 17.10.2005 года № 640/190 «О порядке организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключенным под стражу». В данном Приказе изложены основные постулаты организации медицинского обеспечения как от момента поступления осужденных или подозреваемых в исправительное учреждение, вопросов его лечения, при необходимости госпитализации, так и организационных мероприятий в отношении отдельных групп осужденных (с ВИЧ-инфекцией, туберкулезом, ЗППП и т.д.).

Постановлением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 года № 1466 «Об утверждении Правил оказания лицам, заключенным под стражу или отбывающим наказание в виде лишения свободы, медицинской помощи в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения, а также приглашения для проведения консультаций врачей-специалистов указанных медицинских организаций при невозможности оказания медицинской помощи в учреждениях уголовно-исполнительной системы» регламентируется получение необходимой медицинской помощи, включая консультации врачей узких специальностей, в сторонних медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения.

В то же время имеются и не соответствия национального законодательства международным стандартам. Так, назначение на работу врачей в места заключения осуществляется органами управления ФСИН России, работниками которой они становятся, что ставит врача в зависимое положение и ведет к практике «двойной лояльности», выражающейся в одновременном наличие обязательств соблюдения защиты интересов государства с одной стороны, и пациента – с другой, что зачастую ведет к нарушению прав осужденных [33, 255].

Современный этап реформирования уголовно-исполнительной системы направлен, в первую очередь, на существенную либерализацию и корректировку уголовной политики, приведение порядка и условий исполнения наказаний в соответствие с общепризнанными нормами международного права, в частности Российской Федерацией были ратифицированы: Европейская конвенция по

предупреждению пыток и бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания; Европейская конвенция о выдаче; Европейская конвенция о взаимной правовой помощи по уголовным делам; Конвенция о правовой помощи и правовым отношениям по гражданским, семейным и уголовным делам и другие.

Одновременно с этим, проводилась работа, направленная на приведение российского законодательства по вопросам, относящимся к деятельности уголовно-исполнительной системы, в соответствие с требованиями международных европейских стандартов. Приняты федеральные законы, направленные на обеспечение основных прав и свобод граждан, – «О свободе совести и о религиозных объединениях», «Об общественных объединениях», «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» и многие другие.

В связи с вступлением России в Совет Европы и взятием обязательств по ряду международных конвенций о правах человека повысилось внимание к таким вопросам как соблюдение прав заключенных, обеспечение доступа к качественной медицинской помощи, правовая регламентация принудительного лечения и другим актуальным вопросам медицинской помощи.

В частности, в 1973 году Совет Европы принял Европейский стандарт медицинской обращения с заключенными, который был составлен по образцу Минимальных стандартных правил обращения с заключенными, принятый Организацией Объединенных Наций в 1953 году.

В 1987 году Совет Европы принял новые Европейские пенитенциарные правила, которые были пересмотрены в 2006 году, в частности возложены обязательства на тюремные власти по охране здоровья всех заключенных и ссылка на необходимость тесной связи между тюрьмой и системы общественного здравоохранения.

Принятие данных международных нормативных актов обозначило современные тенденции развития уголовно – исполнительной системы:

- смягчение условий содержания;
- улучшение материально – бытового обеспечения осужденных;

- большая доступность медицинского обеспечения, образования, трудовой деятельности;
- борьба с тюремной субкультурой и традициями («воровскими законами» и т.д.);
- улучшение правовой защищенности.

На современном этапе развития пенитенциарной системы перед руководством УИС стоят новые задачи, решение которых позволит выйти на качественно новый этап развития пенитенциарной медицины в России, основные вехи которого были отмечены директором ФСИН России на научно – практической конференции «Актуальные вопросы реформирования уголовно-исполнительной системы» (Москва, 10 сентября 2009 г.) и в «Концепции развития уголовно-исполнительной системы Российской Федерации до 2020 года» принятой распоряжением Правительства РФ от 14 октября 2010 года № 1772-р.

Глава 3. Современные принципы построения медицинского обеспечения лиц, содержащихся в местах лишения свободы

В основе развития форм построения медицинского обеспечения заключенных, лежит историческая эволюция самой пенитенциарной системы, «идеальный» вид которой, на том или ином историческом отрезке зависит напрямую от институционального аспекта [74].

Это определяет двойственность и противоречия пенитенциарного института, которая обусловлена множественностью общественных функций, возложенных на пенитенциарную систему [170]. С одной стороны, само существование тюрьмы объясняется соображениями общественной безопасности, т.е. обеспечивает изоляцию преступников от общества; обеспечивает надежный контроль в отношении лиц, которые подозреваются в совершении преступления, до того момента, когда их вина или невиновность будет установлена судом; служит наказанием для лиц, совершивших правонарушение, которые лишаются свободы после вынесения обвинительного приговора; удерживает лиц, находящихся в тюрьме, от совершения дальнейших преступлений [78]. При этом реализация данной миссии, априорно сопровождается созданием достаточно жестких условий, ведь лишение свободы должно восприниматься осужденными именно в качестве наказания. На основании данного постулата появились так называемые «золотые правила» тюрьмы, согласно которым «...уровень жизни в тюрьме всегда должен быть ниже, чем уровень жизни самого низкооплачиваемого рабочего» [223] и «Исполнение наказаний должно быть организовано таким образом, чтобы представители «группы риска» предпочитали заключению пусть жалкое, но существование на свободе» [264].

С другой стороны в теории пенитенциарной науки развиты понятия перевоспитания и реабилитации осужденных, т.е. устранения факторов, лежащих в основе преступного поведения, и, таким образом, в уменьшении вероятности совершения повторных правонарушений, лежащие в основе прогрессивной модели построения пенитенциарной системы: «Длительность заключения должна зависеть не столько от тяжести совершенного преступления,

сколько от интенсивности стремления к перевоспитанию, которое показывает осужденный в процессе своего тюремного заключения» [119].

В результате реализации данных векторов функционирования исправительных учреждений, сформировались различные типы пенитенциарных систем, которые можно охарактеризовать как системы, в которых преобладает миссия обеспечения общественной безопасности и системы, нацеленные на перевоспитание.

Первый тип систем представлен наиболее широко, к ним относятся системы массового заключения (каторжная и лагерная системы) и системы камерного содержания (филадельфийская, пенсильванская системы). Ко второму типу исправительных учреждений, несущих миссию перевоспитания, относится единственная система – прогрессивная [10, 74].

Необходимо отметить, что на сегодняшний день, подавляющее большинство пенитенциарных систем построено по смешанному типу, что является результатом реформирования пенитенциарных систем, при которых происходили процессы взаимопроникновения различных идей. При этом, как отмечает А.Н. Олейник [74], что смещение пенитенциарной системы к тому или иному императиву напрямую зависит от администрации пенитенциарных учреждений, при этом отмечается, что конечная форма зависит от среднего уровня жизни в стране, уровня преступности, криминальной и пенитенциарной политики, других политических и социально-экономических факторов. «Если общество не может установить приоритеты однозначным образом, задача надзора приобретает первоочередной характер для функционеров... Вот почему существует тенденция рассматривать реинтеграцию лишь в качестве побочного продукта усилий по поддержанию порядка и надзора» [274].

В результате эволюции самого общества, зарождение и развитие общественных правозащитных институтов, данные конфликты все в большей степени разрешались в сторону гуманизации пенитенциарной системы.

Это привело к провозглашению в современной пенитенциарной системе принципа «равенства» или «эквивалентности» [242], при котором лишение свободы не означает автоматического лишения своих политических,

гражданских, социальных, экономических и культурных прав, а содержание заключенных, должен соответствовать уровню, эквивалентному уровню жизни, предоставляемому населению данной страны.

В настоящее время международным нормативным документом, регламентирующим основные понятия принципа равенства являются Пенитенциарные стандарты, являющиеся отражением обязательств по обеспечению законного и справедливого обращения с заключенными, принятые в 2006 году [168].

Первая попытка разработки подобных стандартов была проведена в 1973 г., когда Совет Европы своей резолюцией (73) 5 одобрил европейские минимальные стандартные правила обращения с заключенными. В первую очередь они были направлены на адаптацию к европейским условиям принятых в 1955 году ООН Минимальных стандартных правил обращения с заключенными.

В 1987 году данные правила были кардинально переработаны, в пояснительном меморандуме к ним указывалось, что целью переработки является «...последовательно реализовать нужды и чаяния тюремных администраций, заключенных и сотрудников пенитенциарных учреждений по обеспечению позитивного, реалистичного и современного подхода к вопросам управления и обращению с заключенными».

В Рекомендациях, изложенных в новом варианте Европейских пенитенциарных правил, подчеркивается, что тюремное заключение должно использоваться только как крайняя мера – принцип последнего довода (*Ultima ratio*). Ее целью является снижение числа заключенных в пенитенциарных учреждениях, для чего предлагается тщательное рассмотрение возможностей вынесения альтернативного приговора, который не связан с тюремным заключением [66, 78].

Ряд отечественных ученых отмечали большое социальное последствие тюремного заключения. В частности, отмечалось, что применение даже справедливого уголовного наказания далеко не всегда может однозначно оцениваться с точки зрения социальных последствий, содержащие не только позитивные, но и негативные стороны [46].

Также отмечалось, что «...применительно к общественным интересам надо учитывать, что лишение свободы – это противоречивое явление. Обеспечивая охрану одних общественных отношений, оно неизбежно негативно влияет на другие» [80].

В 1999 году учеными были выделены шесть основных групп отдаленных негативных последствий тюремного заключения, проявляющиеся в различные сроки после освобождения [281]:

1. Сокращение дохода, обусловленное низкой занятостью, ограничением права занимать государственные посты и осуществлять некоторые виды деятельности, а также, распадом семьи;

2. Ухудшение физического и психического здоровья, обусловленное более интенсивным процессом старения в условиях мест лишения свободы, со всеми его социальными и психологическими последствиями;

3. Негативное влияние на институт семьи, обусловленный ее распадом или существенным ограничением контакта между членами семьи в результате тюремного заключения;

4. Более высокий риск повторного совершения преступления и получения нового тюремного срока;

5. Негативное влияние на общество, обусловленное широким распространением тюремного заключения, в результате чего образуется широкая прослойка населения, лишенная стигматизации по тюремному признаку, малоуправляемая общественными институтами и отсутствием позитивной модели развития для молодежи;

6. Негативное воздействие, обусловленное полученными в заключении травмами и заболеваниями.

Несмотря на ряд сложностей в реализации системы реинтеграции лиц, содержащихся в исправительных учреждениях, принят ряд мер в отношении к некоторым группам людей, особо уязвимых с точки зрения доступа к ресурсам.

В частности, такие условия исключительно важны для женщин-заключенных, которые особенно подвержены глубоким переживаниям, главным образом в первые дни пребывания в местах лишения свободы [199]. Важность специального помещения для свиданий, предоставление возможности заключенным установить контакты с семьей, получение полной информации о

режиме и о том, где можно получить помощь в случае необходимости, доступ к помещениям для гигиенических процедур подчеркивается и в других источниках, включая ВОЗ [15, 167]. Отмечается необходимость учета гендерных различий и при предоставлении медицинской помощи [16, 227, 228, 282].

На 853-ем заседании комитета министров совета Европы, состоявшегося 24.09.2003 года были приняты рекомендации «О новых подходах к преступности среди несовершеннолетних и о значении правосудия по делам несовершеннолетних» [37], кроме того, Организацией Объединенных Наций принята «Минимальные стандартные правила ООН, касающиеся отправления правосудия в отношении несовершеннолетних («Пекинские правила»)), в которых закреплён особый правовой статус несовершеннолетних осуждённых.

Эволюционные изменения в обществе, политике по борьбе с преступностью, проведенные исследования в области пенологии, а также присоединение к данной политике большинства развитых государств, стимулировало реализации принципа справедливости и в области пенитенциарной медицины – принцип «эквивалентности помощи».

Кроме того, в острое противоречие с «золотыми правилами» тюрьмы вступают нравственно-этические принципы, изначально заложенные в медицине, выражающие высшие принципы гуманизма, ибо именно врачу принадлежит основная роль в обеспечении здорового образа жизни, так как она непосредственно имеет дело с жизнью, здоровьем, а также с болезнью и смертью человека [79]. Этические нормы включают в себя следующие шесть неизменных принципов [62]:

- доброжелательность (отзывчивость) – практикующий врач должен действовать только в интересах пациента (*Salus aegroti – suprema lex medicorum* – Благо больного – высший закон врачей);

- не причинение вреда – принцип «не навреди» (*Primum noli nocere* – Прежде всего – не навреди!);

- автономность – пациент вправе отказаться от лечения или сам выбрать врача (*Voluntas aegroti suprema lex* – Воля больного – высший закон);

– справедливость – справедливое распределение медицинских ресурсов в случае их недостатка и принятие решений о типе лечения, который требуется тому или иному пациенту;

– достоинство – пациент (и лечащий его человек) имеет право на сохранение достоинства;

– добросовестность и честность – пациенту нельзя лгать; его необходимо должным образом информировать о его заболевании и лечении. В этой области существуют определенные исключения, например при использовании плацебо и т.д.

Принцип эквивалентности помощи в пенитенциарной медицине является принципом, при котором медицинское обслуживание заключенных, должно соответствовать уровню, эквивалентному уровню качества медицинской помощи, предоставляемому населению данной страны. Подразумевается, что наказание заключается в лишении свободы, а лишение медицинского обслуживания – это дополнительное наказание, налагать которое государство не имеет права [152].

Принцип эквивалентности закреплен в п. 9 решения 45/111 Организации Объединенных Наций от 14 декабря 1990 года «Основных принципов лечения заключенных» в следующей форме: «У заключенных должен быть доступ к медицинскому обслуживанию, доступного населению в стране без дискриминации по причине их юридического статуса» [77].

Семь основных столпов принципа эквивалентности, которые должны преобладать в организации медицинского обслуживания заключенных, изложены в 31-ом годовом отчете 1993 года европейского Комитета по Предотвращению Пытки [168]:

- доступ к медицинской помощи;
- эквивалентность обслуживания;
- согласие пациента и конфиденциальность;
- профилактическое здравоохранение;
- гуманитарность помощи;
- профессиональная независимость;
- профессиональная компетентность.

Кроме того, Комитет Министров Совета Европы выпустил рекомендацию № R (98) 7 от 8 апреля 1998 года «Этические и организационные аспекты

здравоохранения в тюрьме» согласно следующим четырем элементам: доступ к доктору, эквивалентности обслуживания, получения обязательного согласия, конфиденциальности информации и профессиональной независимости медицинских работников [166].

На сегодняшний день многие страны Евросоюза заложили принципы «эквивалентности» в свое национальное законодательство, нормирующее порядок оказания медицинской помощи заключенным. В качестве примера часто приводят достижения Великобритании, где, согласно директивам Консультативного комитета по здравоохранению в пенитенциарной службе (*Health Advisory Committee for the Prison Service*) важнейшей задачей медицинского обслуживания в тюрьме является «...предоставление доступа заключенным к медицинской помощи по качеству и диапазону медицинских услуг соответствующие уровню населения в национальном здравоохранении» [234].

Однако реализация принципа эквивалентности во всех тюрьмах западной Европы, принявшие его первыми, еще далека от повсеместного практического применения, что обусловлено рядом этических, клинических и экономических факторов [220], на некоторых из них в данном обзоре остановимся подробнее.

Эквивалентность медицинской помощи в пенитенциарном учреждении, с этической точки зрения, характеризует уровень реализации принципа равенства в обществе в целом, и в этом отношении принцип эквивалентности медицинской помощи рассматривается как один из столпов этики пенитенциарного здравоохранения.

Этот тезис находит свое подтверждение в международной законодательной деятельности, в частности этот принцип упомянут впервые в решении 37/194 Генеральной Ассамблеей ООН от 18 декабря 1982 года, названный: «Принципы медицинской этики, относящейся к роли медицинского персонала, особенно врачебного, в защите заключенных и задержанных против пытки и другого жестокого или унижительного обращения или наказания». Первый принцип этого решения сформулирован следующим образом: «у медицинского персонала, особенно врачебного, осуществляющего медицинское обслуживание заключенных и задержанных, есть обязанность предоставить им

защиту их физическому и умственному здоровью и лечение болезни того же самого качества и стандарта как предоставляется тем, кто не заключен в тюрьму или не задержан» [79].

Насколько большое внимание Совет Европы уделяет проблеме реализации принципа эквивалентности изложено в ранее упомянутой Рекомендации № R (98) 7, в которой представлены одновременно как этические, так и организационные аспекты медицинской помощи в пенитенциарных учреждениях.

Поэтому большинство национальных пенитенциарных правил содержат положения, которые включают принцип эквивалентности в рекомендациях для медицинского персонала в исправительных учреждениях [254]. Например, швейцарская Академия Медицинских наук выпустила медико-этические директивы, определяющие, что «человек, лишенный свободы, имеет право на то же самое качество обслуживания, что получает и остальное сообщество» [133].

Этические императивы медицинских работников (конфиденциальности, приоритет интересов пациента, получение согласия на лечебно-диагностические мероприятия на основе полной информации) являются константами, независимыми от ведомственной принадлежности. Однако есть обстоятельства, в котором существующее нормативно-правовое регулирование оставляет этические дилеммы для медицинского работника, параллели которых в общественном здравоохранении нет. В частности это относится к требованиям администрации пенитенциарного учреждения на осмотр полостей тела, осмотр с целью выявления следов физического воздействия, констатация смерти осужденных. Кроме того, несмотря на принцип конфиденциальности, в ряде случаев возможно возникновение ситуации, когда необходимо раскрытие медицинским работником представителю администрации исправительного учреждения медицинской информации того, или иного осужденного.

Относительно прикладной этики принцип эквивалентности удовлетворяет основным ценностям правосудия [146]. Однако, эта ценность правосудия может быть подвергнута сомнению, в тех странах, где есть чрезмерное неравенство доступности медицинской помощи в популяционных подгруппах населения. В этом случае, достижение равенства медицинской помощи неизбежно

сталкивается с проблемой определения стандартов, по которым будет обеспечен доступ к медицинской помощи данным группам населения. В частности, в некоторых странах, уровень национального здравоохранения очень низкий и тогда принцип эквивалентности не может быть применен напрямую, а должен быть адаптирован к нормам минимальной помощи в соответствии с международными стандартами, что обеспечит получение доступа к удовлетворительному медицинскому обеспечению [220].

Кроме того, независимость личности, подразумевающая свободу выбора и передвижения, которая является фундаментальной этической ценностью, не может быть реализована в исправительном учреждении таким же образом как в сообществе. Поэтому в реальности, исполнение цели пенитенциарных властей по достижению безопасности и дисциплины могут находиться в противоречии относительно независимости заключенных в области охраны их здоровья, самый очевидный пример этого – невозможность для заключенных иметь реальной свободы выбора доктора [19, 178].

Существуют и другие трудности в реализации независимости принятия пациентом решения. Проблемы реализации права давать согласие на лечение или отказываться от него редко исследуется в пенитенциарных учреждениях, несмотря на наличие законодательства, подтверждающего необходимость уважать осознанный отказ от медицинской помощи. В соответствие с существующим законодательством многих европейских стран, если дееспособный взрослый гражданин отказывается от лечения соматического заболевания, этот выбор следует уважать, даже если его последствием может стать летальный исход [137]. Стремясь получить согласие на лечение, врач не должен сознательно или невольно ставить под угрозу независимость принятия решения гражданином, оказывая на него давление. В некоторых странах узаконено, или проходят общенациональные дискуссии по легализации эвтаназии [49].

Тем не менее, последствия смерти в результате отказа от лечения или самоубийства в условиях исправительного учреждения различаются кардинально: летальный случай в исправительном учреждении рассматривается как «ошибка» системы, в том числе и в системе здравоохранения, тогда как в

обществе допустимы рассуждения, что «такое иногда случается» или «это его выбор».

Кроме того, фактор состояния здоровья может затронуть важные стороны отбывания наказания заключенного, в частности оно влияет на продолжительность или условия отбывания наказания заключенным. Это накладывает существенные ограничения на их свободу выбора в отношении медицинской помощи и лечения, так как, осужденные представляют собой особый профиль пациента, характеризующийся стремлением добиваться получения длительного лечения, в надежде на смягчение условия содержания и сокращение срока заключения.

Очень красочно представлен американскими учеными профиль осужденного исправительных учреждений США [172]:

«Он – <...> мужчина тридцати с небольшим лет, родившийся и воспитанный в бедности, не состоящей в браке, с детьми и не окончивший среднюю школу. Его низкий уровень образования, вероятней всего, привел к наличию только низкооплачиваемой работы. Его история жизни включала токсикоманию, родительское пренебрежение и рискованное поведение, что поставило под угрозу его физическое и умственное здоровье так же как его способность найти постоянную работу. Скорее всего, в виду наркотической зависимости, входил в преступное сообщество, торгующее наркотиками, которая далее привела к снижению социального статуса до бездомности и безработицы».

Как указывают авторы, характеристика данного профиля определяют и характер взаимодействия заключенных, как с пенитенциарной системой в целом, так и системой здравоохранения в частности: «На фоне плохого состояния здоровья и наркотической абстиненцией, заключенные сталкиваются реалиями тюремной жизни: жесткостью, изоляцией, ограничение свободы, отсутствие перспективы после освобождения. В условиях такой ежедневной рутинной жизни в тюрьме, клиника выглядит ярким пятном, местом, где о нем будет заботиться медсестры, и не придется сталкиваться с охранниками, что определяет стремление к симуляции большинства осужденных. Данные обстоятельства определяют высокую загруженность медицинского персонала,

усугубляющейся его неподготовленностью к психологическим потребностям заключенных».

Заклученные составляют относительно небольшой процент от общего числа населения, но их потребности в качественном здравоохранении высоки [163, 292]. Из-за нахождения в исправительном учреждении, первичная медицинская помощь должна осуществляться в более интенсивной форме, чем среди населения в целом. Это обусловлено тем, что, с одной стороны, каждый заключенный должен получить наиболее полное и быстрое медицинское обследование сразу по прибытии в исправительное учреждение [241]. Это обследование должно быть осуществлено на основе согласия самого заключенного, но оно должна быть осуществлено в гораздо более активной форме, чем для населения в целом. С другой стороны, требование по осуществлению медицинского обеспечения должно быть отрегулировано намного более скрупулезно, чем для остальной части населения. В частности необходимо отметить значительное превышение потребности в медицинской помощи заключенных, по сравнению с общей численности населения. Так, в Великобритании, заключенные получают медицинскую консультацию чаще в 3 раза, в Бельгии в 3,8 раза, чем демографически эквивалентное население этих стран [273].

Нередко также игнорируются проблемы, вытекающие из гендерной специфики медико-санитарных потребностей и семейных обязанностей [17]. По сравнению с мужчинами женщины-заключенные имеют меньший доступ к услугам здравоохранения [300]. Предоставление услуг по охране репродуктивного здоровья, информация о здоровом образе жизни, профилактике и лечении в женских пенитенциарных учреждениях часто представлено более ограничено, чем в мужских [16]. Учитывая, что женщины отличаются особой уязвимостью к инфекциям передаваемых половым путем [268], включая ВИЧ [162, 250], делает проблему доступа к качественной медицинской помощи для данной группы осужденных особо актуальной.

При соблюдении принципа свободного доступа к врачу, спрос на помощь должен регулироваться в соответствии с особенностями, определяющие реальные потребности в ней лиц, содержащихся в исправительном учреждении,

которые значительно отличаются от потребностей остального населения. Эти два требования, реализуемые в пенитенциарной системе – систематическое вмешательство и регулирование спроса, не ставят под сомнение принцип эквивалентности, но ясно показывают этические трудности и степень приложения необходимых усилий, направленных на избежание отклонений от данного принципа.

Как указывалось выше, кроме этических проблем реализации принципа эквивалентности оказания медицинской помощи, существуют и клинические аспекты, определяющие специфику обслуживаемого контингента.

По данным статистики, первичная медицинская помощь, оказываемая заключенным, не может быть абсолютно эквивалентной той помощи, которая оказывается людям того же пола и возраста среди населения в целом. Большая часть врачебных консультаций в пенитенциарной системе осуществляется по оценке психического здоровья и в рамках осуществления предписанных законодательством административных мероприятий (например, экспертиза состояния здоровья с целью определения возможности явки в суд). При этом, в общей структуре заболеваемости, заболевания дыхательных путей, желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата и дерматологических патологий следуют в порядке убывания частоты, сердечно-сосудистые заболевания являются (в отличие от «гражданского» сектора здравоохранения) не столь частыми из-за невысокого среднего возраста заключенных [225, 269, 273].

Объем и структура оказываемой первичной медицинской помощи должна не только удовлетворять этим требованиям, но также должна быть ориентирована на определенные патологии, которые актуальны среди заключенных: гепатиты, ВИЧ, туберкулез, заболевания передающиеся половым путем [241], что определяет наличие в организации медицинской помощи осужденным существенных отличий от системы медицинского обеспечения населения.

Подбор врачей с соответствующей квалификацией и подготовкой для работы в местах заключения всегда был сопряжен с трудностями [151]. Принцип

равенства предусматривает, что врачи имеют перед заключенным те же обязанности, что и перед любым другим пациентом. Однако неизбежно деление персонала на «хороших парней – *good boys*» из системы здравоохранения и на «плохих парней – *bad boys*» в форменной одежде, что является примером типичного внешнего проявления подсознательного мировоззрения пациента в пенитенциарной системе [72].

Актуален один из аспектов, являющийся очень характерным для медицинской помощи в исправительном учреждении, – вопрос о симуляции, которая подрывает терапевтических отношений между врачом и пациентом.

Учитывая недоверие осужденных и опасаясь симуляции, значительная часть медперсонала становится предвзятой в оценке потребностей осужденных, что, безусловно, влечет к ухудшению медицинского обслуживания.

Врачи, работающие в местах лишения свободы, должны быть особенно осторожными, чтобы избежать манипуляций не только со стороны осужденных, но и администрации исправительного учреждения, что может значительно изменить качество отношений, по сравнению с нормальными отношениями «врач-пациент». Это представляет собой одну из трудно решаемых задач в работе врача пенитенциарной системы, который слишком глубоко вовлечен в функционирование исправительного учреждения, чтобы оставаться нейтральным и избежать отклонения от принципа эквивалентности [242].

С целью решения данной проблемы в исправительных учреждениях стран Евросоюза и США практикуется предоставление врачебному персоналу независимой частной практики, что позволит препятствовать его аккультурации. Директивами национальной системы здравоохранения Англии и Уэльса рекомендуется предоставлять всем содержащимся под стражей пациентам право проконсультироваться еще у одного специалиста по поводу своего диагноза [244], однако до сих пор не дан ответ как это осуществить в условиях тюремного заключения [152].

Сегодня, когда общество имеет больше возможностей принимать участие в контроле обеспечения прав осужденных, врачам стало несколько легче открыто говорить о неприемлемой практике, с которой они сталкиваются, однако быть «доносчиком» в исправительном учреждении – вещь незавидная.

Для того чтобы врачи могли откровенно высказываться о замеченных ими злоупотреблениях, им необходима надежная система поддержки и соответствующей защиты.

Чрезвычайно трудно обеспечивать равноценное медицинское обслуживание в местах лишения свободы, где проблемы психического здоровья широко распространены, и представляет собой характерное явление для абсолютного большинства исправительных учреждений [171, 253]. При этом в исправительные учреждения поступают пациенты, которым лечение либо не назначалось или оно не закончено. У значительного числа пациентов течение психического заболевания осложняется наркотической зависимостью [259].

Причинами лишения свободы данной категории осужденных, как правило, являются совершенные акты насилия, и вопрос безопасности медицинского персонала исправительного учреждения имеет приоритетное значение, что в значительной мере влияет на организацию их медицинского обслуживания, которая часто предоставляется в ограниченном объеме и никогда не эквивалентна тому объему, который предоставляется остальному населению [152]. По этой причине, врачи, работающие в пенитенциарных учреждениях, должны концентрироваться на наиболее острых ситуациях: риск самоубийства, острой декомпенсации психических и поведенческих расстройств [88, 92, 125].

Медицинское обслуживание лиц, страдающих наркоманией является источником специфических проблем в реализации принципа эквивалентности медицинской помощи, обусловленных принудительным лишением свободы, при которой происходит резкое прекращение потребления наркотиков, что ведет к соответствующим клиническим проявлениям, и вынуждает их обратиться к медицинским работникам исправительного учреждения. Специфические патоморфологические изменения и особенности течения заболеваний у данной группы пациентов [124, 126, 127] обуславливают характер лечения, которое осуществляется по методикам, значительно отличающимся от стандартов, принятых в здравоохранении [68, 107].

Большинство экспертов убеждены, что эквивалентность медицинского обеспечения в психиатрии никогда не будет достигнута, потому что, с одной стороны, тюрьма представляет собой среду наносящая вред психическому здоровью [101], а с другой, врач никогда не сможет создать условия в исправительном учреждении для пациента с психиатрической патологией, в которых он больше всего нуждается: стабильных семейных отношений, стойких социальных связей, трудовой занятости и, конечно, свободы [245].

Исследования последних лет показали, что распространенность ряда заболеваний (ВИЧ-инфекции, гепатита В и С и туберкулеза) среди заключенных значительно выше, чем показатели среди населения в целом [285]. В связи с этим медицинская служба пенитенциарной системы, должна придерживаться политики в области здравоохранения, направленная на профилактику и укрепление здоровья осужденных, путем внедрения наиболее подходящих по своим целям методов в условиях исправительного учреждения и существующих ресурсов. Данные принципы изложены во многих международных нормативных документах ООН и Совета Европы [166]. Введением этих принципов в деятельность исправительного учреждения является идеальной возможностью для расширения профилактических мер для многих маргинальных групп населения, охват которых данными мероприятиями вне стен учреждений пенитенциарной системы представляет собой трудновыполнимую задачу [184].

Имеющиеся знания факторов риска патологиях, наиболее часто встречающихся в уголовно-исполнительной системе, позволяют использовать эти знания для принятия определенных действий по профилактике и предотвращению распространения болезней, присущих пенитенциарной системе, а также пропаганды здорового образа жизни [59]. В отношении наиболее часто встречающихся четырех групп инфекционных заболеваний (ВИЧ, различные варианты гепатита, туберкулез, и болезни, передаваемые половым путем) должна быть принята особая политика профилактики [189]. Приоритет того или иного заболевания из данной четверки «тюремных» заболеваний может меняться в различных странах, но они неизменно занимают первые места в структуре актуальных заболеваний [15].

С целью реализации профилактического направления деятельности медицинской службы пенитенциарных учреждений в отношении социально значимых заболеваний, все мероприятия могут быть сгруппированы в пять главных направлений: информирование и образование, всеобщий скрининг, противодействие рискованному поведению (сексуального, использование нестерильных шприцов и т.д.), лечение, и вакцинация [241]. При этом данные мероприятия не могут быть предприняты по схемам и стандартам, полностью эквивалентным тем, что применяются в отношении к населению. Они должны быть выполнены в более прямой и интенсивной форме, соответствовать характеру целевой группы населения, должны быть нацелены на профилактику рискованного поведения, связанного с нахождением в условиях изоляции: нанесение наколок, инъекции наркотиков, многократное использование шприцов, гомосексуальные отношения [147].

Наиважнейшим аспектом является преемственность в лечебных и профилактических мероприятиях при перемещении осужденных в другое исправительное учреждение, и в еще большей степени, при освобождении. Доступ к первичной медицинской помощи для освобождающихся осужденных в учреждениях национального здравоохранения, должен обеспечиваться в приоритетном порядке, несмотря на общие экономические и культурные трудности. При этом, с целью предотвращения стигматизации освобождающихся осужденных, необходимо соблюдать строгую конфиденциальность при передаче информации в соответствующие учреждения здравоохранения.

Наконец, принцип эквивалентности может стать несостоятельным, в виду недостаточности объема и числа, проводимых среди населения лечебных и профилактических мероприятий по отношению к осужденным, так как они не принимают во внимание необходимость адаптировать эти действия к конкретным требованиям исправительном учреждении, что в итоге не позволит достичь поставленных целей [242].

Последним из рассматриваемых факторов, но не менее важных по актуальности, является экономическая составляющая организации медицинской помощи осужденным. Не секрет, что медицинская служба в пенитенциарных

учреждениях до последнего времени финансировалась довольно скудно. Врачи пенитенциарной системы, оказывая заключенным первичную медицинскую помощь, часто сталкиваются с ситуациями, когда пациента следует показать специалисту, однако финансовые ограничения не позволяют направить его на консультацию и лечение за пределы исправительного учреждения.

Кроме того, со стороны специалистов национального здравоохранения до сих пор наблюдалось явное нежелание принимать осужденных или посещать их в исправительном учреждении [159], что, в первую очередь, обусловлено негативными эмоциональными реакциями из-за характера правонарушения, совершенного пациентом. Например, врачи, работающие в медицинских учреждениях общественного здравоохранения или в службах скорой помощи, могут очень отрицательно реагировать на поступление человека, за которым числится сексуальное преступление [242]. Поскольку это достаточно типичное явление для тюрем, врачи, работающие в исправительных учреждениях, нуждаются в соответствующем руководстве и поддержке, чтобы справляться с возможными трудностями.

Как уже отмечалось ранее, исправительные учреждения являются тем местом, в котором имеется возможность дать полноценную медицинскую помощь ряду маргинальных слоев населения [187]. Несмотря на то, что затраты на обеспечение необходимого уровня медицинского обслуживания лиц, страдающих социально значимыми заболеваниями значительны и оправдываются только после их освобождения, экономическая эффективность принципа эквивалентности теоретически высока, так как она позволяет значительно улучшить состояние здоровья маргинальных слоев населения [233].

Различные исследования показали, что скрининг и вакцинация являются особенно рентабельными мероприятиями [165, 206, 252, 262]. Проводимые профилактические мероприятия в исправительных учреждениях могут существенно снизить риск распространения инфекционных заболеваний среди маргинальных слоев населения, после освобождения осужденного, таким образом добиться экономии денежных средств [289].

Однако, как показывает практика, применение такой помощи в массовом порядке для всех осужденных может привести к падению экономической эффективности, что обусловлено неоднородностью данной группы населения. В частности, массовый систематический скрининг всего тюремного населения пробой Манту является менее эффективным, чем целевой скрининг бездомных [288].

Другие исследования показывают, что при оценке эффективности профилактики эпидемии гриппа, соотношение «затраты – выгоды» были смещены в пользу ранней противовирусной профилактики лиц старшего поколения [143].

Кроме того, после освобождения, большинство заключенных вернуться в ту же социальную среду и, скорее всего, вновь выйдут из-под контроля и учреждений национального здравоохранения, что определяет актуальность проведения всего необходимого объема лечения во время его нахождения в местах лишения свободы.

Понятие эквивалентности медицинской помощи ограничивается необходимостью проведения мероприятий, которые учитывают сложившуюся реальность. В частности, спектр методов лечения может сужаться ввиду отсутствия возможности осуществлять или контролировать то или иное лечение в условиях исправительного учреждения, не могут быть проведены длительные и сложные процедуры, или они могут быть прерваны по причине этапирования осужденного из одного исправительного учреждения в другое.

Наконец, следует отметить, что использование определенных методов иногда более экономически эффективно, чем простое применение принципа эквивалентности, из-за особенностей исправительном учреждении. Например, это относится и к телемедицине, которая является менее дорогостоящим методом, чем выездные консультации специалистов сторонних организации [25, 89, 153, 183].

Таким образом, принцип эквивалентности медицинской помощи для медицинских работников представляет собой эталон, особенно с этической точки зрения. Он очень рентабелен в отношении осужденных, которые получают

медицинскую помощь, по объему и качеству эквивалентную медицинской помощи, оказываемую остальному населению. Однако, принимая во внимание особенности пенитенциарной системы, с клинической и экономической точек зрения, необходимости осуществления длительных, сложных лечебных или превентивных мер, принцип эквивалентности не всегда применим.

Существенным движением вперед пенитенциарной медицины видится в строгой рационализации всех действий, связанных со скринингом, профилактикой и лечением. Интеграция доказательной медицины в понятие эквивалентности медицинской помощи является важным этапом в этом процессе. Такие изменения требуют более углубленное исследование, разработку пилотных проектов, а также синтеза, мета-анализа и агрегации различных баз знаний [242].

Глава 4. Организационные формы построения медицинского обеспечения лиц, в местах лишения свободы

Растущее бремя хронических заболеваний, изменение образа жизни общества, рискованное поведение, факторы риска самих пенитенциарных учреждений сформировали общее мнение, что система пенитенциарного здравоохранения должна обеспечить комплексный подход в течение длительного периода времени, что подразумевает скоординированное участие широкого круга медицинских работников и доступ к необходимым методам лечения и системам наблюдения [243, 297].

Организационная структура, в рамках которой уголовно-исполнительная система обеспечивает оказание медицинской помощи осужденным, является ведущим фактором, определяющим способность государства достигать своих целей в области охраны здоровья населения. Построение системы медико-санитарного обеспечения осужденных отражает восприятие властью важности здравоохранения по отношению к общей миссии уголовно-исполнительной системы. Все ее компоненты должны быть наилучшим образом встроены в систему, содействующую расширению возможностей больного в условиях пенитенциарного учреждения.

Уровень предоставляемых медицинских услуг в различных пенитенциарных системах варьирует в значительном диапазоне. В практическом аспекте объемы и качество предоставляемой медицинской помощи будет зависеть от законодательных рамок, регламентирующих пенитенциарный сектор здравоохранения, реже – определяются законодательными актами, действующими в общественном здравоохранении. В отличие от других государств, страны Западной Европы широко используют международное законодательство по правам человека, что привело к расширению спектра предоставляемых медицинских услуг лицам, содержащимся в местах лишения свободы.

Тем не менее, в значительной степени модели оказания медицинской помощи в местах лишения свободы строятся вокруг модели эпизодической медицинской помощи при острых состояниях, которая плохо согласуется с

потребностями тех, кто страдает хроническими нарушениями здоровья, часто существует большой разрыв между научно обоснованными рекомендациями по лечению и реальной практикой.

Имеющиеся обзоры литературы по существующим моделям оказания медицинской помощи в исправительных учреждениях не предоставляют доказательной базы преимущества той или иной модели ее построения [185]. Кроме того, существующее разнообразие систем пенитенциарного здравоохранения в мире означает, что универсального решения проблем, связанных с предоставлением медицинских услуг в местах лишения свободы, скорее всего, не существует. То, что возможно в одной системе здравоохранения, может быть невозможным, по крайней мере, в краткосрочной перспективе, в другой. Каждая система здравоохранения должна найти свое решение, которое, тем не менее, может учитывать опыт других систем. Более того, необходимо констатировать, что на сегодняшний день большинство медицинских служб комбинируют в своей структуре элементы различных моделей, вбирая в себя наиболее лучшее, с точки зрения применения в каждой конкретной системе.

Выбор той или иной модели должен основываться на принципе, по которому администрацией пенитенциарных учреждений должно предприниматься намного больше усилий, чем просто предоставлять некий минимальный объем медицинской помощи лицам, содержащимся в местах лишения свободы – необходимо обеспечить соблюдение двух основных направлений: обеспечить потребности различных групп осужденных и учесть потребности общества.

На ранних этапах отбывания срока заключения, основными потребностями осужденных будут ограничены насущными, сиюминутными потребностями. В более поздний период, становятся актуальным предоставление медицинской помощи в области наркологии и психиатрии, неудовлетворение потребностей которых ведет, как правило, к деструктивному поведению осужденных. При длительном пребывании осужденных в местах лишения

свободы, наиболее актуальным становится удовлетворение медико-санитарных потребностей пациентов с хроническими и социально значимыми заболеваниями, а так же борьба с травматизмом.

Кроме того, при выборе модели построения, необходимо учитывать принцип «эквивалентности» или «справедливости», требующий, чтобы вклад в пенитенциарное здравоохранение находился не ниже уровня, предусмотренного в общественном здравоохранении [216]. Однако необходимо помнить, что состояние здоровья заключенных хуже, чем сопоставимые группы населения, соответственно ресурсов, необходимых для достижения таких же результатов у осужденных, потребуется значительно больше, чем предусмотрено в общественном здравоохранении.

С точки зрения общественного здравоохранения, места лишения свободы – это место, в котором среди маргинальных слоев населения можно получить высокую отдачу по таким проводимым мероприятиям, как иммунизация против гепатита В, рака шейки матки и проведение скрининга по социально значимым заболеваниям [150, 176, 256].

Британские ученые предложили следующую градацию моделей медико-санитарного обслуживания осужденных [234]:

1. Первичную медицинскую помощь оказывают медицинские работники ведомственной системы здравоохранения, занятые полный рабочий день. Специалистами учреждений национальной системы здравоохранения осуществляется оказание специализированной медицинской помощи, с этой целью администрацией исправительных учреждений заключаются договора с соответствующими учреждениями. Пенитенциарное учреждение может иметь свою собственную аптеку, или иметь одну совместную аптеку на несколько исправительных учреждений. В некоторых случаях лекарственное обеспечение осуществляется по договорам с внешними коммерческими либо государственными организациями.

2. Первичная медицинская помощь оказывается сотрудниками национального здравоохранения, осуществляющих работу в пенитенциарных учреждениях определенное число часов и практикующих в ЛПУ национального

здравоохранения. Остальные виды медицинской помощи оказываются по варианту А.

3. Первичная медицинская помощь оказывается сотрудниками национального здравоохранения, осуществляющие работу на контрактной основе и занятые полный рабочий день. Остальные виды медицинской помощи оказываются по варианту А.

4. Все медицинское обслуживание в исправительном учреждении осуществляется внешней организацией, осуществляющей целевые поставки медицинских услуг.

5. Первичная медицинская помощь, организуется посредством кластеризации контрактов между несколькими исправительными учреждениями.

Однако необходимо отметить, что данные исследования проводились только в рамках оценки моделей медико-санитарного обеспечения осужденных существующих в Англии и Уэльсе, и не затрагивали другие страны, поэтому она не отражает всего многообразия организационных форм.

В Российской Федерации в доступной литературе отмечается градация по трем видам моделей:

1. «Ведомственная» модель – когда медико-санитарное обеспечение осуществляется медицинской службой, подчиненной администрации уголовно-исполнительной системы.

2. «Вневедомственная» модель – предоставление медицинских услуг осуществляется учреждениями общественного здравоохранения.

3. «Смешанная» модель – когда используется гибриды двух первых систем.

Однако данная градация также не учитывает многие аспекты организации медико-санитарного обеспечения осужденных, существующих в мире. В частности в смешанной модели не отражаются аспекты управления, не учитываются первичные поставщики медицинской помощи.

Наиболее полно характеристики различных моделей, существующих в мире, на наш взгляд, отражает классификация, предложенная американскими

исследователями, которые выделяют пять моделей построения пенитенциарного здравоохранения [188]:

1. Министерство (управление) пенитенциарного здравоохранения входит в структуру уголовно-исполнительной системы. В этой модели медицинские работники является составной частью штатной структуры уголовно-исполнительной системы исправительного учреждения. Медицинский персонал при этом может быть либо государственным гражданским служащим, либо представляет собой военизированную структуру, в которой медицинские работники являются аттестованными сотрудниками исправительного учреждения. Это модель до середины прошлого века была единственной во всем мире, и на сегодняшний день так же остается самой распространенной моделью организации медико-санитарного обеспечения лиц, содержащихся в местах лишения свободы.

2. Министерство (управление) пенитенциарного здравоохранения входит в структуру уголовно-исполнительной системы, является первичным поставщиком услуг здравоохранения, как правило, осуществляющее закупку медицинских услуг на конкурсной (тендерной) основе. Непосредственное предоставление медицинской помощи осужденным, осуществляется либо учреждениями общественного здравоохранения, либо учреждениями специально созданного Министерства (департамента) по обслуживанию лиц, содержащихся в местах лишения свободы.

3. Министерство (управление) пенитенциарного здравоохранения является составной частью системы общественного здравоохранения, либо медицинское обеспечение осуществляется частным юридическим лицом, назначенным Министерством общественного здравоохранения.

4. Министерство (управление) пенитенциарного здравоохранения отсутствует. Поставщиком медицинских услуг является администрация уголовно-исполнительной системы, либо сами осужденные. В последнем случае медицинское обслуживание осуществляется осужденными, имеющими медицинское образование и используемый как вспомогательный персонал (Мьянма (Бирма)).

5. Нет юридических лиц, ответственных за медико-санитарное обеспечение осужденных или система здравоохранения в стране отсутствует как таковая, при этом медицинские услуги предоставляются не систематически. Периодически медицинскую помощь оказывают миссионерские организации (Папуа-Новая Гвинея).

Ввиду того, что последние две модели достаточно экзотичны, пристальное внимание будет уделено первым трем, имеющим наибольшее представительство в странах мира. На сегодняшний день, определено общее согласованное мнение об основных функциях, которые должна обеспечить пенитенциарная система здравоохранения, независимо от ее модели построения [19, 292]:

- обеспечить реализацию права на здоровье и благополучие, как и любой другой человек;
- профессиональные, этические и технические стандарты услуг здравоохранения в местах лишения свободы должны быть как минимум эквивалентны стандартам услуг здравоохранения в обществе;
- услуги здравоохранения в местах лишения свободы должны предоставляться исключительно в целях помощи заключенным и их предоставление или не предоставление никогда не должно быть связано с наказанием заключенных;
- службы пенитенциарного здравоохранения должны быть полностью независимы от администрации мест лишения свободы и в то же время должны эффективно сотрудничать с ней;
- службы пенитенциарного здравоохранения должны быть интегрированы в национальную политику и системы здравоохранения, включая обучение и повышение квалификации медицинского персонала.

Большинство из этих функций связано с необходимостью решения ряда стратегических проблем, характерных для мест лишения свободы, преодоление которых позволит решить приоритетные задачи медицинской службы пенитенциарной системы [188]:

1. Препятствие изоляции специалистов медицинской службы пенитенциарной системы от системы общественного здравоохранения;

2. Повышение уровня взаимосвязи здравоохранения пенитенциарной системы и системы общественного здравоохранения;
3. Рудиментарность первичной медицинской помощи;
4. Повышение степени интеграции ресурсов, направленных на оказание медицинской помощи пациентам;
5. Совершенствование системы передачи медицинской информации между учреждениями общественного здравоохранения и пенитенциарными учреждениями;
6. Создание адекватной системы управления качеством медицинской помощи;
7. Противостояние интересов администрации пенитенциарных учреждений и медицинских работников;
8. Реабилитация освободившихся из мест лишения свободы.

Рассмотрим подробнее каждый из обозначенных векторов в свете той или иной модели построения системы медико-санитарного обеспечения осужденных.

4.1. Изоляция специалистов медицинской службы пенитенциарной системы от системы общественного здравоохранения.

Проблема отделения медицинской службы пенитенциарной системы от системы общественного здравоохранения обусловлена опасением того, что после поступления на работу в пенитенциарную систему медработник окажется в профессиональной изоляции и с годами может наступить его профессиональная деградация и дальнейшая дисквалификация.

Одним из основополагающих факторов, ведущих к такой изоляции, является бытующие в общественном мнении стереотипы о пенитенциарной системе, зачастую недостаточное понимание ее роли в системе государственного устройства и общественных отношений. При этом страдает и статус пенитенциарного здравоохранения, который отождествляется со структурой имеющей катастрофическую нехватку квалифицированного персонала, отличающегося безразличием и некомпетентностью.

В странах Западной Европы и США придерживаются мнение о большом риске кооптации медицинского персонала со стороны администрации исправительных учреждений, которая в дальнейшем, неизбежно ведет к его ассимиляции со службой тюремной охраны и безопасности, привлечению его к немедицинским мероприятиям, например, осуществлению дисциплинарных мер в отношении заключенных, а также профессиональному выгоранию [137].

В нашей стране пенитенциарная медицинская служба воспринимается как наследии тоталитарного прошлого, а медицинский персонал относится к инструменту администрации мест лишения свободы, используемый для пыток осужденных [87]. В результате присоединения клейма «тюремный врач» создавался порочный круг, что усугубляло ситуацию с подбором квалифицированного медицинского персонала и, в итоге, секвестрации его от сообщества врачей общественного здравоохранения.

Кроме того, существуют и другие препятствия, приводящие к изоляции медицинских работников, работающих в пенитенциарных учреждениях. В частности актуальным для России, при решении проблемы с качественным комплектованием персонала, является географический фактор – большинство исправительных учреждений находятся вне областных центров и городов, что обуславливает отсутствие многих благ цивилизации, и, соответственно, малую привлекательность работы в пенитенциарных учреждениях. Данный фактор так же обуславливает существенное ограничение круга специалистов, с которыми возможен обмен профессиональными навыками, трудности с выездом для участия в конференциях, ограничение возможностей пользования специализированным библиотечным фондом, неразвитость коммуникационных ресурсов (Интернет), что определяет сложности в поддержании и повышении квалификации врача.

Положение может усугубляться и общей нехваткой медицинских ресурсов в регионе, в том числе и кадровых, при этом, как правило, исправительным

учреждениям не удается выделить достаточно денежных средств для привлечения и удержания квалифицированных специалистов.

В некоторых странах проблема укомплектования квалифицированным персоналом связана с политикой пенитенциарной системы, ограничивающая привлечение женщин для работы в исправительных учреждениях, объясняя это проблемами с обеспечением безопасности сотрудников-женщин в исправительных учреждениях, абсолютное большинство которых составляют исправительные учреждения для мужчин. Учитывая, что большинство медицинских работников составляют женщины, это является существенным барьером в привлечении кадров. Так женщины-врачи составляют в Финляндии 49 % всех врачей, в Швеции – 38 %, в США – 44 %, в России – 70 %) [52, 60]. В настоящее время 19 % всех дантистов в США женщины, более половины фармацевтов в США, Канаде и Европейских странах – женщины. Наибольшая область применения женского труда в системе здравоохранения – сестринское дело, присутствие женщин в данной сфере составляет более 90 %.

Согласно отчету специалистов лондонского Королевского медицинского колледжа (Royal College of Physicians) [177], с 1990-х годов более половины студентов британских медицинских ВУЗов составляют девушки, по сравнению с 60-ми годами количество поступающих в медицинские ВУЗы женщин возросло в 10 раз, тогда как количество мужчин удвоилось. В настоящее время женщины составляют 40 % британских врачей, а в течение последующих лет среди врачей количество женщин превысит число мужчин.

Немаловажным аспектом является социальный статус работающих в пенитенциарных учреждениях, являющийся особенно актуальным для стран постсоветского пространства, переживающие более чем двадцатилетний период реформирования, который характеризуется низким уровнем оплаты труда, отсутствием или неэффективностью собственной реабилитационно-оздоровительной системы, практической невозможностью разрешить жилищную проблему и как следствие, – непрестижность профессии. Фактически, во многих странах СНГ уголовно-исполнительная система

держится на людях, у которых нет социальной поддержки, отвечающей реалиям нашего времени.

Кроме того, тяжелые условия работы в пенитенциарных учреждениях, воздействие криминальной субкультуры, риск заболеть различными инфекционными заболеваниями и другие негативные факторы выступают в качестве существенного барьера для улучшения существующих условий пенитенциарного врача.

В ряде европейских стран и США, с целью предупреждения изоляции и кооптации медицинского персонала используется практика частичной занятости медицинского персонала. Например, в Норвегии график работы предполагает осуществление работы в пенитенциарных учреждениях всего 20 % от рабочего времени, а оставшиеся 80 % затрачиваются медицинским персоналом на частную практику или работу в учреждениях национального здравоохранения [18].

Еще большую степень свободы, по мнению европейских экспертов, получает медицинский персонал, полностью относящийся к системе национального здравоохранения, что обусловлено возможностью осуществления более частой его ротации. Данная форма трудовых взаимоотношений позволяет не только нивелировать изоляцию, но и повысить качество медицинского обслуживания за счет более широкого внедрения новых медицинских технологий лечения, появляющиеся в общественном здравоохранении [219].

Применительно к нашей стране, использование данного механизма не всегда возможно. В частности, медицинскому персоналу, являющимся аттестованным сотрудникам уголовно-исполнительной системы, в соответствии со ст. 10 Постановления Верховного совета Российской Федерации от 23 декабря 1992 года № 4202-1 «Об утверждении Положения о службе в органах внутренних дел Российской Федерации и текста Присяги сотрудника органов внутренних дел Российской Федерации», запрещается заниматься предпринимательской деятельностью, а также работать по совместительству на предприятиях, в учреждениях и организациях, независимо от форм собственности, не входящих

в систему Министерства внутренних дел Российской Федерации, за исключением преподавательской, научной и иной творческой деятельности. Необходимо отметить, что аттестованный медицинский персонал составляет всего 18-25% от всего медицинского персонала уголовно-исполнительной системы, как правило, относящегося к руководящему составу, либо работающего в удаленных исправительных учреждениях. Вольнонаемному персоналу, составляющему большинство медицинских работников уголовно-исполнительной системы, в соответствии с Трудовым кодексом совместительство предоставляется только в свободное от основной работы время.

В тоже время, проведенные нами исследования, выявили, что 37,3 % вольнонаемного и 13,1 % аттестованного медицинского персонала регулярно осуществляют работу по совместительству в муниципальных учреждениях Минздрава, еще 12,2 % и 5,8 % соответственно, осуществляют работу по совместительству периодически.

При этом 67,4 % из всех опрошенных основной причиной осуществления работы по совместительству указали неудовлетворительное материальное положение и только, 12,7 % делают это с целью повышения профессионального уровня. Рассматривая проблему в данном контексте, такое совместительство, осуществляемое сверх нормативного рабочего времени, в совокупности с факторами риска пенитенциарной системы, создают условия повышенного нервно-эмоционального напряжения, что безусловно может негативно влиять на качество оказания медицинской помощи лицам, содержащимся в местах лишения свободы.

4.2. Взаимосвязь здравоохранения пенитенциарной системы и системы общественного здравоохранения.

Второй проблемой является слабость взаимосвязи здравоохранения пенитенциарной системы и системы общественного здравоохранения. Необходимость укрепления данной взаимосвязи диктуется тесной связью пенитенциарного контингента с обществом – заключенные могут принимать

посетителей, работать за пределами исправительного учреждения, в конечном итоге подавляющее большинство заключенных освобождается и вливается в общество [19]. Кроме того, необходимо отметить и постоянное перемещение между местами лишения свободы и обществом служащих пенитенциарных учреждений.

Общеизвестно, что несвоевременное решение проблем медицинского обеспечения в пенитенциарных учреждениях неизбежно увеличит бремя на общественное здравоохранение [182].

Понять глубину и важность данной связи помогает исторический анализ наиболее актуальных проблем на стыке пенитенциарной системы и общественного здравоохранения. В частности, в 1980-ых годах мир узнал о ВИЧ-инфекции и о непропорциональном проценте зараженных людей, содержащихся в местах лишения свободы [283]. В 1990-ых годах во многих странах появились базы данных по распространенности и уровне заболеваемости туберкулезом и о высоком риске его передачи в местах лишения свободы [138]. В настоящее время актуальны проблемы распространенности вирусного гепатита С [258] и лекарственно устойчивых форм возбудителей заболеваний [247].

Каждый заключенный, освобождающийся из мест лишения свободы, и которому не проводилось своевременное лечение венерических заболеваний, вирусных гепатитов, ВИЧ-инфекции или туберкулеза может быть источником их передачи в обществе. Как правило, данные заболевания являются предметом особого внимания со стороны государственных органов здравоохранения, направляющих значительные финансовые и материальные ресурсы на предотвращение их распространения в обществе.

В контексте этого выявление и лечение каждого заключенного в местах лишения свободы снижает риск для здоровья населения в целом. В перспективе это ведет к значительной экономической выгоде за счет раннего выявления и лечения хронических и психических заболеваний в местах лишения свободы [160, 233].

В результате ряда исследований осуществлен расчет экономической эффективности проводимых профилактических и превентивных мер в исправительных учреждениях. Так, по данным американских авторов, выявление 1 % больных сифилисом обеспечивало бы экономию 1,6 млн.

долларов на каждые 10 тыс. обследованных [276]. Обеспечение скрининга на ВИЧ-инфекцию 60 % осужденных предотвратило бы три новых случая заражения, что обеспечило бы экономию 140 тыс. долларов [289]. Увеличение охвата скринингом по туберкулезу позволило бы принести 7,25 тыс. долларов экономии на каждый предотвращенный случай заболевания [275].

Современная тенденция заключается в постепенной интеграции пенитенциарного и общественного здравоохранения, при этом формы и степень такой интеграции различны. Небольшая группа стран (Норвегия, Англия и Уэльс, Франция и большинство штатов Австралии) уже полностью перевела медицинское обеспечение в местах лишения свободы из ведения министерства юстиции в ведение министерства здравоохранения. На заседании координаторов Европейского регионального бюро ВОЗ [18], основными аргументами в пользу такого решения стало ожидание:

1. Улучшения защиты прав человека.
2. Потенциал для улучшения качества кадров и укомплектованности кадрами.
3. Потенциал для улучшения обеспеченности ресурсами.
4. Повышение качества медико-санитарной помощи заключенным.
5. Повышение качества общественного здравоохранения.

В то же время, было отмечено, что переход в ведение министерства здравоохранения не является абсолютной панацеей, устраняющей все проблемы. Так, по данным французского представителя, остались не решенными проблемы нехватки кадровых и финансовых ресурсов, сложность управления территориальной сетью здравоохранения, проблемы медико-санитарного обеспечения пожилых и осужденных с ограниченными возможностями, недостаточность преемственности в оказании медико-санитарной помощи освобождающимся осужденным, слабость взаимодействия исправительных и медицинских учреждений и др. [18].

Кроме того, указано, что подобный переход повлечет необходимость увеличения как числа медицинских учреждений, так и их структурных подразделений, что приводит к росту штатов. Отмечается неизбежность

увеличение финансирования здравоохранение, уровень которых в ряде стран даже превысил подушевые расходы национального здравоохранения на рядовых граждан [18].

Подчеркнуто, что при подчинении министерству юстиции, так же можно добиться существенной эффективности системы пенитенциарного здравоохранения при условии тесного взаимодействия со службами общественного здравоохранения [18].

В целом участники совещания отметили что, решение о переходе необходимо принимать исходя из конкретных возможностей государства, и степень такой интеграции будет зависеть от конкретных складывающихся обстоятельств.

Хотя данные, касающиеся здоровья и здравоохранения, поступают из мест лишения свободы нечасто и их мало, факты показывают, что места лишения свободы оказывают существенное влияние на здоровье всего населения в целом. Следовательно, решение проблем психических и соматических заболеваний заключенных, непосредственно в местах лишения свободы приведет и к улучшению здоровья населения в целом [182, 260], а также позволит извлечь финансовую выгоду за счет раннего вмешательства [160].

4.3. Рудиментарность первичной медицинской помощи.

Потребности лиц, содержащихся в неволе в первичной медицинской помощи намного выше, чем у населения в целом [257, 273]. Задачи охраны здоровья заключенных отличаются разнообразием и сложностью их решения [240]. В первую очередь это связано со спецификой содержащегося контингента, в которой представлена большая доля маргинальных слоев населения, испытывающих проблемы с физическим и психическим здоровьем, в том числе инвалиды, наркозависимые, склонные к суицидам, как правило с выраженной социальной депривацией [257].

Рассматривая основные причины недостаточности первичной медицинской помощи, можно выделить три основных фактора, определяющие ее объем и структуру в пенитенциарных учреждениях:

- необходимость того или иного врача-специалиста, медицинского лечебного и диагностического оборудования диктуется потребностями населения. Учитывая немногочисленность обслуживаемого контингента, содержащегося в пенитенциарном учреждении (250 – 1 500 чел.) развертывание полноценного амбулаторно-поликлинического или стационарного лечебно-профилактического учреждения в каждом исправительном учреждении нецелесообразно во всех отношениях;

- нецелесообразность включения в штат медицинской службы пенитенциарного учреждения достаточно большого числа врачей-специалистов и лечебно-диагностических подразделений диктует, при потребности в них, необходимость вывоза осужденных в специализированные ведомственные учреждения, зачастую дислоцированные в других регионах, либо в лечебно-профилактические учреждения других ведомств. Учитывая характер обслуживаемого контингента и необходимость соблюдения режимных требований, ожидание оказания медицинской помощи растягивается на длительный период;

- влияние таких негативных факторов, как удаленность пенитенциарных учреждений, расположение их в сельской и труднодоступной местности, наличие стереотипа «тюремного врача» привело к дефициту персонала, даже если должности необходимых врачей-специалистов были включены в штатную структуру медицинского учреждения, обслуживающего пенитенциарное учреждение.

Существуют и другие усугубляющие ситуацию факторы, зависящие от готовности других субъектов процесса оказания медицинской помощи лицам, содержащимся в неволе:

- недостаточность помещений в пенитенциарных учреждениях, выделенных для целей оказания медицинской помощи, что препятствует расширению спектра медицинских услуг не только медицинских учреждений, непосредственно работающих в них, но и ограничивает возможности привлечения сторонних специалистов и препятствует установке современной

технике. По данным зарубежных авторов, во Франции и Германии в большинстве обследованных ими пенитенциарных учреждений амбулаторный прием велся одновременно несколькими специалистами, а стесненность усугублялась использованием в этих же помещениях необходимой медицинской аппаратуры [219]. В нашей стране, проблема дефицита помещений так же актуальна. В частности, больше половины зданий, в которых дислоцируются медико-санитарные части, построены 30-50 лет назад, а имеющийся у них набор помещений и их площадь составляют всего 25-50 % от современных нормативных требований;

- низкая мотивация врачей-специалистов к работе в пенитенциарном учреждении, предпочитающих ограничиваться только узким спектром лечебных процедур, не выходящих за пределы больничного обслуживания;

- приезд того или иного врача-специалиста зависит от возможностей ведомственного или стороннего лечебно-профилактического учреждения, в котором он работает. Примером может служить ситуация, когда при наличии только одного врача-специалиста, обслуживающий весь исследуемый контингент, его приезд может быть сорван в то или иное учреждение, в виду необходимости оказания медицинской помощи другому лицу, более в ней нуждающиеся на данный момент;

- существует проблема территориального закрепления на обслуживание того или иного пенитенциарного учреждения по различным причинам. Так, если за рубежом преобладают вышеперечисленные причины, то в нашей стране основными причинами являются дефицит служебного транспорта и недостаточность финансирования медицинских услуг, предоставляемых сторонними лечебно-профилактическими учреждениями.

В результате перечисленных недостатков первичная медицинская помощь в местах лишения свободы ориентирована на оказание неотложной помощи при остро протекающих заболеваниях и патологических состояниях, при этом нет должного уровня обслуживания при лечении пациентов с хроническими соматическими и психическими заболеваниями.

Необходимо отметить, что практически в каждой стране есть национальные стандарты и руководства по ведению больных, включающий широкий спектр хронических заболеваний. Если осуществлять лечение пациентов в соответствии с данными стандартами, в том числе заключенных с особыми потребностями (инвалиды, пожилые и т.д.), то можно ожидать снижение заболеваемости и смертность по многим заболеваниям. Кроме того, как указывалось выше, раннее выявление социально значимых заболеваний будет являться существенной экономией для системы общественного здравоохранения, в учреждения которой вернутся пациенты после освобождения из мест лишения свободы [187, 233].

По данным исследований, проведенных в США, только 60 % исправительных учреждений обеспечивают оценку психического статуса, 42 % обеспечиваются психотропными препаратами, 43 % обеспечивают неотложную помощь при кризисных ситуациях. Только 72 % предоставляют стационарную психиатрическую помощь, всего 36 % тюрем имеют специализированные помещения для содержания психиатрических больных, а их социально сопровождение осуществляется лишь в 21 % исправительных учреждений [271, 272].

Такая же ситуация складывается и по другим социально значимым заболеваниям. В частности, в 10 % федеральных и 50 % местных тюрем не осуществляется обязательный скрининг на туберкулез [189], менее четверти тюремного населения подверглось лабораторной диагностики на сифилис. Только в 50-60 % исправительных учреждениях имелись протоколы ведения больных диабетом, гипертонией и астмой [194].

В нашей стране, в большинстве пенитенциарных учреждениях реализуются программы по лечению и профилактике таких социально значимых заболеваний как ВИЧ-инфекция, туберкулез, психические заболевания. Однако необходимо признать значительное отставание подушевого объема финансирования данных программ по сравнению с уровнем Министерства здравоохранения. Необходимо констатировать, что принятые национальные стандарты и руководства по ведению больных практически не реализуются, что связано с дефицитом финансирования, отсутствием адаптации стандартов к

условиям пенитенциарной системы, отсутствие вовлеченности ведомственных лечебно-профилактических учреждений (подразделений) в систему обязательного медицинского страхования, формальная организация мониторинга качества оказания медицинской помощи и ряд других системных недостатков.

В результате в большинстве исследуемых стран остро стоит проблема оказания стоматологической, оториноларингологической, офтальмологической, физиотерапевтической и других видов помощи в условиях пенитенциарного учреждения, которая, как правило, сводится к оказанию только экстренной помощи. Ожидание получения высокоспециализированной медицинской помощи, особенно хирургической и ортопедической, может занять несколько недель. Положение усугубляется слабостью материально-технической базы ведомственных лечебно-профилактических учреждений, это диктует необходимость обращения за данными видами помощи в сторонние организации, что требует изыскание дополнительного финансирования, в том числе из личных средств осужденного.

Другим актуальным аспектом, рассматриваемым в рамках достаточности первичной медицинской помощи, является ее перманентность. В частности, по данным зарубежных авторов, большой проблемой является соблюдение непрерывности лечения в ночное время суток и выходные дни, так как круглосуточное дежурство медицинского персонала предусмотрено только в крупных пенитенциарных учреждениях, что, объяснялось нецелесообразностью содержания такого количества медицинского персонала, учитывая незначительность численности обслуживаемого контингента, содержащегося в пенитенциарном учреждении.

Однако, по данным зарубежных авторов, в последние годы наблюдается устойчивый рост (в среднем на 25 %) случаев экстренной госпитализации, при этом частота оказания неотложной медицинской помощи увеличилась на 71 %, в то время как плановая госпитализация увеличилась всего на 8 %.

На фоне данного роста обострилась проблема отсутствия формализации отношений по вопросам неотложной медицинской помощи осужденным. В результате чего неоднократно возникали конфликтные ситуации и ограничение

доступа медицинским работникам, основанные на отсутствии согласованной позиции по порядку сопровождения пациентов, учитывающей особенности функционирования пенитенциарных учреждений с одной стороны, и специфику работы служб по оказанию неотложной помощи, с другой.

В этом отношении наша страна выгодно отличается, так как организация круглосуточного обеспечения медицинской помощью, независимо от типа и мощности исправительного учреждения, регламентировано соответствующими нормативно-правовыми документами. В то же время необходимо отметить, что решение вопросов эвакуации больного по экстренным показаниям или обеспечения доступа бригадам скорой помощи, сопровождается множеством бюрократических процедур. В частности, дежурный доктор вынужден параллельно решать вопросы оказания неотложной помощи пациенту и документально оформлять разрешение на эвакуацию со службой охраны и конвоирования, что негативно сказывается на сроках и качестве оказания медицинской помощи.

Нередко положение усугубляется нехваткой персонала в службе конвоирования, необходимого для охраны эвакуируемого осужденного в пути следования. Так, по данным зарубежных авторов, за последние 3-4 года численность сотрудников охраны и конвоирования сократилась на 3-5 %. В нашей стране, в ходе осуществления реформирования также проводятся масштабные сокращения персонала УИС.

Значительной проблемой является организация круглосуточной охраны непосредственно в стороннем лечебно-профилактическом учреждении, куда подлежит госпитализации осужденный. В основе данного конфликта лежит отсутствие во многих странах четкого распределения функций силовых ведомств по охране таких лиц, а также необходимости проведения межведомственного согласования с другими силовыми структурами, которые так же испытывают кадровый дефицит. Это порождает факты давления со стороны силовых ведомств на руководителей лечебно-профилактических

учреждений, направленное на сокращение сроков пребывания осужденного в них и, в конечном итоге, приводит к нарушению нормативных сроков лечения.

Особое внимание обращают на себя случаи принятия решения администрацией пенитенциарного учреждения об отказе в немедленной транспортировке больного осужденного, особенно в сторонние лечебно-профилактическое учреждение, по причине их общественной опасности.

Изложенные выше факторы, привели к применению практика ввода администрацией квоты на численность больных, транспортируемых в лечебно-профилактические учреждения, что потребовало от медицинских работников решения вопроса сортировки больных на наиболее нуждающихся в эвакуации и на тех, кому она будет отложена, что идет в разрез со всеми этическими нормами. Так, во Франции, в период число отложенных или отмененных выездов составило 30 % от всех поданных медицинскими работниками заявок [219].

Совершенно очевидно, что достичь поставленные задачи концепции «здоровая тюрьма» проще в экономически более развитых странах с развитой пенитенциарной системой, чем в условиях развивающихся стран, имеющие определенные ограничения ресурсов. Поэтому крайне важной целью является разработка модели первичной медицинской помощи, которая в равной степени была бы применима как в системах с относительно высоким, так и низким или нулевым резервом ресурсов для здравоохранения.

В качестве наиболее перспективной модели к достижению здоровой тюрьмы, мировым научным сообществом рассматривается модель, разработанная британскими учеными, в которой были сформулированы основные параметры деятельности по укреплению здоровья от непосредственных острых состояний к более долгосрочному обеспечению [263, с. 16–26]. Название модели – «ТЕСН» складывается из аббревиатуры входящих в нее компонентов (табл. 4.1).

По мнению авторов, данная модель основывается на планомерном достижении снижения риска, и позволяет осуществлять регулирование усилий исходя из складывающейся на настоящий момент обстановки и уровня обеспеченности ресурсами.

Таблица 4.1. Компоненты модели первичной медицинской помощи ТЕСН

Т (test and treat infectious diseases) диагностика (тест) и лечение инфекционных заболеваний, включая обеспечение вакцинации	
1	Выявление и лечение инфекционных заболеваний
2	Вакцинация, если плановая иммунизация была пропущена ранее
3	Вакцинация, по актуальным для пенитенциарной системы заболеваниям (гепатиты А и В, пневмококк)
Е (environmental modification to prevent disease transmission) изменение окружающей среды (экологическая модификация) в целях снижения рисков	
1	Идентификация (выявление) и ликвидация векторов (источников) инфекционных заболеваний (насекомые, грызуны, санузлы)
2	Идентификация и разрыв путей передачи инфекционных заболеваний как между заключенными, так и между заключенными и персоналом
3	Идентификация и устранение негативных факторов среды (курение, гиподинамия, авитаминозы)
С (chronic disease identification and treatment) идентификация (выявление) и лечение хронических заболеваний	
1	Скрининг хронических заболеваний
2	Лечение хронических заболеваний
3	Использование программ профилактики
Н (health maintenance and education) поддержание здоровья и санитарное просвещение	
1	Систематический скрининг заключенных и сотрудников
2	Образовательные программы для заключенных и сотрудников по вопросам сохранения здоровья и мерам безопасности в условиях пенитенциарных учреждений
3	Поддержание здоровья осужденных и сотрудников, посредством взаимного обучения

4.4. Степень интеграции ресурсов, направленных на оказание медицинской помощи пациентам.

Интеграция – это организация медицинского обслуживания, при котором пациенты получают комплекс профилактических и лечебных услуг, согласно их потребностям, в течение длительного времени и через разные уровни системы здравоохранения [218].

Всемирной организацией здравоохранения (World Health Organization (WHO)) в 2007 году решение вопроса интеграции ресурсов здравоохранения отнесено в категорию приоритетных «Нам необходим всеобъемлющий, комплексный подход к предоставлению услуг. Мы должны бороться с фрагментацией» [157].

Возросшая актуальность интеграции вызвана рядом причин [299]:

1. Значительное увеличение финансирования борьбы направлений с отдельными, наиболее актуальными заболеваниями, что, в условиях ограничения ресурсов, выделяемых на здравоохранение, создает риск недофинансирования других аспектов деятельности системы здравоохранения;

2. Система здравоохранения постоянно сталкивается с проблемой дефицита ресурсов, что диктует необходимость поиска путей максимально эффективного использования имеющейся ресурсной базы;

3. Многие, самостоятельно реализуемые программы (ВИЧ, туберкулез, охраны материнства и детства и др.) сталкиваются с идентичными препятствиями в своей реализации (например, необходимость в развитой системе ухода и лекарственного обеспечения), что диктует необходимость комплексного их решения для всех программ.

Несмотря на то, что идея интегрированного медицинского обслуживания не нова, она по-прежнему остается обсуждаемой, поскольку интегрирование медицинских услуги является самым логичным способом организации системы здравоохранения, который не ставит под угрозу принцип универсальности доступа к широкому объему услуг. Текущая проблема состоит в том, чтобы определить какие услуги подлежат интеграции и какие ключевые функции

должны при этом быть обеспечены. Необходимо отметить и различие в понимании сути интеграции:

– *для пациента* интеграция означает систему здравоохранения, при которой осуществляется координированное обслуживание различными службами и специалистами, при минимальном числе этапов (кабинетов, отделений), которые необходимо пройти от первичного приема до выписки (так называемое «бесшовное» здравоохранение);

– *для поставщиков* интеграция означает, что отдельные услуги (и их управленческие системы поддержки) обеспечиваются, управляются, финансируются и оцениваются вместе, либо однотипным (скоординированным) способом;

– *на макроуровне* (старших менеджеров и высших чиновников) интеграция происходит, когда ненадлежащим образом разграничены полномочия в области политики, финансирования, регулирования или доставки медицинской помощи. В этом аспекте интеграция означает не только объединение различных целевых программ, но и всей сети государственных, частных и добровольных учреждений и сообществ, предоставляющих медицинские услуги, что, безусловно, предполагает выведение государственного сектора здравоохранения из изоляции;

– *организационная интеграция* происходит, когда при слиянии компаний, совместном исполнении контрактов или заключении стратегических союзов между различными учреждениями;

– *профессиональная интеграция* происходит, когда осуществляется совместное оказание медицинской помощи специалистами различных профилей, например, охрана материнства и детства, включающая оказание медицинской помощи женщинам в дородовом периоде, ведение родов и медицинскую помощь детям. Внедрение данной интеграции привело к появлению тенденции полипрофилирования медицинских работников, т.е. наличием у одного врача нескольких специальностей, что позволяет решать широкий диапазон задач.

В 1995 году Всемирная организация здравоохранения в руководстве «Здоровье в тюрьмах» впервые суммировала теорию и практику подходов к сохранению здоровья лиц, содержащихся в неволе, основанной на

предоставлении всестороннего медицинского обслуживания и образования заключенным [15].

Однако по-прежнему по целому ряду причин отмечается неадекватность оценки потребностей, осужденных в объемах медицинской помощи [225]. Как следствие, отмечается дефицит лекарственных препаратов и медицинского персонала, а оказание медицинской помощи и лечения осуществляется параллельными, но не связанными друг с другом программами.

Применительно к нашей стране, одной из таких причин является отсутствие, в первую очередь экономической, целесообразности развертывания полноценного лечебно-профилактического учреждения в исправительном учреждении, рассчитанного всего на 1-1,5 тысячи заключенных. Необходимо отметить, что положение усугубляет территориальный фактор – пенитенциарные учреждения расположены на значительном удалении от лечебно-профилактических учреждений как ведомственной, так и общественной систем здравоохранения, что диктует необходимость поиска организационных мер по всестороннему обеспечению лиц, содержащихся в неволе всеми необходимыми видами медицинской помощи в полном объеме.

Второй проблемой является значительный дефицит материального и финансового обеспечения медицинской помощи лицам, содержащимся в местах лишения свободы [108, 109].

И наконец, немаловажным фактором является сам исследуемый контингент – лица, содержащиеся в местах лишения свободы, представляющий собой в значительной степени выходцами из маргинальных слоев населения, обременённые хроническими и социально-значимыми заболеваниями, имеющие вредные привычки и подверженные рискованному поведению.

Все эти факторы позволяют констатировать очевидный факт отсутствия возможности полноценного решения проблем медицинского обеспечения силами только пенитенциарной службы и неизбежностью интеграции с системой общественного здравоохранения.

4.5. Несовершенство системы передачи медицинской информации.

Проведенный анализ литературы позволяет выделить несколько направлений деятельности медицинских работников, по которым своевременный обмен достоверной информацией имеет большое значение, остановимся на наиболее важных из них [265].

Получение первичной информации об осужденном. Получение первичной информации о поступающих в пенитенциарное учреждение лиц, во многом определяет эффективность дальнейшей работы медицинской службы. Мониторинг данной информации позволяет оперативно отслеживать общее число обслуживаемого контингента, что позволяет принимать решение о перераспределении медицинского персонала, направляя его на наиболее загруженные учреждения.

Исключительно важным является скорейшее получение информации о наличии у лиц, поступающих в пенитенциарное учреждение, каких-либо заболеваний, для предотвращения их дальнейшего прогрессирования и распространения в условиях пенитенциарного учреждения, а так же соблюсти принцип непрерывности лечения.

В западных странах, где имеется большая интеграция пенитенциарного сектора здравоохранения в систему страхования, важным аспектом своевременного финансирования медицинской помощи является наличие информации о наличии полиса медицинского страхования осужденного.

Принятие решения по преемственности проводимых программ. Реализация многих программ, в частности психиатрического сопровождения, связаны с информированием медицинских работников администрацией пенитенциарного учреждения о деструктивном поведении осужденных, наличия фактов употребления ими наркотических средств. Это позволяет своевременно оценить риски поведенческих проблем, сделать выводы о необходимых объемах лечения и возможности их реализации в условиях пенитенциарного учреждения, правильно определить условия содержания таких лиц, во многих случаях предупредить карательные меры со стороны администрации учреждения, в частности по отношению к психически больным людям.

Мониторинг состояния здоровья обслуживаемого контингента.

Особенности функционирования пенитенциарных учреждений, характеризующиеся концентрацией маргинальных слоев населения, определяют несоизмеримые с обществом темпы прироста заболеваемости и смертности по ряду заболеваний (туберкулез, ВИЧ-инфекция, гепатиты, наркомания, психические заболевания, заболевания передающиеся половым путем). Пенитенциарная медицинская служба, независимо от структуры ее построения, не в силах самостоятельно реализовать весь необходимый комплекс мероприятий по предупреждению их распространения и дальнейшего сопровождения, что потребует активного включения всех участников медико-санитарного обеспечения осужденных. С учетом важности оперативности обмена информацией о наличии у пациента уже установленного ранее диагноза или о выявлении его в условиях исправительного учреждения, потребуются организация электронного обмена информации между всеми участниками медико-санитарного обеспечения осужденных.

Мониторинг местонахождения пациента. В первую очередь осуществляется с целью содействия преемственности оказания медицинской помощи [286]. Можно выделить ряд ключевых точек, в которых велика вероятность прерывания преемственности в лечении: при аресте, при направлении в другое пенитенциарное учреждение, при освобождении. На данных этапах обмен информацией, как правило, отсутствует или осуществляется крайне не эффективно, в результате чего результаты ранее предпринятых усилий по лечению заболевания могут быть утеряны.

Координация работы по сотрудничеству со всеми участниками системы оказания медицинской помощи. Как уже отмечалось ранее, в медицинском обслуживании лиц, содержащихся в неволе принимают участие медицинские работники различных ведомств, при этом для получения необходимых услуг осужденные могут, как вывозиться за пределы пенитенциарного учреждения, так и обслуживаться непосредственно в пенитенциарных учреждениях либо дистанционно, посредством телемедицины. В этих случаях важен момент согласования с администрацией исправительного учреждения (вывоз осужденных, допуск медицинских работников других

ведомств в учреждение), администрацией стороннего лечебно-профилактического учреждения (предоставление необходимого врача-специалиста) и медицинскими работниками, оказывающие помощь непосредственно в учреждениях (подготовка пациентов и помещений).

Планирование мероприятий дальнейшего сопровождения освобождающихся осужденных. Подробному рассмотрению данного вопроса будет посвящен отдельный раздел, однако необходимо отметить важность обмена информацией по лицам, освобождающимся из мест лишения свободы, имеющих социально значимые и инфекционные заболевания, для взятия их на учет соответствующими службами национального здравоохранения [217].

Анализ литературы показал, что в большинстве стран, проблема информационного обмена могут наблюдаться при обмене информацией между подразделениями пенитенциарного учреждения и между внешними участниками системы оказания медицинской помощи.

Ограничение обмена информации в испарительных учреждениях, с одной стороны, лежит в сфере проблемы сохранения конфиденциальности медицинской информации, а с другой стороны, объясняется формализмом отношений и отсутствием сотрудничества с администрацией исправительного учреждения, службой пробации и реабилитации, психологами и др. В результате во многих странах Евросоюза наблюдаются элементы самоизоляции медицинской службы и практически не практикуется составление каких-либо записей в личном деле осужденного. В нашей стране наличие такой информации в личном деле обязательно, однако доступ к ней имеют практически любой представитель администрации, кроме того, не исключена вероятность искажения вносимой информации в угоду мнения администрации.

Обмен информации с другими учреждениями, не входящими в пенитенциарную систему, затруднен вследствие громоздкости процедуры информационного обмена в силу чего обмен информацией осуществляется крайне неэффективно [216].

Безусловной проблемой является и обмен клинической информацией по конкретному пациенту между специалистами лечебно-профилактических учреждений различных ведомств.

Изложенные факторы являются существенной препоной в организации эффективной межведомственной координации усилий по медицинскому обеспечению заключенных, препятствует непрерывности проводимых лечебных и профилактических мероприятий в отношении как освобождающихся, так и помещаемых в места лишения свободы.

Кроме того, в силу низкой информатизации обмена информации, отсутствия специализированной системы защиты медицинских данных, степень сохранения конфиденциальности передаваемой информации находится на достаточно низком уровне. Так же необходимо отметить, что зачастую поступающая информация не может быть использована эффективно, в виду отсутствия соответствующей базы данных, что наиболее актуально в отношении больных социально значимыми заболеваниями (ВИЧ, туберкулез, наркомания, заболевания передающиеся половым путем).

Немаловажным аспектом является отсутствие доступа сторонним специалистам к информации по состоянию здоровья лиц, содержащихся в неволе. Как правило, она ограничивается общими докладами или приведения некоторых данных, не позволяющих осуществить комплексную оценку. Зарубежными авторами отмечается, что предоставление доступа к первичным базам данных для медицинской общественности во многом может способствовать развитию непрерывности лечения, улучшения качества медицинского обслуживания, более широко применять альтернативные методы наказания в отношении больных людей, увеличение эффективности общественного контроля и т.д. [265].

4.6. Система управления качеством медицинской помощи.

Шестой задачей является создание системы управления качеством (Quality Management Systems) – инструмента обладающего достоверностью анализа процессов, системы управления качеством и достигнутых результатов повышения качества в системе пенитенциарного здравоохранения.

Обеспечение качественной и полноценной медицинской помощью граждан – важнейшая составная часть социально-экономической политики государства в рамках заботы о здоровье нации, и являются неотъемлемыми правом осужденных к лишению свободы на охрану здоровья и медицинскую помощь в условиях отбывания наказания.

Большое количество зарубежных и отечественных литературных источников, посвященных описанию подходов по обеспечению качества медицинской помощи и безопасности пациентов, а также их эффективности в системе общественного здравоохранения свидетельствует о большой актуальности данной темы [248].

Обеспечение качества медицинской помощи было определено как «процесс постоянного мониторинга и оценки адекватности и целесообразности предоставляемой медицинской помощи, с целью принятия корректирующих действий по мере необходимости» [137]. Очень немногие пенитенциарные медицинские службы включили действенные и надежные механизмы оценки работы в свои программы медицинского обслуживания лиц содержащихся в местах лишения свободы. Как следствие, они неспособны оценить свои проблемы, определить приоритет их важности и, соответственно осуществить мероприятия по их устранению и улучшению показателей качества медицинской помощи. При этом, имеющийся опыт проводимых работ по количественному и качественному анализу в общественном здравоохранении позволяют говорить об эффективности данных систем менеджмента качества медицинской помощи, способствующих уменьшению риска для здоровья пациентов.

Поэтому при формировании системы обеспечения, оценки и контроля качества медико-санитарного обеспечения лиц, содержащихся в местах лишения свободы необходимо использовать как зарубежный, так и отечественный опыт по созданию и совершенствованию системы управления качеством медицинской помощи.

От момента определения А. Донабедианом [174] основных характеристик качества медицинской помощи, до реализации современных положений непрерывного улучшения качества, изложенных в концепции У.Э. Деминга [34

с. 46, 173], система менеджмента качества прошла ряд этапов развития [231], в результате чего выделяют появление трех моделей обеспечения качества [69]:

1. *Профессиональная* – основанная на принципе определения минимального стандарта возможностей. Качество определяется как соответствие стандартам. Инструментарием для оценки являются критерии, обзор и анализ случаев врачебной ошибки. Функциональными элементами оценки модели являются структура и результат.

2. *Административная* (бюрократическая) (*Quality Assurance – QA*) – основанная на определении качества, как достижение оптимального результата, медицинской обоснованности, низком значении негативных показателей, соответствие стандартам и ожидаемым результатам, жесткие требования.

Инструментарием для оценки являются стандарты, статистический анализ частоты негативных показателей. Функциональные элементы оценки модели являются структура и процесс.

3. *Индустриальная* – система менеджмента качества в здравоохранении базируется на принципах всеобщего управления качеством (*Total Quality Management (TQM)*), общеорганизационного метода непрерывного повышения качества всех организационных процессов [26]. Основана на понятии качества, как результата творческой работы и усилий всего коллектива. Критериями качества является доступность, своевременность, эффективность, непрерывность, безопасность, квалификация, уважение и участие. Инструментарием для оценки является оценка потребностей и степени удовлетворения пациента; оценка тяжести заболевания и степени сложности; оценка качества жизни пациента; практические рекомендации; использование информационных систем и статистического анализа.

Современная система менеджмента TQM стала включать стратегию *Continuous Quality Improvement (CQI)* – стратегию непрерывного повышения качества, основанная на анализе процессов работы и использования повторных циклов тестирования небольших изменений [248, 277]. Считается, что реализация стратегии TQM/CQI важна в управлении здравоохранения, потому что это обеспечивает [238]:

1. Рациональное определение качества, которое применяется во всех параметрах настройки системы здравоохранения;
2. Ясное освещение отношения между затратами на здравоохранение и достигаемым качеством;
3. Построение системы, в которой наивысшее качество может последовательно обеспечиваться по более низкой стоимости.

Современная система управления качеством в пенитенциарных учреждениях является аналогом системы менеджмента качества, принятой в общественном здравоохранении, включающая международный и национальный (государственный) уровни [298].

На *международном уровне* наиболее значимой является Всемирная организация здравоохранения, которая с 1977 года ведет планомерную работу по принятию общественным здравоохранением концепции обеспечения непрерывного повышения качества медицинского обслуживания и необходимости разработки и использования новых технологий в здравоохранении [154, 298]. С целью продвижения данной концепции было организовано международное сообщество по качеству в здравоохранении (*International Society for Quality in Health Care (ISQua)*), готовящее периодические обзоры по достижению поставленных целей в различных странах. Кроме того, большое влияние оказывают такие международные организации как Панамериканская организация здравоохранения (*Pan American Health Organization (PAHO)*), Организация по экономическому развитию и сотрудничеству (*Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)*), Совет Европы (*Council of Europe*) и Европейский Союз (*European Union*). Необходимо отметить менее формализованные влиятельные международные сообщества, например, международное сообщество технологической оценки в здравоохранении (*International Society of Technology Assessment in Health Care (ISTAHC)*), Всемирная организация семейных врачей (*World Organization of Family Doctors (WONCA)*), Кокрановское сотрудничество (*Cochrane Collaboration*).

Однако, первое полноценное руководство Всемирной организацией здравоохранения, с изложением основных аспектов охраны здоровья лиц, содержащихся в неволе вышло лишь в 2008 г. [15], а перечисленные выше

международные организации осуществляли продвижение качества в здравоохранении только применительно к системам общественного здравоохранения, практически не рассматривая пенитенциарную систему.

Национальное законодательство, совместно с официально созданными структурами и принятыми программами, призваны обеспечить реализации центральной политики в отношении повышения качества медицинской помощи на государственном уровне. Несмотря на то, что большинство национальных стратегий основывается на сочетании соблюдения законодательно установленных стандартов и добровольного внедрения систем менеджмента качества, имеется существенное различие программ и структур в исследуемых странах.

Так, в странах, где была осуществлена интеграция клинической практики и службы пенитенциарного здравоохранения в рамках одного исполнительного агентства, отвечающего за ее развитие, оценку и совершенствование – министерства общественного здравоохранения (Великобритания, Норвегия, Франция), исполнительные учреждения, реализующие политику менеджмента качества, также были определены в рамках министерства здравоохранения. Как правило, наряду с другими департаментами, в министерстве здравоохранения учреждается профильный отдел (агентство, департамент), ответственный за урегулирование политики здравоохранения в пенитенциарных учреждениях, в том числе по вопросам обеспечения качества медицинской помощи [236]. Кроме того, привлекаются независимые экспертные и общественные организации, в частности в Великобритании (Англия и Уэльс) имеется постоянный консультативный комитет по вопросам охраны здоровья в тюрьмах (*Standing Health Advisory Committee to the Prison Service*).

В других странах, ответственность за медицинское обеспечение соответствующего качества лежит на министерстве юстиции, осуществляющее исполнение наказания. Однако механизмы реализации контроля качества и объемов доводимой до осужденных медицинской помощи существенно разнятся.

В частности, в США, менеджмент качества медицинской помощи пенитенциарных учреждениях осуществляется посредством нескольких механизмов. В качестве внутриведомственного звена введены отдельные должности менеджеров качества как в составе управления пенитенциарными учреждениями, так и в составе отдельных лечебно-профилактических учреждений [155, 287]. В качестве внешнего аудитора выступают организации, заключившие целевые договоры с правительством (например, Совместная комиссия в федеральных тюрьмах (*Joint Commission*) [208]), либо выигравшие тендер на оказание услуг по менеджменту качества медицинских услуг (например, Национальная комиссия по пенитенциарному здравоохранению (*National Commission on Correctional Health Care (NCCHC)*) [232]). Данные организации предлагают услуги по научным исследованиям, распространению информации, профессиональной подготовке, разработке клинических руководящих принципов, осуществляют измерение эффективности и качество в целом. Следует отметить что США является одним из немногих государств, использующее стандарты ведения пациентов специально разработанные для условий пенитенциарных учреждений [161].

В других странах (Китай [51], Россия) Министерство Юстиции является не только заказчиком медицинских услуг осужденным, но и является их поставщиком. При этом, ведомственных структур по менеджменту качества в структуре не предусмотрено, а данная работа возложена на подразделения оказывающие медицинскую помощь. Практически отсутствует и внешний аудитор, систематически осуществляющий мониторинг качества медицинской помощи. В качестве внешних аудиторов качества медицинской помощи выступают Росздравнадзор, прокуратура, реже общественные организации, и, как правило, осуществляется в рамках работы по жалобам. Наибольшее участие внешнего аудитора медицинской деятельности в пенитенциарных учреждениях в лице Минздрава России отмечается при аккредитации (лицензировании) медицинских учреждений и персонала, сопровождающаяся их проверкой на соответствие экспликации помещений и оборудования принятым стандартам.

В основе любой модели менеджмента качества ключевым аспектом является проблема измерения – модель не может быть эффективно использована в качестве конкурентного оружия, если качество не может быть точно определено, измерено, оценено и контролируется с течением времени [136].

Большинство из принятых программ менеджмента качества медицинских услуг основано на возмещении расходов поставщикам услуг по результатам экспертизы параметров работы. Именно отсутствие интеграции лечебно-профилактических учреждений пенитенциарной системы России в экономическую модель менеджмента качества, реализуемая в частности через систему медицинского страхования, и является основной причиной низкого уровня внедрения стандартизации организационных процессов в лечении – ведущего фактора в системе менеджмента [202].

Так же необходимо отметить и низкую роль общественных организаций в контроле качества предоставляемой медицинской помощи в местах лишения свободы нашей страны. Причиной этому, с одной стороны, является недостаточная открытость пенитенциарной системы, что зачастую порождает неконструктивные взаимоотношения с общественными организациями, основанные на стремлении ими изобличить недостатки, а пенитенциарными учреждениями соответственно их скрыть. С другой стороны, в отличие от западных стран, наши общественные организации не являются профессиональными сообществами, способными провести независимую квалифицированную экспертизу, что так же способствует конфронтации.

Большинство принятых стратегий развития здравоохранения основаны на улучшении качества медицинского обслуживания, однако, применительно к такой специфической структуре как пенитенциарное учреждение, встает остро вопрос выбора подходов, учитывающие как интересы осужденных, так о особенности мест лишения свободы.

Рассматривая эту проблему с данной точки зрения, увеличение ресурсов (кадровых, материально-технических, финансовых) пенитенциарного здравоохранения является наиболее распространенным мнением по улучшению качества медицинского обслуживания. Безусловно, увеличение выделяемых

ресурсов приведет к обновлению медицинской техники, некоторого расширения предоставляемых услуг. Однако, как отмечают зарубежные авторы [249], зачастую простое увеличение ресурсов приводит только к количественному увеличению ресурсов и неэффективности медицинского обслуживания, в частности размещение ресурсов без учета в их потребности в данном учреждении, отсутствие комплексного подхода, учитывающий возможности интеграции ресурсов для оказания медицинской помощи по нескольким направлениям и т.д.

Второй распространенной точкой зрения является то, что для повышения безопасности и качества обязательно потребуются крупномасштабные реформы системы здравоохранения. Однако необходимо отметить, что почти во всех реформах в области здравоохранения, в качестве цели, декларируется повышение качества. Безусловно, реформы и реорганизации могут быть успешными, особенно при масштабных изменениях, например, изменение системы финансирования, перераспределения ресурсов в рамках системы, или децентрализации процесса принятия решений. Тем не менее, при крупных реорганизациях часто требуют значительного времени, внимания и денег на реализацию даже незначительных улучшений и отвлекают внимание и ресурсы от вопросов устойчивого развития пенитенциарного здравоохранения в целом. В этом случае микро реорганизации, проходящие на учрежденческом и региональном уровне, могут быть более целесообразны и эффективны.

Третьим по популярности является мнением, что улучшение управления в области обучения персонала, привлечения квалифицированных кадров, создание управленческих структур, осуществляющие отчетность может привести к росту качества медицинского обслуживания. Однако, эффективность таких подходов напрямую зависит от наличия знаний и практических навыков персонала по мониторингу качества, что достигается в результате не одного года работы в данном направлении.

Наиболее ярким примером низкой эффективности по изложенным трем подходам, на наш взгляд, представляет реформа по созданию медико-санитарных частей нового типа (МСЧ) (см. глава 5). В частности, создание МСЧ

являлось результатом исполнения поручения Президента Российской Федерации Д.А. Медведева от 11 августа 2010 года № Пр-2358, в котором указано на необходимость осуществления:

- разработать необходимые нормативные правовые акты в целях совершенствования системы оказания медицинской помощи осужденным и лицам, заключенным под стражу;

- пересмотреть организационно-штатное построение медицинской службы уголовно-исполнительной системы, создав необходимые гарантии независимости медицинского персонала уголовно-исполнительной системы, а также личной ответственности за результаты деятельности;

- укрепить диагностическую и лечебную базы медицинской службы уголовно-исполнительной системы, улучшить лекарственное обеспечение и оснащение лечебно-профилактических подразделений современным медицинским оборудованием;

- определить порядок обеспечения охраны судебно-психиатрических экспертных стационаров и орган исполнительной власти, ответственный за выполнение данной функции.

Как видно, в представленных целях поручения, повышение качества медицинской помощи отсутствует, а изложенные мероприятия влияют на него очень косвенно, отражая в большей степени стремление реализовать некоторые из положений Европейских правил по устранению зависимости медицинского персонала от руководства пенитенциарного учреждения («двойной лояльности»). При этом реальные механизмы повышения качества медицинской помощи не были воплощены в жизнь (см. глава 5).

Несмотря на множество подходов, в настоящий момент сформирован перечень практических направлений, показавших свою эффективность по повышению качества медицинской помощи в условиях пенитенциарных учреждений:

1. *Усиление роли пациентов (потребителей услуг)*. Потребительский подход может быть реализован посредством механизмов защиты прав потребителей или прав пациентов. Кроме того, возможны и другие программы вовлечения пациентов и сообщества в повышение уровня безопасности и качества.

2. *Регулирование и оценка медицинских работников и услуг.* Это обеспечивается допуском к работе в пенитенциарных учреждениях государственных или неправительственных организации, осуществляющих аккредитацию и лицензирование поставщиков медицинских слуг, включая ведомственные медицинские учреждения и подразделения.

3. *Применение в пенитенциарных учреждениях стандартов или руководящих принципов,* принятых в общественном здравоохранении. Это потребует, как разработку ведомственной системы мониторинга качества и оценки эффективности труда персонала, так и интеграция учреждений пенитенциарного здравоохранения в систему внешнего контроля (в нашей стране территориальный фонд обязательного медицинского страхования (ТФОМС)).

4. *Создание ведомственных рабочих групп,* деятельность которых будет направлена на решение конкретных проблемных вопросов, возникающих в ходе реализации мероприятий по повышению качества медицинской помощи.

Представленные стратегии безопасности и качества медицинской помощи достигаются оптимальным взаимодействием профессионалов, организаций и услуг с пациентами, которые используют их, и нацелены на достижение самого высокого потенциального уровня здоровья осуждённых.

4.7. Противостояние интересов администрации пенитенциарных учреждений и медицинских работников.

В основе противостояния интересов лежит организационная модель пенитенциарной системы (приоритет соблюдения мер безопасности) и используемой в общественном здравоохранении модели совместной автономии. При этом необходимо отметить многогранность проблемы противостояния, при котором можно выделить как внутренние, так и внешние факторы, обуславливающие противостояние. Исходя из проведенного анализа литературы, можно утверждать, что изложенные факторы, способствующие противостоянию интересов, могут быть реализованы при любой модели построения пенитенциарного здравоохранения.

В частности, к внутренним факторам противостояния относится необходимость строгого разграничения функций медицинских подразделений и тюремной администрации [219]. При этом, отсутствие сотрудничества, является основным параметром независимости медицины в пенитенциарной среде. Между тем, в странах, в которых медицинское обеспечение мест лишения свободы переданы в систему национального здравоохранения, на практике такая политика привела к систематизации оппозиции, основанной на манихейском видении зла, которое представлено администрацией пенитенциарного учреждения. В результате отсутствия координации и формализма отношения во многих пенитенциарных учреждениях произошла самоизоляция медицинской службы и потеря единства взаимоотношения в достижении задач сохранения здоровья осужденных.

С другой стороны, в странах с медицинской службой, управляемой администрацией пенитенциарного учреждения, главенствующей проблемой является подпадание медицинского персонала под излишнее влияние администрации исправительного учреждения. В этих условиях, как правило, происходит быстрое принятие в систему взаимоотношений «тюремного фактора», зачастую приводящее к игнорированию медицинскими работниками идей гуманизма и дальнейшей компрометации пенитенциарной медицины.

Вторыми внутренними факторами, усложняющей взаимоотношения, являются этические нормы. В частности, необходимость сохранения конфиденциальности медицинской информации, является наиболее частой причиной конфликта между администрацией и медицинским персоналом. Примером иллюстрации такой напряженности могут служить отсутствие отдельных каналов обмена медицинской информацией с учреждениями Минздрава или между исправительными учреждениями при перемещении осужденных, что вынуждает прибегать к ведомственным каналам связи, доступным администрации.

Другим примером является необходимость получения разрешения администрации на хранение лекарственных препаратов в камере, что влечет раскрытие информации о диагнозе осужденного. С целью соблюдения

конфиденциальности, в практику некоторых пенитенциарных учреждений Франции был введен специальный протокол, позволяющий определить, соответствуют ли имеющиеся у заключенных лекарственные препараты назначениям врача.

Другой этической проблемой стала готовность врачей строго разграничить лечебные и экспертные функции, что так же не нашло понимания не только у администрации пенитенциарных учреждений но и судебных органов. В частности, предусмотренная уголовно-процессуальным кодексом большинства стран, обязанность врача посещать дисциплинарные изоляторы, является нарушением врачебной этики, что обусловлено необходимостью выдачи экспертного заключения о совместимости состояния здоровья заключенного и условий его содержания в изоляции.

Так же проблематичным выглядит предоставление медицинских справок в случаях насилия среди заключенных, что обусловлено возможным давлением со стороны администрации исправительных учреждений, как на осужденного, так и на медицинский персонал, с целью препятствия выдачи или использования медицинских документов, которые могут повлечь раскрытие случаев насилия.

Во всех представленных случаях медицинским сообществом видится правильным экспертную деятельность осуществлять сторонними специалистами, назначаемыми судебными органами, что исключит многие этические предпосылки противостояния.

Недостатки работы служб тюремной реабилитации и пробации так же могут быть внутренней причиной противостояния. В частности этому способствуют недостатки работы по таким вопросам как:

- подготовка к освобождению осужденных, в том числе и осужденных страдающих психическими заболеваниями, но не представляющими опасности окружающим;
- осуществление поддержки наркозависимым лицам и осуществление координации между врачами, психологами и социальными работниками;
- осуществление поддержки маргинальных групп осужденных, (например лицам, совершившим сексуальные преступления), основанной на

привлечении не только психологов и врачей-психиатров, работающих в пенитенциарных учреждениях, но и независимых специалистов.

Даже в тех учреждениях, где данная работа налажена, часто она проводится на грани нарушения этических норм, что обусловлено желанием снизить уровень конфиденциальности медицинской информации, усугубляющийся нежеланием социальных работников и психологов выходить за рамки своей компетенции и, в конечном итоге, следовать со службами здравоохранения общепринятым принципам по данному вопросу.

Следующая внутренняя причина возможного противостояния медицинских работников и администрации пенитенциарного учреждения заложена самими условиями содержания осужденных. Причины данной проблемы универсальны для любого типа системы пенитенциарного здравоохранения – исправительное здравоохранение постоянно находится под угрозой давления со стороны администрации исправительных учреждений, с целью приведения ее в соответствие с карательными функциями [188].

В частности в обязанности медицинских работников пенитенциарных учреждений входит контроль его санитарного состояния. В случае выявления недостатков выдаются предписания, которые несвязанные непосредственно с лечебной деятельностью, но касаются факторов, существенно влияющих на здоровье осужденных: улучшения освещенности, монтаж вентиляции помещений, обеспечения индивидуальными средствами гигиены и т.д.

Однако необходимо помнить, что данные недостатки выявляются в основном по результатам проверок обращений осужденных и подчеркивают наличие дефицита элементарных требований к условиям жизни, на которые осужденный имеет право. Это диктует необходимость принятия медицинским работником мер в строгом соответствии с этическим кодексом и необходимостью соблюдения интересов пациента.

Другим примером является наличие существенного сопротивления в вопросах изменения практикуемых режимных мер, в частности сложности обеспечения доступа медицинского персонала и соблюдения режимно-ограничительных требований при необходимости осуществления

систематического ухода за больным осужденным, особенно сторонними лицами, а так же при осуществлении выдачи лекарственных препаратов, особенно если это наркотические средства. Ситуация усугубляется отсутствием в большинстве изучаемых стран специализированного медицинского персонала по уходу за такими больными, зачастую данную функцию выполняют осужденные, совместно с ним отбывающие наказание.

Так же, необходимо отметить упомянутый выше фактор конфликта этических принципов оказания медицинской помощи с существующими режимными требованиями дисциплинарных изоляторов, при этом часто рекомендации об отмене наказания, либо необходимости передачи им лекарственных средств, для систематического приема зачастую администрацией исправительного учреждения игнорируются.

Практическим примером такого конфликта является проблема обеспечения полноценной диагностики и лечения пациентов, к которым применены меры ограничения и изоляции в результате нарушения ими установленного порядка и, как правило, с деструктивным поведением, что во многих случаях обусловлено наличием психического заболевания. В этом случае дисциплинарная сегрегация данных пациентов в течение 23 часов в сутки вряд ли будет эффективным лечением психического заболевания. Более того, изоляция служит противопоказанием при серьезных психических заболеваниях и отклонениях, однако администрация исправительного учреждения, как правило, рассматривают изоляцию как основной способ предотвращения деструктивного поведения.

Другим важным фактором конфликта с режимными требованиями является отсутствие у медицинских работников информации по планируемому передвижению осужденных больных. Примером может служить неявка осужденных на прием к врачу, связанная с проведением администрацией исправительного учреждения каких-либо мероприятий (прогулка, следственные действия и т.д.), или с принятой во многих странах практикой последовательного переводов заключенных между тюрьмами, что не позволяет в долгосрочной

перспективе осуществить надлежащую поддержку соматического и психического здоровья.

Немаловажным конфликтогенным фактором является не соответствие требований к условиям оказания медицинской помощи и реальным условиям, которые могут быть предоставлены пенитенциарным учреждением, что, в первую очередь обусловлено более быстрым развитием медицинской науки и техники чем это могут обеспечить пенитенциарные учреждения.

Второй существенной группой факторов противостояния являются внешние причины, в основе которых лежит сложность координации усилий многочисленность административных структур, в обязанности которых входит обеспечения медицинской помощи исследуемому контингенту:

- несогласованное распределение обязанностей между министерством (департаментом) юстиции, судебными органами и различными уровнями управления самой уголовно-исполнительной системы при минимальной вовлеченности служб пробации и реабилитации;

- многочисленность субъектов системы здравоохранения, непосредственно участвующих в организации медицинского обеспечения пенитенциарных учреждений: руководители медицинской службы (департаментов) непосредственно работающие в пенитенциарных учреждениях, региональные и муниципальные органы управления национального здравоохранения, надзорные органы (страховые компании, специализированные департаменты и отделы министерства здравоохранения), руководители лечебно-профилактических учреждений и др.;

- организация медицинского обеспечения органами охраны общественного порядка (полиция, жандармерия), которая осуществляется ими на досудебном этапе.

4.8. Организационные аспекты обеспечения медицинской помощью освободившихся из мест лишения свободы.

До недавнего времени, ответственность пенитенциарной системы ограничивалась рамками исправительных учреждений, однако изменение мнение общественности в отношении проблем пенитенциарной медицины

привели к формированию вектора по обеспечению эквивалентности медицинской помощи и активного участия учреждений общественного здравоохранения в охране здоровья лиц, содержащихся в местах лишения свободы [186].

Как отмечает ряд авторов, обмен информацией по освобождающимся лицам между пенитенциарными учреждениями и учреждениями национального здравоохранения несет в себе большой потенциал не только в сфере общественной безопасности, но и охране здоровья населения.

Однако это требует пересмотра всей системы ответственности в пенитенциарной системе, а так увеличение финансирования, так как увеличение внимания к вопросу возвращения осужденных в общество, привело к необходимости улучшения социально-бытовых условий в местах лишения свободы, создания благоприятных условий для больных и медицинского персонала [135].

Другим аспектом данной проблемы является необходимость обеспечения общественной безопасности, что обусловлено фактом значительной распространённости среди осужденных (у 54 % мужчин и 77 % женщин) хронических, социально значимых и инфекционных заболеваний [222, 285]. Так по данным ученых США, в пенитенциарных учреждениях содержатся 35 % всех больных туберкулезом, 12 % больных гепатитом В, 29 % больных гепатитом С, 17 % больных СПИДом, 13 % ВИЧ-инфицированных, 8,5 % больных астмой, 4,8 % страдающих диабетом и 18,3 % имеющих гипертоническую болезнь, до 30,0 % имеют психические отклонения [233]. Ситуация усугубляется наличием у большого числа освобождающихся из мест лишения свободы, сочетания психических отклонений, соматической патологии и наркозависимости или токсикомании (рис.2) [222].

Несвоевременное их выявление и лечение инфекционных заболеваний может повлечь их распространение в обществе, так как рано или поздно данные больные будут освобождены из мест лишения свободы. Кроме того, осуществление лечения таких больных в пенитенциарных учреждениях, позволяет значительно сократить финансовую нагрузку на общественное здравоохранение.

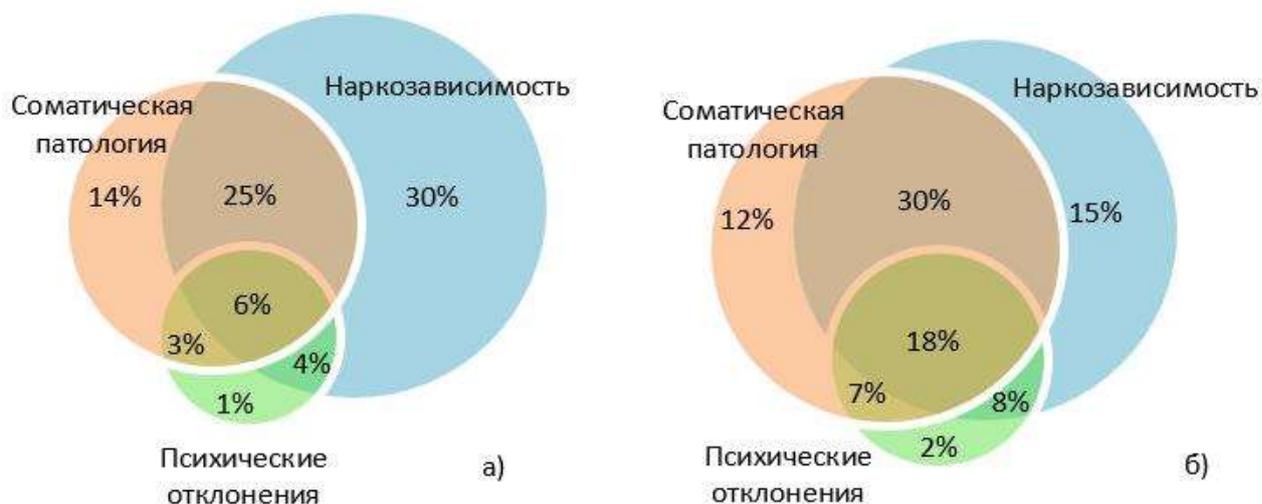


Рис. 2. Структура сочетанной патологии у освобождающихся осужденных мужчин (а) и женщин (б), % [222].

Улучшение организации учета осужденных в лечебно-профилактических учреждениях и обеспечения преемственности дальнейшего лечения после их освобождения стало одно из главных целей при передаче медицинского обслуживания осужденных в национальную систему здравоохранения. Как отмечают американские исследователи, такая схема медицинского обслуживания наиболее эффективна при территориальном принципе – обслуживает ближайшая к пенитенциарному учреждению больница. Учитывая, что в исправительных учреждениях содержатся, в большинстве своем, жители этой же местности, в дальнейшем обращение освободившихся за медицинской помощью происходит к тем медицинским врачам-специалистам, которые осуществляли его обслуживание в местах лишения свободы. В результате соблюдается не только преемственность мероприятий, но и удалось достичь высокой обращаемости в лечебно-профилактические учреждения, (до 70 % от всех направленных освобождающихся) с целью дальнейшего продолжения лечения [237].

В нашей стране, подобный учет и направление на дальнейшее лечение, осуществляется по всем социально значимым заболеваниям. Однако необходимо отметить что, в виду слабой интеграции медицинской службы уголовно-исполнительной службы и учреждениями общественного здравоохранения, до 60 % перенесших туберкулез, 18-25 % ВИЧ-инфицированных, 76 % имевших

заболевания передающиеся половым путем так и не встают на учет в профильном лечебно-профилактическом учреждении и, соответственно, не получают необходимый объем медицинской помощи [98].

В условиях превалирования в большинстве европейских стран и США механизма финансирования медицинского обслуживания через страховые компании, актуальным является наличие страхового полиса у освобождающихся осужденных. По данным литературы, в США абсолютное большинство осужденных перед освобождением не имеет полиса. Более того, проведенный мониторинг через 2-3 месяца после освобождения, подтвердил отсутствие полисов медицинского страхования у 78 % мужчин и 66 % женщин, а через 8-10 месяцев полис отсутствовал у 68 % мужчин и 58 % женщин [222].

Одной из ключевых проблем, не нашедшей решения пока ни в одной из стран G20, является обеспечение условий, способствующих ресоциализации осужденных после освобождения. В результате они возвращаются в ту же неблагоприятную среду, что способствовала свершению преступления, это, в свою очередь, способствует дальнейшему культивированию рискованного поведения (беспорядочные половые связи, незащищенный секс, наркомания, токсикомания и т.д.), как способа социально адаптации к окружающей его действительности.

Имеющиеся в литературе данные показывают, что укрепление семьи и поддержание родственных контактов могут улучшить результаты ресоциализации после возвращения заключенных [215]. Однако результаты исследования, проведенного в США свидетельствуют [222], что через 8-10 месяцев после освобождения всего 69,7 % мужчин и 56,4 % женщин вернулись к тем же семьям, в которых проживали до ареста, еще 5,9 % мужчин и 13,5 % женщин стали бездомными.

Хотя многочисленные исследования показали, что занятость и более высокая заработная плата напрямую обуславливает более низкую преступность [198, 294], трудоустройство освободившихся из мест лишения свободы стоят перед многими препятствиями в получении работы, включая низкий уровень образования, ограниченные профессионально-технические навыки и отсутствия

опыта работы, а также нежелание со стороны работодателей нанять бывших заключенных [191, 197]. Так, спустя 10 месяцев всего 53,5 % мужчин и 33,3 % женщин имели постоянную работу, при этом еще 15,0 % мужчин и 6,0 % женщин отметили наличие незаконных источников финансирования, а финансовой поддержкой близких были вынуждены воспользоваться 81,6 % мужчин и 73,7 % женщин [222].

Прием наркотических средств и алкоголя возобновили 34,7 % мужчин и 35,9 % женщин, при этом от всех нуждающихся всего 20,9 % мужчин и 21,3 % женщин обратились за лечением от наркозависимости. Это безусловно затрагивает все сферы жизни человека: может препятствовать семейным отношениям, трудовой занятости, и способствовать ухудшению состояния здоровья. Так, в течении первого года после освобождения, были задержаны за правонарушения или арестованы 37,9 % мужчин и 46,8 % женщин, при этом новые сроки длительного тюремного заключения получили 17,4 % мужчин и 21,0 % женщин [222].

Как свидетельствуют исследования ученых США [217, 261], недавно освобожденные лица из мест лишения свободы имеют более высокие риски по смертности, чем остальное население, сопоставимое по полу, возрасту и расе. В данном исследовании относительный риск смерти в течение 2 недель после освобождения был в 12,7 раз выше, а общий риск смерти в ближайшие несколько лет после освобождения был в 3,5 раза выше, при этом у женщин показатель риска смерти превышал показатели мужчин. В изученной когорте самыми частыми причинами смерти была передозировка, сердечно-сосудистые заболевания, убийство, самоубийство, рак, несчастные случаи автомашины, и болезнь печени. Как отмечают авторы, безусловно, часть этого риска могла быть уменьшена введением коррекционной программы по адаптации перед освобождением из мест лишения свободы.

**Глава 5. Современный этап и перспективы реформирования
медицинского обеспечения в уголовно-исполнительной системе
Российской Федерации**

Охрана здоровья населения, доступность и качество оказания медицинской помощи являются сегодня приоритетными направлениями социально-экономической политики государства.

Система медико-санитарного обеспечения уголовно-исполнительной системы – единая система учреждений и подразделений, призванная обеспечить доступность, своевременность, качество и преемственность оказания медицинской помощи личному составу УИС и лицам, содержащимся в учреждениях УИС.

Вместе с тем, сложности социально-экономического характера, наблюдавшиеся в последнее десятилетие в стране, имели негативные последствия для развития медицинской службы УИС. Отсутствие адекватного финансирования привело к тому, что материально-техническая база большинства учреждений оказалась морально и физически изношенной, а низкий уровень внедрения в практику современных мировых и отечественных медицинских технологий существенно снизил их эффективность.

Немаловажным вкладом в недостаточность развития пенитенциарного здравоохранения явился и отказ от прогрессивной системы финансирования отрасли – обязательного медицинского страхования. Кроме того, оплата труда медицинских работников осуществляется без учета рыночных реалий, не стимулирует эффективную и качественную их деятельность.

При этом состояние здоровья лиц, содержащихся в учреждениях УИС, характеризуется негативными тенденциями: высоким уровнем показателей общей заболеваемости и заболеваемости социально значимыми заболеваниями (туберкулез, ВИЧ и др.).

В этих условиях назрела необходимость определения стратегии дальнейшего развития системы медико-санитарного обеспечения на основе совершенствования имеющейся системы, изыскания новых подходов и моделей управления, перехода от затратных методов работы, к рациональному

использованию выделяемых государством средств, повышения ответственности, а также уровня оплаты труда медицинских работников по результатам ее деятельности.

Исходя из стоящих проблемных вопросов с 2011 года в УИС началось внедрение новой организационной структуры – медико-санитарных частей нового типа. Естественно, что особое значение при этом приобрел анализ эффективности функционирования МСЧ нового типа с точки зрения достигнутых результатов. Оценка эффективности функционирования ЛПУ на сегодняшний день осуществляется, прежде всего, и преимущественно в рамках стоимостного анализа [13]. Данная оценка считается показательной только в среднесрочной перспективе (2-4 года).

С целью комплексной оценки ожидаемых результатов деятельности МСЧ в 2011 году нами применен *SWOT*-анализ [110], охватывающий как состояние внутренней среды учреждения, так и влияние на него внешних факторов [23]. Примененный в русле социологии медицины, данный метод оценивает и описывает актуальное состояние медицинской службы и позволяет прогнозировать возможные пути и механизмы ее совершенствования [57].

Прежде всего анализировались механизмы управления и финансирования МСЧ, как подвергающиеся наибольшему изменению и характеризующие динамику показателей по достижению основных итоговых результатов.

Выведение управления медицинской службы из подчинения территориального органа ФСИН России является одной из основных целей создания МСЧ (табл.5.1).

Как считается, достижение положительных результатов по данным факторам позволяет медицинскому персоналу не только больше уделять времени работе с больными, но эффективнее реализовывать профилактическое направление деятельности, а так же позволяет направить усилия на нивелирование влияния внешних негативных факторов, среди которых наиболее значимыми являются социальные факторы (поступление лиц из маргинальных групп, низкий уровень грамотности), медико-демографические факторы (поступление с социально значимыми заболеваниями, с хроническими заболеваниями).

Таблица 5.1. Выведение управления медицинской службы из подчинения территориального органа ФСИН

Элементы SWOT	Положительные	Отрицательные
Внутренние	<p>Исключение выполнения функций, несвойственных медицинскому персоналу.</p> <p>Исключение дублирующих управленческих структур и уменьшение административной нагрузки.</p> <p>Ведение единой кадровой политики.</p> <p>Концентрация усилий сотрудников на повседневной деятельности МСЧ.</p> <p>Независимость принятия решения медицинскими работниками по ведению больных.</p>	<p>Недостаточность нормативно правового обеспечения деятельности МСЧ.</p> <p>Возрастание риска коррупционной составляющей.</p> <p>Низкий уровень информатизации.</p>
Внешние	<p>Возможность централизованного включения в систему ОМС.</p> <p>Возможность централизованного планирования лечения в учреждениях Минздрава.</p>	<p>Снижение управляемости подразделениями в виду территориальной удаленности.</p> <p>Отсутствие механизма соблюдения режимных мер при размещении осужденных в учреждениях Минздрава.</p> <p>Увеличение притока лиц с социально значимыми заболеваниями.</p>

Обеспечение независимости в принятии решения медицинскими работниками по ведению больных, создает все условия для предотвращения так называемой «двойной лояльности» со стороны медицинских работников, по отношению к пациентам.

Кроме того, реализация внешних положительных факторов является шагом, к решению поставленной в «Концепции развития уголовно-исполнительной системы Российской Федерации до 2020 года» задачи по обеспечению гарантированного объема медицинской помощи на основе его рационального распределения между учреждениями (подразделениями)

здравоохранения УИС и учреждениями государственной (муниципальной) системы здравоохранения.

Ведение единой кадровой политики является важным фактором улучшения работы с персоналом, в частности появилась возможность рационального распределения персонала, исходя из решаемых МСЧ задач и состоянии кадрового вопроса на текущий момент. Так же это способствует повышению укомплектованности кадрами и решение вопросов повышения квалификации медицинского персонала.

Реализация негативных внутренних факторов существенно повышает роль человеческого фактора в вопросах взаимодействия, который потенциально служит возможным рычагом воздействия на руководство МСЧ. Кроме того, не исключено возрастание роли коррупционной составляющей, обусловленной снятием контроля со стороны территориального органа управления ФСИН России.

Большое значение в реализации внутренних негативных тенденций, имеют негативные внешние факторы, в частности, в результате дислокации филиалов на достаточно большом удалении от аппарата управления МСЧ, создаются объективные препятствия к осуществлению управления этими подразделениями. При этом затруднен как ежедневный контроль служебной деятельностью медицинского персонала, так и решение вопросов документооборота по кадровым, финансовым и другим вопросам деятельности МСЧ. Усложняет эффективность управления и низкий уровень информатизации, посредством которого, возможно ведение эффективного дистанционного управления удаленными подразделениями.

Построение централизованной системы финансирования является необходимым организационным шагом в становлении МСЧ как отдельного юридического лица. В результате начала самостоятельной финансовой деятельности, посредством осуществления электронных торгов, осуществлена закупка лекарственных средств и другого имущества со значительной экономией средств, что расширяет возможности МСЧ по эффективному их использованию и способствует приближению к стандартам оснащения медицинской техникой и имуществом. В итоге можно ожидать существенного роста уровня полноты и качества получаемой медицинской помощи (табл. 5.2).

Таблица 5.2. Построение централизованной системы финансирования

Элементы SWOT	Положительные	Отрицательные
Внутренние	<p>Усиление контроля за целевым и эффективным расходованием средств</p> <p>Уменьшение затрат на единицу объема оказанной медицинской помощи.</p> <p>Независимость медицинских работников в принятии решения по ведению больных.</p>	<p>Усиление коррупционной составляющей.</p> <p>Снижение уровня социальных гарантий медицинским сотрудникам.</p> <p>Слабость мотивационных механизмов.</p> <p>Сокращение источников дополнительного финансирования (исправительное учреждение)</p>
Внешние	<p>Приближение к стандартам оснащения медицинской техникой и имуществом.</p> <p>Приближение к нормативам финансирования единицы объема медицинской помощи.</p>	<p>Экономический фактор (уровень оплаты труда в регионе выше чем в УИС).</p>

Кроме того, самостоятельная финансовая деятельность обеспечивает экономические факторы независимости медицинского персонала в принятии решения по ведению пациентов, что так же препятствует реализации «двойной лояльности».

Реализация внутренних отрицательных тенденций, проявилось в снижения укомплектованности персоналом и ухода квалифицированных кадров, при этом особо существенное влияние оказали экономические факторы – утрата части стимулирующих выплат, а также то, что уровень заработной платы в гражданском секторе здравоохранения на сегодня выше, чем в УИС.

Следует отметить, что *SWOT*-анализ – это лишь один из возможных подходов в формировании оценки, в то же время *SWOT*-анализ – это наиболее простой и доступный метод способный действительно оказать помощь в выборе оптимальной стратегии [14].

По прошествии трех лет можно проанализировать реализацию прогнозируемых положительных и отрицательных элементов-SWOT. В частности, выведение управления медицинской службы из подчинения

территориального органа ФСИН не привело к ожидаемой независимости медицинских работников. Исходя из результатов опроса [114], хоть и в меньшей степени, но медицинские работники продолжают выполнять несвойственных медицинскому персоналу функций, администрация исправительного учреждения по-прежнему может влиять на независимость принятия решения медицинскими работниками по ведению больных.

Из потенциально отрицательных факторов особо остро встают вопросы недостаточность нормативно правового обеспечения деятельности МСЧ, обусловленные в первую очередь противоречиями ведомственных нормативно-правовых актов с действующим в общественном здравоохранении законодательством. В тоже время это дало импульс к процессу совершенствования ведомственного законодательства.

Уровень информатизации по-прежнему остается на низком уровне, при этом необходимо отметить, что уровень укомплектованности компьютерной техникой возрос, однако электронное ведение медицинской документации (история болезни, амбулаторная карта) отсутствует. Введением электронного документооборота частично удалось нивелировать снижение управляемости подразделениями в виду территориальной удаленности.

Оправдались опасения роста притока лиц, страдающие социально значимыми заболеваниями, особенно наркозависимых и ВИЧ-инфицированных [111, 112].

Оправдались некоторые из положительных элементов создания централизованной системы финансирования. В частности, усилился контроль за целевым и эффективным расходованием средств, несколько расширился перечень закупаемых препаратов. В тоже время, был потерян источник финансирования в лице пенитенциарного учреждения, через который в значительной мере осуществлялось обновление немедицинской аппаратуры и ремонт помещений.

Неоднозначно обстоит дело и с уровнем заработной платы – аттестованным сотрудникам достаточно существенно увеличили заработную плату, а гражданскому персоналу подъем оплаты труда планируется

осуществлять постепенно, в рамках реализации «дорожной карты» [91]. Кроме того, формирование мотивационных экономических механизмов находится только в стадии разработки.

Полностью не оправдались планы возможного включения в систему ОМС, что, в свою очередь, не позволило приблизить к нормативам финансирования единицы объема медицинской помощи [108, 109]. Так же не осуществлено приближение к стандартам оснащения медицинской техникой и имуществом, что связано с одной стороны с недостатком финансирования, а с другой – до сих пор не определены стандарты, по которым должны осуществлять оснащение медицинских частей пенитенциарных учреждений, учитывающие специфику их деятельности. Не маловажным последствием отсутствия интеграции в ОМС является низкий уровень внедрения стандартов оказания медицинской помощи и отсутствие внешнего контроля качества медицинской помощи.

Реформа пенитенциарной системы в современном представлении – это процесс ее преобразования с целью обеспечения главенства принципа верховенства закона и международной системе прав человека, а значит обеспечить применение только соразмерных совершенному преступлению санкций, не содержащих элементов дискриминации и способствуют перевоспитанию осужденных [169].

Реформирование пенитенциарной системы означает изменение всей системы исполнения наказаний, включая и пенитенциарный сектор здравоохранения [67]. При рассмотрении перспектив развития пенитенциарного здравоохранения, данный вопрос безусловно необходимо через призму существующих тенденции в мировом сообществе. На сегодняшний день пенитенциарные системы большинства развитых стран приняли политику развития «восстановительного правосудия», заключающаяся в замене карательной функции пенитенциарного учреждения на функцию исправления, реабилитации и ресоциализации [175]. В данном контексте предоставление соответствующего уровня медико-санитарного обеспечения персоналу и осужденным должна рассматриваться как неотъемлемая часть понятия

восстановительного правосудия так же как неотъемлемая часть понятия здравоохранения. Рассматривая через призму восстановительного правосудия, здоровая тюрьма – это учреждение, в котором цели уголовного судопроизводства и здравоохранения пересекаются. Для реализации концепции «здоровой тюрьмы» необходимо пересмотреть ряд основополагающих принципов [263].

Во-первых, необходимо изменить взгляд на пенитенциарное учреждение, как среды полностью закрытой для внешнего мира. В современном понимании, пенитенциарная система является почти полностью открытой системой, в смысле передачи инфекционных заболеваний между заключенными и обществом через освобождающихся заключенных, посетителей и сотрудников пенитенциарных учреждений. С данной точки зрения исправительное учреждение является местом, позволяющим осуществить выявление заболеваний среди маргинальных слоев населения, оказавшихся вне охвата общественной системой здравоохранения, провести изоляцию больных от общества и осуществить качественное лечение.

Во-вторых, заключенных необходимо рассматривать как объект, подверженный повышенному риску возникновения соматического и психического заболевания. Это требует обеспечения мероприятий медицинской реабилитации и коррекции на всех этапах изменения его юридического статуса (от подозреваемого до осужденного), сопровождающегося изменением и условий содержания (от следственного изолятора до исправительного учреждения).

В-третьих, необходима смена подходов в медицинском обеспечении от «общая численность заключенных» к «конкретный пациент», где упор делается на заключенного как потенциально здоровую личность, а не просто осужденного. При таком подходе пенитенциарное учреждение рассматривается как среда, негативно воздействующая на здоровье пациента, что обусловлено как условиями содержания (изоляция, депривация), так и рискованным поведением самих осужденных (курение, наркомания, алкоголизм). В данном контексте встает вопрос: как сложившуюся негативную среду превратить в среду здоровья

сберегающую и стимулирующую к здоровому образу жизни? Именно в этом вопросе становится наиболее заметным конфликт между понятиями «заключенный» и «пациент». Концепция «здоровой тюрьмы» является попыткой интегрировать исправительный и медицинский аспекты в лице заключенных и работника пенитенциарного учреждения, оба из которых имеют право на здоровую и безопасную окружающую среду.

Модель «здоровой тюрьмы» совершенно не противоречит современному представлению о целях и задачах медицинского обеспечения в пенитенциарных учреждениях России, однако, несмотря на кажущуюся простоту и очевидность представленных мероприятий, воплощение их в жизнь на практике встречает ряд препятствий, зачастую трудно преодолимых.

Заключение

Как видно из представленных в монографии данных, проблема организации медико-санитарного обеспечения лиц, содержащихся в пенитенциарных учреждениях, по-прежнему остается далека от своего решения. Мало того, данная проблема касается не только нашей страны, она является общей для всех тюремных систем государств мира. Здесь мы встречаемся с глубинным противоречием, заложенным в функционировании пенитенциарной системы: с одной стороны, она призвана нести возмездие за совершенные преступления, с другой – лишение права на медицинское обеспечение не входит собственно в исполнение наказания. Следовательно, государство должно обеспечить заключенного полным объемом необходимой медицинской помощи.

Российская пенитенциарная система является одной из крупнейших в мире. В ней живы традиции и устои, оставшиеся от советского прошлого. Поэтому реформирование пенитенциарной медицины – это сложная задача. Основные направления такой реформы изложены в принятой распоряжением Правительства Российской Федерации от 14 октября 2010 года № 1772-р «Концепции развития уголовно-исполнительной системы до 2020 года». Исходя из многообразия проблем, связанных с реформированием уголовно-исполнительной системы, с 1999 года в УИС работает научно-исследовательский институт ФСИН России, в составе которого функционирует специализированный филиал в г. Ижевске. Учитывая конструктивное участие института в законотворческой деятельности, работе экспертных советов, решением Комитета по безопасности Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации от 13 ноября 2003 года № 115/4-2 институт был утвержден базовым научным центром Комитета по безопасности Госдумы в сфере уголовно-исполнительной политики.

Как было сказано выше, современный этап реформирования уголовно-исполнительной системы направлен на существенную либерализацию и гуманизацию уголовной политики, приведение порядка и условий исполнения наказаний в соответствие с нормами международного права. В частности, Российской Федерацией были ратифицированы: Европейская конвенция по

предупреждению пыток и бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания; Европейская конвенция о выдаче; Европейская конвенция о взаимной правовой помощи и правовым отношениям по гражданским, семейным и уголовным делам и др.

В связи с вступлением России в Совет Европы и взятием обязательств по ряду международных конвенций о правах человека повысилось внимание к таким вопросам, как соблюдение прав заключенных, обеспечение доступа к качественной медицинской помощи, правовая регламентация принудительного лечения и другим актуальным проблемам медицинской помощи.

В 2006 году Совет Европы принял новые Европейские пенитенциарные правила, согласно которым обязательства по охране здоровья всех заключенных возложены на тюремные власти. Особенно подчеркивается необходимость тесной связи между тюрьмой и системой общественного здравоохранения.

Таким образом, на современном этапе развития пенитенциарной системы перед руководством УИС стоят новые задачи, решение которых позволит выйти на качественно новый этап развития пенитенциарной медицины в России.

Список литературы

1. *Ажиппо В.А.* Не зарекайся. Харьков: Изд-во: Батьківщина, 2005. С. 59.
2. *Актуальные вопросы пенитенциарного здравоохранения: сборник /* под ред. А.С. Кононца и А.В. Бобрика М.: Акварель, 2011. 120 с.
3. *Аладына Л.С., Ковалев О.Г., Шабанов Г.Х.* Российская уголовно-исполнительная система: исторические этапы формирования: монография. М.: [б.и.], 2007. 344 с.
4. *Анализ влияния социально-демографических факторов на распространенность некоторых форм девиантного поведения* [Электронный журнал] / Н.В. Зайцева, В.Б. Алексеев, Н.А. Лебедева-Несевря [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения: электрон. научн. журн. 2011. №3(19). URL:<http://vestnik.mednet.ru/content/view/322/30/lang,ru/> (дата обращения: 12.07.2014).
5. *Аникин И.Л.* История русской средневековой медицины: избранные лекции. Л.: Военно-мед. акад. С. М. Кирова, 1988. 38 с.
6. *Антонян Ю.М., Эминов В.Е., Еникеев М.И.* Психология преступления и наказания. М.: Пенатес-Пенаты, 2000. 454 с.
7. *Антонян Ю.М., Эминов В.Е.* Личность преступника. Криминологическое психологическое исследование. М.: Норма, 2010. 368 с.
8. *Архангельский Г.В.* Московский врач-гуманист Федор Петрович Гааз (1780-1853) и его значение в развитие Отечественной медицины // Клиническая медицина. 1981. Т. LIX. №2. С. 118–120.
9. *Астемиров З.А.* История советского исправительно-трудового права: лекция. Рязань: НИиРИО РВШ МВД СССР, 1975. 52 с.
10. *Астемиров З. А.* Уголовно-исполнительное право. Общая часть: курс лекций. Махачкала: ИПЦДГУ, 2002. 70 с.
11. *Белицкая Е.Я. А.П.* Доброславин и развитие экспериментальной гигиены в России. Л.: Медицина, 1966. 196 с.
12. *Братановский С.Н., Кизилов В.В.* Правовое регулирование организации и деятельности медицинских учреждений в России / под ред. С.Н. Братановского. Саратов, 2005. 112 с.
13. *Вардосанидзе С.Л.* Управление качеством лечебно-диагностического процесса в многопрофильном лечебно-профилактическом учреждении // ГлавВрач. 2004. № 9. С. 43–47.
14. *Виханский О.С.* Стратегическое управление: учебник. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Гардарики, 2000. 296 с.
15. *Всемирная Организация Здравоохранения.* Здоровье в исправительных учреждениях. Руководство ВОЗ по основным аспектам охраны

здоровья в местах лишения свободы / под ред. L. Møller, H. Stöver, R. Jürgens [и др.]. Копенгаген: ВОЗ, 2008. 218 с.

16. *Всемирная Организация Здравоохранения. Женщины и ВИЧ-инфекция в местах лишения свободы* [Электронный ресурс]. [Б.м.: б.и.], 2009. 8 р. URL:http://www.unodc.org/documents/russia/Reports/Women_prisons_RUS.pdf (дата обращения: 14.01.2014).

17. *Всемирная Организация Здравоохранения. Устранить несправедливость на гендерной почве в области здравоохранения в местах лишения свободы // Охрана здоровья женщин в местах лишения свободы.* Копенгаген: ВОЗ, 2009. 85 р.

18. *Всемирная Организация Здравоохранения. Отчет о проведении Совещания национальных координаторов ВОЗ по вопросам охраны здоровья в местах лишения свободы, Копенгаген, Дания, 14-15 октября 2010 г.* Копенгаген: ВОЗ, 2010. 27 с.

19. *Всемирная Организация Здравоохранения. Разумное стратегическое руководство охраной здоровья в местах лишения свободы в XXI веке: краткий аналитический обзор по вопросу организации пенитенциарного здравоохранения.* Копенгаген: ВОЗ, 2014. 42 с.

20. *Геранин В.В. Подозреваемые и обвиняемые, содержащиеся в следственных изоляторах: по материалам специальной переписи осужденных и лиц, содержащихся под стражей, 12-18 ноября 2009 г. / под ред. В.И. Селиверстова.* М.: Юриспруденция, 2011. Вып. 7. 96 с.

21. *Гернет М.Н. История царской тюрьмы.* М.: ГИЮЛ, 1951. Т. 1. 357 с.

22. *Голоднюк М.Н., Зубкова В.И. Осужденные, отбывающие лишение свободы за преступления против личности: по материалам специальной переписи осужденных и лиц, содержащихся под стражей, 12-18 ноября 2009 г. / под ред. В.И. Селиверстова.* М.: Юриспруденция, 2011. Выпуск 10. 128 с.

23. *Гольдштейн Г.Я., Катаев А.В. SWOT – анализ* [Электронный ресурс]. Таганрог, 2000. URL:<http://socioline.ru/node/791> (дата обращения: 07.05.2014).

24. *Горбачева Е.В. Вопросы исполнения наказаний в Журнале Министерства юстиции («Тюремное дело в его законодательной постановке и практическом осуществлении») // Бюллетень Министерства юстиции Российской Федерации.* 2004. № 3. С. 45–55.

25. *Горохов М.М., Пономарев С.Б., Серебренников А.В. О перспективах внедрения телекоммуникационных технологий в деятельность медицинской службы УФСИН России по Удмуртской Республике // Интеллектуальные системы в производстве.* 2007. № 2. С. 150–152.

26. *ГОСТ Р ИСО 9001-2008. Система менеджмента качества. Требования.* М.: Стандартинформ, 2008. 65 с.

27. *Грандо А.А.* Медицина в зеркале истории. К.: Здоров'я, 1990. 152 с.
28. *Гумилев Л.Н.* Древняя Русь и Великая степь. М.: Эксмо, 2006. 508 с.
29. *Гусаков Н.И.* Развитие медицины в России: очерк. М.: [б.и.], 1993. 27 с.
30. *Давыдова Н.В.* Гигиеническая оценка состояния здоровья и условий содержания несовершеннолетних осужденных женского пола в воспитательных колониях Федеральной службы исполнения наказаний: дис. ... канд. мед. наук. М., 2009. 190 с.
31. *Давыдова Н.В., Пертли Л.Ф.* Пенитенциарная медицина: история и люди: учеб. пособие. М.: НИИ ФСИН России, 2011. Вып. 1. 96 с.
32. *Данилин Е.М., Селиверстов В.И.* Осужденные в воспитательных колониях: по материалам специальной переписи осужденных и лиц, содержащихся под стражей, 12-18 ноября 2009 г. / под ред. В.И. Селиверстова. М.: Юриспруденция, 2011. Вып. 2. 88 с.
33. *Двойная лояльность и права человека в медицинской практике.* Предлагаемые принципы и институциональные механизмы: пер. с англ. М.: Права человека, 2004 г. 176 с.
34. *Деминг У.Э. [Deming W.E.].* Выход из кризиса: новая парадигма управления людьми, системами и процессами: пер. с англ. М.: Альпина Бизнес Букс, 2007. 370 с.
35. *Детков М.Г.* Тюрьмы, лагеря и колонии России. М.: Вердикт-ИМ, 1999. 448 с.
36. *Доброславин А.П.* Очерки основ санитарной деятельности. СПб.: Тип-я Трей, 1874. 290 с.
37. *Документы Совета Европы, касающиеся исполнения наказаний и иных мер уголовно-правового характера, обращения с правонарушителями и содержания под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений:* сборник документов Совета Европы / сост. и пер.: В.Б. Первозванский, Н.Б. Хуторская. М.: PRI, 2011. 143 с.
38. *Дупленко Ю.К.* К вопросу о становлении государственной медицины // Медицина и здравоохранение в дни войны и мира. М.: [б.и.], 2000. С. 65.
39. *Евстафьева И.В.* Медико-социальная и гигиеническая характеристика несовершеннолетних осужденных, содержащихся в воспитательных колониях Минюста России: дисс. ... канд. мед. наук. М., 2004. 192 с.
40. *Егоров В.С.* Система уголовных наказаний в период становления советской власти // Уголовно-исполнительная система: право, экономика, управление. 2006. № 4. С. 24–27.

41. *Ермолаева Т.В.* Медико-организационные аспекты совершенствования медицинского обеспечения осужденных в исправительных колониях строгого режима: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Рязань, 2012. 25 с.
42. *Ермолаева Т.В.* Медико-организационные аспекты совершенствования медицинского обеспечения осужденных в исправительных колониях строгого режима: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Рязань, 2012. 25 с.
43. *Жолус Б.И., Давыдова Н.В.* Социально-демографическая характеристика несовершеннолетних осужденных женского пола // Уголовно-исполнительная система: право, экономика, управление. 2007. № 4. С. 13–15.
44. *Золотарева Л.В.* Туберкулез в пенитенциарных учреждениях: эпидемиология и профилактика: дисс. ... док. мед. наук. М.:, 2008. 207 с.
45. *Иванова Н.А.* Формирование и тенденция развития пенитенциарной политики государства в отношении женщин // Обеспечение процесса реформирования исполнения наказаний в Российской Федерации: сб. матер. междунар. науч.-практ. конф., г. Рязань, 29-30 октября 2009 г. Рязань: Академия ФСИН России, 2010. С. 146–150.
46. *Игнатов А.Н.* Совершенствование правового регулирования исполнения наказания в виде лишения свободы // В Сб. ВНИИ МВД СССР. Труды № 69. М.: ВНИИ МВД СССР, 1983. С. 12–13.
47. *Казакова В.А.* Женщины, отбывающие лишение свободы (Общая характеристика): по материалам специальной переписи осужденных и лиц, содержащихся под стражей, 12-18 ноября 2009 г. / под ред. В.И. Селиверстова. М.: Юриспруденция, 2011. Вып. 5. 88 с.
48. *Калабеков И.Г.* Российские реформы в цифрах и фактах. Изд. 2-е, перераб. и доп. М.: РУСАКИ, 2010. 498 с.
49. *Капинус О.С.* Эвтаназия как социально-правовое явление: монография. М.: Издат. дом «Буквоед», 2006. 400 с.
50. *Кашуба Ю.А., Скиба А.П.* Пенитенциарные больницы: становление правового статуса // Уголовно-исполнительное право. 2006. № 1. С. 77.
51. *Китайский информационный Интернет-центр.* Тюремная система [Электронный ресурс]. URL:<http://russian.china.org.cn/russian/33371.htm> (дата обращения: 26.07.2014).
52. *Ковалева М.Д.* Женщины в медицине: монография. Волгоград: Изд-во Волгог. гос. ун-та, 2004. 214 с.
53. *Ковтуненко Л.В.* Роль семьи в воспитании и исправлении несовершеннолетних осужденных // Уголовно-исполнительная система: право, экономика, управление. 2008. № 4. С. 15–21.
54. *Кокурин А.В., Селиверстов В.И.* Осужденные к пожизненному лишению свободы: по материалам специальной переписи осужденных и лиц,

содержащихся под стражей, 12-18 ноября 2009 г. / под ред. В.И. Селиверстова. М.: Юриспруденция, 2011. Вып. 4. 104 с.

55. *Кокурин А.В., Кокурина И.В.* Характеристика осужденных за преступления против половой неприкосновенности и половой свободы личности, отбывающих уголовное наказание в виде лишения свободы в России // Психология и право. 2012. № 1. С. 1–11.

56. *Кононец А.С.* Служба здравоохранения // Преступление и наказание. 2004. № 3. С. 23.

57. *Коротков Э.М.* Концепция менеджмента: учебное пособие. М.: ДеКА, 1997. 304 с.

58. *Кралько А.А.* Правовое регулирование охраны здоровья в Республике Беларусь. Минск: Пенитенциарное здоровье, 2009. 294 с.

59. *Кудашева Л.Т.* О роли пенитенциарных факторов в развитии туберкулеза среди лиц, содержащихся в исправительных учреждениях уголовно – исполнительной системы (на примере Удмуртской Республики) // Вестник уральской академической науки. 2010. № 3(31). С. 71–73.

60. *Кузнецова Л.Н.* Женщина на работе и дома. М.: Политиздат, 1980. 231 с.

61. *Кузьмин С.И.* Лагерники. ГУЛАГ без ретуши // Молодая гвардия. 1993. № 3. С. 114–163.

62. *Лабури Л.* Международные стандарты врачебной этики: двойные обязательства врачей; обязанности врачей в соответствии с резолюцией ВМА [Электронный ресурс] // Кавказское региональное обучение: семинар, Тбилиси, 23-25 сентября 2010. Tbilisi: EU, UNVFVT, IRCT, 2010. P. 3–19. URL:http://www.empathy.ge/upload/manuals/Medical_Manual_Russian_2010.pdf (дата обращения: 20.12.2013).

63. *Лизунов Ю.В., Терентьев Л.П.* История гигиены в Военно-медицинской (Медико-хирургической) академии. СПб: Знание, 2007. 308 с.

64. *Лысягин О.Б., Акимов С.К.* Осужденные в тюрьмах: по материалам специальной переписи осужденных и лиц, содержащихся под стражей, 12-18 ноября 2009 г. / под ред. В.И. Селиверстова. М.: Юриспруденция, 2011. Вып. 3. 56 с.

65. *Материалы специальной переписи осужденных и лиц, содержащихся под стражей, 12-18 ноября 2009 г. / под ред. В.И. Селиверстова.* М.: Юриспруденция, 2011. Вып. 1-10.

66. *Международные принципы и стандарты правоприменения в работе сотрудников пенитенциарных учреждений:* справочное пособие для сотрудников исправительных учреждений [Электронный ресурс] / составит. С.В. Исаев, Е.А. Дорофеева. Пермь: Пермский региональный правозащитный центр,

2006. Ч. 1. URL:<http://www.prpc.ru/prison/handbook/index.shtml> (дата обращения: 16.04.2014).

67. *Международный центр изучения тюрем*. Гендер и реформирование пенитенциарной системы [Электронный ресурс] // Гендер и РСБ: справочное пособие в 12 ч. London, International Centre for Prison Studies, 2002. Ч. 5. 168 с. URL:<http://www.osce.org/ru/odihr/75289?download=true> (дата обращения: 14.08.2014).

68. *Методика проведения ультрабыстрой опиоидной детоксикации в практике медицинских учреждений уголовно-исполнительной системы* / А.А. Черенков, В.В. Караваев, Н.Г. Обухов [и др.]. Ижевск: Книгоград, 2009. 16 с.

69. *Михайлова Н.В.* Методология обеспечения и управления качеством медицинской помощи в соответствии с международными стандартами ИСО серии 9000 // Вестник Росздравнадзора. 2010. № 3. 2010. с. 19–28.

70. *Михлин А.С.* Общая характеристика осужденных: по материалам специальной переписи 1989 г. М.: ВНИИ МВД, 1991. 176 с.

71. *Михлин А.С.* Высшая мера наказания: история, современность, будущее. М.: Дело, 2000 г. 176 с.

72. *Мокрецов А.И., Новиков В.В.* Личность осужденного: социальная и психологическая работа с различными категориями лиц, отбывающих наказание: учебно-методическое пособие. М.: НИИ ФСИН России, 2006. 220 с.

73. *Наханетов Б.А.* Очерки истории санитарной службы ГУЛАГа. М.: Российская политическая энциклопедия (РОССПЭН); Фонд Первого Президента России Б.Н. Ельцина, 2009. 191 с.

74. *Олейник А.Н.* Тюремная субкультура в России: от повседневной жизни до государственной власти. М.: ИНФРА-М, 2001. XIV. 417 с.

75. *Организация Объединенных Наций* [Электронный ресурс]. URL:<http://www.un.org>

76. *Организация Объединенных Наций*. В тюрьмах мира содержится свыше 10 млн. человек [Электронный ресурс]. Отдел новостей и СМИ. Радио ООН. URL:<http://www.unmultimedia.org/radio/russian/archives/93487> (дата обращения: 17.12.2013). Загл. с экрана.

77. *Организация Объединенных Наций*. Сборник стандартов и норм Организации Объединенных Наций в области предупреждения преступности и уголовного правосудия. Нью-Йорк: ООН, 2007. 409 с.

78. *Организация Объединенных Наций*. Меры, связанные и не связанные с лишением свободы: альтернативы тюремному заключению // Пособие по оценке систем уголовного правосудия. Нью-Йорк: ООН, 2010. 47 с.

79. *Организация Объединенных Наций*. Принципы медицинской этики, относящиеся к роли работников здравоохранения, в особенности врачей, в защите заключенных и задержанных лиц от пыток и других жестоких,

бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения [Электронный ресурс] // Официальные отчеты Генеральной Ассамблеи, тридцать седьмая сессия. Нью-Йорк: ООН, 1982. Доп. № 51. С. 305–307. URL:http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/medical_ethics_principles.shtml (дата обращения: 21.08.2014).

80. *Осинов П.П.* Теоретические основы построения и применения уголовно-правовых санкций. Аксиологические аспекты. Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1976. 135 с.

81. *Оспенников Ю.В.* Система наказаний на северо-западе Руси по летописным известиям XI-XIII вв. // Уголовно-исполнительная система: право, экономика, управление. 2009. № 3. С. 24–28.

82. *Осужденные и содержащиеся под стражей в России.* По материалам специальной переписи осужденных и лиц, содержащихся под стражей, 12-18 ноября 2009 г. / под ред. Ю.И. Калинина, В.И. Селиверстова. М.: Юриспруденция, 2012. 938 с.

83. *Панин Д.М.* Лубянка – Экибастуз: Лагерные записки / предисл. И. Паниной. М.: Обновление, 1990. 576 с.

84. *Пенитенциарная психология и психопатология:* руководство в двух томах / под ред. В.Я. Семке, Т.Б. Дмитриевой, А.С. Кононца [и др.]. Москва-Томск-Кемерово: Изд-во ТГУ, 2008. 544 с.

85. *Пертли Л.Ф.* Организационно-правовые основы условий содержания заключенных в дореволюционной России: монография / под ред. С.И. Кузьмина. М.: [б.и.], 2011. 200 с.

86. *Петренко Н.И.* Становление и развитие управления уголовно-исполнительной системой России: дис. ... д-ра юрид. наук. Рязань, 2002. 517 с.

87. *Подрабинек А.П.* Карательная медицина. Нью-Йорк: Хроника, 1979. 223 с.

88. *Пономарев С.Б.* Суицид в Удмуртии и возможность организации системы превенции самоубийств в УФСИН России по Удмуртской Республике // Актуальные вопросы профилактики суицидов в уголовно-исполнительной системе: материалы межвед. научно-практ. конф., Ижевск, 12 марта 2008 г. Ижевск: Книгоград, 2008. С. 11–18.

89. *Пономарев С.Б.* К проблеме информатизации медицины // Результативная инновационная деятельность как фактор обеспечения национальной безопасности: материалы международной научно-практической конференции, Ижевск, 3-4 июня 2010 г. Ижевск: Изд-во УдГУ, 2010. С. 154–157.

90. *Пономарев С.Б., Черенков А.А., Пустовалов А.Р.* Организация медико-санитарного обеспечения осужденных в годы Великой Отечественной войны // Ведомости уголовно-исполнительной системы. 2012. № 8(123). С. 24–29.

91. *Приказ ФСИН России от 04.12.2013 № 737 «Об утверждении Плана мероприятий («дорожная карта») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения» в отношении федеральных казенных учреждений, подведомственных ФСИН.*
92. *Профилактика суицидов в условиях уголовно-исполнительной системе / С.Б. Пономарев, А.С. Сергиенко, о. Сергей (Кондаков) [и др.].* Ижевск: Книгоград, 2008. 27 с.
93. *Рассказов Л.П., Упоров Л.В.* Тюремные инструкции в Российской Империи: учебное пособие. Краснодар: Изд-во Краснодар. юрид. ин-та, 1999. 59 с.
94. *Рогов В.А.* История уголовного права, террора и репрессий в Русском государстве XV–XVII вв. М.: Юристъ, 1995. 230 с.
95. *Романов Д.* Россия в авангарде мировой тенденции по освобождению тюрем // Преступление и наказание. 2011. № 12. С. 2–3.
96. *Росси Ж.* Справочник по ГУЛАГу. Ч.1. М., 1992. 269 с.
97. *Русских О.Е.* Значение социальных факторов на возникновение туберкулеза в местах лишения свободы // Здравоохранение Российской Федерации. 2007. № 6. С. 50–51.
98. *Русских О.В.* Интеграция фтизиатрических служб в пенитенциарной и гражданской системах здравоохранения: автореф. дис. ... док. мед. наук. М., 2008. 35 с.
99. *Сажин В.Л., Юрьев В.К.* Здоровье и болезни заключенных. СПб.: [б.и.], 1999. 112 с.
100. *Сарычева Н.В.* Социально-демографическая характеристика личности женщины-преступницы // Материалы XIII научно-технической конференции «Вузовская наука – Северо-Кавказскому региону». Т.2. Общественные науки. Ставрополь: СевКавГТУ, 2009. С. 45.
101. *Синдром тюремной социальной депривации в молодом возрасте / С.Б. Пономарев, А.А. Половникова, С.И. Тоцкий [и др.].* Екатеринбург: УрО РАН, 2008. 148 с.
102. *Скиба А.П.* Пенитенциарные больницы: организационно-правовые аспекты развития // Уголовно-исполнительная система: право, экономика, управление. 2008. № 5. С. 18–22.
103. *Соломенцев В.В.* Организация медицинской помощи в местах лишения свободы России до октября 1917 г. // Русское общество и тюремная реформа XVIII – XXI вв. История и современность: материалы межведомственной научно-прак. конф., г. Санкт-Петербург, 28 апреля 2004 г. СПб: ИПК УИС МЮ РФ, 2004. С. 43.
104. *Спасенников Б.А.* Принудительные меры медицинского характера: история, теория, практика. СПб.: Юрид. центр Пресс, 2003 г. 412 с.

105. Тимофеев В.В., Тимофеев В.Г. Уголовно-исполнительная система России: цифры, факты и события: учеб. пособие для вузов. Чебоксары: Изд-во. Чуваш. ун-та, 2008. 612 с.

106. Титаренко А.П. Правовые и организационные аспекты исполнения наказания в колониях-поселениях: дис. ... канд. юрид. наук. Красноярск, 2004. 260 с.

107. Транстрахеальные методы в комплексе интенсивной терапии синдрома дыхательной недостаточности в практике медицинских учреждений уголовно-исполнительной системы / А.А. Черенков, С.Б. Пономарев, Б.Л. Мультановский [и др.]. Ижевск: Книгоград, 2008. 16 с.

108. Туленков А.М., Пономарев С.Б., Барышев С.Н. Финансовое обеспечение объемов медицинской помощи по условиям ее предоставления в учреждениях федеральной службы исполнения наказаний // Вестник уральской медицинской академической науки. 2013. № 1(43). С. 17–18.

109. Туленков А.М., Пономарев С.Б. Источники и объемы финансового обеспечения медицинской помощи в учреждениях Федеральной службы исполнения наказаний // Казанский медицинский журнал. 2013. № 1. С. 114–116.

110. Туленков А.М., Пономарев С.Б., Половникова А.А. SWOT – анализ эффективности новой модели медицинского обеспечения уголовно-исполнительной системы // Актуальные вопросы хирургии: сб. ст., посвященных 65-летию профессора А.Я. Мальчикова. Ижевск, 2013. С. 109–112.

111. Туленков А.М. Состояние здоровья лиц, содержащихся в местах лишения свободы приволжского федерального округа, в условиях реформирования уголовно-исполнительной системы // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. 2014. № 2. С. 135–143.

112. Туленков А.М. Организационные аспекты профилактики, лечения и предупреждения распространения ВИЧ-инфекции в пенитенциарных учреждениях России [Электронный ресурс] // Социальные аспекты здоровья населения: электрон. научн. журн. 2014. № 2(36). URL:<http://vestnik.mednet.ru/content/view/559/30/lang,ru/> (дата обращения: 22.07.2014).

113. Уголовно-исполнительный кодекс Российской Федерации (УИК РФ) от 08.01.1997 № 1-ФЗ // Собрание законодательства РФ. 1997. № 2. ст. 198.

114. Удовлетворены ли вы медицинской помощью? / С. Пономарев, А. Половникова, А. Пустовалов [и др.] // Преступление и наказание. 2014. № 4. С. 12–14.

115. Уткин В.А. Осужденные в колониях-поселениях: по материалам специальной переписи осужденных и лиц, содержащихся под стражей, 12-18

ноября 2009 г. / под ред. В.И. Селиверстова. М.: Юриспруденция, 2011. Вып. 1. 128 с.

116. *Федеральная служба исполнения наказаний*. На расширенном заседании коллегии ФСИН России подвели итоги деятельности ведомства в 2013 году и определили задачи на ближайшую перспективу [Электронный ресурс]. URL:http://www.fsin.su/news/index.php?ELEMENT_ID=126172 (дата обращения: 27.06.2014). Загл. с экрана.

117. *Филичкин А.А.* История становления пенитенциарной медицины в России // Уголовно-исполнительное право: научный журнал. 2006. № 1. С. 90–93

118. *Фирсаков С.В.* Наркоманы, отбывающие лишение свободы: по материалам специальной переписи осужденных и лиц, содержащихся под стражей, 12-18 ноября 2009 г. / под ред. В.И. Селиверстова. М.: Юриспруденция, 2011. Вып. 8. 104 с.

119. *Фуко М.* [Foucault M.] Надзирать и наказывать. Рождение тюрьмы: пер. с франц. М.: Ad Marginem, 2000. 480 с.

120. *Характеристика женщин, осужденных к лишению свободы* (по материалам исследований (2009-2010 годов) // Ведомости уголовно-исполнительной системы. 2011. № 6. С. 20–25.

121. *Характеристика осужденных к лишению свободы*: по материалам специальной переписи 1999 года / под ред. А.С. Михлина М.: Юриспруденция, 2001. 464 с

122. *Характеристика подозреваемых и обвиняемых, содержащихся в следственных изоляторах*: по материалам специальной переписи 1999 года / под ред. А.С. Михлина. М.: Юриспруденция, 2000. 160 с.

123. *Хуторская Н.Б.* Содержание осужденных к лишению свободы с учетом европейских стандартов: по материалам специальной переписи осужденных и лиц, содержащихся под стражей, 12-18 ноября 2009 г. / под ред. В.И. Селиверстова. М.: Юриспруденция, 2011. Вып. 9. 56 с.

124. *Черенков А.А., Мингазов М.М., Пономарев С.Б.* Особенности структуры оперативного вмешательства, преморбидного фона и течения анестезии в условиях уголовно – исполнительной системы / Актуальные вопросы современной хирургии: сб., посвященный 60-летию со дня рождения профессора Ю.С. Винника. Красноярск: Изд-во ООО «Версо», 2008. С. 476–481.

125. *Черенков А.А., Пономарев С.Б.* Экстренная помощь при различных видах незавершенных суицидов в условиях пенитенциарной системы. Ижевск: Книгоград, 2008. 20 с.

126. *Черенков А.А., Обухов Н.Г.* Преморбидный фон больных с наркологической патологией и его влияние на течение основного заболевания // Материалы III съезда психиатров и наркологов Республики Беларусь

«Психиатрия и современное общество», Минск, 3-4 декабря / ред. совет: Игумнов С.А. (председатель) [и др.]. Минск: [б.и.], 2009. С. 168–169.

127. Черенков А.А., Обухов Н.Г., Привалов А.А. К вопросу о состоянии органов дыхательной системы у больных с наркологической патологией // Материалы межрегиональной научно – практической конференции, посвященной 50-летию детской неврологической службы Удмуртии «Актуальные вопросы психоневрологии», Ижевск, 22 апреля 2010 г. Ижевск: ИГМА, 2010. С. 118–122.

128. Шабанов Г.Х., Датий А.В. Организация материально-бытового и медико-санитарного обеспечения осужденных в первые годы советской власти // Уголовно-исполнительная система: право, экономика, управление. 2007. № 4. С. 2–3.

129. Ширяев Б.Н. Неугасимая лампада. М., 1991. 382 с.

130. Эпплбаум Э. [Applebaum A.] ГУЛАГ. Паутина большого террора: пер. с англ. М.: Московская школа политических исследований, 2006. 608 с.

131. Юрьева М.А. Медико-социальные и организационные проблемы туберкулеза в пенитенциарных учреждениях: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. СПб.: Санкт-Петерб. Гос. педиатр. мед. акад., 2002. 19 с.

132. Aebi M.F., Delgrande N. SPACE I – Council of Europe Annual Penal Statistics: Prison populations. Survey 2012. Strasbourg: Council of Europe, 2014. 177 p.

133. Académie Suisse des Sciences Médicales. Exercice de la médecine auprès de personnes détenues: directives médico-éthiques. Bâle: Académie Suisse des Sciences Médicales, 2013. 28 p.

134. Alexander B. Locked-up Latinos get counted out: Language, data gaps miss youth in criminal justice systems, study says // Youth Today. 2002. September 11. P. 56.

135. American Medical Association. Code of Medical Ethics, 2014-2015. 1 ed. Chicago: American Medical Association Press, 2014. 568 p.

136. Anderson E.A., Zwelling L.A. Strategic service quality management for health care // Am. J. Med. Qual. 1996. Vol. 11(1). P. 3–10.

137. Anno B.J. Correctional health care: guidelines for the management of an adequate delivery system. Washington, DC: National Institute of Corrections, 2001. 596 p.

138. Anti-tuberculosis drug resistance in community and prison patients, Orel Oblast, Russian Federation / P. Spradling, E. Nemtsova, T. Aptekar [et al.] // Int J Tuberc Lung Dis. 2002. Vol. 6(9). P. 757–762.

139. *Are Health-promoting prisons an impossibility? Lessons from England and Wales* / M. Caraher, P. Dixon, R. Carr-Hill [et al.] // *Health Education*, 2002. Vol. 102(5). P. 219–229.
140. *Armando N.S., Patricia C.-C., Angélica C.-R.* Socioeconomic factors associated with drug consumption in prison population in Mexico // *BMC Public Health*. 2012. Vol. 12. C. 33.
141. *Armstrong C.J.* Heart health tied to social, psychological factors. New Orleans: American Heart Association scientific sessions, 2004. 75 с.
142. *Australian Bureau of Statistics.* Prisoners in Australia, 2013 [Электронный ресурс]. Canberra: Australian Bureau of Statistics, 2014. URL:<http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/mf/4517.0> (дата обращения: 29.07.2014). Загл. с экрана.
143. *Awofeso N., Rawlinson W.D.* Influenza control in Australian prison settings: Cost-benefit analysis of major strategies // *Int. J. of Prisoner Health*. 2005. Vol. 1(1). P 31–38.
144. *Barbara B., Barbara O.* Gender-responsive strategies: research, practice, and guiding principles for women offenders. Washington, DC: National Institute of Corrections, 2002. 176 p.
145. *Baum A., Garofalo J.P., Yali A.M.* Socioeconomic status and chronic stress: does stress account for SES effects on health? // *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 1999. V. 896. P. 131–144.
146. *Beauchamp T., Childress J.* Principles of biomedical ethics. 5-th ed. New York: Oxford University Press, 2001. 459 p.
147. *Belenko S.R., Shedlin M., Chaple M.* HIV risk behaviors, knowledge, and prevention service experiences among African American and other offenders // *J. Health Care Poor Underserved*. November 2005. Vol. 16(4 Suppl B), P. 108–129.
148. *Belknap J.* The invisible woman: gender, crime, and justice. 4-nd ed. Stamford, CT: Cengage Learning, 2014. 656 p.
149. *Berkman L.F., Glass T.* Social integration, social networks, social support and health // *Social epidemiology* / L.F. Berkman, I. Kawachi (Eds.). New York: Oxford University Press, 2000. 428 p.
150. *Binswanger I.A., Krueger P.M., Steiner, J.F.* Prevalence of chronic medical conditions among jail and prison inmates in the USA compared with the general population // *J. Epid. Com. Health*. 2009. Vol. 63(11). P. 912–919.
151. *Birmingham L.* Doctors working in prisons // *BMJ*. 2002. Vol. 324(7335). P. 440.
152. *Birmingham L., Wilson S., Adshead G.* Prison medicine: ethics and equivalence // *Br. J. Psychiatry*. 2006. Vol. 188. P. 4–6.

153. *Brady J.L.* Telemedicine behind bars: a cost-effective and secure trend // *Biomed. Instrum. Technol.* 2005. Vol. 39(1). P. 7–8.
154. *Buetow S.A., Roland M.* Clinical governance: bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care // *Qual. Health Care.* 1999. Vol. 8. P. 184–190.
155. *California Correctional Health Care Services.* Inmate medical services policies & procedures [Электронный ресурс]. URL:<http://www.cphcs.ca.gov/imspp.aspx> (дата обращения: 09.03.2014). Загл. с экрана.
156. *Carson E.A., Golinelli D.* Prisoners in 2012: trends in admissions and releases, 1991–2012. Washington, DC: Bureau of Justice Statistics, December 2013. 44 p.
157. *Chan M.* launch of the UK Department for International Development's new health strategy [Электронный ресурс]. London: WHO, 5 June 2007. URL:http://www.who.int/dg/speeches/2007/050607_DFID/en/# (дата обращения: 11.05.2014). Загл. с экрана.
158. *Coalition for Juvenile Justice (CJJ).* Latino youth and the juvenile court system. Washington, DC: Coalition for Juvenile Justice, 2006. 2 p.
159. *Coid J.W.* Mentally abnormal prisoners on remand: I. Rejected or accepted by the NHS? // *BMJ.* 1999. Vol. 296(6639). P. 1779–1782.
160. *Coming home from jail: the social and health consequences of community reentry for women, male adolescents, and their families and communities* / N. Freudenberg, J. Daniels, M. Crum [et al.] // *Am. J. Public Health.* 2005. Vol. 95(10). P. 1725–1736.
161. *Commission on Correctional Health Care (CCHC).* Standards: A framework for quality [Электронный ресурс]. URL:<http://www.ncchc.org/standards> (дата обращения: 19.07.2014). Загл. с экрана.
162. *Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples.* European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV // *Br. Med. J.* 1992. Vol. 304(6830). P. 809–813.
163. *Condon L., Hek G., Harris F.* Public health, health promotion and the health of people in prison // *Com. Pract.* 2006. Vol. 79(1). P. 19–22.
164. *Correctional Investigator Canada.* Annual report of the office of the correctional investigator 2012-2013. Ottawa, Ontario: Correctional Investigator Canada, 2013. 61 p.
165. *Cost-effectiveness of universal screening for chlamydia and gonorrhoea in US jails* / J.R. Kraut-Becher, T.L. Gift, A.C. Haddix [et al.] // *J. Urban Health.* 2004. Vol. 81(3). P. 453–471.
166. *Council of Europe* [Электронный ресурс]. URL:<http://www.cpt.coe.int>

167. *Council of Europe*. The CPT standards. Strasbourg: Council of Europe, 2006. 92 p.
168. *Council of Europe*. Recommendation Rec(2006)2 of the Committee of Ministers to member states on the European Prison Rules [Электронный ресурс]. URL:<https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955747> (дата обращения: 21.05.2014).
169. *Coyle A.A.* Human rights approach to prison management. 2-nd. ed. London: International Centre for Prison Studies, 2009. 168 с.
170. *Critical resistance to the prison-industrial complex* // *Social Justice*. 2000. Vol. 27(3). P. 1–17.
171. *Davies R.* Mental health of US prisoners is poor // *Lancet*. 2003. Vol. 362(9394). P. 1466.
172. *Delgado M., Humm-Delgado D.* Health and health care in the nation's prisons: issues, challenges, and policies. (6-nd ed.). New York: Rowman & Littlefield Publishers, 2009. 300 p.
173. *Deming W.E.* Elementary principles of the statistical control of quality: a series of lectures. 2-nd edition. Tokyo: Nippon Kagaku Gijutsu Remmei, 1952. 103 p.
174. *Donabedian A.* Explorations in quality assessment and monitoring: the definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980. 163 p.
175. *Duff A.* Restoration and retribution // *Restorative justice and criminal justice: competing or reconcilable paradigms* / M. Schiff, A. Hirsch, J. Roberts [et al.] (Eds). Oxford; Portland, Or.: Hart Publishing, 2004. 348 p.
176. *Elliott R.* Deadly disregard: government refusal to implement evidence-based measures to prevent HIV and Hepatitis C virus infections in prisons // *Canadian Med. Ass. J.* 2007. Vol. 177(3). P. 262–264.
177. *Elston M.A.* Women and medicine: the future. London: Royal College of Physicians, 2009. 159 p.
178. *Enders S.R., Paterniti D.A., Meyers F.J.* An approach to develop effective health care decision making for women in prison // *J. Palliat. Med.* 2005. Vol. 8(2). p. 9.
179. *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*. Prisons and drugs in Europe: the problem and responses. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2012. 36 p.
180. *Ewert S., Wildhagen T.* U.S. Educational Characteristics of Prisoners: Data from the ACS. Washington, DC: Census Bureau, 2011. 32 p.
181. *Family and socio-demographic risk factors for psychopathy among prison inmates* / H.G. Cirilo, M. José, F. Martha [et al.] // *The Eur. J. of Psychology Applied to Legal Context*. 2012. Vol. 4(2). C. 119–134.
182. *Fazel S., Baillargeon J.* The health of prisoners // *Lancet*. 2011. Vol. 377(9769). P. 956–965.

183. *Financial analysis of telecardiology used in a correctional setting* / M.J. McCue, C.L. Hampton, W. Malloy [et al.] // *Telemed. J. E. Health*. 2000. Vol. 6(4). P. 385–391.
184. *García E.A.* La experiencia española en drogas y VIH/SIDA, su prevención, tratamiento y atención en las prisiones [The Spanish experience with drugs and HIV/AIDS, prevention, treatment and care in prisons] // *Survey of United Nations and other best practices in the treatment of prisoners in the criminal justice system* / K. Aromaa, T. Viljanen (Eds). Helsinki: European Institute for Crime Prevention and Control, 2010. 150 c.
185. *Gillies M., Knifton L., Dougall R.* Prison health in NHS Greater Glasgow & Clyde: A health needs assessment 2012. Glasgow: NHS, 2012. 139 p.
186. *Glaze L.E., Herberman E.J.* Correctional populations in the United States, 2012. Washington, DC: Bureau of Justice Statistics, December 2013. 13 p.
187. *Gondles E.F.* A call to immunize the correctional population for hepatitis A and B // *Am. J. Med.* 2005. Vol. 118(Suppl. 10A). P. 84–89.
188. *Greifinger R.B.* Public health behind bars: from prisons to communities. New York: Springer Science, 2007. 576 p.
189. *Hammett T.M., Harmon P., Maruschak L.M.* 1996–1997 Update: HIV/AIDS, STDs, and TB in Correctional Facilities. Washington, DC: National Institute of Justice; Centers for Disease Control and Prevention; Bureau of Justice Statistics, 1999. Report no. NCJ 176344. 107 p.
190. *Harden J., Hill M.* Breaking the rules: women in prison and feminist therapy. New York: Haworth Press, 1998. 212 p.
191. *Harlow C.W.* Education and correctional populations. Washington, DC: U.S. Department of Justice, 2003. 12 p.
192. *Hayton P., Boyington J.* Prisons and health reforms in England and Wales // *Am. J. Public. Health*. 2006. Vol. 96(10). P. 1730–1733.
193. *Health care and change management in the context of prisons: rapid reviews of the literature in two parts* / R. Watson, A. Stimpson, T. Hostick [et al.]. London: National Institute for Clinical Excellence, 2002. 61 p.
194. *Health care for soon-to-be-released inmates: a survey of state prison systems* / C.A. Hornung, B.J. Anno, R.B. Greifinger [et al.] // *The health status of soon-to-be-released inmates: a report to Congress*. Chicago: National Commission on Correctional Health Care, 2002. Vol. 2. P. 1–12.
195. *Health in prisons: WHO guide to the essentials in prison health* / L. Møller, H. Stöver, R. Jürgens [et al.] (Eds.). Copenhagen: World Health Organization, 2007. p. 142.
196. *Hepatitis B and C in New South Wales prisons: prevalence and risk factors* / T.G. Butler, K.A. Dolan, M.J. Ferson [et al.] // *Med. J. Aust.* 1997. Vol. 166(3). P. 127–130.

197. *Holzer H.J., Steven R., Stoll M.A.* Will employers hire former offenders? Employer preferences, background checks, and their determinants. Madison, WI: Institute for Research on Poverty University of Wisconsin-Madison, 2002. 46 p.
198. *Houston E., Bernstein J.* Crime and work: what we can learn from the low-wage labor market. Washington, DC: Economic Policy Institute, 2000. 39 p.
199. *Howard League for Penal Reform.* «Care, concern and carpets»: how women's prisons can use first night in custody centres to reduce distress. London: Howard League for Penal Reform, 2006. 28 p.
200. *Human Development Report (HDR).* United Nations development programme [Электронный ресурс]. URL:<http://hdr.undp.org/en/humandev>
201. *Influence of patient age and sex on delivery of guideline-recommended heart failure care in the outpatient cardiology practice setting: findings from IMPROVE HF / C.W. Yancy, G.C. Fonarow, N.M. Albert [et al.] // Am. Heart J.* 2009. Vol. 157(4). P. 754–762.
202. *ISO 9001:1994.* Quality systems – model for quality assurance in design, development, production, installation and servicing. 2-nd ed. Geneva: International Organization for Standardization, 1994. 11 p.
203. *Instituting lasting reforms for prisoner reentry in Philadelphia / R. John, K. Michael, T. Emily [et al.].* Washington, DC: Urban Institute, 2006. 135 p.
204. *International Centre for Prison Studies (ICPS)* [Электронный ресурс]. URL:<http://www.prisonstudies.org>.
205. *International Centre for Prison Studies.* Prison Population Total [Электронный ресурс]. URL:http://www.prisonstudies.org/info/worldbrief/wpb_stats.php?area=all&category=wb_porptotal (дата обращения: 20.02.2014). Загл. с экрана.
206. *Jacobs R.J., Rosenthal P., Meyerhoff A.S.* Cost effectiveness of hepatitis A/B versus hepatitis B vaccination for US prison inmates // *Vaccine*. 2004. Vol. 22(9-10). P. 1241–1248.
207. *James N.* The federal prison population buildup: overview, policy changes, issues, and options. Washington, DC: Congressional Research Service, 2014. 54 p.
208. *Joint Commission* [Электронный ресурс]. <http://www.jointcommission.org/>
209. *Kendig N.* Tuberculosis control in prisons // *Int. J. Tuberc. Lung. Dis.* 1998. Vol. 2(9 Suppl. 1). P. 57–63.
210. *Kivivuori J., Linderborg H.* Short-term prisoners in Finland: a study of their living conditions and criminality. Helsinki: National Research Institute of Legal Policy, 2009. Research Report № 248. 228 p.
211. *Kruttschnitt C., Gartner R.* Women's imprisonment // *Crime and Justice*. 2003. Vol. 30. C. 1–81.

212. *Lane R.D., Sechrest L., Riedel R.* Sociodemographic correlates of alexithymia // *Compr. Psychiat.* 1998. Vol. 39(6). P. 377–385.
213. *Lang J.* Aging prison population poses new problems: aging inmates turning jails into nursing homes // *The Patriot Ledger.* 1999. P. 1–2.
214. *Lavecchia G.* Feeding a graying prison population // *Food Management.* 1997. Vol. 32. P. 26–30.
215. *LeBlanc A.N.* *Random family: love, drugs, trouble, and coming of age in the Bronx.* New York: Scribner, 2003. 432 p.
216. *Levy M.* Prison health services // *BMJ.* 1997. Vol. 315(7120). P. 1394–1395.
217. *Life after lockup: improving reentry from jail to the community / A.L. Solomon, J.W.L. Osborne . S.F. LoBuglio [et al.].* Washington, DC: Urban Institute, 2008. 189 p.
218. *Lloyd J., Wait S.* *Integrated care: a guide for policymakers.* London: Alliance for Health and the Future, 2005. 24 p.
219. *L'organisation des soins aux détenus: rapport d'évaluation / T. Fatome, M. Vernerey, F. Lalande [et al.].* Paris: Inspection générale des affaires sociales, 2001. 187 p.
220. *MacDonald M., Stöver H.* Editorial // *Int. J. of Prisoners Health.* 2005. Vol. 51. p. 1–5.
221. *Males M., Macallair D.* *The Color of Justice: An Analysis of Juvenile Adult Court Transfers in California.* Washington DC: Center on Juvenile and Criminal Justice, 2000. 11 p.
222. *Mallik-Kane K., Visser C.A.* *Health and prisoner reentry: how physical, mental, and substance abuse conditions shape the process of reintegration.* Washington, DC: Urban Institute, 2008. 82 p.
223. *Marchetti A.-M.* *Pauvretès en prison.* Ramonville-Saint-Agne: Erès, 1997. 236 p.
224. *Marshall T., Simpson S., Stevens A.* *Health care in prisons: a health care needs assessment.* Birmingham: University of Birmingham, 2000. 160 p.
225. *Marshall T., Simpson S., Stevens A.* Use of health services by prison inmates: comparisons with the community // *J. Epid. Comm. Health.* 2001. Vol. 55. P. 364–365.
226. *Martin M.* State warned on elderly inmate crisis // *San Francisco Chronicle.* 2003. February 26. p. 1.
227. *Matsching T., Frühwald S., Frotter P.* Suizide hinter Gittern im internationalen Vergleich // *Psychiatr Prax.* 2006. № 33(1). P. 6–13.
228. *McArthur M., Camilleri P., Webb H.* *Strategies for managing suicide and self-harm in prisons.* Canberra: Australian Institute of Criminology, 1999. 6 p.

229. *Minton T.D.* Jail inmates at midyear 2011 – Statistical tables. Washington DC: Bureau of Justice Statistics, 2012. 14 p.
230. *Montgomery S.* Prisons urge older inmates to think of health // *Dayton Daily News*. 1997. April 28. P. 3–4.
231. *Nancy O.G.* Quality in health care: theory, application, and evolution. Gaithersburg, Md.: Aspen Publishers, 1995. 388 p.
232. *National Commission on Correctional Health Care (NCCHC)* [Электронный ресурс]. <http://www.ncchc.org/about>
233. *National Commission on Correctional Health Care.* The health status of soon-to-be-released inmates: a report to Congress. Chicago: National Commission on Correctional Health Care, 2002. Vol. 1-2.
234. *National Health Service.* The future organisation of prison health care. London: NHS, 1999. 108 p.
235. *National Health Service.* Health promoting prisons: a shared approach. London: NHS, 2002. 72 p.
236. *National Health Service.* National partnership agreement between: the National Offender Management Service, NHS England and Public Health England for the co-commissioning and delivery of healthcare services in prisons in England. London: NHS, 2013. 38 p.
237. *National Institute of Justice.* Evaluation of the Hampden county public health model of correctional care / T.M. Hammett, C. Roberts, S. Kennedy [et al.]. Rockville, MD: National Institute of Justice, 2004. 190 p.
238. *National Learning Consortium.* Continuous quality improvement (CQI) strategies to optimize your practice. Washington, DC: National Learning Consortium, 2013. 20 p.
239. *National study examines rise in female inmate populations* // *Corrections Professional*. 2006. Vol. 11. p.1.
240. *New arrangements for prison health care: provide an opportunity and a challenge for primary care trusts* / N. de Viggiani, J. Orme, J. Powell [et al.] // *BMJ*. 2005. Vol. 330. P. 918.
241. *Niveau G.* Prevention of infectious disease transmission in correctional settings: a review // *Public Health*. 2006. Vol. 120(1). P. 33-41.
242. *Niveau G.* Relevance and limits of the principle of «equivalence of care» in prison medicine // *J. Med. Ethics*. 2007. V. 33(10). P. 610-613.
243. *Nolte E., McKee M.* Caring for people with chronic conditions: a health system perspective. Copenhagen: WHO, 2008. 290 p.
244. *Norfolk, Suffolk and Cambridgeshire Strategic Health Authority.* Independent Inquiry into the death of David Bennett. Cambridge: Norfolk, Suffolk and Cambridgeshire Strategic Health Authority, 2003. 88 p.

245. *Nurse J., Woodcock P., Ormsby J.* Influence of environmental factors on mental health within prisons: focus group study // *BMJ* 2003. Vol. 327. P. 480.
246. *OECD.* OECD Factbook 2011-2012: economic, environmental and social statistics. Paris: OECD Publishing, 2012. 292 p.
247. *Outbreak of multi-drug-resistant tuberculosis in a New York State prison, 1991* / S.E. Valway, S.B. Richards, J. Kovacovich [et al.] // *Am. J. Epidemiol.* 1994. Vol. 140(2). P. 113–122.
248. *Øvretveit J.* What are the best strategies for ensuring quality in hospitals? Copenhagen: WHO, 2003. 25 p.
249. *Øvretveit J., Klazinga N.* Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach. Copenhagen: WHO, 2008. 63 p.
250. *Padian N.S., Shiboski S.C., Jewell N.P.* Female to-male transmission of human immunodeficiency virus // *JAMA.* 1991 Vol. 266(12). P. 1664–1667.
251. *Penal Reform International.* Women in prison: incarcerated in a man's world. London: Penal Reform International, 2007. 12 p.
252. *Pisu M., Meltzer M.I., Lyerla R.* Cost-effectiveness of hepatitis B vaccination of prison inmates // *Vaccine.* 2002. Vol. 21(3-4). P. 312–321.
253. *Point prevalence of mental disorder in unconvicted male prisoners in England and Wales* / D. Brooke, C. Taylor, J. Gunn [et al.] // *BMJ.* 1996. Vol. 313(7071). P. 1524–1527.
254. *Pont J.* Medical ethics in prisons // *Int. J. Prisoner Health.* 2006. Vol. 2(4). P. 259–267.
255. *Pont J., Stöver H., Wolff H.* Dual loyalty in prison health care // *Am. J. Public Health.* 2012. Vol. 102(3). P. 475–480.
256. *Prevalence of chronic medical conditions among inmates in the Texas prison system* / A.J. Harzke, J. Baillargeon, S.L. Pruitt [et al.] // *J. Urban Health.* 2010. Vol. 87(3). P. 486–503.
257. *Primary medical care in Irish prisons* / J.M. Barry, C.D. Darker, D.E. Thomas [et al.] // *BMC Health Serv Res.* 2010. Vol. 10. P. 74.
258. *Prisoners are at risk for hepatitis C transmission* / T. Butler, A. Kariminia, M. Levy [et al.] // *Eur. J. Epidemiol.* 2004. Vol. 19(12). P. 1119–1122.
259. *Psychosis and drug dependence: results from a national survey of prisoners* / M. Farrell, A. Boys, P. Bebbington, T. Brugha [et al.] // *Br. J. Psychiatry.* 2002. Vol. 181. P. 393–398.
260. *Public Health England.* Shooting up: infections among people who inject drugs in the UK 2013. London: Public Health England, 2013. 16 p.
261. *Release from prison – a high risk of death for former inmates* / I.A. Binswanger, M.F. Stern, R.A. Deyo [et al.] // *New Engl. J. Med.* 2007. Vol. 356(2). P. 157–165.

262. *Resch S., Altice F.L., Paltiel A.D.* Cost-effectiveness of HIV screening for incarcerated pregnant women // *J. Acquir. Immune. Defic. Syndr.* 2005. Vol. 38(2). P.163–173.
263. *Ross M.W., Harzke A.J.* Toward healthy prisons: the TECH model and its applications // *Int. J. Prisoner Health.* 2012. Vol. 8(1). P. 16–26.
264. *Rusche G., Kirchheimer O.* Peine et structure sociale: histoires et «théorie critique» de regime penal. Paris: Les éditions du Cerf, 1994, 185 p.
265. *Scott P., Kamala M.-K., Aaron H.* Opportunities for information sharing to enhance health and public safety outcomes. Washington, DC: IJIS Institute; Urban Institute, 2013. 148 p.
266. *Sentencing Project.* New incarceration figures: growth in population continues. Washington, DC: Sentencing Project, 2005. 5 p.
267. *Sentencing Project.* Women in the criminal justice system: briefing sheets. Washington, DC: Sentencing Project, 2007. 10 p.
268. *Sexually transmitted diseases among female prisoners in Brazil: prevalence and risk factors / A.E. Miranda, P.M. Vargas, M.T. St. Louis [et al.] // Sex Transm. Dis.* 2000. Vol. 27(9). P. 491–495.
269. *Social and health status of arrivals in a French prison: a consecutive case study from 1989 to 1995 / A. Duhamel, J.M. Renard, M.C. Nuttens [et al.] // Rev. Epidemiol. Sante Publique.* 2001. Vol. 49(3). P. 229–238.
270. *Socio-demographic determinants of coinfections by HIV, hepatitis B and hepatitis C viruses in central Italian prisoners / G. la Torre, L. Miele, G. Chiaradia [et al.] // BMC Inf. Dis.* 2007. Vol. 7. P. 100.
271. *Steadman H.J., Veysey B.M.* Providing services for jail inmates with mental disorders: research in brief. Washington, DC: National Institute of Justice, 1997. 12 p.
272. *Substance abuse and mental health services administration.* Behavioral health barometer: United States, 2013. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2013. 37 p.
273. *Substantial use of primary health care by prisoners: epidemiological description and possible explanations / J.M. Feron, D. Paulus, R. Tonglet [at al.] // J. Epidemiol. Comm. Health.* 2005. Vol. 59(8). P. 651–655.
274. *Sykes G.M.* The society of captives: a study of a maximum security prison. Princeton, NJ: Princeton University Press, 2007. 204 p.
275. *Taylor Z., Nguyen C.* Cost-effectiveness of preventing tuberculosis in prison populations: presentation // The health status of soon-to-be-released inmates: a report to Congress. Chicago: National Commission on Correctional Health Care, 2002. Vol. 2. P. 109–124.

276. The cost-effectiveness of routine screening for sexually transmitted diseases in United States prisons and jails / J.R. Kraut, A.C. Haddix, V. Carande-Kulis [et al.] // *The health status of soon-to-be-released inmates: a report to Congress*. Chicago: National Commission on Correctional Health Care, 2002. Vol. 2. P. 81–108.

277. *The improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance* / G.J. Langley, R. Moen, K.M. Nolan [et al.]. 2-nd ed. San Francisco: Jossey Bass, 2009. 512 p.

278. *The Pew Charitable Trusts. One in 100: behind bars in America 2008*. Washington DC: The Pew Charitable Trusts, 2008. 37 p.

279. *The relationship between personality, socio-economic factors, acute life stress and the development, spontaneous conversion and recurrences of acute lone atrial fibrillation* / A.V. Mattioli, S. Bonatti, M. Zennaro [et al.] // *Europace*. 2005. Vol. 7(3). P. 211–220.

280. *The spectrum of chronic hepatitis C virus infection in the Virginia correctional system: development of a strategy for the evaluation and treatment of inmates with HCV* / R.K. Sterling, R.S. Brown, C.M. Hofmann [et al.] // *Am. J. Gastroenterology*. 2005. Vol. 100. P. 313–321.

281. *Tonry M., Petersilia J. Prison's research at the beginning of the 21st*. Chicago: University of Chicago Press, 1999. 12 p.

282. *United Nations. Substance abuse treatment and care for women: case studies and lessons learned*. New York: United Nations, 2004. 105 p.

283. *United Nations. HIV/AIDS prevention, care, treatment and support in prison settings: a framework for an effective national response*. New York: United Nations, 2006. 50 p.

284. *United Nations. Handbook for prison managers and policymakers on women and imprisonment*. New York: United Nations, 2008. 128 p.

285. *United Nations. HIV in prisons: situation and needs assessment toolkit*. New York: United Nations, 2010. 92 p.

286. *United Nations. HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions*. New York: United Nations, 2013. 12 p.

287. *United States Bureau of Justice Statistics (BJS)*. [Электронный ресурс] URL:<http://bjs.ojp.usdoj.gov>.

288. *Using cost and health impacts to prioritize the targeted testing of tuberculosis in the United States* / T.L. Miller, P. Hilsenrath, K. Lykens [et al.] // *Ann. Epidemiol.* 2006. Vol. 16(4). P. 305–312.

289. *Varghese B., Peterman T.A. Cost-effectiveness of HIV counselling and testing in US prisons* // *J. Urban Health*. 2001. Vol. 78(2). P. 304–312.

290. *Walmsley R.* World female imprisonment list (second edition) (Women and girls in penal institutions, including pre-trial detainees/remand prisoners). 2-nd. ed. London: International Centre for Prison Studies. 2012. 6 p.
291. *Walmsley R.* World Prison Population List (tenth edition). London: International Centre for Prison Studies. 2013. 6 p.
292. *Watson R., Stimpson A., Hostick T.* Prison health care: a review of the literature // *Int. J. Nurs. Stud.* 2004. Vol. 41(2). p. 119–128.
293. *Weinbaum C.M., Sabin K.M., Santibanez S.S.* Hepatitis B, hepatitis C, and HIV in correctional populations: a review of epidemiology and prevention // *AIDS.* 2005. Vol. 19(3). P.41–46.
294. *Western B., Pettit B.* Incarceration and racial inequality in men's employment // *Industrial and Labor Relations Review.* 2000. Vol 54(1). P. 3–16.
295. *White P., Whiteford H.* Prisons: mental health institutions of the 21st century? // *MJA.* 2006. Vol. 185. P. 302–303.
296. *World Health Organization.* Mental health promotion in prisons: report on a WHO meeting. Geneva: WHO, 1999. 19 p.
297. *World Health Organization.* Innovative care for chronic conditions: building blocks for action. Geneva: WHO, 2002. 103 p.
298. *World Health Organization.* Quality and accreditation in health care services: a global review. Geneva: WHO, 2003. 225 p.
299. *World Health Organization.* Making health systems work: integrated health services – what and why? Geneva: WHO, 2008. 8 p.
300. *Yasuanga A.E.* The health of jailed women: a literature review // *J. Correct. Health Care.* 2001. Vol. 8(1). P. 21–35.

Научное издание

Туленков Алексей Михайлович

Пономарев Сергей Борисович

Основные принципы организации
медико-санитарного обеспечения лиц, содержащихся в пенитенциарных
учреждениях России и за рубежом

Монография

Директор Издательства ИжГТУ *Г. А. Осипова*

Редактор *Н. К. Швиндт*

Технический редактор *С. В. Петуховой*

Оформление обложки *Е. А. Рябичевой*

Подписано в печать 11.11.2014 Формат 60×84/16. Бумага офсетная

Усл. печ. Л. 8 + 0,11 вкл. Заказ № 289. Тираж 100 экз.

Издательство Ижевского государственного технического университета
имени М.Т. Калашникова

Отпечатано в типографии Издательства ИжГТУ. 426069, Ижевск, Студенческая, 7