



Ксения Рунова

Тюремная медицина: принципы и кейсы для России

аналитическая записка

Санкт-Петербург

2020

УДК 748
ББК 60.6
P82

P82 **Рунова К. А.** Тюремная медицина: принципы и кейсы для России / под ред. К. Д. Титаева. — СПб.: Институт проблем правоприменения при Европейском университете в Санкт-Петербурге, 2020. — (Аналитические обзоры по проблемам правоприменения; вып. 5(2020)). — 24 с.

ISSN 2307-2032 online

ISSN 2306-6520 print

В обзоре рассматриваются основные принципы устройства тюремной медицины, закрепленные в международных правовых документах, а также модели организации медицинской помощи заключенным в нескольких странах мира: США, Великобритании, Нидерландах, Франции. Каждая из моделей организации тюремной медицины уникальна и предлагает пути решения различных проблем российской системы. В США лечение заключенным частично предоставляется частными медицинскими организациями, в Великобритании и Франции тюремная медицина находится в ведении гражданского здравоохранения, а в Нидерландах — в ведении пенитенциарной системы. Аналитический обзор будет интересен специалистам в области государственного управления, исследователям пенитенциарных систем, правозащитникам и представителям экспертного сообщества.

Под редакцией директора по исследованиям ИПП Кирилла Титаева

Институт проблем правоприменения (The Institute for the Rule of Law) создан в 2009 году в составе Европейского Университета в Санкт-Петербурге. Миссия ИПП — содействие судебной реформе и утверждению принципа верховенства права в России. Направление деятельности — проведение научных исследований, публикации и доведение до сведения широкой общественности их результатов, инициация общественных дебатов, выработка стратегических рекомендаций для всех заинтересованных сторон, включая тех, кто принимает решения, а также развитие обучающих программ. Деятельность института поддерживается Сбербанком, ПАО «МТС», Российским научным фондом и Европейским университетом в Санкт-Петербурге.

Европейский Университет в Санкт-Петербурге (ЕУСПб) был учрежден в 1994 году и начал свою работу как обучающая аспирантура по социальным наукам в 1996 году. Благодаря высокому профессионализму и уникальному научному потенциалу Европейский университет приобрел репутацию одного из самых динамичных и современных образовательных учреждений страны.

Контакты:

Санкт-Петербург, ул. Гагаринская 6/1лит. А.,
Научно-исследовательский центр
«Институт проблем правоприменения»
Тел.: (812) 386 76 12
E-mail: ipp@eu.spb.ru
www.enforce.spb.ru



Настоящее издание может свободно и без получения особого разрешения правообладателя распространяться в электронном виде при условии, что копирование и/или распространение не преследует целей извлечения прибыли, сохраняется указание имен авторов и правообладателя и не модифицируется, включая конвертацию в другие форматы файлов, оригинальная электронная версия издания, которую можно загрузить с сайта — www.enforce.spb.ru.

© Коллектив авторов, 2020

© Институт проблем правоприменения при Европейском университете в Санкт-Петербурге, 2020

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ | EXECUTIVE SUMMARY

Несмотря на создание отдельной вертикали подчинения медицинских работников (с 2014 года медики формально не подчиняются администрации исправительных учреждений) внутри Федеральной службы исполнения наказания (ФСИН), в тюремной медицине¹ сохраняется ряд серьезных проблем:

- зависимость врачей от немедицинского персонала и начальников учреждений, не имеющих медицинского образования;
- дефицит медицинских работников;
- ограничение доступа осужденных к врачам-специалистам;
- бюрократические и логистические проблемы при организации госпитализации обвиняемых, подозреваемых и осужденных;
- поздняя диагностика заболеваний.

В данном обзоре рассматривается устройство тюремной медицины в трех европейских странах (Нидерландах, Великобритании, Франции) и США. Знания о том, как устроена каждая из этих систем, могут быть полезны для реформирования российской тюремной медицины. Выбор кейсов обусловлен, с одной стороны, представленностью принципиально отличающихся друг от друга организационных систем, с другой стороны, большей доступностью информации об этих системах.

Согласно рекомендациям ВОЗ² при организации тюремной медицины должны соблюдаться два принципа — эквивалентности и непрерывности. Принцип эквивалентности: человеку, находящемуся в местах лишения свободы, должен быть доступен тот же объем (и качество) медицинской помощи, что и человеку вне пенитенциарной системы. Принцип непрерывности: информация о здоровье и лечении пациента до заключения должна быть доступна тюремным врачам, а информация о здоровье и лечении в тюрьме — врачам, которые будут работать с пациентом после освобождения. Именно на соблюдение этих двух принципов направлена тюремная медицина в рассматриваемых странах.

Подчинение тюремной медицины руководству пенитенциарной системы ограничивает независимость врачей, изолирует тюремных медиков от врачебного сообщества, а также делает их профессиональный статус менее престижным. Из-за разрыва связи между гражданской и тюремной медициной нарушается принцип непрерывности врачебной помощи. Это объясняется, в частности, отсутствием единой базы данных медицинских документов, что делает невозможной оперативную передачу этих документов между учреждениями гражданской и пенитенциарной медицины.

Перенос тюремной медицины в подчинение министерства здравоохранения способствовал устранению проблемы транспортировки и госпитализации во Франции и Великобритании. Неудачными решениями стали создание ведомственных больниц, подотчетных министерству юстиции (Нидерланды, Россия), а также передача организации госпитализации заключенных в руки частных компаний (США).

¹ Далее тюремной медициной будут называться все виды медицинской помощи во всех учреждениях ФСИН России.

² Good Governance for Prison Health in the 21st Century: A Policy Brief on the Organization of Prison Health // World Health Organization. 2013. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326388/9789289000505-eng.pdf>.

Дефицит тюремных медиков, как показывает опыт Нидерландов, Шотландии и Франции, хорошо решается передачей первичной консультации пациентов медсестрам. Это снижает нагрузку на тюремных врачей. В России медсестер в системе ФСИН не хватает, из-за этого помощь может оказываться несвоевременно, а «первым фильтром» становятся сами врачи либо немедицинский персонал.

В России и в США бесплатная медицинская помощь осужденным ограничена. Для многих заключенных даже небольшие платежи за медицинскую помощь неподъемны, а значит, они лишаются возможности лечиться. В европейских странах, рассмотренных нами, медицинская помощь заключенным оказывается за счет государства или покрывается страховкой.

За пределами мест заключения с людьми, склонными к аутоагрессии и суициду, работают врачи. Однако в местах лишения свободы эта проблема становится все меньше медицинской и все больше дисциплинарной. Помощь таким заключенным в основном опирается на усиление контроля над ними.

СОДЕРЖАНИЕ

Основные результаты Executive summary	3
РОССИЙСКАЯ ТЮРЕМНАЯ МЕДИЦИНА В МИРОВОМ КОНТЕКСТЕ	6
ОРГАНИЗАЦИЯ И ПОДВЕДОМСТВЕННОСТЬ ТЮРЕМНОЙ МЕДИЦИНЫ	10
Нидерланды	10
Великобритания (пример Шотландии)	12
Франция	15
США	17
ВЫВОДЫ	21
Библиография	23

РОССИЙСКАЯ ТЮРЕМНАЯ МЕДИЦИНА В МИРОВОМ КОНТЕКСТЕ

Качественная медицинская помощь заключенным является не только важным признаком соблюдения прав человека в тюрьмах, но и способом поддержания здоровья всего населения. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Управление ООН по наркотикам и преступности (УПН ООН) отмечают, что пристальное внимание к здоровью заключенных необходимо в связи с более высоким риском получить такие социально опасные заболевания, как туберкулез и ВИЧ, в условиях перенаселения пенитенциарных учреждений и высокой концентрацией людей, находящихся в группе риска по данным заболеваниям¹.

Согласно принципу эквивалентности, закрепленному в международных документах², преступники должны получать такую же медицинскую помощь, как и все остальные граждане, так как плохая медицинская помощь не может быть частью наказания. Квалификация медиков в соответствии с этим принципом должна быть сопоставима с квалификацией врачей вне тюремных стен. А требования к профессиональной этике тюремного врача даже возрастают, так как пациент в заключении лишен возможности выбрать врача и с большей вероятностью может быть подвергнут жестокому обращению³. Однако когда медицинские учреждения являются частью пенитенциарной системы, а лечение (амбулаторное и стационарное) в гражданских больницах затруднено из-за требований режима содержания, возникает неравенство доступа к медицинской помощи между заключенными и остальными гражданами, что нарушает принцип эквивалентности.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ и УПН ООН, тюремная медицина должна быть частью общегражданской системы здравоохранения⁴. Это необходимо для достижения независимости медицинских работников внутри их профессиональных компетенций. В отсутствие такой независимости врачей вовлекают в осуществление наказания, в частности они вынуждены участвовать в досмотрах, в принятии решения об одиночном заключении — и часто, в силу организационных ограничений, врачи не могут сообщать о жестоком обращении с заключенными в органы, занимающиеся расследованием таких случаев⁵. Сохранение медицинской тайны в условиях режимного учреждения с жесткой субординацией сотрудников становится крайне сложной задачей.

Другими целями передачи тюремной медицины из министерства юстиции (в ведении которого она находится в большинстве стран) в министерство здравоохранения являются: достижение принципа эквивалентности медицинской помощи в тюрьмах, преодоление изоляции тюремных врачей от гражданских медицинских работников, создание здоровой атмосферы в местах заключения для сотрудников и их подопечных, а также обеспечение непрерывности лечения до, во время и после отбывания наказания⁶. Кроме того, передача тюремной медицины в ведение министерства здравоохранения повышает достоверность мониторинга качества услуг, так как индикаторы качества в таком случае создаются представителями гражданского медицинского ведомства по аналогии с общегражданской медициной. Важно, чтобы статистика тюремной медицины включалась в общую медицинскую статистику, что пока не практикуется во многих европейских странах⁷.

¹ Good Governance for Prison Health in the 21st Century... Pp. 1-2.

² Ibid. P. vii.

³ Ibid. P. 8.

⁴ Status Report on Prison Health in the WHO European Region // WHO Regional Office for Europe. 2019. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329943/9789289054584-eng.pdf>. Pp. 16–18.

⁵ Good Governance for Prison Health in the 21st Century... Pp. 13–14.

⁶ Leaman J. et al. Rapid Review of Evidence of the Impact on Health Outcomes of NHS Commissioned Health Services for People in Secure and Detained Settings to Inform Future Health Interventions and Prioritisation in England // Public Health England. 2016. URL: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/565231/Rapid_review_health_outcomes_secure_detained_settings_.pdf. P. 14.

⁷ Health in Prisons: Fact Sheets for 38 European Countries // World Health Organization. 2019. URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/397915/Health_in_prisons_report_online.pdf?ua=1. P. 18.

Среди 39 европейских стран, участвовавших в исследовании ВОЗ, тюремная медицина подчиняется какому-то одному ведомству (министерству юстиции или министерству здравоохранения) в 28 из них: в 17 странах (44%) – министерству юстиции, в 7 странах (18%) – министерству здравоохранения, в 4 странах (10%) – департаменту медицины внутри тюремного ведомства. В оставшихся 11 странах тюремные медики подчиняются одновременно нескольким ведомствам. Почти во всех 39 странах между тюремной медициной и системой гражданского здравоохранения существует сотрудничество. Почти в половине рассматриваемых стран бюджетом тюремного здравоохранения заведует министерства юстиции⁸.

На доступ к медицинской помощи влияет и то, является ли она бесплатной. В условиях пенитенциарной системы, где не для всех заключенных достаточно рабочих мест, где заработная плата значительно ниже, чем на свободе, а некоторые заключенные являются нетрудоспособными, платная медицинская помощь является дискриминирующим фактором. В 18 странах Европы заключенные сами должны оплачивать некоторые медицинские услуги⁹, такой же порядок существует в США. В России базовая медицинская помощь в тюрьмах оказывается бесплатно. Однако во многих пенитенциарных учреждениях не хватает медикаментов, о чем говорят врачи, правозащитники и бывшие осужденные¹⁰. Родственники заключенных вынуждены закупать недостающие лекарства или оплачивать прием врача-специалиста, если по какой-то причине такой прием не могут организовать бесплатно.

Тюремная медицина в России является частью пенитенциарной системы. Лицензии на медицинскую деятельность выдаются Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения. До 2014 года медицинские работники подчинялись непосредственно начальникам тюрем и колоний, не имеющим медицинского образования; внутри региональных управлений Федеральной службы исполнения наказания (ФСИН) функционировали медицинские отделы. С 2014 года ФСИН начала выводить медицинских работников из прямого подчинения начальникам тюрем и колоний и подчинять их региональным отделам в составе управлений ФСИН – чтобы медики могли в меньшей степени руководствоваться субординацией и в большей степени опираться на законодательство в сфере оказания медицинской помощи и на нормы врачебной этики¹¹.

В ведении ФСИН находятся медицинские части внутри исправительных учреждений и СИЗО, лечебно-исправительные учреждения и больницы. В медицинских частях оказывают медицинскую помощь фельдшеры, терапевты и психиатры, там нет врачей-специалистов, лабораторий для проведения анализов, не проводятся операции и нет сложного медицинского оборудования. Ресурсов ФСИН не хватает для организации медицинской помощи по всем направлениям так, чтобы для учреждений не было проблемой организация транспортировки человека в медицинские учреждения. Ведомственные больницы могут находиться в столице региона или даже в другом регионе. Но сотрудники ведомства предпочитают отправлять заключенных туда, потому что это организовать все равно проще, чем отправить заключенного в расположенную недалеко гражданскую больницу, с которой нужно заключать специальный договор, согласовывать посещение и выделять для сопровождения несколько сотрудников. Таким образом, доступ заключенных к инфраструктуре министерства здравоохранения в виде районных поликлиник и стационаров сильно затруднен. Эксперты отмечают, что даже сами гражданские врачи-специ-

⁸ Status Report on Prison Health in the WHO European Region... Pp. 16–18.

⁹ Ibid. Pp. 16–18.

¹⁰ При ссылке на мнение экспертов здесь и далее в тексте используются данные из интервью, собранных в 2017–2020 гг., – с тюремными врачами, сотрудниками и представителями администрации пенитенциарных учреждений, с правозащитниками и бывшими осужденными.

¹¹ Подробнее об организационном устройстве тюремной медицины и о профессиональной автономии врачей в российской пенитенциарной системе см.: Рунова К. «Неуместная» гуманность: как работают врачи в пенитенциарной системе России // *Journal of Social Policy Studies*. 17 (3). 2019; Рунова К. Ресоциализация в местах лишения свобод: аналитический обзор // Сайт Института проблем правоприменения. 2018. Режим доступа: https://enforce.spb.ru/images/Products/IRL_Resocializaciya_in_Russia.pdf (дата обращения 13.06.2020, доступ свободный).

алисты часто отказываются посещать заключенных в пенитенциарных учреждениях. Это может быть связано со стигматизацией заключенных и нежеланием врачей связываться с пенитенциарными учреждениями. И тюремные врачи, и адвокаты в интервью отмечают, что организовать посещение всего учреждения или отдельных пациентов крайне сложно. В данном случае дополнительно дискриминируются люди, у которых нет родственников или адвоката, готовых заниматься этим вопросом.

Профессия тюремного врача обладает определенной спецификой по сравнению с гражданскими врачами, что требует профессиональной переподготовки. ВОЗ отмечает, что в ряде стран Европы тюремные врачи не проходят такого обучения¹². В России тоже нет специального обучения по работе в условиях пенитенциарных учреждений. По этой причине врачи не умеют противостоять давлению других сотрудников и администрации исправительных учреждений и не знают, как справляться с этическими дилеммами при работе с преступниками.

Профессия тюремного врача даже в развитых странах мира непрестижна. В России мотивацией служит более высокая, чем у гражданских врачей, зарплата (в том случае если тюремный врач занимает аттестованную ставку, то есть получает воинское звание внутренней службы), также он раньше получит пенсию и другие льготы. Врачей «в погонах» в системе ФСИН около 30%, обязательно аттестованным должен быть начальствующий состав, начиная с начальников медицинских частей в учреждениях. Аттестованным врачам запрещено совмещать свою работу в колонии с работой в гражданской медицине. Однако в связи с майскими указами президента 2012 года, гражданские врачи должны получать 200% от средней по региону заработной платы. Частичное или полное выполнение этих указов привело к тому, что в некоторых регионах, в частности в Москве, гражданские врачи стали получать бóльшую заработную плату, чем аттестованные тюремные врачи. Таким образом, заработная плата аттестованных сотрудников ФСИН в ряде регионов перестала быть преимуществом.

Системы здравоохранения многих стран испытывают дефицит медицинских работников. В пенитенциарной медицине эта проблема стоит еще более остро. В России на 1 тыс. заключенных приходится 32 медработника, 11,5 врача и 5 психологов¹³. Число медработников соответствует среднему европейскому показателю (анализировались 39 стран)¹⁴. Так, относительное количество врачей в российской пенитенциарной системе больше, чем во Франции, хотя относительное количество медработников в этой стране больше, чем в России. Это объясняется тем, что во Франции медсестры – основные гейткиперы (то есть осуществляют первичную диагностику, решают, действительно ли заключенным необходим прием врача, и ранжируют больных по уровню срочности). В России же медсестер в пенитенциарных учреждениях практически нет, в основном их функции выполняют врачи или санитары из числа заключенных. Отбор пациентов, нуждающихся в приеме врача, наряду с медицинским персоналом производят и сотрудники, отвечающие за безопасность, без медицинского образования. По относительному числу медработников в тюрьмах Россия сильно отстает от наиболее экономически успешных стран, в частности от Швейцарии, Финляндии и Швеции¹⁵.

Отдельной темой является психологическая и психиатрическая помощь заключенным, склонным к аутоагрессии и суициду. В пенитенциарных учреждениях этот вопрос входит в компетенции как медицинских работников, так и сотрудников, обеспечивающих безопасность заключенных и контроль за ними. Представители этих профессиональных групп могут решать ее по-разному: через психотерапевтические и медикаментозные методы – либо усиление контроля над заключенными. Во втором случае сотрудникам важно предотвратить аутоагрессию заключенного в стенах исправительного учреждения, но не после освобождения. Это может быть эффективно, лишь когда самоповреждения – форма протеста, но не в случаях реального психи-

¹² Good Governance for Prison Health in the 21st Century... Pp. 13–14.

¹³ Health in Prisons: Fact Sheets for 38 European Countries... P. 121.

¹⁴ Status Report on Prison Health in the WHO European Region... P. 20.

¹⁵ Health in Prisons: Fact Sheets for 38 European Countries... Pp. 53-55, 141-145.

ческого отклонения. В России метод предотвращения таких инцидентов – постановка на профилактический учет и постоянный контроль со стороны немедицинского персонала. Если человек все-таки совершает акт самоповреждения, медики оказывают ему первую помощь.

Другим важнейшим принципом медицинской помощи заключенным является непрерывность¹⁶. Лечение не должно прерываться после того, как человека заключили под стражу или отправили отбывать наказание. Прерывание лечения грозит ухудшением состояния здоровья и обострением соматических заболеваний. В случае лечения от наркозависимости прекращение может привести к передозировке. Отсутствие преемственности делает бессмысленными затраты на лечение во время отбывания наказания, так как пациент без необходимых лекарств и процедур может быстро вернуться к прежнему состоянию.

Освободившись, бывшие заключенные должны иметь возможность продолжить лечение в гражданских больницах, то есть их медицинские документы следует оперативно передать из тюремного медицинского учреждения в гражданское. Лучший способ для этого – создать и использовать единую базу медицинских документов.

Российские правозащитники в интервью утверждают, что справки из гражданских больниц в пенитенциарных учреждениях не принимаются. Это создает серьезный временной промежуток, который требуется для проведения обследования и постановки диагноза уже внутри тюремной системы. Только после этого заключенный сможет получить лечение, которое уже было назначено и проводилось на свободе. В России освободившиеся заключенные могут обратиться в гражданские больницы по полису ОМС, однако не существует единой базы медицинских документов. Медицинские карточки и обследования, которые человек проходил, находясь в местах заключения, остаются в системе ФСИН и сдаются в архив. Таким образом, освободившимся заключенным часто приходится заново подтверждать свой диагноз. В 2020 году в первом чтении нижней палаты парламента был принят законопроект о том, что пенитенциарные учреждения должны передавать данные об освобождающихся с заболеваниями, потенциально опасными для окружающих, региональному Минздраву по месту жительства бывшего заключенного. В Минздраве отмечают, что многие бывшие заключенные сами отказываются лечиться после освобождения¹⁷.

В пенитенциарных учреждениях России каждый 10-й мужчина и каждая 5-я женщина являются ВИЧ-положительными¹⁸, за год более 10% ВИЧ-положительных проходят через систему ФСИН¹⁹, только половина из них получает антиретровирусную терапию²⁰. Кроме того, для ВИЧ-инфицированных в условиях закрытых учреждений возрастает риск гибели из-за туберкулеза. Количество больных активной формой туберкулеза официально снижается, но все равно находится на уровне более 13 тысяч человек; в 2019 году освободилось чуть более 5 тысяч человек с этим заболеванием. Также среди заключенных распространены вирусные гепатиты В и С (более 53 тысяч состоящих на учете)²¹.

¹⁶ Leaman J. et al. Rapid Review of Evidence of the Impact on Health Outcomes of NHS Commissioned Health Services for People in Secure... P. 7

¹⁷ Пояснительная записка к проекту федерального закона «О внесении изменений в статью 180 Уголовно-исполнительного кодекса Российской Федерации» // Сайт СОЗД ГАС «Законотворчество». Режим доступа: https://sozd.duma.gov.ru/bill/864360-7#bh_note (дата обращения 13.06.2020, доступ свободный).

¹⁸ Нужно отметить, что такое большое число связано во многом с тем, что в российских пенитенциарных учреждениях тест на ВИЧ является обязательным для всех вновь поступивших, а значит, среди тюремного населения неизбежна более высокая выявляемость этого заболевания по сравнению с населением страны.

¹⁹ Количество ВИЧ-инфицированных в последние 3 года снижается в среднем на 2 тысячи в год, смертность от этого заболевания в 2019 году снизилась почти на 13%. Об этом см.: в России стали реже умирать заключенные // Интернет-портал «Российской газеты». 10 марта 2020. Режим доступа: <https://rg.ru/2020/03/10/reg-cfo/v-rossii-stali-rezhe-umirat-zakliuchennye.html> (дата обращения 13.06.2020, доступ свободный).

²⁰ Во ФСИН назвали число ВИЧ-инфицированных среди осужденных в России // Сайт ТАСС. 13 апреля 2019. Режим доступа: <https://tass.ru/obschestvo/6331063> (дата обращения 13.06.2020, доступ свободный).

²¹ Пояснительная записка к проекту федерального закона «О внесении изменений в статью 180 Уголовно-исполнительного кодекса Российской Федерации»...

Далее будет рассмотрена организация медицинской помощи в пенитенциарных учреждениях нескольких стран: Нидерландов, Великобритании, Франции и США. Пример Франции интересен в связи с тем, что тюремная медицина стала частично подчиняться министерству здравоохранения и обеспечивать медицинскую помощь заключенным посредством ресурсов ассоциированных гражданских больниц больше 25 лет назад, то есть мы можем видеть уже устоявшуюся практику организации медицинской помощи заключенным. Пример Шотландии (как части Великобритании) показывает относительно недавний – менее 10 лет назад – переход в полное подчинение министерству здравоохранения. Нидерландская система – это пример организации тюремной медицины силами министерства юстиции в условиях небольшой страны и небольшого тюремного населения. Организация медицинской помощи заключенным в США, стране с самым многочисленным тюремным населением в мире, интересна для нас как пример использования частных медицинских компаний.

Рассмотрение различных моделей устройства тюремной медицины актуально для России, так как российская пенитенциарная система не в полной мере справляется с оказанием качественных медицинских услуг. Представители ФСИН²², а также представители экспертного сообщества заявляют о необходимости большего участия министерства здравоохранения в обеспечении заключенных качественными медицинскими услугами и даже о передаче тюремной медицины в ведение министерства здравоохранения²³.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ПОДВЕДОМСТВЕННОСТЬ ТЮРЕМНОЙ МЕДИЦИНЫ

Нидерланды

Всего в Нидерландах 10,9 тысячи заключенных, 63 человек на 100 тысяч населения. Тюрем этой страны заполнены заключенными всего на 75%²⁴. Средний срок заключения – 3,5 месяца²⁵. В Нидерландах есть места предварительного заключения, а также тюрьмы для женщин и мужчин. Внутри тюрем есть разные режимы в соответствии с уровнем риска заключенных (сюда входит риск побега и некоторые другие). Базовый режим предполагает возможность пребывать вне камеры 43 часа в неделю. В самых мягких режимах (minimum-security units) заключенные имеют больше всего свободы, а в некоторых учреждениях могут оставаться в камере только на ночь. Существует также две тюрьмы, куда попадают преимущественно террористы. В этих тюрьмах применяются особые меры безопасности. Во всех учреждениях заключенные содержатся в камерах, преимущественно по несколько человек²⁶.

²² ФСИН готовится передать тюремную медицину в ведение Минздрава // Сетевое издание «ГОВОРИТМОСКВА.RU/GOVORITMOSKVA.RU». 26 августа 2019. Режим доступа: <https://govoritmoskva.ru/news/207955/> (дата обращения 13.06.2020, доступ свободный).

²³ Шепелева О. Преступления и наказания: что делать с российскими тюрьмами? Доклад экспертов ОГФ // Сайт «Общероссийский гражданский форум». 3 октября 2019. Режим доступа: <https://civil-forum.ru/news/obshcherossiyskiy-grazhdanskiy-forum-i-komitet-grazhdanskikh-initsiativ-predstavlyayut-doklad-prestu.html> (дата обращения 13.06.2020, доступ свободный).

²⁴ Netherlands – Overview // World Prison Brief. URL: <https://www.prisonstudies.org/country/netherlands>.

²⁵ Aebi M. F., Tiago M. M. Prisons and Prisoners in Europe 2018: Key Findings of the SPACE I report// Council of Europe. 2019. URL: https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_513D04633276.P001/REF.pdf

²⁶ Van Ginneken E. et al. The Life in Custody Study: The Quality of Prison Life in Dutch Prison Regime // Institute of Criminal Law and Criminology of Leiden University. 2018.

Медицинская помощь, включая психиатрическую, находится в ведении тюремного ведомства (Dutch Department of Penal Institutions), которое является частью Министерства юстиции (The Ministry of Security and Justice). Похожая система существует и в соседней Бельгии. В каждом учреждении есть медицинская часть, в которой обязательно работает менеджер, медсестры, врачи и администраторы. Менеджер – это связующее звено между начальником учреждения и медицинским персоналом. Врачи, работающие в тюрьмах, не являются сотрудниками исправительных учреждений, они наняты сторонними организациями. Часто врачи помимо работы в тюрьме ведут собственную врачебную практику и работают в гражданском здравоохранении, хотя они должны в значительной степени ограничивать эту деятельность. Остальные сотрудники медицинских частей трудоустроены непосредственно в пенитенциарной системе. В нидерландских тюрьмах медики прямо подчиняются начальникам учреждений²⁷ и сильно зависят от других отделов учреждений, в частности от охраны – из-за необходимости обеспечения безопасности²⁸. Тюремные врачи обязаны проходить специальное обучение в Университете Утрехта, занимающее 80 часов²⁹.

У заключенных в тюрьмах есть доступ к медсестрам, врачам общей практики, психологам и психиатрам³⁰. Если состояние здоровья заключенного требует более серьезной медицинской помощи или госпитализации, его могут отправить в тюремную больницу Шеванинген (Scheveningen). Это единственная ведомственная больница в стране, на 56 мест. Такое количество мест не может удовлетворить потребности исправительной системы. Кроме того, там есть не все медицинские услуги, которые могут потребоваться заключенным. Больница находится далеко от ряда исправительных учреждений, что не позволяет поехать туда и вернуться, уложившись в один день. По этим причинам заключенных нередко отправляют в гражданские медицинские учреждения³¹.

Если у заключенных есть ментальные расстройства, но им не требуется специальная психиатрическая помощь, их селят в отдельные камеры внутри тюрьмы (Extra Care Facility). Если психиатрическая помощь необходима, то могут отправить в специальное учреждение, находящееся в ведении исправительной системы (Geestelijke Gezondheidszorg – GGZ institution)³².

Что касается оплаты медицинских услуг, медпомощь оплачивается из страховки заключенного; если страховки нет или переведена в спящий режим (sleep mode), все расходы покрывает тюремное ведомство³³.

Врачи отмечают, что оборудование и возможности для диагностики в тюрьмах соответствуют уровню гражданского здравоохранения, они удовлетворены нагрузкой и длительностью приема для каждого пациента, которую они могут себе позволить. Это во многом связано с существующей системой распределения (triage system): пациент сначала пишет письменное заявление медсестре, которая решает, кому из заключенных нужно посетить врача. В соседней Бельгии система работает по-другому, и все заключенные могут попасть к врачу напрямую. Врачи отмечают, что такой подход соответствует принципам прав человека, но забирает слишком много времени у врачей. Например, один бельгийский врач утверждает, что ему и его коллегам приходится принимать по 30 пациентов за 2 часа и часто пациенты имеют не медицинские, а скорее формальные вопросы, которые могли бы решить медсестры или администраторы. Нидерландские врачи отме-

²⁷ Dubois Ch., Linchet S., Mahieu C., Reynaert J., Seron P. Organization Models of Health Care Services in Prisons in Four Countries // Health Services Research (HSR) // Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2017. Pp. 120–126.

²⁸ Ibid. P. 128.

²⁹ Matthys J. et al. Differences in Triage and Medical Confidentiality...

³⁰ Ibid.

³¹ Dubois Ch., Linchet S., Mahieu C., Reynaert J., Seron P. Organization Models of Health Care Services in Prisons in Four Countries... Pp. 120–123.

³² Netherlands – Country-Profile // Prison Insider. URL: <https://www.prison-insider.com/countryprofile/netherlands-2019>.

³³ Dubois Ch., Linchet S., Mahieu C., Reynaert J., Seron P. Organization Models of Health Care Services in Prisons in Four Countries... P. 121.

чают, что могут тратить на одного заключенного в тюрьме по 20 минут³⁴.

Одним из направлений деятельности врачей является предотвращение самоубийств. В тюрьмах Нидерландов уровень самоубийств невысокий: 10,7 на 10 тыс. заключенных. Если врач выявляет склонность к самоубийству, он может (но не должен) поделиться этой информацией с сотрудниками учреждения, обеспечивающими безопасность. Они, в свою очередь, усиливают контроль над заключенным. В случае необходимости заключенного могут посадить в одиночную камеру, где он не сможет себе навредить и будет находиться под видеонаблюдением³⁵.

Таким образом, в Нидерландах тюремная медицина является частью пенитенциарной системы, однако медработники не становятся аттестованными, как в России, кроме того, они могут совмещать свою работу в гражданской медицине и вести частную практику. Организация медицинских частей и ведомственных больниц похожа на российскую. Несмотря на разницу в размерах стран организация госпитализации через ведомственные больницы сталкивается с теми же проблемами, что и в России.

Великобритания (пример Шотландии)

В Великобритании более 93 тысяч заключенных. Больше всего их в Англии и Уэльсе – 83,5 тысячи, 8 тысяч в Шотландии и 1,5 тысячи в Северной Ирландии. В Англии и Уэльсе и в Шотландии 140 и 152 заключенных на 100 тысяч населения соответственно. В Англии и Уэльсе тюрьмы перенаселены на 11%, а в Шотландии занято на 8% меньше существующих для заключенных мест³⁶. Средний срок отбывания наказания в Англии и Уэльсе 7,2 месяца, в Северной Ирландии 4–5 месяцев³⁷.

В Великобритании есть государственные и частные тюрьмы. Первые находятся в ведении Тюремной службы Ее Величества (Her Majesty's Prison Service – HMPS). В Британии существуют 3 отдельные тюремные системы: в Шотландии, в Англии и Уэльсе и в Северной Ирландии. В каждой есть свое управление тюремного ведомства (Prison Service). С ними заключают договоры частные тюрьмы.

Тюрьмы делятся на 4 категории по уровню жесткости режима содержания в зависимости от тяжести преступления. Все они предполагают камерный тип содержания. Тюрьмы категории А примерно соответствует российскому особому режиму, в категориях В и С заключенные могут передвигаться самостоятельно с некоторыми ограничениями. Самый мягкий вид представляет собой открытые тюрьмы, которые заключенные могут покидать, чтобы работать и видеться с семьей.

Тюремная медицина в Великобритании подчиняется министерству здравоохранения (National Health Service – NHS). Переход к этой системе в каждой из трех юрисдикций произошел в разное время. В Англии и Уэльсе с 2006 года, в Шотландии с 2011 и в Северной Ирландии с 2012 года. До этого медицинская помощь находилась в ведении министерства юстиции. Медпомощь является бесплатной для заключенных³⁸.

³⁴ Matthys J. et al. Differences in Triage and Medical Confidentiality...

³⁵ Netherlands – Country-Profile // Prison Insider. URL: <https://www.prison-insider.com/countryprofile/netherlands-2019>.

³⁶ United Kingdom: England & Wales – Overview // World Prison Brief. URL: <https://www.prisonstudies.org/country/united-kingdom-england-wales>; United Kingdom: Northern Ireland – Overview // World Prison Brief. URL: <https://www.prisonstudies.org/country/united-kingdom-northern-ireland>; United Kingdom: Scotland – Overview // World Prison Brief. URL: <https://www.prisonstudies.org/country/united-kingdom-scotland>

³⁷ Aebi M. F., Tiago M. M. Prisons and Prisoners in Europe 2018: Key Findings of the SPACE I report... P. 9

³⁸ United Kingdom: England & Wales – Country-Profile// Prison Insider. URL: <https://www.prison-insider.com/en/countryprofile/royaume-uni-angleterre-pays-de-galles?s=sante-5cab190969190#sante-5cab190969190>

Во всей Великобритании действует единая электронная система медицинских записей заключенных, к которой имеют доступ медики всех пенитенциарных учреждений страны. Такая система позволяет не потерять записи при переводе заключенных в другие учреждения. Эта система не связана с аналогичной общегражданской, а значит, не обеспечивает непрерывности лечения после освобождения³⁹.

Рассмотрим организационное устройство тюремной медицины Великобритании на примере Шотландии. В 2011 году между министерством здравоохранения и управлением тюремного ведомства Шотландии был заключен меморандум по распределению ответственности по оказанию медпомощи (National Memorandum of Understanding – MoU). Медицинское и тюремное ведомство разделяют ответственность по многим вопросам: организация первичной и вторичной медицинской помощи, работа информационной медицинской системы, транспортировка заключенных, рекрутинг медработников. В основном тюремное ведомство ответственно за условия содержания, которые не должны вредить здоровью заключенных, за доступ к заключенным и за их транспортировку⁴⁰.

В целом можно сказать, что медицина внутри исправительных учреждений Шотландии является частью гражданской медицины. Управление тюремной медициной в основном сосредоточено на уровне региональных отделений (Regional Health Boards), входящих в состав Национальной службы здравоохранения Шотландии. Она подчиняется государственному управлению здравоохранения и социального обеспечения Шотландии (Scottish Government's Health and Social Care Directorates), которое подотчетно парламенту Шотландии. Для координации работы на национальном уровне создан орган, который называется Национальное объединение по организации тюремной медицины (National Prison Healthcare Network – NPHN). В него входят представители региональных отделений министерства здравоохранения и управлений пенитенциарной системы, представители шотландского правительства из департаментов здравоохранения и юстиции. Изначально этот орган создавался для сопровождения трансфера тюремной медицины между ведомствами, но затем продолжил свою работу для координации работы различных служб в вопросах тюремной медицины. Рабочие группы на базе национального объединения проводятся регулярно, консультативный совет собирается ежеквартально, результаты совещаний обязательно сообщаются на местный уровень⁴¹.

Как и в России, большинство заключенных в Шотландии не могут выбирать врачей, медучреждения и медуслуги. Однако некоторые категории заключенных (подозреваемые и обвиняемые, находящиеся в местах предварительного заключения, и осужденные по легким статьям, например за неуплату штрафа) могут с разрешения начальника учреждения обратиться в частную клинику, за это National Health Service не несет ответственности⁴².

Несмотря на трансфер тюремной медицины в министерство здравоохранения, врачи пока неохотно идут в тюрьму работать, так как там еще не установилось полное соответствие медицинским стандартам гражданской медицины Шотландии⁴³. Например, из-за режимных мероприятий сокращается время обхода, врачи имеют доступ к пациентам только 4–6 часов в день, а половина назначенных приемов пропускается из-за требований режима⁴⁴.

В исправительных учреждениях сохраняется дефицит врачей. С тюремными врачами обычно заключает контракты Национальная служба здравоохранения. Помимо врачей в тюрьмах есть менеджеры, которые несут ответственность перед медицинским ведомством. Это делает

³⁹ Healthcare in Prisons / Scottish Parliament Corporate Body. SP Paper 135, 5th report (Session 5). 2017. URL: <https://sp-bpr-en-prod-cdnep.azureedge.net/published/HS/2017/5/10/Healthcare-in-Prisons/5th%20report.pdf>. Pp. 11-12.

⁴⁰ Dubois Ch., Linchet S., Mahieu C., Reynaert J., Seron P. Organization Models of Health Care Services in Prisons in Four Countries... Pp. 45–48.

⁴¹ Ibid. Pp. 45–49.

⁴² Ibid. P. 72.

⁴³ Ibid. Pp. 52–59.

⁴⁴ Healthcare in Prisons... P. 5

медработников формально независимыми от администрации тюрем. Тем не менее некоторые категории врачей нанимаются в пенитенциарные учреждения по контракту, то есть становятся сотрудниками пенитенциарной системы, а не системы здравоохранения. В двух частных тюрьмах Шотландии врачи также работают по контракту с исправительными учреждениями⁴⁵.

Большая часть медицинского персонала в Шотландии — это именно медсестры, также в учреждениях есть врачи общей практики, фармацевты, клинические психологи и администраторы. Остальные специалисты посещают исправительные учреждения, но не находятся в штате⁴⁶.

В медицинских университетах Великобритании есть специальности, которые предполагают обучение особенностям работы в закрытых учреждениях, таких как тюрьмы, армия и другие, хотя такое обучение и не является обязательным для работы в исправительных учреждениях. Например, университет Линкольна предлагает специальную программу магистратуры для врачей (Healthcare in the Secure Environments)⁴⁷.

Заклученные могут записаться к врачу без обращения к немедицинскому персоналу: они заполняют форму, которая находится в тюремном холле. Обращаться через офицера нужно только в случае, если есть трудности с письмом⁴⁸. Основными гейткиперами между врачами и пациентами в тюрьме являются медсестры (first line services). Если медсестры видят необходимость в консультации врача, то они направляют пациентов к врачу, работающему непосредственно в тюрьме, или к внешнему специалисту. Трансфер в больницу организывает пенитенциарное учреждение. Кроме того, развивается телемедицина: консультации специалистов по видеосвязи или по телефону. В тюрьмах Шотландии врачи не дежурят по ночам, немедицинский персонал обучается оказывать первую помощь⁴⁹.

Заклученные с ментальными расстройствами помещаются в отдельные секторы в некоторых тюрьмах, а люди, страдающие тяжелыми психиатрическими заболеваниями, направляются в психиатрические больницы, которые находятся в ведении министерства здравоохранения⁵⁰.

В 2019 году в Англии и Уэльсе было 11 самоубийств на 10 тыс. заклученных — в абсолютных числах 92. В процентном соотношении число самоубийств растет. Если заклученного признают склонным к суициду или самоповреждениям, его могут отправить в безопасную камеру, где он не сможет нанести себе вред⁵¹.

Трансфер тюремной медицины в министерство здравоохранения в Великобритании, в частности в Шотландии, произошел сравнительно недавно. Формально большинство врачей являются полностью независимыми от администрации пенитенциарных учреждений. Пока сохраняется дефицит врачей, но уже существенно улучшилась ситуация с независимостью медицинских работников от администрации учреждений. Английская система тюремной медицины децентрализована, но на национальном уровне поддерживается постоянное взаимодействие и обмен опытом между ведомствами и между регионами.

⁴⁵ Dubois Ch., Linchet S., Mahieu C., Reynaert J., Seron P. Organization Models of Health Care Services in Prisons in Four Countries... Pp. 52–59.

⁴⁶ Healthcare in Prisons... P. 4

⁴⁷ Leaman J. et al. Rapid Review of Evidence of the Impact on Health Outcomes of NHS Commissioned Health Services for People in Secure... P. 39.

⁴⁸ Dubois Ch., Linchet S., Mahieu C., Reynaert J., Seron P. Organization Models of Health Care Services in Prisons in Four Countries... P. 67.

⁴⁹ Ibid. P. 45.

⁵⁰ United Kingdom: England & Wales — Country-Profile // Prison Insider. URL: <https://www.prison-insider.com/en/countryprofile/royaume-uni-angleterre-pays-de-galles?s=sante-5cab190969190#sante-5cab190969190>

⁵¹ Ibid.

Франция

Во Франции в местах заключения находится больше 70 тысяч человек. Это 105 человек на 100 тысяч населения. Тюрем этой страны перенаселены, но незначительно: там на 16% больше заключенных, чем мест в пенитенциарных учреждениях⁵². Заключение во Франции в среднем длится 9 месяцев⁵³.

Пенитенциарная система Франции является частью министерства юстиции. Во Франции несколько типов пенитенциарных учреждений. Основной из них — следственные изоляторы, где отбывают наказание люди, находящиеся под следствием и осужденные меньше, чем на 2 года. Кроме того, есть несколько типов тюрем в зависимости от сроков наказания. Тюрем очень разные по вместимости: от 10 до 3 тыс. человек, в среднем от 100 до 600 мест. В большинстве тюрем общая масса заключенных содержится в запираемых камерах, заключенные могут передвигаться только в сопровождении сотрудников⁵⁴.

С 1994 года медпомощь заключенным передали министерству здравоохранения и сделали бесплатной⁵⁵. Драйвером реформы тюремной медицины во Франции стал доклад, рассказавший о высоком уровне некоторых инфекционных заболеваний в тюрьмах. Реформа призвана была не допустить распространения этих болезней на все население страны⁵⁶.

В основе организации медпомощи в исправительных учреждениях находятся обычные гражданские медучреждения, которые находятся недалеко от мест лишения свободы (neighboring hospitals). Эти больницы получают статус ассоциированных больниц (associated hospital), силами сотрудников этих медучреждений в тюрьмах создаются медицинские части (Unité de Soins en Milieu Pénitentiaire — USMP). Порядок оказания психологической и психиатрической помощи такой же. SMPR (Services Médico-Psychologiques Régionaux) — это психиатрические отделения в ассоциированных больницах. Такие отделения обязательно есть в каждом регионе⁵⁷.

Заключенные могут получить в медицинской части тюрьмы амбулаторную помощь. Попасть на прием к врачу можно по письменному заявлению⁵⁸. Медчасти в тюрьмах имеют двойное подчинение: с одной стороны, тюремному департаменту, который подчиняется министерству юстиции, с другой стороны, министерству здравоохранения.

В медицинских частях оказывают амбулаторную помощь, в том числе психиатрическую, и оставляют в палате до 48 часов. Если необходима госпитализация на больший срок, то отправляют в гражданскую больницу, которая закреплена за данным исправительным учреждением. Для этих целей в больницах оборудованы специальные отделения для заключенных, где работают охранники — сотрудники пенитенциарной системы и действуют правила исправительного учреждения. Больниц с такими отделениями во Франции 7, всего там 162 места. Аналогичные отделения есть и в психиатрических больницах, их во Франции 3. В специализированных отделениях заключенные могут находиться до нескольких месяцев. Если в специализированных отделениях не хватает мест, то заключенных госпитализируют в специальные палаты обычных медучреждений: это закрытые палаты, где обычно находится только матрас и нет никакой мебели. В таких больницах их обычно держат ровно столько, сколько необходимо для купирования кризисного состояния, администрация учреждения стремится поскорее отправить их обратно⁵⁹.

⁵² France — Overview // World Prison Brief. URL: <https://www.prisonstudies.org/country/france>

⁵³ Aebi M. F., Tiago M. M. Prisons and Prisoners in Europe 2018: Key Findings of the SPACE I report... P. 9

⁵⁴ Crétenot M., Liaras B. Prison Conditions in France // Rome: European Prison Observatory. 2013. P. 14.

⁵⁵ Dubois Ch., Linchet S., Mahieu C., Reynaert J., Seron P. Organization Models of Health Care Services in Prisons in Four Countries... P. 22.

⁵⁶ Ibid. P. 149.

⁵⁷ Ibid. P. 20.

⁵⁸ France — Country-Profile // Prison Insider. URL: <https://www.prison-insider.com/countryprofile/france-2019en?s=sante-5cab190969190#sante-5cab190969190>.

⁵⁹ Crétenot M., Liaras B. Prison Conditions in France... Pp. 37–38.

В некоторых тюрьмах во Франции есть специальные системы быстрой связи с сотрудником, которому можно позвонить и сказать о своих срочных нуждах. Особенно это актуально в случае проблем со здоровьем. Однако отмечается, что такие системы есть далеко не везде и даже при их наличии сотрудники часто не отвечают или приходят с большой задержкой, что может стоить заключенному жизни⁶⁰.

В выходные и праздники обычно никого из врачей в тюрьмах нет. Если заключенному стало плохо, но он в сознании, ему дают по телефону поговорить со специалистом из ассоциированного госпиталя. Они разговаривают тет-а-тет, а потом медработник говорит сотрудникам пенитенциарного учреждения, куда отправить заключенного. Это делается для сохранения медицинской тайны. Отправка медучреждение организуется силами сотрудников тюрьмы⁶¹.

Что касается помощи людям, склонным к аутоагрессии и суициду, то во французских тюрьмах подход к таким заключенным схож с российским – их просто начинают сильнее контролировать. Они всегда должны находиться на виду, их могут поместить в специальную камеру (smooth)⁶², где невозможно себя поранить⁶³. Во Франции есть 10 тюрем, где находятся заключенные с аналогичным опытом, прошедшие специальное обучение и способные оказывать поддержку заключенным в кризисных состояниях⁶⁴. При этом французские заключенные чаще совершают самоубийства, чем нидерландские и английские: 19 на 10 тыс. заключенных – 131 в абсолютных числах⁶⁵.

В первые годы после передачи тюремной медицины в ведение медицинского ведомства в 1994 году между врачами и надзирателями были напряженные отношения: вторые потеряли влияние и контроль, а необходимость сохранения медицинской тайны во время консультаций создавала организационные сложности. В целом эксперты положительно оценивают транзит тюремной медицины от министерства юстиции к министерству здравоохранения, так как благодаря этому была обеспечена непрерывность медицинской помощи, тюремная медицина перестала быть изолированной от гражданской. Кроме того, заключенным стали доступны современное медицинское оборудование, увеличилось число медперсонала⁶⁶. Тем не менее до сих пор остаются проблемы, специфичные именно для тюремной медицины. Так, тюремное ведомство настаивает на размещении медицинских данных в информационной системе своего ведомства – к которой имеют доступ сотрудники пенитенциарной системы без медицинского образования, что ставит под угрозу медицинскую тайну. Другой угрозой медицинской тайне является присутствие охранников при общении врачей и пациентов. Доступ к медпомощи ограничен тем, что во время госпитализации используются наручники, а из-за нехватки персонала выезда в медицинское учреждение приходится ждать некоторое время.

Несмотря на положительные изменения, дефицит медиков в тюрьмах сохраняется из-за низкого статуса работы в тюрьме⁶⁷. Всего во Франции 49,9 медработника на 1 тыс. заключенных, 3,4 врача, 3,5 психиатра и 4,7 психолога на 1 тыс. заключенных⁶⁸. При этом, как и во многих дру-

⁶⁰ Ibid. P. 20.

⁶¹ Dubois Ch., Linchet S., Mahieu C., Reynaert J., Seron P. Organization Models of Health Care Services in Prisons in Four Countries... P. 32.

⁶² Crétenot M., Liaras B. Prison Conditions in France... P. 17.

⁶³ в России Минюст периодически высказывает предложения о создании таких камер в следственных изоляторах. Напр.: Мягкое место утверждают // Интернет-портал «Российской газеты». 28 апреля 2016. Режим доступа: <https://rg.ru/2016/04/28/miniust-predlozhit-razreshit-sozdanie-rezinovyh-kamer.html> (дата обращения 13.06.2020, доступ свободный).

⁶⁴ Crétenot M., Liaras B. Prison Conditions in France... P. 17.

⁶⁵ France — Country-Profile // Prison Insider. URL: <https://www.prison-insider.com/countryprofile/france-2019en?s=sante-5cab190969190#sante-5cab190969190>

⁶⁶ Dubois Ch., Linchet S., Mahieu C., Reynaert J., Seron P. Organization Models of Health Care Services in Prisons in Four Countries... Pp. 25, 141–142.

⁶⁷ Ibid. P. 31.

⁶⁸ Health in Prisons: Fact Sheets for 38 European Countries... P. 57.

гих юрисдикциях, во Франции недостаток стоматологов – всего 1,5 на 1 тыс. заключенных. Из-за нехватки врачей возникают большие по меркам этой страны задержки по времени в оказании экстренной помощи (до 1 недели). Приема некоторых специалистов можно ждать почти год⁶⁹.

Тюрьмы – непривлекательное место работы для врачей. Во Франции эта проблема решается благодаря тому, что каждая тюрьма привязана к местным больничным службам, то есть врачи формально работают не в тюрьме, а в больнице, что означает более высокий профессиональный статус. На практике врачи часто совмещают работу в гражданской больнице и в тюрьме. Кроме того, туда идут работать интерны первичного звена, чтобы получать опыт⁷⁰.

Таким образом, во Франции медицинские части в тюрьмах имеют двойное подчинение: министерству юстиции и министерству здравоохранения. Благодаря организации тюремной медицины через ассоциированные гражданские больницы, расположенные недалеко от пенитенциарного учреждения, врачи стали охотнее идти туда работать, что сократило дефицит медработников в тюрьмах, но все-таки еще до конца не решило эту проблему. Кроме того, благодаря близкому расположению больниц упростилась госпитализация заключенных. Была преодолена проблема изоляции тюремной медицины, что способствует достижению принципа эквивалентности.

США

В США более 2 млн заключенных, 655 человек на 100 тысяч населения. Количество мест в тюрьмах США примерно соответствует количеству заключенных⁷¹. Однако в ряде штатов тюрьмы перенаселены. Наиболее серьезно эта проблема стоит в Калифорнии⁷².

В США есть несколько типов тюрем: федеральные (109), тюрьмы штатов (state prisons) – 1719, местные (local jails) – 3163 и другие для отдельных категорий граждан (среди них – частные тюрьмы, в которых содержится 8% заключенных). Министерству юстиции (Department of Justice – DOJ) подчиняются Федеральное бюро тюрем (Federal Bureau of Prisons) и Служба федеральных маршалов (United States Marshals Service), которые занимаются федеральными и частными тюрьмами. Большая же часть заключенных находятся в тюрьмах штатов, местных тюрьмах и следственных изоляторах, которые находятся в ведении управлений на уровне штатов (Departments of Corrections)⁷³. В федеральных тюрьмах содержатся те заключенные, которые нарушили федеральное законодательство – за исключением совершивших насильственные преступления, которые отбывают наказания в тюрьмах штатов. В местных тюрьмах (local jails) отбывают короткие сроки до года, а также находятся люди, которые еще не осуждены. Тюрьмы могут быть разных режимов: от минимального обеспечения безопасности до максимального. Обычно федеральные тюрьмы могут быть 5 разных режимов, а у тюрем штатов 3 режима.

В США есть серьезные проблемы с некоторыми заболеваниями в исправительных учреждениях. Так, в местах лишения свободы ВИЧ распространен в 2–7 раз больше, чем среди населения в целом⁷⁴, чаще, чем среди обычных американцев, встречаются гипертония, астма,

⁶⁹ Crétenot M., Liaras B. Prison Conditions in France... P. 37.

⁷⁰ Dubois Ch., Linchet S., Mahieu C., Reynaert J., Seron P. Organization Models of Health Care Services in Prisons in Four Countries... P. 144.

⁷¹ United States of America – Overview // World Prison Brief. URL: <https://www.prisonstudies.org/country/united-states-america>.

⁷² California's Prison Population // The Public Policy Institute of California. URL: <https://www.ppic.org/publication/californias-prison-population/>.

⁷³ Sawyer W., Wagner P. Mass Incarceration: The Whole Pie 2019 // Prison Policy Initiative. 2019. URL: <https://www.prisonpolicy.org/reports/pie2019.html>.

⁷⁴ Travis J., Western B., Redburn S. The Growth of Incarceration in the United States : Exploring Causes and Consequences // The National Academic Press. Washington, D.C. 2014. URL: <https://www.nap.edu/read/18613/chapter/1>.

артрит, гепатиты и некоторые виды рака⁷⁵, чаще диагностируются туберкулез и диабет. В исправительных учреждениях США 10% заключенных составляют люди старше 55 лет. Они нуждаются в особом внимании медицинских работников, чаще страдают деменцией, теряют слух или зрение. Лечение пожилых заключенных стоит в среднем дороже, чем лечение более молодых⁷⁶.

На сегодняшний день в США сложилась особая система организации медицинской помощи в тюрьмах. До 1970-х тюремная медицина США подчинялась пенитенциарной системе. В дальнейшем тюрьмы США получили возможность обращаться в коммерческие фирмы, которые специализируются на предоставлении медицинских услуг заключенным. Необходимость в изменении организации медпомощи была связана с дефицитом медработников, особенно в сельской местности⁷⁷.

В 17 штатах (Нью-Йорк, Вашингтон, Калифорния и др.) большинство тюрем получали медицинскую помощь от пенитенциарной системы. Эти штаты заключают договоры с частными компаниями только по некоторым медицинским услугам, например психиатрической помощи. В то же время 20 штатов (Алабама, Флорида, Вайоминг и др.) на большую часть медицинских услуг в тюрьмах заключают договоры с частными компаниями. В 8 штатах (Колорадо, Луизиана и др.) существует смешанная система. Здесь каждое исправительное учреждение устанавливает собственную модель организации медпомощи, где могут одновременно работать врачи в штате пенитенциарного ведомства и сотрудники частной медицинской компании. Еще в 4 штатах (Техас и др.) медицинский департамент в исправительной системе работает совместно с медицинским университетом или аффилированной медицинской организацией⁷⁸.

Частные компании оказывают все виды медицинской помощи, в том числе психиатрическую и психологическую. Кроме того, они предоставляют услуги обучения персонала навыкам оказания первой помощи. Одной из таких организаций является компания Wellpath, предоставляющая услуги медицинской помощи в тюрьмах 36 штатов США и в Австралии⁷⁹.

Для заключенных медицинская помощь не является бесплатной – вне зависимости от того, частная компания или пенитенциарная система ее организуют. Заключенные должны заплатить часть суммы (co-payments) за визит врача или другие услуги – около 2–5 долларов⁸⁰, что является ощутимой платой для заключенных, так как они зарабатывают 14–63 цента в час, а в некоторых штатах ежедневная работа заключенных не оплачивается вовсе⁸¹. Это означает, что часть заключенных не имеет доступа к медицинской помощи либо это право в значительной степени ограничено. Так, в зоне риска оказываются пожилые заключенные, которые в силу своего состояния здоровья не могут работать, но при этом остро нуждаются в медицинской помощи⁸².

Независимо от того, кто является поставщиком медицинских услуг, в небольших тюрьмах заключенным оказывают только первую помощь. Медсестры и администраторы медицинских частей работают посменно. В больших тюрьмах кроме медсестер могут также работать врачи и

⁷⁵ 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 // *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2009. 63. 11. 2009. Pp. 912–919.

⁷⁶ Prison Health Care: Costs and Quality / The PEW Charitable Trusts. 2017. URL: http://www.antoniocasella.eu/nume/Pew_Oct17.pdf. Pp. 25–27.

⁷⁷ Prison Health Care: Costs and Quality... P. 11.

⁷⁸ Известны данные из 49 штатов; штат Нью-Гэмпшир не предоставил информацию о том, какую долю медицинских услуг в тюрьмах оказывает пенитенциарная система, а какую частные медицинские компании. (Prison Health Care: Costs and Quality... P. 10).

⁷⁹ Official website of Wellpath. URL: <https://wellpathcare.com/about/>.

⁸⁰ The Steep Cost of Medical Co-pays in Prison Puts Health at Risk // Prison Policy Initiative. 2017. URL: <https://www.prisonpolicy.org/blog/2017/04/19/copays/>

⁸¹ Sawyer W. How Much Do Incarcerated People Earn in Each State? // Prison Policy Initiative. 2017. URL: <https://www.prisonpolicy.org/blog/2017/04/10/wages/>.

⁸² Aday R., Farney L. Malign neglect: Assessing Older Women's Health Care Experiences in Prison // *Journal of Bioethical Inquiry* 11(3). 2014. Pp. 359–372.

психиатры. В сельской местности врачи приходят пару раз в неделю. Когда никого из врачей нет, есть возможность позвонить дежурному врачу. В ряде тюрем заключенные могут воспользоваться телемедициной. В большинстве учреждений требуются дополнительные услуги из внешних гражданских больниц⁸³.

В случае опасности самоубийства или самоповреждения заключенного должны посещать врачи, в том числе психиатр, каждый день. Специальное обучение по работе с такими заключенными проходят и надзиратели, хотя такое обучение не является основательным (всего 2 часа каждый год), также за заключенными усиливается контроль, чтобы заключенные всегда находились под присмотром. Людей с ментальными расстройствами и склонных к суициду часто изолируют различными способами: отправляют в отдельные камеры, ограничивают в движении с помощью наручников. Часто это обосновывается плохим поведением⁸⁴.

Если требуется срочная медицинская помощь или операция, компания, осуществляющая медпомощь в тюрьме, отправляет заключенного в больницу. Компании заключают многолетние контракты с учреждениями. Они отвечают за поставку лекарств, наем персонала и пребывание заключенных в больницах. Частным компаниям не принадлежат больницы, в которые нужно в острых случаях отвозить пациентов. Такие компании заключают партнерские соглашения с частными или государственными клиниками⁸⁵. Госпитализация во внешние медицинские учреждения невыгодна как для пенитенциарной системы, так и для частных компаний и при любой организации стоит очень дорого – что создает потенциальную опасность несвоевременной госпитализации, когда её откладывают до последнего⁸⁶. Это касается и транспортировки в психиатрические клиники, которые часто расположены далеко от исправительных учреждений. Строить их специально – дорого для частных компаний. Зачастую психически больного просто могут отправлять в одиночную камеру за плохое поведение, не предоставляя ему лечение⁸⁷.

Несмотря на то что частные компании являются участниками рынка, по сути, их клиенты-заключенные не могут выбирать, а значит, законы рынка здесь тоже не работают в полной мере. Большая часть бюджета на тюремную медицину тратится на госпитализацию и на зарплаты медработникам⁸⁸. Из-за необходимости экономить средства в таких компаниях не хватает сотрудников. Бывшие сотрудники частных компаний, оказывающих услуги тюремной медицины, отмечают серьезный дефицит медработников в этих компаниях, что время от времени создает опасные для жизни пациентов ситуации⁸⁹.

В ряде штатов развита электронная система медицинских записей, которая позволяет отслеживать состояние здоровья каждого заключенного, а также является инструментом проверки, была ли оказана заключенному медицинская помощь. В 9 штатах нет никакой единой системы мониторинга тюремной медицинской помощи. В этих штатах тюремная медицина в основном организована силами частных компаний и только в отдельных учреждениях есть мониторинг качества медицины⁹⁰.

Исследователи американской тюремной медицины говорят, что существующая система аккредитации медицинских частей в пенитенциарных учреждениях не позволяет действительно контролировать качество оказания услуг. Исправительные учреждения в настоящее время име-

⁸³ Prison Health Care: Costs and Quality... P. 21.

⁸⁴ Dlugacz A. H. Correctional Mental Health in the USA // International Journal of Prisoner Health, 10(1). 2014. Pp. 3–26.

⁸⁵ Coll S. The Jail Health Care Crises // The New Yorker. February 25, 2019. URL: <https://www.newyorker.com/magazine/2019/03/04/the-jail-health-care-crisis>.

⁸⁶ Prison Health Care: Costs and Quality... P. 12.

⁸⁷ Coll S. The Jail Health Care Crises...

⁸⁸ Prison Health Care: Costs and Quality... P. 21.

⁸⁹ Whistleblower: Arizona Inmates are Dying from Inadequate Health Care // Al Jazeera America. May 28, 2014. URL: <http://america.aljazeera.com/watch/shows/america-tonight/articles/2014/5/27/whistleblower-arizonainmatesaredyingfrominadequatehealthcare.html>.

⁹⁰ Prison Health Care: Costs and Quality... P. 39–44.

ют возможность добровольной аккредитации в Американской ассоциации общественного здравоохранения (American Public Health Association) и других медицинских ассоциациях, но, как правило, нет никаких последствий в случае нарушений или даже утраты аккредитации⁹¹. В США тюремные врачи являются отдельной профессиональной областью. У них есть свои ассоциации, конференции и обучающие курсы⁹².

С точки зрения Верховного суда США тот факт, что медицинскую помощь заключенным оказывают частные компании, не освобождает власти штата от контроля над тем, чтобы качество медицинской помощи в тюрьме и на свободе было эквивалентно. На практике получается так, что там, где за медпомощь отвечает пенитенциарная система, мониторинг и контроль осуществляют различные государственные ведомства и организации, а там, где медицинскую помощь организуют частные компании, им самим приходится контролировать качество своей работы. В случае частных тюрем штат сохраняет некоторый контроль, но у властей меньше доступ к данным по расходам и доходам этих учреждений⁹³.

Отдельной важной проблемой является нарушение принципа непрерывности медицинской помощи из-за прекращения действия страховки после освобождения. Больше 80% бывших осужденных в США сразу после освобождения не имело медицинской страховки⁹⁴. Государство не продлевает для них страховку на некоторое время после освобождения. В итоге они практически лишены медицинской помощи после того, как выходят на свободу⁹⁵. В ряде штатов тюремное ведомство старается включить освобождающихся в страховку на некоторый период после освобождения, заключая соглашения со страховыми компаниями и договариваясь о пересмотре критериев включения в льготную и бесплатную страховку. В большинстве штатов бывшие заключенные еще 15–30 дней после освобождения получают необходимые лекарства. Не во всех штатах тюрьмы передают медицинские записи в гражданские медицинские учреждения. Только в некоторых штатах создаются электронные базы, к которым есть доступ у гражданских медицинских учреждений⁹⁶.

Что касается помощи людям с ментальными заболеваниями, то в ряде штатов прокладывается мостик между лечением в тюрьме и на свободе. Например, в Нью-Йорке, Оклахоме и Колорадо для освобождающихся заключенных разрабатывают план лечения на первые несколько лет после освобождения, для реализации этого плана они направляются в специальные медицинские учреждения⁹⁷.

Способ организации тюремной медицины в США через аутсорсинг части медицинских услуг заключенных является необычным. Такая система имеет ряд недостатков, связанных с желанием частных компаний сэкономить и, как следствие, с дефицитом сотрудников, низким качеством медицинских услуг и поздней госпитализацией. Также сложности возникают с государственным контролем за их деятельностью.

⁹¹ Rich J. D. et al. How Health Care Reform Can Transform the Health of Criminal Justice–Involved Individuals // Health Affairs. 33. 3. 2014. URL: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2013.1133>. Pp. 462–467.

⁹² American College of Correctional Physicians (ACCP). URL: <http://accpmed.org/>.

⁹³ Prison Health Care: Costs and Quality... P. 4–14.

⁹⁴ Ibid. P. 45.

⁹⁵ Rich J. D. et al. How Health Care Reform Can Transform the Health of Criminal Justice–Involved Individuals...

⁹⁶ Prison Health Care: Costs and Quality... P. 46–50.

⁹⁷ Ibid. P. 55.

ВЫВОДЫ

В обзоре был рассмотрен опыт разных стран по организации тюремной медицины. В результате мы пришли к нескольким выводам. Подчинение тюремной медицины пенитенциарной системе ограничивает независимость врачей от немедицинского персонала, что нарушает принцип эквивалентности. Так, в Нидерландах отмечается сильная зависимость врачей от других отделов тюрьмы, отвечающих за безопасность, — несмотря на то, что врачи в этой стране не являются аттестованными сотрудниками (офицерами пенитенциарной системы), как в России.

Отсутствие изоляции от гражданской медицины — важный аспект, который предохраняет врачей от профессиональной деформации, позволяет им постоянно учиться, не теряя квалификацию. В рассмотренных нами кейсах Франции, Шотландии и Нидерландов медики, работающие в тюрьме, совмещают эту работу с занятостью в гражданской медицине или с частной практикой. В России врачи «в погонах» не могут совмещать работу в системе ФСИН и в системе здравоохранения.

Тюремная медицина стала отдельной субпрофессией в некоторых рассмотренных нами странах: появляются отдельные профессиональные ассоциации и специальное обучение. Работа в тюрьме для врачей является преимущественно непрестижной во всех рассмотренных странах из-за того, что пока сложно добиться такого же качества услуг, как и в гражданской медицине. Однако во Франции и Нидерландах этот вопрос решается более успешно, чем в остальных рассмотренных странах.

Проблема дефицита тюремных медиков решается по-разному. Как показывает опыт Нидерландов, Шотландии и Франции, хороший эффект дает передача первичной консультации медсестрам, которые решают, необходим ли заключенному визит к врачу. Это снижает нагрузку на врачей. В России медсестер в системе ФСИН очень мало из-за низких зарплат, поэтому обязанности «первого фильтра» выполняют в лучшем случае врачи, но чаще — немедицинский персонал. В США для решения проблемы недостатка врачей решили привлечь частные компании, оказывающие медицинские услуги заключенным. Однако этот способ не дал необходимых результатов из-за того, что частные компании стремятся к экономии.

Перенос тюремной медицины в министерство здравоохранения помог приблизиться к решению проблемы транспортировки и госпитализации. Во Франции и Великобритании заключенных отправляют лечиться в специальные отделения гражданских больниц, которые находятся близко от пенитенциарных учреждений. Организация ведомственных больниц, подотчетных министерству юстиции, как в Нидерландах и в России, а также передача организации госпитализации заключенных в руки частных компаний усложняет процесс госпитализации и транспортировки заключенных.

В рассмотренных нами кейсах европейских стран медицинская помощь заключенным оказывается за счет государства или покрывается страховкой, в случае если она есть. В России и в США бесплатная медицинская помощь заключенным ограничена. Для многих заключенных даже небольшая сумма является неподъемной из-за низких зарплат и нехватки рабочих мест, и они лишаются возможности получить необходимую медицинскую помощь. В США заключенные должны оплачивать небольшую часть стоимости медицинских услуг. Российским заключенным медицинская помощь оказывается бесплатно, но многие медицинские услуги, в том числе прием врача-специалиста, значительно менее доступны в тюрьме, чем на свободе, а возможности частной медицины практически не используются. Заключенным в России приходится платить за медикаменты, а в некоторых случаях и за прием врача-специалиста.

Отдельность тюремной медицины препятствует соблюдению принципа непрерывности медицинской помощи. В основном это вызвано прерыванием медицинской страховки в странах, где не предусмотрено бесплатной страховки, а также отсутствием единой базы данных медицинских документов, что мешает оперативной передаче этих документов из гражданских больниц в пенитенциарные. В России тоже отсутствует возможность передачи медицинских документов между ведомствами: попав в пенитенциарное учреждение или освободившись из него, человек

вынужден делать перерыв в лечении, покупать лекарственные препараты самостоятельно, даже если они должны быть бесплатными. Решением этой проблемы является создание базы данных, доступ к которой есть как у гражданских, так и у тюремных врачей.

Серьезную опасность для заключенных представляют аутоагрессия и суицид. Склонность к самоповреждениям и попытки самоубийства переходят в местах лишения свободы из разряда медицинских проблем в разряд дисциплинарных. Помощь заключенным, склонным к самоповреждениям, во Франции, Великобритании, Нидерландах, США и России хоть и предполагает наблюдение врачей, но в большей степени опирается на усиление контроля со стороны медицинского персонала и допускает ограничение передвижений вплоть до полного обездвиживания заключенного. Такой подход не поможет предотвратить проявления жестокости к себе в будущем. В нескольких тюрьмах Франции существуют программы поддержки со стороны заключенных, имевших подобный опыт.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. В России стали реже умирать заключенные // Интернет-портал «Российской газеты». 10 марта 2020. Режим доступа: <https://rg.ru/2020/03/10/reg-cfo/v-rossii-stali-rezhe-umirat-zakliuchennye.html> (дата обращения 13.06.2020, доступ свободный).
2. Во ФСИН назвали число ВИЧ-инфицированных среди осужденных в России // Сайт ТАСС. 13 апреля 2019. Режим доступа: <https://tass.ru/obschestvo/6331063> (дата обращения 13.06.2020, доступ свободный).
3. Мягкое место утвердят // Интернет-портал «Российской газеты». 28 апреля 2016. Режим доступа: <https://rg.ru/2016/04/28/miniust-predlozhit-razreshit-sozdanie-rezinovyh-kamer.html> (дата обращения 13.06.2020, доступ свободный).
4. Пояснительная записка к проекту федерального закона «О внесении изменений в статью 180 Уголовно-исполнительного кодекса Российской Федерации» // Сайт СОЗД ГАС «Законотворчество». Режим доступа: https://sozd.duma.gov.ru/bill/864360-7#bh_note (дата обращения 13.06.2020, доступ свободный).
5. Рунова К. «Неуместная» гуманность: как работают врачи в пенитенциарной системе России // Journal of Social Policy Studies, 17 (3). 2019.
6. Рунова К. Ресоциализация в местах лишения свобод : аналитический обзор // Сайт Института проблем правоприменения. 2018. Режим доступа: https://enforce.spb.ru/images/Products/IRL_Resocializaciya_in_Russia.pdf (дата обращения 13.06.2020, доступ свободный).
7. ФСИН готовится передать тюремную медицину в ведение Минздрава // Сетевое издание «ГОВОРИТМОСКВА.РУ/GOVORITMOSKVA.RU». 26 августа 2019. Режим доступа: <https://govoritmoskva.ru/news/207955/> (дата обращения 13.06.2020, доступ свободный).
8. Шепелева О. Преступления и наказания: что делать с российскими тюрьмами? Доклад экспертов ОГФ // Сайт «Общероссийский гражданский форум». 3 октября 2019. Режим доступа: <https://civil-forum.ru/news/obshcherossiyskiy-grazhdanskiy-forum-i-komitet-grazhdanskikh-initsiativ-predstavlyayut-doklad-prestu.html> (дата обращения 13.06.2020, доступ свободный).
9. Aday R., Farney L. Malign neglect: Assessing Older Women's Health Care Experiences in Prison // Journal of Bioethical Inquiry. 11 (3). 2014. Pp. 359–372.
10. Aebi M. F., Tiago M. M. Prisons and Prisoners in Europe 2018: Key Findings of the SPACE I report// Council of Europe. 2019. URL: https://seval.unil.ch/resource/seval:BIB_513D04633276.P001/REF.pdf
11. American College of Correctional Physicians (ACCP). URL: <http://accpmed.org/>.
12. 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 // Journal of Epidemiology & Community Health. 2009. 63. 11. 2009. Pp. 912–919.
13. California's Prison Population // The Public Policy Institute of California. URL: <https://www.ppic.org/publication/californias-prison-population/>.
14. Coll S. The Jail Health Care Crises // The New Yorker. February 25, 2019. URL: <https://www.newyorker.com/magazine/2019/03/04/the-jail-health-care-crisis>.
15. Crétenot M., Liaras B. Prison Conditions in France // Rome: European Prison Observatory. 2013.
16. Dlugacz A. H. Correctional Mental Health in the USA // International Journal of Prisoner Health, 10 (1). 2014. Pp. 3–26.

17. Dubois Ch., Linchet S., Mahieu C., Reynaert J., Seron P. Organization Models of Health Care Services in Prisons in Four Countries // Health Services Research (HSR) // Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2017.
18. France – Country-Profile // Prison Insider. URL: <https://www.prison-insider.com/countryprofile/france-2019en?s=sante-5cab190969190#sante-5cab190969190>.
19. France – Overview // World Prison Brief. URL: <https://www.prisonstudies.org/country/france>
20. Good Governance for Prison Health in the 21st Century: A Policy Brief on the Organization of Prison Health // World Health Organization. 2013. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326388/9789289000505-eng.pdf>.
21. Health in Prisons: Fact Sheets for 38 European Countries // World Health Organization. 2019. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/397915/Health_in_prisons_report_online.pdf?ua=1.
22. Healthcare in Prisons / Scottish Parliament Corporate Body. SP Paper 135, 5th report (Session 5). 2017. URL: <https://sp-bpr-en-prod-cdnep.azureedge.net/published/HS/2017/5/10/Healthcare-in-Prisons/5th%20report.pdf>.
23. Leaman J. et al. Rapid Review of Evidence of the Impact on Health Outcomes of NHS Commissioned Health Services for People in Secure and Detained Settings to Inform Future Health Interventions and Prioritisation in England // Public Health England. 2016. URL: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/565231/Rapid_review_health_outcomes_secure_detained_settings_.pdf.
24. Matthys J. et al. Differences in Triage and Medical Confidentiality Between Prisons of Belgium and the Netherlands // Acta Clinica Belgica. 2019. Pp. 1–7.
25. Netherlands – Country-Profile // Prison Insider. URL: <https://www.prison-insider.com/countryprofile/netherlands-2019>.
26. Netherlands – Overview // World Prison Brief. URL: <https://www.prisonstudies.org/country/netherlands>
27. Official website of Wellpath. URL: <https://wellpathcare.com/about/>.
28. Prison Health Care: Costs and Quality / The PEW Charitable Trusts. 2017. URL: http://www.antonioacasella.eu/nume/Pew_Oct17.pdf.
29. Rich J. D. et al. How Health Care Reform Can Transform the Health of Criminal Justice–Involved Individuals // Health Affairs. 33. 3. 2014. URL: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2013.1133>. Pp. 462–467.
30. Sawyer W. How Much Do Incarcerated People Earn in Each State? // Prison Policy Initiative. 2017. URL: <https://www.prisonpolicy.org/blog/2017/04/10/wages/>.
31. Sawyer W., Wagner P. Mass Incarceration: The Whole Pie 2019 // Prison Policy Initiative. 2019. URL: <https://www.prisonpolicy.org/reports/pie2019.html>.
32. Status Report on Prison Health in the WHO European Region // WHO Regional Office for Europe. 2019. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329943/9789289054584-eng.pdf>.
33. The Steep Cost of Medical Co-pays in Prison Puts Health at Risk // Prison Policy Initiative. 2017. URL: <https://www.prisonpolicy.org/blog/2017/04/19/copays/>
34. Travis J., Western B., Redburn F. S. The Growth of Incarceration in the United States: Exploring Causes and Consequences // The National Academic Press. Washington, D.C. 2014. URL: <https://www.nap.edu/read/18613/chapter/1>.
35. United Kingdom: England & Wales – Country-Profile // Prison Insider. URL: <https://www.prison-insider.com/en/countryprofile/royaume-uni-angleterre-pays-de-galles?s=sante-5cab190969190#sante-5cab190969190>.
36. United Kingdom: England & Wales – Overview // World Prison Brief. URL: <https://www.prisonstudies.org/country/united-kingdom-england-wales>.

37. United Kingdom: Northern Ireland – Overview // World Prison Brief. URL: <https://www.prisonstudies.org/country/united-kingdom-northern-ireland>.
38. United Kingdom: Scotland – Overview // World Prison Brief. URL: <https://www.prisonstudies.org/country/united-kingdom-scotland>.
39. United States of America – Overview // World Prison Brief. URL: <https://www.prisonstudies.org/country/united-states-america>.
40. Van Ginneken E. et al. The Life in Custody Study: The Quality of Prison Life in Dutch Prison Regime // Institute of Criminal Law and Criminology of Leiden University. 2018.
41. Whistleblower: Arizona Inmates are Dying from Inadequate Health Care // Al Jazeera America. 28 may 2014. URL: <http://america.aljazeera.com/watch/shows/america-tonight/articles/2014/5/27/whistleblower-arizonainmatesaredyingfrominadequatehealthcare.html>.



ИНСТИТУТ ПРОБЛЕМ ПРАВОПРИМЕНЕНИЯ

Сотрудники

Вадим Волков

научный
руководитель

Кирилл Титаев

директор
по исследованиям

Арина Дмитриева

Мария Шклярук

Дмитрий Скугаревский

Екатерина Ходжаева

Ирина Четверикова

Екатерина Моисеева

Тимур Бочаров

Алексей Кнорре

Владимир Кудрявцев

Денис Савельев

Дарья Кузнецова

Руслан Кучаков

Ксения Рунова

Анна Булина

Леонид Жижин

доктор социологических наук, PhD (Cambridge University), Ректор Европейского университета в Санкт-Петербурге, автор книги «Силовое предпринимательство: экономико-социологический анализ» (2005)

кандидат социологических наук, специалист по эмпирическим исследованиям права и правоприменения, ассоциированный профессор по социологии права им. С. А. Муромцева

социолог, экономист, специалист по экономическому анализу права

юрист, LL.M. (Hamburg), кандидат экономических наук, специалист по проблемам правоохранительной деятельности, сравнительному правоведению

PhD (The Graduate Institute of International and Development Studies), ассоциированный профессор ПАО «МТС» по эмпирико-правовым исследованиям, экономист, специалист по Law & Economics, судебной статистике, микроэконометрике, Big Data

кандидат социологических наук, специалист по исследованиям юридической профессии, полиции, судов присяжных

юрист, социолог, специалист по судебной статистике и криминологии

кандидат социологических наук, специалист по социологическому анализу рынков и социологии профессий

юрист, социолог, специалист по гражданскому и арбитражному процессу

социолог, программист

политолог, специалист по уголовной политике

кандидат юридических наук, специалист по информационному праву и интеллектуальным правам

юрист, специалист в антимонопольном праве и концессионных соглашениях

экономист, политолог, специалист по контрольно-надзорной деятельности

социолог, специалист по пенитенциарной системе

экономист

экономист

Административный директор – **Мария Батыгина**

Администратор – **Светлана Кожуханова**

Наши книги

- Э. Панеях, К. Титаев, М. Шклярук. Траектория уголовного дела: институциональный анализ. СПб., 2018. – 476 с.
- Т. Бочаров, Е. Моисеева. Быть адвокатом в России: социологическое исследование профессии. СПб., 2016. – 278 с.
- К. Титаев, М. Шклярук. Российский следователь: призвание, профессия, повседневность. М., 2016. – 192 с.
- В. Волков, А. Дмитриева, М. Поздняков, К. Титаев. Российские судьи: социологическое исследование профессии. М., 2016. – 272 с.
- Обвинение и оправдание в постсоветской уголовной юстиции. М., 2015. – 320 с.
- Право и правоприменение в зеркале социальных наук: хрестоматия современных текстов. М., 2014. – 568 с.

- По ту сторону права: законодатели, суды и полиция в России. М., 2014. – 331 с.
- Как судьи принимают решения: эмпирические исследования права. М., 2012. – 368 с.
- Право и правоприменение в России: междисциплинарные исследования. М., 2011. – 317 с.

Наши серии

- Аналитические записки по проблемам правоприменения
- Аналитические обзоры по проблемам правоприменения
- Препринты сотрудников ИПП

Все материалы сотрудников ИПП
Вы всегда можете найти на сайте
www.enforce.spb.ru

