



UNODC

United Nations Office on Drugs and Crime



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Разумное стратегическое руководство охраной здоровья в местах лишения свободы в XXI веке

*Краткий аналитический обзор по вопросу
организации пенитенциарного здравоохранения*





UNODC

United Nations Office on Drugs and Crime



**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

Разумное стратегическое руководство охраной здоровья в местах лишения свободы в XXI веке

*Краткий аналитический обзор по вопросу
организации пенитенциарного здравоохранения*

РЕЗЮМЕ

На фоне озабоченности в отношении того, какое министерство должно отвечать за охрану здоровья заключенных в Европе, члены Европейской сети ВОЗ по вопросам охраны здоровья в местах лишения свободы обратились к Европейскому региональному бюро ВОЗ с просьбой разработать документ по стратегическому руководству пенитенциарным здравоохранением. Вклад в создание данного документа внесли специальная Группа экспертов по стратегическому управлению пенитенциарным здравоохранением и члены Европейской сети ВОЗ по вопросам охраны здоровья в местах лишения свободы. Члены специальной Группы экспертов сделали следующие выводы, касающиеся организации пенитенциарного здравоохранения: i) управление и координация работы всех заинтересованных ведомств и ресурсов, задействованных в охране здоровья и обеспечении благополучия заключенных, является общегосударственной обязанностью и ii) предоставлять медико-санитарные услуги в местах лишения свободы, быть подотчетными за их предоставление и отстаивать необходимость обеспечения здоровых условий в местах лишения свободы должны министерства здравоохранения. Члены Группы экспертов убеждены, что такое стратегическое руководство охраной здоровья в местах лишения свободы соответствует положениям новой Европейской политики здравоохранения Здоровье-2020 и будет содействовать их реализации и в конечном итоге приведет к улучшению охраны здоровья и благополучия заключенных в рамках укрепления общественного здравоохранения в целом.

Ключевые слова

Health management and planning
Health policy
Human rights
Prisoners
Prisons
Public health

ISBN 978 92 890 5051 7

Обложка: рисунок любезно предоставлен Европейской сети по защите детей заключенных родителей.

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.

© Всемирная организация здравоохранения, 2014 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Содержание

Выражение благодарности	iv
Предисловие	vi
Резюме.....	vii
1. Пенитенциарное здравоохранение	
– это общественное здравоохранение.....	1
1.1 Лишение свободы в Европейском регионе ВОЗ	1
1.2 Высокие риски заболеваний в местах лишения свободы ..	1
1.3 Пенитенциарное здравоохранение	
– это общественное здравоохранение.....	3
2. Основы законодательной базы пенитенциарного	
здравоохранения	3
2.1 Право заключенных на здоровье.....	3
2.2 Особая обязанность государств заботиться о людях.....	6
2.3 Задачи персонала системы пенитенциарного	
здравоохранения и потребность в независимости	8
2.4 Принцип эквивалентности и интеграции.....	9
3. Сохраняющиеся недостатки пенитенциарного	
здравоохранения	12
4. Разумное стратегическое руководство охраной здоровья в	
местах лишения свободы в XXI веке	15
Библиография	20

Выражение благодарности

Настоящий документ подготовил Stefan Enggist, технический сотрудник Программы "Охрана здоровья в местах лишения свободы" Европейского регионального бюро ВОЗ. Ему помогли Andrew Fraser, директор управления науки в области общественного здравоохранения НСЗ, Здравоохранение Шотландии, Эдинбург, Соединенное Королевство; Alex Gatherer, Эдинбург, Соединенное Королевство; Paul Nayton, заместитель директора Сотрудничающего центра ВОЗ по охране здоровья в местах лишения свободы Министерства здравоохранения, Лондон, Соединенное Королевство; Lars Møller, руководитель программы, отдел неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни Европейского регионального бюро ВОЗ; Éamonn O'Moore, директор Сотрудничающего центра ВОЗ по охране здоровья в местах лишения свободы Министерства здравоохранения, Лондон, Соединенное Королевство.

Европейское региональное бюро ВОЗ выражает признательность за экспертные знания и советы, полученные во время дискуссий с членами Руководящей группы программы "Охрана здоровья в местах лишения свободы" и членами Группы экспертов по стратегическому управлению охраной здоровья в местах лишения свободы: Raed Abugabi, координатором, охрана здоровья в местах содержания под стражей, отдел охраны здоровья управления помощи Международного комитета Красного креста, Женева, Швейцария; Ketevan Goginashvili, главным специалистом по общественному здравоохранению, управление медико-санитарной помощи Министерства труда, здравоохранения и социальной защиты, Тбилиси, Грузия; Fabienne Hariga, старшим экспертом, отдел ВИЧ/СПИДа Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности, Вена, Австрия; Karsten Kronholm, психиатром, Бергенская клиника, Норвегия; Finn Nielsen, руководителем управления исполнения наказаний Департамента исправительных учреждений и пробации, Копенгаген, Дания; Anette Løndahl, консультантом управления исполнения наказаний Департамента исправительных учреждений и пробации, Копенгаген, Дания; John May, членом Исполнительного комитета Международной ассоциации исправительных учреждений и тюрем, Флорида, Соединенные Штаты Америки; Emma Plugge, директором магистратуры "Глобальные науки о здоровье", факультет общественного здравоохранения, Оксфордский университет, Оксфорд, Соединенное Королевство; Andreas Skulberg, заместителем генерального директора Министерства юстиции и полиции, Осло, Норвегия; Zaza Tsereteli, международным техническим консультантом, Группа экспертов по вопросам первичной медико-санитарной помощи и систем пени-тенциарного здравоохранения и Группа экспертов по вопросам злоупотребления алкоголем и токсикомании, Партнерство "Северное измерение" в области общественного здравоохранения и социального благополучия, Таллинн, Эстония.

Ценные комментарии и информация, обогатившие содержание данного документа, были предоставлены следующими рецензентами: Fabienne Hariga, старшим экспертом, отдел ВИЧ/СПИДа, Управление ООН по наркотикам и преступности, Вена, Австрия; Dagmar Hedrich, руководителем сектора здравоохранения

и социальных ответных мер, Европейский центр мониторинга наркотиков и наркомании, Лиссабон, Португалия; Patrick Penninckx, ответственным секретарем Группы Помпиду, Совет Европы, Страсбург, Франция; Emma Plugge, директором магистратуры "Глобальные науки о здоровье", факультет общественного здравоохранения, Оксфордский университет, Соединенное Королевство; Jörg Pont, бывшим врачом-консультантом Министерства юстиции, Вена, Австрия; Robert Teltzrow, Группа Помпиду, руководителем проекта Группы по сотрудничеству в борьбе со злоупотреблением наркотиками и незаконной торговлей наркотиками, Совет Европы, Страсбург, Франция; Hans Wolff, руководителем отделения пенитенциарной медицины больниц Женевского университета, Швейцария; Hans Kluge, директором отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья, Европейское региональное бюро ВОЗ; Juan Tello, руководителем программы, отдел систем здравоохранения и охраны общественного здоровья, Европейское региональное бюро ВОЗ, и Annette D Verster, техническим сотрудником управления ВИЧ/СПИДа, штаб-квартира ВОЗ, Женева.

Выражаем особую благодарность Julie Brummer, консультанту ВОЗ, и Jenika Ekovich и Caroline Udesen, интернам при Региональном бюро, за их работу в процессе редактирования документа и указания библиографических источников.

Редактирование выполнили Stefan Enggist, технический сотрудник Программы "Охрана здоровья в местах лишения свободы", Европейское региональное бюро ВОЗ, Lars Møller, руководитель программы, отдел неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни, Европейское региональное бюро ВОЗ, и Gauden Galea, директор отдела неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни, Европейское региональное бюро ВОЗ.

Сокращения

ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ЕСПЧ	Европейский суд по правам человека
КПП	Европейский комитет по предупреждению пыток и бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания
НСЗ	Национальная служба здравоохранения (Соединенное Королевство)
ТБ	туберкулез
ЮНЭЙДС	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу

Предисловие

В настоящее время в подавляющем большинстве государств-членов Европейского региона ВОЗ за охрану здоровья в местах лишения свободы отвечает либо министерство юстиции, либо министерство внутренних дел. Несмотря на то, что в последние десятилетия было разработано и повсеместно принято большое количество международных правил охраны здоровья в местах лишения свободы, право заключенных на охрану здоровья зачастую игнорируется.

В последние годы несколько государств-членов передали ответственность за охрану здоровья в местах лишения свободы своим министерствам здравоохранения. Они пришли к выводу, что четкое разделение функций между министерством, отвечающим за места лишения свободы, и министерством здравоохранения будет наиболее эффективной и рациональной схемой организации для достижения устойчиво высокого уровня поддержания режима в местах лишения свободы и пенитенциарного здравоохранения. В контексте данных изменений многие государства-члены Европейской сети ВОЗ по вопросам охраны здоровья в местах лишения свободы обратились к Европейскому региональному бюро ВОЗ с просьбой разработать документ по стратегическому руководству пенитенциарным здравоохранением, в частности, по вопросу о том, какое государственное ведомство должно отвечать за охрану здоровья в местах лишения свободы. Цели и задачи, а также методы, содержание, выводы и позиции, изложенные в настоящем документе, были разработаны Группой экспертов по стратегическому управлению охраной здоровья в местах лишения свободы, прошли обсуждение в Европейской сети ВОЗ по вопросам охраны здоровья в местах лишения свободы и были приняты Руководящей группой программы "Охрана здоровья в местах лишения свободы" Европейского регионального бюро ВОЗ.

В настоящем документе содержится немало ссылок на рекомендации и позиции Совета Европы относительно охраны здоровья в местах лишения свободы. Кроме 47 государств-членов ВОЗ, которые также являются членами Совета Европы, в Европейский регион ВОЗ входят следующие 6 государств-членов: Израиль, Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан. Поскольку рекомендации и позиции Совета Европы в отношении охраны здоровья в местах лишения свободы основаны на общих юридических и этических принципах, выводы, содержащиеся в настоящем документе, в равной степени относятся не только к государствам-членам в Европейском регионе ВОЗ, которые являются членами Совета Европы, но и ко всем государствам-членам ВОЗ в Европейском регионе.

Д-р Gauden Galea

Директор, отдел неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни,

Европейское региональное бюро ВОЗ

Резюме

В настоящее время в подавляющем большинстве государств-членов Европейского региона ВОЗ за охрану здоровья в местах лишения свободы отвечает либо министерство юстиции, либо министерство внутренних дел. Право заключенных на охрану здоровья зачастую игнорируется. При создании настоящего документа были проанализированы исследования по вопросу охраны здоровья заключенных, а также источники по международному праву, относящиеся к юридическим и этическим требованиям к охране здоровья заключенных. Проведенный анализ позволяет сделать следующие выводы.

- Заключенные обладают таким же правом на здоровье и благополучие, как и любой другой человек.
- Большинство заключенных являются выходцами из слоев общества, находящихся в неблагоприятных социально-экономических условиях, и несут более тяжкое бремя инфекционных и неинфекционных заболеваний по сравнению с населением в целом.
- Места лишения свободы представляют собой учреждения с высоким риском заболевания. В связи с тем, что происходит постоянное соприкосновение их обитателей с внешним миром, они создают целый комплекс трудных проблем для общественного здравоохранения, особенно когда речь идет о борьбе с инфекционными болезнями, такими как вирус иммунодефицита человека и туберкулез.
- Забота о заключенных является особой, суверенной обязанностью государств. Они отвечают за все предотвратимые нарушения здоровья заключенных, вызванные недостаточными мерами медико-санитарной помощи или неудовлетворительными условиями содержания в местах лишения свободы, касающимися гигиены, питания, размеров помещений, отопления, освещения, вентиляции, физической активности и социальных контактов.
- 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 непредоставление 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.

Несмотря на эти требования, анализ европейских юридических документов по правам человека показывает, что в Европе часто наблюдается следующая неудовлетворительная практика.

- Право заключенных на здоровье часто игнорируется.
- Многие государства в недостаточной мере выполняют свою особую обязанность заботиться о заключенных.

- Заключенные часто подвергаются предотвратимым рискам нарушения здоровья: например, из-за отсутствия доступа к программам скрининга или иммунизации или к программам активного выявления больных.
- Медицинский персонал зачастую не является независимым в своих действиях от тюремных властей и оказывается вовлеченным в конфликты лояльности между предоставлением услуг медико-санитарной помощи заключенным и усилиями администрации по поддержанию дисциплины и наказанию заключенных.
- Нет адекватного решения проблем общественного здравоохранения в местах лишения свободы. Зачастую не используются возможности и не выполняются обязанности по обеспечению нормального доступа к медицинской помощи для этой чрезвычайно уязвимой группы населения, чтобы можно было удовлетворить ее собственные высокие потребности в услугах здравоохранения одновременно с удовлетворением более широких потребностей общественного здравоохранения. Например, такое происходит в случае, когда заключенные не включаются в программы общественного здравоохранения, такие как активное выявление больных, скрининг и иммунизация.

С учетом данных выводов, а также в соответствии с новой Европейской политикой здравоохранения Здоровье-2020 и в поддержку этой политики, равно как и в соответствии с рекомендациями Совета Европы по вопросу охраны здоровья в местах лишения свободы, Группа экспертов пришла к следующим выводам, касающимся организации пенитенциарного здравоохранения:

- Управление и координация работы всех заинтересованных ведомств, а также ресурсов, задействованных в охране здоровья и благополучия заключенных, является общегосударственной обязанностью.
- Предоставлять медико-санитарные услуги в местах лишения свободы и быть подотчетными за их предоставление, а также отстаивать необходимость поддержания здоровых условий в местах лишения свободы должны министерства здравоохранения.

Общегосударственный подход к охране здоровья в местах лишения свободы в перспективе будет иметь положительные эффекты, такие как:

- снижение рисков для здоровья и улучшение охраны здоровья в местах лишения свободы;
- улучшение здоровья заключенных;
- улучшение функционирования национальных систем здравоохранения;
- улучшение здоровья в общинах, живущих в неблагоприятных социально-экономических условиях;
- улучшение здоровья населения во всем обществе;
- облегчение интеграции заключенных в общество при выходе на свободу;
- снижение частоты повторных правонарушений и повторного заключения и снижение численности тюремного контингента;
- повышение уровня доверия правительству, основанное на усилении мер по защите прав человека и снижению неравенств в отношении здоровья.

1. Пенитенциарное¹ здравоохранение – это общественное здравоохранение

1.1 Лишение свободы в Европейском регионе ВОЗ

Официального сбора данных о заключении в места лишения свободы, который охватывал бы все 53 государства-члена в Европейском регионе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), не проводится. Официальная база данных есть только для 47 государств-членов, которые также являются членами Совета Европы. Поэтому представленные в настоящем документе данные взяты из разных источников. Они дают приблизительное, но максимально приближающееся к точному представление о ситуации относительно заключения в места лишения свободы в Европейском регионе ВОЗ, и их следует интерпретировать с осторожностью.

По состоянию на любой день в 2012 году в государствах-членах Европейского региона в заключении под стражей находились приблизительно 2 миллиона мужчин, женщин и детей (1). С учетом высокой текучести тюремного контингента в заключении в определенный момент в течение какого-либо года находятся приблизительно шесть миллионов человек (2). В большинстве из 47 государств-членов Совета Европы на протяжении последнего десятилетия численность тюремного контингента выросла (3). Процент тюремного контингента в данных странах составляет от примерно 600 заключенных на 100 000 человек (0,6%) до менее 10 заключенных на 100 000 человек (0,01%), при среднем значении порядка 150 заключенных на 100 000 человек (0,15%) (3). Большинство заключенных происходят из бедных общин и уязвимых социальных групп (4). В 47 государствах-членах ВОЗ, которые также являются членами Совета Европы, около 21% заключенных являются иностранцами. Процент находящихся в заключении иностранных граждан характеризуется ярко выраженным восточно-западным градиентом, от наибольшего показателя выше 90% до государств-членов без находящихся в заключении иностранцев (3). Основываясь на суммарном количестве вновь поступающих в исправительные учреждения и на среднем сроке заключения порядка 10 месяцев (3), можно предположить, что ежегодно в местах лишения свободы в 47 государствах-членах Европейского региона ВОЗ, входящих в Совет Европы, проводится по крайней мере 3 миллиона человеко-лет. В среднем эти страны в 2010 году на содержание заключенных в местах лишения свободы потратили более 500 миллионов евро (3). Тем не менее, практически не существует доступной информации, указывающей на то, какие средства выделяются на охрану здоровья заключенных.

1.2 Высокие риски заболеваний в местах лишения свободы

Несмотря на то, что данные по тюремному контингенту в национальной статистике здравоохранения в большинстве стран отсутствуют (см. раздел 3), многие исследования показывают, что во всех странах показатели распространенности

1 Используемые в данном документе термины "место лишения свободы" и "заключенный" имеют такой же смысловой охват и такое же применение, как и аналогичные термины, применяемые в Европейских пенитенциарных правилах.

ВИЧ-инфекции, гепатита В и С и туберкулеза (ТБ) среди заключенных значительно выше, чем показатели среди населения в целом (2). Заболеваемость ТБ в местах лишения свободы в Регионе в 2002 году была в 84 раза выше, чем среди населения в целом (5). В 2010 году в трех государствах-членах Европейского региона ВОЗ количество зарегистрированных случаев заболевания ТБ в местах лишения свободы составило более 10% от общего числа новых случаев заболевания, а относительный риск заболевания ТБ в местах лишения свободы был до 145 раз выше, чем среди населения в целом (6). Передача ТБ в местах лишения свободы документально подтверждена и описана (7) и, по данным ВОЗ и Европейского центра по контролю и профилактике заболеваний, наверняка связана с "... неудовлетворительными мерами по контролю инфекции и/или концентрированием уязвимых подгрупп населения (таких как иммигранты из стран с высокой заболеваемостью ТБ)" (6). Передача инфекции в местах лишения свободы также документально подтверждается в отношении ВИЧ (8); существуют фактические данные, указывающие, что в местах лишения свободы в Европе наблюдается поведение с высоким риском для здоровья, такое как потребление инъекционных наркотиков (9-11). Однако проблема таких рисков может быть решена: благодаря принятому в стране твердому курсу на снижение вреда, в том числе в местах лишения свободы, Испания смогла снизить передачу ВИЧ-инфекции в местах лишения свободы с 0,7% в 2001 году до полного отсутствия новых случаев инфицирования в 2010 году (12).

Кроме того, в местах лишения свободы больше распространены проблемы и нарушения психического здоровья по сравнению с остальной частью населения, и у заключенных существует более высокий риск сердечно-сосудистых заболеваний и некоторых типов онкологических заболеваний (13). Показатели суицида в 47 государствах-членах Европейского региона ВОЗ, которые также являются членами Совета Европы, варьируются от 0 (0%) до почти 30 (0,3%) на 10000 заключенных, при среднем значении около 6 (0,06%) (3).

Упомянутые риски для здоровья зачастую усугубляются нездоровыми условиями содержания в местах лишения свободы, такими как недостаток пространства, свежего воздуха и освещения, отсутствие чистых санитарно-технических средств или средств личной гигиены, нездоровое питание и насилие. Одним из главных усугубляющих факторов, в настоящее время существующим в более чем 20 государствах-членах, является переполненность (3). Кроме того, многие государства-члены испытывают недостаток квалифицированного медицинского персонала в местах лишения свободы, и качество услуг здравоохранения в местах лишения свободы зачастую ниже, чем качество услуг, оказываемых населению в целом.

Приведенная ниже цитата из исследования правовых аспектов здравоохранения в местах лишения свободы наглядно иллюстрирует проблему охраны здоровья заключенных: заключенные "... содержатся в переполненных, антисанитарных, стрессовых и бесчеловечных условиях вместе с другими заключенными с такой же повышенной уязвимостью здоровья. В результате для тюремной среды характерны распространение заболеваний, усугубляемое окружающей

средой ухудшение здоровья и смертность и повышенный риск психических расстройств." (14).

1.3 Пенитенциарное здравоохранение – это общественное здравоохранение

Тюрьмы тесно связаны с обществом. Заключение уезжают на побывку, принимают посетителей и иногда ходят на работу или посещают учреждения здравоохранения за пределами тюрьмы. В конечном итоге подавляющее большинство заключенных покинет тюрьму и реинтегрируется в общество. Постоянно перемещаются между местами лишения свободы и своими общинами служащие пенитенциарных учреждений. Таким образом, места лишения свободы также влияют на здоровье всего населения в целом. Хотя данные, касающиеся здоровья и здравоохранения, поступают из мест лишения свободы нечасто и их мало, факты показывают, что вспышки ТБ в местах лишения свободы вызывают повышение заболеваемости ТБ в местных сообществах (15). По данным ВОЗ и Европейского центра по контролю и профилактике заболеваний, места лишения свободы вносят значительный вклад в региональное бремя ТБ в странах с высокой распространенностью ТБ и большой численностью заключенных (6). В контексте глобальной эпидемии ВИЧ первая вспышка эпидемии ВИЧ в Таиланде, по информации Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности, "... вероятно, началась среди потребителей инъекционных наркотиков в пенитенциарной системе Бангкока в 1988 году" (16). В недавнем прошлом тюрьмы Латвии документально характеризовались как источник угрозы для здоровья населения вследствие высокой распространенности там ВИЧ-инфекции и ТБ при отсутствии адекватных мер профилактики и лечения (17, 18). Таким образом, пенитенциарные учреждения представляют проблему для общественного здравоохранения. Согласно проведенному недавно научному обзору влияния тюрем на общественное здравоохранение, заключенные с соматическими и психическими заболеваниями, которые не получают достаточного лечения во время заключения, могут "... выступать в качестве носителей инфекции и хронических заболеваний, увеличивающих бремя на общественное здравоохранение в бедных общинах" (13). Следовательно, "решение проблем психических и соматических заболеваний заключенных приведет к улучшению здоровья населения" (13). Это может быть показано на примере Англии, где программы вакцинации против гепатита В на базе пенитенциарных учреждений внесли существенный вклад в повышение участия потребителей инъекционных наркотиков в программах вакцинации против гепатита В в обществе в целом (19).

2. Основы законодательной базы пенитенциарного здравоохранения

2.1 Право заключенных на здоровье

Тюремное заключение никогда не сводится только к обеспечению безопасности, режима и дисциплины: как указал в Европейских пенитенциарных прави-

лах в 2006 году Совет Европы, оно всегда предполагает также обязательное "... обеспечение условий заключения, которые не посягают на человеческое достоинство и предоставляют возможность заниматься содержательной профессиональной деятельностью и участвовать в лечебных программах для заключенных, подготавливая их таким образом к реинтеграции в общество" (20). Поэтому одним из наиболее важных руководящих принципов лишения свободы является сохранение за заключенными всех прав человека постольку, поскольку эти права на законных основаниях не ограничены или ограничены в такой степени, в какой это очевидно необходимо в силу факта заключения под стражу (20, 21). Вышесказанное также относится к праву заключенных на здоровье, которое установлено в различных основополагающих документах о фундаментальных правах человека (22). Наиболее важной является Статья 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах (23). В своем Замечании общего порядка № 14, предназначенном в качестве руководства для государств, Комитет Организации Объединенных Наций по экономическим, социальным и культурным правам изложил сферу действия и содержание права на здоровье. В отношении сферы действия Комитет указывает, что "... право на здоровье понимается как право на использование целого ряда учреждений, товаров, услуг и условий, необходимых для реализации наивысшего достижимого уровня здоровья" (24). По мнению Комитета, необходимые учреждения общественного здравоохранения и медико-санитарной помощи, товары и услуги должны в обязательном порядке обладать следующими качествами (24):

- *наличие*: учреждения, услуги и товары должны быть доступны в достаточном количестве, что включает основополагающие детерминанты здоровья, такие как безопасная питьевая вода и отвечающие требованиям санитарно-технические средства, больницы, поликлиники и другие связанные со здравоохранением сооружения, обученный врачебный и профессиональный персонал и основные лекарственные средства;
- *доступность*: учреждения, услуги, товары и информация по вопросам здоровья должны быть физически и экономически доступны (доступны с точки зрения расходов) без дискриминации, в особенности в отношении уязвимых или социально отчужденных групп населения;
- *приемлемость*: учреждения, услуги и товары должны соответствовать правилам медицинской этики и конфиденциальности, а также быть направлены на улучшение состояния здоровья заинтересованных лиц;
- *качество*: учреждения, услуги и товары должны быть приемлемы с научной и медицинской точки зрения и должны быть высокого качества, что, по мнению Комитета, требует, среди прочего, наличия квалифицированного медицинского персонала, оборудования и лекарственных средств, одобренных с научной точки зрения и с неистекшим сроком годности, безопасной и пригодной для питья воды и адекватных санитарно-технических средств.

В отношении заключенных особенно важны следующие заявления Комитета. Первые два относятся к обязательствам "государств-участников" относительно права на здоровье. В них утверждается, что "государства обязаны соблюдать право на здоровье, в частности, воздерживаясь от принятия мер, закрывающих

или ограничивающих кому бы то ни было, в том числе заключенным или содержащимся под стражей лицам ... равный доступ к профилактическим, лечебным и паллиативным услугам здравоохранения" (24), и что "государства-участники обязаны также осуществлять (обеспечивать) то или иное конкретное право, гарантируемое в Пакте, когда индивидуум или группа лиц не могут самостоятельно осуществлять это право с помощью имеющихся в их распоряжении средств" (24). Третье заявление в положительной форме включает "право не подвергаться пыткам" в право на здоровье (24). Наиболее важные заявления в отношении заключенных находятся в "основных обязательствах" государств (терминология Комитета). Они представляют собой отдельный документ о правах (22) и налагают на государства следующие обязательства (24):

[Статья 43]:

(a) обеспечить право доступа к объектам, товарам и услугам в области здравоохранения на недискриминационной основе, в особенности для уязвимых и социально отчужденных групп;

...

(d) обеспечить основными лекарственными средствами, периодически определяемыми в Программе действий ВОЗ по основным лекарственным средствам;

...

(f) принять и осуществить национальную стратегию общественного здравоохранения и план действий, ... [в которых]... должно уделяться особое внимание всем уязвимым или социально отчужденным группам.

[Статья 44]:

...

(c) принять меры в целях предотвращения и лечения эпидемических и эндемических заболеваний и борьбы с ними;

...

(e) обеспечить надлежащую подготовку медицинских работников, включая информирование по вопросам, касающимся здоровья и прав человека.

Что касается Статьи 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах, право заключенных на здоровье в течение прошлых десятилетий было закреплено в различных международных нормативных документах, руководствах и стандартах по правам человека, на которых и основан данный документ. В одном комплексном исследовании права заключенных на здоровье было проанализировано, как международная судебная практика постепенно преобразует эти руководства и стандарты в общепринятые правовые нормы. В исследовании сделан вывод, "... что в этих руководствах не содержится никаких стандартов, не имеющих юридической силы: напротив, во многих случаях данные руководства стали общепринятыми минимальными законодательными требованиями, которые правительства должны соблюдать" (25). Относительно Европейских пенитенциарных правил, являющихся для настоящего документа источником первостепенной важности, Совет Европы утверждает, что они "... должны быть имплементированы в "национальное законодательство" ..." и должны являться нормативным документом, помогающим европейским органам, осуществляющим мониторинг прав человека и мест лишения свободы (26).

2.2 Особая обязанность государств заботиться о людях

Заключенные не имеют другой альтернативы, кроме как полагаться на администрацию для защиты и укрепления своего здоровья. Для того, чтобы гарантировать право заключенных на здоровье, международное право вменяет государству обеспеченную правовой санкцией обязанность заботиться о заключенных. Государство может быть привлечено к ответственности за непредупреждение всех форм предотвратимых нарушений здоровья своих заключенных или нанесения вреда их благополучию (22). В случае, если здоровью заключенного нанесен вред, правительство, пытающееся избежать юридической ответственности, должно доказать, что государственные органы не нанесли прямого вреда и (по совокупности) что государство приняло все разумные меры для обеспечения безопасности и профилактики. Невыполнение вышеуказанного представляет собой нарушение прав человека (22). В Европейских пенитенциарных правилах также отражена эта особая обязанность государства: "Тюремные власти должны обеспечивать охрану здоровья всех заключенных, находящихся на их попечении" (20). В официальной комментарии к Европейским пенитенциарным правилам особая обязанность государства заботиться о людях устанавливается из права на здоровье, закрепленного в Статье 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах (26):

Наряду с данным фундаментальным правом, которым обладают все люди, на заключенных вследствие их статуса распространяются дополнительные гарантии. В случае, когда государство лишает свободы граждан, оно берет на себя обязанность заботиться об их здоровье с точки зрения как условий их содержания в местах лишения свободы, так и необходимого индивидуального лечения. Администрация мест лишения свободы несет обязанность не просто обеспечивать заключенных полноценным доступом к медицинской помощи, но также и обеспечивать условия, повышающие благополучие как заключенных, так и сотрудников пенитенциарных учреждений. ... Настоящее относится ко всем аспектам тюремной жизни, но в особой мере – к здравоохранению.

Двумя фундаментальными следствиями этого является то, что все помещаемые в места лишения свободы люди как можно скорее после поступления должны пройти надлежащее медицинское обследование и что заключенные имеют право на бесплатную медицинскую помощь и лечение (27).

В Европейских пенитенциарных правилах и Нормах Европейского комитета по предупреждению пыток и бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания (КПП) говорится о конкретных элементах и нормах обязанности государства заботиться о людях. В отношении условий содержания в местах лишения свободы, имеющих отношение к охране здоровья и услугам здравоохранения в местах лишения свободы, выдвигаются следующие требования:

- условия содержания в местах лишения свободы, которые включают:
 - жилые помещения, обеспечивающие достаточную площадь, освещение и доступ свежего воздуха;

- хорошие гигиенические условия и чистые санитарно-технические средства;
 - одежду и отопление, соответствующие климатическим условиям;
 - достаточное питание, адаптированное к индивидуальным нуждам (20).
- услуги здравоохранения в местах лишения свободы, которые включают:
 - доступ к врачу в любое время в течение срока заключения без неоправданных задержек;
 - эквивалентность помощи (см. ниже);
 - согласие пациента и конфиденциальность;
 - профилактическую медико-санитарную помощь;
 - гуманитарная помощь уязвимым заключенным;
 - профессиональную независимость (см. ниже);
 - профессиональную компетентность (28,29).

Представители около 40 государств-членов вновь подтвердили указанные элементы и нормы на совещании Европейской сети ВОЗ по вопросам охраны здоровья в местах лишения свободы в Абано Терме, Италия, в 2011 году.

В обоих упомянутых нормативных документах Совета Европы совершенно четко разъясняется, что обязанность государства заботиться о людях сохраняется даже во время жесткой экономии финансовых средств. В основополагающем принципе 4 Европейских пенитенциарных правил указывается, что "условия содержания в местах лишения свободы, нарушающие права человека в отношении заключенных, не могут быть оправданы отсутствием ресурсов". КПП уточняет данное положение, указывая (28):

КПП известно, что в периоды экономических трудностей – например, таких, с которыми сталкиваются в настоящее время многие страны, которые посещали делегации КПП – приходится идти на жертвы, в том числе в пенитенциарных учреждениях. Тем не менее, невзирая на трудности, возникающие в тот или иной момент, акт лишения человека свободы всегда влечет за собой обязанность заботиться о нем, которая требует эффективных методов профилактики, скрининга и лечения. Соблюдение данной обязанности органами государственной власти тем более важно, когда стоит вопрос о помощи для лечения опасных для жизни заболеваний.

Комитет по правам человека поддерживает данное мнение в своем Сообщении № 763/1997 (30):

... существенным фактом остается то, что государство-участник при аресте и задержании лиц берет на себя ответственность за охрану их жизни. Получение сведений о состоянии здоровья заключенных в обоснованно ожидаемой мере является обязанностью государства-участника, которая должна выполняться путем соответствующей организации его пенитенциарных учреждений. Отсутствие финансовых средств не может понизить уровень данной ответственности.

На этом основании Группа экспертов делает следующие выводы:

- в случае, если условия содержания и услуги здравоохранения в местах лишения свободы не соответствуют упомянутым выше нормам, государство должно либо установить приоритеты в выделении ресурсов, которые способствуют улучшению пенитенциарного здравоохранения, либо рассмотреть альтернативы тюремному заключению;
- в противном случае государство не только рискует нарушить права человека, но также и подвергнуть опасности здоровье людей, находящихся на его попечении.

2.3 Задачи персонала системы пенитенциарного здравоохранения и потребность в независимости

Взаимоотношения между поставщиками медико-санитарной помощи и пациентами являются основным фактором успеха любой системы здравоохранения. По мнению КПП, доверительные отношения врача и пациента "являются главным фактором в обеспечении охраны здоровья и благополучия заключенных" (31). Особая обязанность государства заботиться о заключенных имеет три основных следствия, касающихся роли, целей и задач, обязанностей и согласования позиций пенитенциарного медико-санитарного персонала.

Первое: единственная обязанность – заботиться о людях. Во всех соответствующих пенитенциарных правилах указывается, что единственной целью работы медико-санитарного персонала в местах лишения свободы является оказание помощи и отстаивание интересов здоровья и благополучия заключенных. Это включает в себя принятие мер по обеспечению непрерывности помощи после освобождения, инспектирование и составление отчетов для тюремного руководства об условиях содержания в местах лишения свободы, относящихся к здравоохранению, и выявление и оповещение компетентных органов о любых признаках плохого обращения с заключенными (20).

Второе: высочайшие требования к профессиональной этике. Взаимоотношения медико-санитарного персонала и пациентов в местах лишения свободы не основаны на свободном волеизъявлении. Пациент не может выбрать врача, так же как и врач не может выбрать пациента. Данное обстоятельство предъявляет высочайшие требования к соблюдению профессиональной этики медико-санитарным персоналом в местах лишения свободы. Поэтому большинство международных пенитенциарных правил содержат положения о медицинской этике, касающиеся медико-санитарного персонала в местах лишения свободы (32). В большинстве пенитенциарных правил отражена этическая дилемма двойной лояльности, которая может представлять проблему, особенно характерную для тюремных работников здравоохранения (33, 34), и которую КПП описывает следующим образом: "Медицинские работники в любом пенитенциарном учреждении потенциально подвергаются риску. Их обязанность заботиться о своих пациентах (больных заключенных) зачастую может вступать в конфликт с соображениями поддержания тюремного порядка и режима. Это может привести к сложным этическим вопросам и вариантам выбора" (35). Для того, чтобы избежать любого такого конфликта, Принцип 3 резолюции Организации Объединенных Наций о принципах медицинской этики, относящихся к роли работников здравоохране-

ния, в особенности врачей, в защите заключенных или задержанных от пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения или наказания, гласит, что " Работники здравоохранения, в особенности врачи, совершают нарушение медицинской этики, если они вовлечены в любые другие профессиональные отношения с заключенными или задержанными лицами, целью которых не является исключительно обследование, охрана или улучшение их физического или психического здоровья "(36).

Третье: важность профессиональной независимости. Полная профессиональная независимость является необходимым организационным условием безраздельной лояльности пенитенциарных медицинских работников к своим пациентам. Так, например, Комитет министров Совета Европы в параграфе 20 своей Рекомендации № R(98)7 об этических и организационных аспектах медико-санитарной помощи в местах лишения свободы заявляет: "При принятии клинических решений и осуществлении других оценок, касающихся здоровья задержанных лиц, необходимо руководствоваться только медицинскими критериями. Медико-санитарный персонал должен действовать в условиях полной независимости в рамках своей квалификации и компетенции" (29). КПП добавляет, что "с целью гарантии независимости медико-санитарного персонала в вопросах медико-санитарной помощи КПП считает необходимым такому персоналу придерживаться как можно ближе основных принципов предоставления медицинских услуг в обществе в целом" (28).

Вышеупомянутые соображения позволяют Группе экспертов сделать следующие выводы:

- медицинский персонал в местах лишения свободы должен действовать в своем профессиональном качестве совершенно независимо от тюремных властей и в максимально возможном соответствии с принципами предоставления услуг общественного здравоохранения, поддерживая в то же время полноценное взаимодействие с тюремным персоналом, чтобы иметь возможность оперативного оказания грамотной медико-санитарной помощи;
- такое понимание их роли подразумевает необходимость обеспечить обучение всех людей, работающих в местах лишения свободы, нормам прав человека и медицинской этики и добиться соблюдения этих норм (37,38).

2.4 Принцип эквивалентности и интеграции

Из перечисленных выше требований к охране здоровья в местах лишения свободы (согласно которым заключенные сохраняют свое право на здоровье, государства несут обеспеченную правовой санкцией обязанность заботиться о здоровье заключенных, единственная цель работы медико-санитарного персонала в местах лишения свободы – охрана здоровья их пациентов, и медико-санитарный персонал полностью независим в своей работе от органов пенитенциарной системы) следуют два других взаимосвязанных принципа охраны здоровья в местах лишения свободы, широко представленные в международных пенитенциарных правилах:

- принцип эквивалентности
- принцип интеграции.

Поскольку второй является организационным следствием первого и поскольку оба принципа не могут быть четко отделены друг от друга в нормативных документах, предлагается ссылаться на них как на единый принцип эквивалентности и интеграции.

В отношении эквивалентности Принцип 9 Основных принципов обращения с заключенными Организации Объединенных Наций гласит, что "заключенные имеют доступ к услугам здравоохранения, имеющимся в стране, без дискриминации на основании их правового положения" (21).

На европейском уровне данное положение было дословно включено в Европейские пенитенциарные правила (20) и более полно раскрыто Комитетом министров Совета Европы в параграфах 10-12 Рекомендации об этических и организационных аспектах охраны здоровья в местах лишения свободы 1997 года (29) путем добавления понятия интеграции.

10. Политика здравоохранения в местах лишения свободы должна быть интегрирована в национальную политику здравоохранения и быть совместима с нею. Служба здравоохранения в местах лишения свободы должна иметь возможность предоставлять медицинское, психиатрическое и стоматологическое лечение и реализовывать программы по гигиене и профилактической медицине в условиях, сравнимых с предоставляемыми населению в целом. ...

11. Служба здравоохранения в местах лишения свободы должна иметь достаточную численность квалифицированного врачебного, сестринского и технического персонала, а также надлежащие помещения, установки и оборудование сравнимого, если не идентичного, качества с тем, что имеется во внешней среде.

12. В соответствии с национальным законодательством необходимо укрепить роль министерства, отвечающего за здравоохранение, в области оценки качества гигиены, медико-санитарной помощи и организации услуг здравоохранения в местах содержания под стражей. Необходимо установить четкое разделение ответственности и полномочий между министерством, отвечающим за здравоохранение, и другими соответствующими министерствами, которые должны сотрудничать в реализации интегрированной политики здравоохранения в местах лишения свободы.

В отношении принципа эквивалентности и интеграции и, следовательно, косвенно в отношении всех рассмотренных ранее требований и принципов функционирования соответствующей законодательству медицинской службы в местах лишения свободы Комитет министров Совета Европы в официальном комментарии к переработанным и дополненным Европейским пенитенциарным правилам в 2006 году сделал вывод, что "... наиболее эффективным способом выполнения правила 40 [об организации медико-санитарной помощи в местах лишения свободы] является передача национальному органу здравоохранения ответственности за предоставление медико-санитарной помощи также и в местах лишения свободы, как это сделано в ряде европейских стран" (26). По

мнению Комитета министров, это принесет пользу как заключенным, так и персоналу: "Это не только позволит добиться непрерывности лечения, но также и даст возможность заключенным и персоналу воспользоваться более широкими достижениями в методике лечения, в профессиональных стандартах и в обучении" (26). КПП тоже делает выбор в пользу передачи органам здравоохранения ответственности за медико-санитарную помощь в местах лишения свободы. В параграфе 52 15-го Общего доклада о деятельности КПП говорится: "КПП разделяет мнение о том, что наиболее эффективным способом обеспечения таких связей [между здравоохранением в местах лишения свободы и здравоохранением в обществе] является предоставление услуг здравоохранения в местах лишения свободы общегосударственной системой здравоохранения на контрактной основе" (39). В своем докладе Соединенному Королевству в 2009 г. КПП подтвердил и дополнительно обосновал данную позицию: "Сложности в состоянии здоровья тюремного контингента и этика предоставления услуг медико-санитарной помощи в пенитенциарном учреждении требуют обособленной, независимой службы. Передача охраны здоровья в ведение НСЗ [Национальной службы здравоохранения] может рассматриваться как признание данного факта" (40).

С позиции общественного здравоохранения принцип интеграции был постулирован Советом Европы в Рекомендации Rec(2001)12 Комитета министров государствам-членам по адаптации услуг здравоохранения к потребностям граждан в медико-санитарной помощи и услугах здравоохранения в маргинальных ситуациях (41). Среди прочего, это касалось и Рекомендации № R(98)7 об этических и организационных аспектах охраны здоровья в местах лишения свободы: "Для того, чтобы быть эффективной, любая политика здравоохранения, в особенности ориентированная на потребности людей, живущих в маргинальных условиях, должна основываться на комплексном подходе ... государства-члены, работая на долгосрочную перспективу, должны стремиться удовлетворять потребности людей, живущих в маргинальных условиях, в рамках существующей системы здравоохранения." (41). В Декларации Осло о здравоохранении, достоинстве и правах человека 2003 года министры здравоохранения европейских стран подчеркнули ведущую роль министерств здравоохранения в предоставлении надлежащей медико-санитарной помощи уязвимым и социально изолированным группам (42).

Делегаты международного совместного совещания ВОЗ и Российской Федерации по охране здоровья в местах лишения свободы и общественному здравоохранению упомянули позицию Совета Европы в Московской декларации 2003 года, отметив "...что пенитенциарное здравоохранение должно являться составной частью ... системы здравоохранения любой страны". Московская декларация основывалась на большинстве международных законодательных норм, относящихся к праву заключенных на здоровье, и соответствовала им. Она была разослана правительствам всех европейских стран (43).

На международном уровне данная позиция была развита и изложена в официальных документах ВОЗ, Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности и Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС)

(16, 44, 45) – в последний раз это было сделано в их публикации 2013 года *HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions* ["Профилактика и лечение ВИЧ и оказание помощи в местах лишения свободы и других закрытых учреждениях: комплексный набор вмешательств"], где было отмечено: "В долгосрочной перспективе передача органам общественного здравоохранения контроля за охраной здоровья в закрытых учреждениях окажет положительное воздействие как на здравоохранение в местах лишения свободы, так и на общественное здравоохранение в целом..." (46). Авторы подчеркивают необходимость обеспечения непрерывности помощи как одной из отправных точек при рассмотрении вопроса о такой передаче:

Для гарантии того, что выгоды лечения (такого как антиретровирусная терапия, лечение туберкулеза, лечение вирусного гепатита или опиоидная заместительная терапия), начатого до или во время заключения в места лишения свободы, не будут утеряны, а также для профилактики развития устойчивости к лекарственным средствам необходимо предусмотреть возможность продолжения данных видов лечения на всех этапах содержания под стражей без прерывания: при нахождении лица в полиции и при содержании в следственных изоляторах, в тюрьме, во время переводов из одного учреждения в другое и после выхода на свободу (46).

3. Сохраняющиеся недостатки пенитенциарного здравоохранения

В большинстве стран мира и в подавляющем большинстве 53-х государств-членов Европейского региона ВОЗ за все аспекты пенитенциарной системы, включая охрану здоровья в местах лишения свободы, отвечает либо министерство юстиции, либо министерство внутренних дел. Таким образом, любая проверка и оценка условий и услуг здравоохранения в местах лишения свободы столкнется с основным и типичным недостатком пенитенциарной системы, в которой не предусмотрено активное участие органов общественного здравоохранения в охране здоровья в местах лишения свободы: почти повсеместным отсутствием тюремного контингента в национальной статистике здравоохранения и широко распространенным отсутствием данных по вопросам здравоохранения в пенитенциарной статистике (47).

В отсутствие достоверных и регулярно собираемых исходных данных о состоянии здоровья заключенных при любой попытке оценить эффективность работы пенитенциарных учреждений по удовлетворению потребностей заключенных в Европейском регионе ВОЗ необходимо учитывать данные и выводы двух основных инструментов Совета Европы, используемых для защиты заключенных и их прав:

- доклады КПП (48) и
- растущее число решений Европейского суда по правам человека (ЕСПЧ), касающихся охраны здоровья в местах лишения свободы (49).

ЕСПЧ рассматривает индивидуальные жалобы, поданные заключенными или их законными представителями, в основном руководствуясь Статьями 2 (право на жизнь – "право каждого лица на жизнь охраняется законом") и 3 (запрещение пыток – "никто не может подвергаться пыткам или бесчеловечному или унижающему достоинство обращению или наказанию") Европейской конвенции о защите прав человека (50). При вынесении решений Суд также регулярно ссылается на рекомендации Совета Европы, неоднократно цитируемые в настоящем документе, и на нормы, установленные КПП (см. раздел 2.2). Именно таким образом происходит усиление последних с помощью международного прецедентного права. Несмотря на то, что ЕСПЧ всегда рассматривает индивидуальные жалобы, многие его решения затрагивают общие условия охраны здоровья в конкретном пенитенциарном учреждении или в данной пенитенциарной системе.

КПП, будучи еще одной неотъемлемой частью системы Совета Европы по защите прав человека, посещает места заключения с целью оценки обращения с лишенными свободы людьми и докладывает свои выводы государствам. Тем самым КПП всегда оценивает относящиеся к охране здоровья условия заключения и эффективность работы пенитенциарных служб здравоохранения. КПП обосновывает свой интерес к пенитенциарному здравоохранению, ссылаясь на Статью 3 Европейской конвенции о защите прав человека (запрещение пыток, см. выше) и утверждая, что "недостаточный уровень медико-санитарной помощи может быстро привести к возникновению ситуаций, подпадающих под определение "бесчеловечного или унижающего достоинство обращения" (28). В своих докладах государствам КПП еще чаще, чем ЕСПЧ, ссылается на рекомендации Совета Европы, касающиеся пенитенциарных учреждений. И хотя КПП всегда имеет дело с конкретным учреждением в конкретный момент времени, многие из его выводов затрагивают условия охраны здоровья во всей пенитенциарной системе.

Судебная практика, обобщаемая в докладах КПП и ЕСПЧ, свидетельствует о постоянном и широко распространенном игнорировании правовых основ и норм пенитенциарного здравоохранения, описанных в настоящем документе (см. раздел 2). В этих докладах и решениях Суда иллюстрируются многочисленные недостатки на материально-правовом, процессуальном и структурном уровнях:

- отсутствие собственной медицинской службы во многих пенитенциарных учреждениях и ведение работы во многих тюремных службах охраны здоровья неполными штатами сотрудников или сотрудниками недостаточной квалификации (51–54);
- фильтрация дежурными сотрудниками исправительных учреждений просьб заключенных о предоставлении доступа к медицинскому персоналу (55);
- выполнение заключенными, работающими в медсанчасти (иногда в качестве санитаров), функций медперсонала, таких как измерение температуры, кровяного давления и пульса (55,56);
- выполнение немедицинским персоналом, занятым в службе режима, такой работы, для выполнения которой у них нет требуемой квалификации, например, раздача отпускаемых по рецепту врача лекарств (57);

- не проводится специальное обучение тюремного медицинского персонала по выполнению функций медико-санитарной помощи в пенитенциарных учреждениях, что ведет к его изоляции от основного направления практики медицинских услуг (58);
- несвоевременное предоставление заключенным доступа к врачу общей практики или к специализированной помощи (59–61);
- не предлагаются и не проводятся медицинские осмотры при поступлении в пенитенциарное учреждение, либо медицинские осмотры не предлагаются и не проводятся в разумные сроки (31, 51, 54, 59, 62, 63);
- не заводятся и не ведутся унифицированные, последовательные и информативные истории болезни (54, 64, 65), либо доступ к историям болезни не предоставляется для независимого контроля (66);
- несоблюдение конфиденциальности медицинских данных (51, 67–69);
- не проводится мониторинг и не принимаются меры для реального решения проблемы гепатита С среди заключенных (58);
- заключенным с ВИЧ-инфекцией своевременно не предоставляется минимального объема медицинского надзора и помощи в лечении (70, 71);
- не были приняты меры по сохранению жизни заключенного с ухудшающимся состоянием здоровья, вызванным ВИЧ, который умер вскоре после выхода на свободу – ему не была предоставлена необходимая медицинская помощь во время заключения (72);
- не осуществляется комплексный медицинский надзор и лечение заключенных, инфицированных ТБ и ВИЧ, не обеспечиваются физические условия, адаптированные для их выздоровления; здоровые заключенные не отделяются от больных туберкулезом, что способствует распространению ТБ в пенитенциарном учреждении (73, 74) и ведет к развитию форм заболевания с множественной лекарственной устойчивостью;
- не разрабатывается и не проводится комплексная политика в отношении наркотиков, объединяющая медицинскую детоксикацию, психологическую поддержку, выработку навыков безопасной жизнедеятельности, реабилитацию, заместительные программы и профилактику (54, 56, 60);
- реально не поддерживается и не организуется непрерывность помощи заключенным при переводе из одного учреждения в другое (75);
- участие врачей и другого медицинского персонала в личных досмотрах по причинам, связанным с обеспечением режима (51);
- заковывание заключенных в кандалы для проведения медицинских осмотров (51, 75);
- участие врачей и другого медицинского персонала в наказании заключенных, таком как одиночное заключение (31, 40, 54, 76, 77);
- врачи и другой медицинский персонал не регистрируют случаев ненадлежащего обращения и не сообщают о таких случаях компетентным органам (51, 54).

Помимо приведенных примеров, напрямую относящихся к службам пенитенциарного здравоохранения, КПП и ЕСПЧ неоднократно высказывали критику по поводу материальных условий в местах лишения свободы, пагубных для здоровья, таких как переполненность, плохая вентиляция, освещение и отопление

и плохие санитарно-гигиенические условия (54, 65, 78–80). Кроме того, КПП выявил заявления о случаях и реальные случаи плохого обращения тюремных надзирателей с заключенными и случаи отсутствия реальной защиты от насилия со стороны других заключенных (60, 81). И то и другое противоречит особой обязанности государства заботиться о заключенных.

Несмотря на указанные недостатки и вопреки рекомендациям Совета Европы, в большинстве государств-членов министерства здравоохранения вовлечены лишь незначительно или вовсе не вовлечены в пенитенциарное здравоохранение. Тем не менее, в некоторых случаях КПП в прямой форме призывает министерства здравоохранения принять более активное участие или даже взять на себя ответственность за пенитенциарное здравоохранение (54, 55, 82, 83).

4. Разумное стратегическое руководство охраной здоровья в местах лишения свободы в XXI веке

Вышеупомянутые соображения привели Группу экспертов к следующим выводам.

- Заключенные обладают такими же правами на здоровье и благополучие, как и все другие люди.
- Большинство заключенных являются выходцами из групп населения, живущих в неблагоприятных социальных условиях, и страдают от более тяжелого бремени инфекционных и неинфекционных заболеваний по сравнению с населением в целом.
- Места лишения свободы представляют собой учреждения с высоким риском заболевания. В связи с тем, что происходит постоянное соприкосновение их обитателей с внешним миром, они создают целый комплекс трудных проблем для общественного здравоохранения, особенно когда речь идет о борьбе с инфекционными заболеваниями, такими как ВИЧ и ТБ.
- Государства имеют особую, суверенную обязанность заботиться о заключенных. Они отвечают за все предотвратимые нарушения здоровья заключенных, вызванные недостаточными мерами медико-санитарной помощи или неудовлетворительными условиями содержания в местах лишения свободы, касающимися гигиены, питания, размеров помещений, отопления, освещения, вентиляции, физической активности и социальных контактов.
- 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 медико-санитарной помощи заключенным и их предоставление или непредоставление никогда не должно быть связано с наказанием заключенных.

- Службы пенитенциарного здравоохранения должны быть полностью независимы от администрации пенитенциарных учреждений и в то же время должны эффективно сотрудничать с ней.
- Службы пенитенциарного здравоохранения должны быть интегрированы в национальную политику и системы здравоохранения, включая аспекты обучения и повышения квалификации медицинского персонала.

Однако несмотря на то, что в последние десятилетия было разработано и повсеместно принято большое количество международных правил охраны здоровья в местах лишения свободы, анализ европейских юридических документов по правам человека показывает, что в Европе часто наблюдается следующая неудовлетворительная практика.

- Право заключенных на здоровье часто игнорируется.
- Многие государства в недостаточной мере выполняют свою особую обязанность заботиться о заключенных.
- Заключенные часто подвергаются предотвратимым рискам нарушения здоровья, например, из-за отсутствия доступа к программам скрининга или иммунизации или к программам активного выявления больных.
- Медико-санитарный персонал зачастую не является независимым от тюремных властей и оказывается вовлеченным в конфликты лояльности между предоставлением услуг медико-санитарной помощи заключенным и усилиями администрации по поддержанию дисциплины и наказанию заключенных.
- Нет адекватного решения проблем общественного здравоохранения в местах лишения свободы. Зачастую не используются возможности и обязательства по обеспечению хорошего доступа к медицинской помощи для данной чрезвычайно уязвимой группы населения с ее собственными высокими потребностями в услугах здравоохранения одновременно с удовлетворением более широких потребностей общественного здравоохранения. По мнению КПП (28), это особенно относится к инфекционным заболеваниям:

Распространение трансмиссивных болезней и, в частности, туберкулеза, гепатита и ВИЧ/СПИДа в ряде европейских стран стало одной из главных проблем общественного здравоохранения. Хотя эти болезни поражают все население в целом, в некоторых тюремных системах они вылились в чрезвычайно острую проблему. В этой связи КПП в ряде случаев был вынужден выразить серьезную озабоченность по поводу неадекватности мер, принимаемых для борьбы с этой проблемой. Более того, нередко выяснялось, что материальные условия, в которых содержатся заключенные, могут только способствовать распространению этих болезней.

Настоящий документ вновь подтверждает необходимость подхода к пенитенциарному здравоохранению с позиции прав человека, который Европейское региональное бюро ВОЗ пропагандирует и поддерживает на протяжении более десяти лет. Что касается позиции Регионального бюро относительно того, что оно считает разумным стратегическим руководством охраной здоровья в местах лишения свободы, здесь важно отметить новую общеевропейскую основу политики здравоохранения Здоровье-2020 (84), которую приняли 53 государства-

члена Европейского региона на шестьдесят второй сессии Европейского регионального комитета ВОЗ на Мальте в сентябре 2012 г. Политика Здоровье-2020 направлена на уменьшение неравенств в отношении здоровья путем совершенствования стратегического руководства здравоохранением и выдвижения на первый план задач снижения бремени заболеваний, укрепления систем здравоохранения и повышения жизнестойкости местных общин. Таким образом, она укрепляет и оптимизирует процесс реализации всех стратегий и рамочных программ, которыми руководствуется ВОЗ в своей работе в Европейском регионе. Политика Здоровье-2020 основана на принципах, закрепленных в Уставе ВОЗ: "обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав всякого человека без различия расы, религии, политических убеждений, экономического или социального положения" (85). В политике Здоровье-2020 государства-члены напоминают, что право на здоровье по международному законодательству является неотъемлемым правом человека. Они заявляют, что "настало время обновить европейскую политику здравоохранения и решать вопросы обеспечения права человека на здоровье в контексте того, что нам известно и что может быть достигнуто в области укрепления и поддержания здоровья населения. Этими достижениями в максимально возможной степени должны пользоваться все люди. Для их реализации потребуются новые и радикально иные формы и методы лидерства и стратегического руководства в интересах здоровья" (84). В политике Здоровье-2020 подчеркиваются выгоды развития связей ВОЗ с "новыми и возникающими типами партнерств в интересах здоровья", такими как пенитенциарные учреждения (84).

С учетом вышеупомянутых выводов и принимая во внимание и поддерживая новую Европейскую политику здравоохранения Здоровье-2020, равно как и положения документов ВОЗ *"Дорожная карта по предупреждению и борьбе с лекарственно-устойчивым туберкулезом на 2011–2015 гг."* (86), *"Европейский план действий по ВИЧ/СПИДу на 2012-2015 гг."* (87) и Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013-2020 гг., принятых на шестьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения 27 мая 2013 года (88), а также принимая во внимание План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012-2016 гг. (89) и резолюцию 2005 г. по предупреждению травматизма в Европейском регионе ВОЗ (90), и в соответствии с рекомендациями и нормами Совета Европы по охране здоровья в местах лишения свободы и в поддержку этих рекомендаций и норм, Группа экспертов занимает следующую позицию относительно организации пенитенциарного здравоохранения.

- Организация и координация работы всех заинтересованных ведомств и ресурсов, задействованных в охране здоровья и благополучия заключенных, является общегосударственной обязанностью.
- Предоставлять медико-санитарные услуги в местах лишения свободы и быть подотчетными за их предоставление, а также отстаивать необходимость обеспечения здоровых условий в местах лишения свободы должны министерства здравоохранения.

В последние годы некоторые государства-члены Европейского региона ВОЗ передали ответственность за охрану здоровья в местах лишения свободы своим министерствам здравоохранения. К ним относятся (в хронологическом порядке): Норвегия, Франция и Соединенное Королевство. Аналогичную реформу провели Италия, некоторые швейцарские кантоны и две автономные области Испании. В настоящее время несколько других стран рассматривают возможность такой же реформы или уже начали ее: это Казахстан, Косово², Республика Молдова и Финляндия.

По всей видимости, этот процесс будет продолжаться во всем Регионе. Тем не менее, получение фактических данных о том, что он приведет к улучшению пенитенциарного здравоохранения – непростая задача. Причинами этого являются повсеместное отсутствие исходных данных по вопросам здравоохранения в пенитенциарных системах, в которых министерства здравоохранения не отвечают за предоставление услуг здравоохранения, и тот факт, что процессы передачи обычно затрагивают всю систему, что ведет к невозможности проведения рандомизированных контролируемых испытаний. Тем не менее, представители нескольких государств-членов, реализовавших или планировавших реализовать передачу ответственности, сообщили о положительных исходах для здоровья на международной конференции в Лондоне в 2004 году. Их единодушным выводом было то, что

"выгоды [от передачи] могут быть велики. Проведенные оценки указывают, что качество предоставляемой заключенным помощи повысилось во всех четырех странах. Наблюдается большее понимание и отражение в национальной политике здравоохранения особых потребностей заключенных в услугах здравоохранения. Улучшилось кадровое обеспечение и качество персонала. Укрепились связи с обществом" (91).

Отдельные государства-члены Европейского региона дополнительно сообщили о таких выгодах, как улучшение ресурсного и финансового обеспечения для решения ключевых вопросов пенитенциарного здравоохранения, и о включении заключенных в основные инициативы в области общественного здравоохранения (92). Самые последние фактические данные по Региону подтверждают, что показатели функционирования служб пенитенциарного здравоохранения могут существенно улучшиться после передачи ответственности министерствам здравоохранения и что такая передача может содействовать разработке показателей здоровья в местах лишения свободы, проведению оценок деятельности служб здравоохранения и интеграции данных о пенитенциарном здравоохранении в национальную статистику здравоохранения (93).

Группе экспертов известно, что передача пенитенциарного здравоохранения под юрисдикцию министерств здравоохранения и, соответственно, интеграция пенитенциарного здравоохранения в национальные системы здравоохранения будет длительным процессом. Ей известно, что успех (без создания повышен-

² В соответствии с резолюцией Совета безопасности Организации Объединенных Наций 1244 (1999).

ных рисков для здоровья заключенных) требует от правительств высочайшей политической приверженности данному процессу, полного сотрудничества и коммуникации на всех уровнях управления и персонала и тщательного планирования и реализации практических шагов, включая все требуемые бюджетные последствия и переводы финансовых средств.

Есть все основания считать, что такой общегосударственный подход к охране здоровья в местах лишения свободы в перспективе будет иметь положительные эффекты, такие как:

- снижение рисков для здоровья и улучшение охраны здоровья в местах лишения свободы;
- улучшение здоровья заключенных;
- улучшение функционирования национальных систем здравоохранения;
- улучшение здоровья в общинах, живущих в неблагоприятных экономических и социальных условиях;
- улучшение здоровья населения во всем обществе;
- облегчение интеграции заключенных в общество при выходе на свободу;
- снижение частоты повторных правонарушений и повторного заключения и снижение численности тюремного контингента и
- повышение уровня доверия правительству, основанное на усилении мер по защите прав человека и снижению неравенств в отношении здоровья.

В соответствии с концепциями и нормами, изложенными в данном документе, независимо от того, какое министерство несет ответственность за охрану здоровья в местах лишения свободы, незаменимыми гарантиями надлежащего обращения с заключенными всегда являются три принципа международного права (94):

1. Международные нормы и рекомендации по пенитенциарному здравоохранению и медицинской этике должны быть интегрированы в национальное законодательство.
2. Заключенные должны иметь возможность подавать прошения и жалобы тюремным властям и иметь право на обжалование в независимой инстанции без негативных последствий для себя.
3. Государственные органы должны регулярно проводить инспекцию пенитенциарных учреждений с целью оценки соответствия управления этими учреждениями требованиям национального и международного законодательства, а независимые органы, которые имеют законное право посещать места лишения свободы и выводы которых должны обязательно публиковаться, должны проводить мониторинг условий в местах лишения свободы и обращения с заключенными.

Библиография

1. *World prison brief*. London, International Centre for Prison Studies, 2012 (http://www.prisonstudies.org/info/worldbrief/wpb_about.php, accessed 15 May 2013).
2. *HIV in prisons: situation and needs assessment toolkit*. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2010 (http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/HIV_in_prisons_situation_and_needs_assessment_document.pdf, accessed 15 May 2013).
3. Aebi MF, Delgrande N. *Council of Europe annual penal statistics: SPACE I*. Strasbourg, Council of Europe, 2011 (http://www3.unil.ch/wpmu/space/files/2013/05/SPACE-1_2011_English.pdf, accessed 15 May 2013).
4. *Здоровье в исправительных учреждениях. Руководство ВОЗ по основным аспектам охраны здоровья в местах лишения свободы*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/111247/E90174R.pdf, по состоянию на 30 сентября 2013 г.).
5. Aerts A et al. Tuberculosis and tuberculosis control in European prisons. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2006, 10:1215–1223 (<http://www.ingentaconnect.com/content/iuatld/ijtlld/2006/00000010/00000011/art00006>, accessed 15 May 2013).
6. *Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2013*. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control and WHO Regional Office for Europe, 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/185800/Tuberculosis-surveillance-and-monitoring-in-Europe-2013.pdf, accessed 15 May 2013).
7. Baussano I et al. Tuberculosis incidence in prisons: a systematic review. *PLoS Medicine*, 2010, 7:e1000381 (<http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000381>, accessed 15 May 2013).
8. Taylor A et al. Outbreak of HIV infection in a Scottish prison. *British Medical Journal*, 1995, 310:289 (<http://www.bmj.com/content/310/6975/289#alternate>, accessed 15 May 2013).
9. Dolan R et al. HIV in prison in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 2007, 7:32–41.
10. *Prisons and drugs in Europe: the problem and responses*. Lisbon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2012 (http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_191812_EN_TDSI12002ENC.pdf, accessed 15 May 2013).
11. *Right to health, right to life: why we need to act now on HIV and human rights. High Level Meeting on HIV and Human Rights in the European Union and Neighbouring Countries*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2013 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/05/20130529_EC_discussion_paper.pdf, accessed 15 May 2013).
12. García EA. 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]. In: Aromaa K, Viljanen

- T, eds. *Survey of United Nations and other best practices in the treatment of prisoners in the criminal justice system*. Helsinki, European Institute for Crime Prevention and Control, 2010:67–75 (Publication Series No. 65; <http://www.heuni.fi/Etusivu/Publications/1290609815103>, accessed 15 May 2013).
13. Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. *Lancet*, 2011, 377: 956–965 (<http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673610610537.pdf?id=40bade4753939e7f:-75469f07:13b70ac07e7:-6f311354805430736>, accessed 15 May 2013).
 14. Lines R. From equivalence of standards to equivalence of objectives: the entitlement of prisoners to health care standards higher than those outside prisons. *International Journal of Prisoner Health*, 2006, 2:272 (<http://www.humanrightsanddrugs.org/wp-content/uploads/2009/09/Equivalence-paper-IJPH.pdf>, accessed 15 May 2013).
 15. Stuckler D et al. Mass incarceration can explain population increases in TB and multidrug-resistant TB in European and central Asian countries. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 2008, 105:13280–13285.
 16. ВИЧ и СПИД в местах лишения свободы. Сборник методических пособий для разработчиков политики, администрации тюрем, тюремного персонала и медико-санитарных работников в местах заключения. Вена, Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности, 2008 г. (https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Eng-Rus_eBook.pdf, по состоянию на 30 сентября 2013 г.).
 17. *Evaluation of access to HIV/AIDS treatment and care in Latvia*. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2009 (http://www.unodc.org/documents/balticstates/Library/Other/Report_ART_Latvia.pdf, accessed 15 May 2013).
 18. *Mid-term evaluation of the Latvian National HIV Programme: 2009–2013*. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2011 (http://www.unodc.org/documents/balticstates/Library/Other/HIV_Progr_Eval_2011_LV_Report.pdf, accessed 15 May 2013).
 19. *Shooting up: infections among people who inject drugs in the United Kingdom 2011*. London, Health Protection Agency, 2012 (http://www.hpa.org.uk/webc/HPAwebFile/HPAweb_C/1317136882198, accessed 15 May 2013).
 20. *Recommendation Rec(2006)2 of the Committee of Ministers to member states on the European Prison Rules*. Strasbourg, Council of Europe, Committee of Ministers, 2006 (<https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955747>, accessed 15 May 2013).
 21. *Основные принципы обращения с заключенными. Резолюция 45/111 Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций*. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 1990 г. (<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/570/16/IMG/NR057016.pdf?OpenElement>, по состоянию на 30 сентября 2013 г.).
 22. Achermann A, Künzli J. *Gesundheitsrelevante Rechte inhaftierter Personen im Bereich des Schutzes vor Infektionskrankheiten und Kompetenzen des Bundes zu ihrer Durchsetzung. Studie zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit Sektion Aids*. Berne, Federal Office of Public Health, 2007 (<http://www.bag>).

admin.ch/evaluation/01759/02062/03821/index.html?lang=de, accessed 15 May 2013).

23. *Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах. Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций, Резолюция 2200A (XXI)*. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 1966 г. (<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NL6/600/01/IMG/NL660001.pdf?OpenElement>, по состоянию на 30 сентября 2013 г.).
24. *Вопросы существа, возникающие в ходе осуществления Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах. Замечание общего порядка 14 (2000 г.). Право на наивысший достижимый уровень здоровья (статья 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах)*. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, 2000 г. (<http://www1.umn.edu/humanrts/russian/gencomm/Rescgencom14.html>, по состоянию на 30 сентября 2013 г.).
25. Lines R. The right to health of prisoners in international human rights law. *International Journal of Prisoner Health*, 2008, 4:3–53 (<http://www.humanrightsanddrugs.org/wp-content/uploads/2009/09/Right-to-Health-IJPH-2008.pdf>, accessed 15 May 2013).
26. *Commentary to Recommendation REC(2006) 2 of the Committee of Ministers to Member States on the European Prison Rules*. Strasbourg, Council of Europe, 2005 (<http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/prisons/E%20commentary%20to%20the%20EPR.pdf>, accessed 15 May 2013).
27. *Свод принципов защиты всех лиц, подвергаемых задержанию или заключению в какой бы то ни было форме. Резолюция 43/173 Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций*. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 1988 г. (<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/536/14/IMG/NR053614.pdf?OpenElement>, по состоянию на 30 сентября 2013 г.).
28. Европейский комитет по предупреждению пыток и бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания. *Стандарты ЕКПП*. Страсбург, Совет Европы, 2011 г. (CPT/Inf/E (2002) 1 – Rev. 2011) (<http://www.cpt.coe.int/lang/rus/rus-standards.pdf>, по состоянию на 30 сентября 2013 г.).
29. *Recommendation R (98)7 of the Committee of Ministers to member states concerning the ethical and organisational aspects of health care in prison*. Strasbourg, Council of Europe, 1998 (<https://wcd.coe.int/com.instranet.InstraServlet?command=com.instranet.CmdBlobGet&InstranetImage=530914&SecMode=1&DocId=463258&Usage=2>, accessed 15 May 2013).
30. University of Minnesota Human Rights Library [web site]. *Lantsova vs. the Russian Federation*. New York, United Nations Human Rights Committee, 2002 (Communication No. 763/1997, U.N. Doc. CCPR/C/74/D/763/1997 (2002)) (<http://www1.umn.edu/humanrts/undocs/763-1997.html>, accessed 8 August 2013).
31. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. *Report to the Lithuanian Government on the visit to*

- Lithuania carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 14 to 18 June 2010.* Strasbourg, Council of Europe, 2011 (CPT/Inf (2011) 17) (<http://www.cpt.coe.int/documents/ltu/2011-17-inf-eng.pdf>, accessed 15 May 2013).
32. Pont J. Medical ethics in prisons. *International Journal of Prisoner Health*, 2006, 2:259–267 (<http://www.humanrightsanddrugs.org/wp-content/uploads/2009/09/Equivalence-paper-IJPH.pdf>, accessed 15 May 2013).
 33. Pont J, Stöver H, Wolff H. Dual loyalty in prison health care. *American Journal of Public Health*, 2012, 102:475–480 (<http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.2011.300374>, accessed 15 May 2013).
 34. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading treatment or Punishment. *Physicians acting at the authorities' request for non-medical purposes.* Strasbourg, Council of Europe, 2001 (CPT (2001) 65) (<http://www.cpt.coe.int/en/working-documents/cpt-2001-65-eng.pdf>, accessed 15 May 2013).
 35. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. *Report to the Albanian Government on the visit to Albania carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 23 May to 3 June 2005.* Strasbourg, Council of Europe, 2006 (CPT/Inf (2006) 24) (<http://www.cpt.coe.int/documents/alb/2006-24-inf-eng.pdf>, accessed 15 May 2013).
 36. *Принципы медицинской этики, относящиеся к роли работников здравоохранения, в особенности врачей, в защите заключенных или задержанных лиц от пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания. Резолюция 37/194 Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций.* Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 1982 г. (http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/37/194&referer=http://www.un.org/depts/dhl/resguide/r37.htm&Lang=R, по состоянию на 30 сентября 2013 г.).
 37. *Права человека и тюремные учреждения: Руководство для инструкторов по вопросам подготовки сотрудников тюрем в области прав человека.* Женева, Управление Верховного комиссара ООН по правам человека, 2005 г. (Серия документов по вопросам профессиональной подготовки № 1) (http://www.hrea.org/erc/Library/display_doc.php?url=http%3A%2F%2Fwww.ohchr.org%2Fenglish%2Fabout%2Fpublications%2Fdocs%2FPTS11Add2_ru.pdf&external=N, по состоянию на 30 сентября 2013 г.).
 38. *Doctors working in prison: human rights and ethical dilemmas.* Oslo, Norwegian Medical Association, 2001 (<http://nettkurs.legeforeningen.no/course/view.php?id=39>, accessed 15 May 2013).
 39. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. *15th General Report on the CPT's activities.* Strasbourg, Council of Europe, 2005 (CPT/Inf (2005) 17) (<http://www.cpt.coe.int/en/annual/rep-15.pdf>, accessed 15 May 2013).
 40. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. *Report to the Government of the United Kingdom on the visit to the United Kingdom carried out by the European Committee for*

- the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT)*. Strasbourg, Council of Europe, 2009 (CPT/Inf (2009) 30) (<http://www.cpt.coe.int/documents/gbr/2009-30-inf-eng.pdf>, accessed 15 May 2013).
41. *Recommendation Rec(2001)12 of the Committee of Ministers to member states on the adaptation of health care services to the demand for health care and health care services of people in marginal situations*. Strasbourg, Council of Europe, 2001 (<https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=228725&Site=CM&BackColorOrInternet=9999CC&BackColorIntranet=FFBB55&BackColorLogged=FFAC75>, accessed 15 May 2013).
 42. *The Oslo Declaration on Health, Dignity and Human Rights. 7th Conference of European Health Ministers "Health, Dignity and Human Rights", 12–13 June 2003, Oslo, Norway, Final declaration*. Oslo, Council of Europe, 2003 (http://www.coe.int/T/E/Com/Files/Ministerial-Conferences/2003-Health/declaration_finale.asp#TopOfPage, accessed 15 May 2013).
 43. *Декларация об охране здоровья в тюрьмах в рамках системы общественного здравоохранения*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2003 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/120471/E94242r.pdf, по состоянию на 30 сентября 2013 г.).
 44. *Effectiveness of interventions to address HIV in prisons*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596190_eng.pdf, accessed 15 May 2013).
 45. *Профилактика ВИЧ/СПИДа, уход, лечение и поддержка в условиях тюрем. Основа для принятия эффективных мер на национальном уровне*. Вена, Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности, 2006 г. (https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Framework%20prison_RUS.pdf, по состоянию на 30 сентября 2013 г.).
 46. *HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions*. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2013 (http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV_comprehensive_package_prison_2013_eBook.pdf, accessed 15 May 2013).
 47. Levy M. Prison health services should be as good as those for the general community. *BMJ [in full]*, 1997, 315:1394 (http://www.bmj.com/content/315/7120/1394?ijkey=ea88b630ee5ebfa3d5e4b8d244c1691dbd924c63&keytype2=tf_ipsecsha&linkType=FULL&journalCode=bmj&resid=315/7120/1394#alternate, accessed 15 May 2013).
 48. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. CPT database [online database]. Strasbourg, Council of Europe, 2013 (<http://www.cpt.coe.int/en/database.htm>, accessed 15 May 2013).
 49. European Court of Human Rights. HUDOC case law database [online database]. Strasbourg, Council of Europe, 2013 (<http://www.echr.coe.int/ECHR/EN/Header/Case-Law/Decisions+and+judgments/HUDOC+database>, accessed 15 May 2013).
 50. Европейский суд по правам человека. *Европейская конвенция по правам человека*. Страсбург, Совет Европы, 2002 г. (http://www.echr.coe.int/Documents/Convention_RUS.pdf, по состоянию на 30 сентября 2013 г.).

51. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. *Rapport au Conseil fédéral suisse relatif à la visite effectuée en Suisse par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 10 au 20 octobre 2011*. Strasbourg, Council of Europe, 2012 (CPT/Inf (2012) 26) (<http://www.cpt.coe.int/documents/che/2012-26-inf-fra.pdf>, accessed 15 May 2013).
52. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. *Rapport au Gouvernement de la Roumanie relatif à la visite effectuée en Roumanie par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 5 au 16 septembre 2010*. Strasbourg, Council of Europe, 2011 (CPT/Inf (2011) 31) (<http://www.cpt.coe.int/documents/rom/2011-31-inf-fra.pdf>, accessed 15 May 2013).
53. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. *Report to the Government of Denmark on the visit to Greenland carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 25 to 27 September 2012*. Strasbourg, Council of Europe, 2013 (CPT/Inf (2013) 3) (<http://www.cpt.coe.int/documents/dnk/2013-03-inf-eng.pdf>, accessed 15 May 2013).
54. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. *Report to the Government of Serbia on the visit to Serbia carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 1 to 11 February 2011*. Strasbourg, Council of Europe, 2012 (CPT/Inf (2012) 17) (<http://www.cpt.coe.int/documents/srb/2012-17-inf-eng.pdf>, accessed 4 August 2013).
55. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. *Report to the Bulgarian Government on the visit to Bulgaria carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 4 to 10 May 2012*. Strasbourg, Council of Europe, 2012 (CPT/Inf (2012) 32) (<http://www.cpt.coe.int/documents/bgr/2012-32-inf-eng.pdf>, accessed 15 May 2013).
56. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. *Report to the Government of Greece on the visit to Greece carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 19 to 27 January 2011*. Strasbourg, Council of Europe, 2012 (CPT/Inf (2012) 1) (<http://www.cpt.coe.int/documents/grc/2012-01-inf-eng.pdf>, accessed 15 May 2013).
57. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. *Report to the Government of the Netherlands on the visit to the Netherlands carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 10 to 21 October 2011*. Strasbourg, Council of Europe, 2012 (CPT/Inf (2012) 21) (<http://www.cpt.coe.int/documents/nld/2012-21-inf-eng.pdf>, accessed 15 May 2013).
58. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. *Report to the Government of "the former Yugoslav*

Republic of Macedonia” on the visit to “the former Yugoslav Republic of Macedonia” carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 21 September to 1 October 2010. Strasbourg, Council of Europe, 2012 (CPT/Inf (2012) 4) (<http://www.cpt.coe.int/documents/mkd/2012-04-inf-eng.pdf>, accessed 15 May 2013).

59. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. *Report to the Georgian Government on the visit to Georgia carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 5 to 15 February 2010*. Strasbourg, Council of Europe, 2010 (CPT/Inf (2010) 27) (<http://www.cpt.coe.int/documents/geo/2010-27-inf-eng.pdf>, accessed 15 May 2013).
60. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. *Report to the Bulgarian Government on the visit to Bulgaria carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 18 to 29 October 2010*. Strasbourg, Council of Europe, 2012 (CPT/Inf (2012) 9) (<http://www.cpt.coe.int/documents/bgr/2012-09-inf-eng.pdf>, accessed 15 May 2013).
61. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. *Report to the Ukrainian Government on the visit to Ukraine carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 29 November to 6 December 2011*. Strasbourg, Council of Europe, 2012 (CPT/Inf (2012) 30) (<http://www.cpt.coe.int/documents/ukr/2012-30-inf-eng.pdf>, accessed 15 May 2013).
62. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. *Report to the Polish Government on the visit to Poland carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 26 November to 8 December 2009*. Strasbourg, Council of Europe, 2011 (CPT/Inf (2011) 20) (<http://www.cpt.coe.int/documents/pol/2011-20-inf-eng.pdf>, accessed 15 May 2013).
63. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. *Rapport au Gouvernement de la Belgique relatif à la visite effectuée en Belgique par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 23 au 27 avril 2012*. Strasbourg, Council of Europe, 2012 (CPT/Inf (2012) 36) (<http://www.cpt.coe.int/documents/bel/2012-36-inf-fra.pdf>, accessed 15 May 2013).
64. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. *Report to the Government of Bosnia and Herzegovina on the visit to Bosnia and Herzegovina carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 5 to 14 April 2011*. Strasbourg, Council of Europe, 2012 (CPT/Inf (2012) 15) (<http://www.cpt.coe.int/documents/bih/2012-15-inf-eng.pdf>, accessed 15 May 2013).
65. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. *Report to the Armenian Government on the visit*

- to Armenia carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 5 to 7 December 2011. Strasbourg, Council of Europe, 2012 (CPT/Inf (2012) 23) (<http://www.cpt.coe.int/documents/arm/2012-23-inf-eng.pdf>, accessed 15 May 2013).
66. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. *Report to the Czech Government on the visit to the Czech Republic carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 21 to 23 October 2009*. Strasbourg, Council of Europe, 2010 (CPT/Inf (2010) 22) (<http://www.cpt.coe.int/documents/cze/2010-22-inf-eng.pdf>, accessed 15 May 2013).
67. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. *Report to the Government of "the former Yugoslav Republic of Macedonia" on the visit to "the former Yugoslav Republic of Macedonia" carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 21 to 24 November 2011*. Strasbourg, Council of Europe, 2012 (CPT/Inf (2012) 38) (<http://www.cpt.coe.int/documents/mkd/2012-38-inf-eng.pdf>, accessed 15 May 2013).
68. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. *Report to the United Nations Interim Administration Mission in Kosovo (UNMIK) on the visit to Kosovo carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 8 to 15 June 2010*. Strasbourg, Council of Europe, 2011 (CPT/Inf (2011) 26) (<http://www.cpt.coe.int/documents/srb/2011-26-inf-en.pdf>, accessed 15 May 2013).
69. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. *Report to the Government of Ireland on the visit to Ireland carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 25 January to 5 February 2010*. Strasbourg, Council of Europe, 2011 (CPT/Inf (2011) 3) (<http://www.cpt.coe.int/documents/irl/2011-03-inf-eng.pdf>, accessed 15 May 2013).
70. *A.B. v. Russia*, No. 1439/06. European Court of Human Rights, 2010 (<http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-100964>, accessed 15 May 2013).
71. *Khudobin v. Russia*, No. 59696/00. European Court of Human Rights, 2006 (<http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng-press/pages/search.aspx?i=001-77692>, accessed 15 May 2013).
72. *Salakhov and Islyamova v. Ukraine*, No. 28005/08. European Court of Human Rights, 2013 (<http://hudoc.echr.coe.int/sites/fra/pages/search.aspx?i=001-117134>, accessed 15 May 2013).
73. *Logvinenko v. Ukraine*, No. 13448/07. European Court of Human Rights, 2010 (<http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-100972>, accessed 15 May 2013).

74. *Vasyukov v. Russia*, no. 2974/05. European Court of Human Rights, 2011 (<http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-104295>, accessed 15 May 2013).
75. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. *Report to the Government of the Slovak Republic on the visit to the Slovak Republic carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 24 March to 2 April 2009*. Strasbourg, Council of Europe, 2010 (CPT/Inf (2010) 1) (<http://www.cpt.coe.int/documents/svk/2010-01-inf-eng.pdf>, accessed 15 May 2013).
76. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. *Report to the German Government on the visit to Germany carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 25 November to 7 December 2010*. Strasbourg, Council of Europe, 2012 (CPT/Inf (2012) 6) (<http://www.cpt.coe.int/documents/deu/2012-06-inf-eng.pdf>, accessed 15 May 2013).
77. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. *Report to the Austrian Government on the visit to Austria carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 15 to 25 February 2009*. Strasbourg, Council of Europe, 2010 (CPT/Inf (2010) 5) (<http://www.cpt.coe.int/documents/aut/2010-05-inf-eng.pdf>, accessed 15 May 2013).
78. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. *Report to the Governments of Belgium and the Netherlands on the visit to Tilburg Prison carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 17 to 19 October 2011*. Strasbourg, Council of Europe, 2012 (CPT/Inf (2012) 19) (<http://www.cpt.coe.int/documents/bel/2012-19-inf-eng.pdf>, accessed 15 May 2013).
79. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. *Report to the Estonian Government on the visit to Estonia carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 9 to 18 May 2007*. Strasbourg, Council of Europe, 2011 (CPT/Inf (2011) 15) (<http://www.cpt.coe.int/documents/est/2011-15-inf-eng.pdf>, accessed 15 May 2013).
80. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. *Report to the Portuguese Government on the visit to Portugal carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 14 to 25 January 2008*. Strasbourg, Council of Europe, 2009 (CPT/Inf (2009) 13) (<http://www.cpt.coe.int/documents/prt/2009-13-inf-eng.pdf>, accessed 15 May 2013).
81. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. *Report to the Azerbaijani Government on the visit to Azerbaijan carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 8 to 12 December 2008*. Strasbourg, Council of Europe, 2009 (CPT/Inf (2009) 28)

- (<http://www.cpt.coe.int/documents/aze/2009-28-inf-eng.pdf>, accessed 15 May 2013).
82. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. *Rapport au Gouvernement de la Moldova relatif à la visite effectuée en Moldova par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 1er au 10 juin 2011*. Strasbourg, Council of Europe, 2012 (CPT/Inf (2012) 3) (<http://www.cpt.coe.int/documents/mda/2012-03-inf-fra.pdf>, accessed 15 May 2013).
 83. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. *Report to the Ukrainian Government on the visit to Ukraine carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 9 to 21 September 2009*. Strasbourg, Council of Europe, 2011 (CPT/Inf (2011) 29) (<http://www.cpt.coe.int/documents/ukr/2011-29-inf-eng.pdf>, accessed 15 May 2013).
 84. *Здоровье-2020. Основы политики и стратегия*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/170687/RC62wd08-Rus.pdf, по состоянию на 30 сентября 2013 г.).
 85. Устав Всемирной организации здравоохранения (<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/RU/constitution-ru.pdf>, по состоянию на 30 сентября 2013 г.).
 86. *Дорожная карта по предупреждению и борьбе с лекарственно-устойчивым туберкулезом. Комплексный план действий по профилактике и борьбе с туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью в Европейском регионе ВОЗ на 2011–2015 гг.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/169704/e95786r.pdf, по состоянию на 30 сентября 2013 г.).
 87. *Европейский план действий по ВИЧ/СПИДу на 2012-2015 гг.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/154000/e95953R.pdf, по состоянию на 30 сентября 2013 г.).
 88. *Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013-2020 гг.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2013 г. (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-ru.pdf, по состоянию на 30 сентября 2013 г.).
 89. *План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012-2016 гг.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/174654/e96638-Rus.pdf, по состоянию на 30 сентября 2013 г.).
 90. *Резолюция Европейского регионального комитета ВОЗ EUR/RC55/R9 по предупреждению травматизма в Европейском регионе ВОЗ*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/88106/RC55_gres09.pdf, по состоянию на 30 сентября 2013 г.).

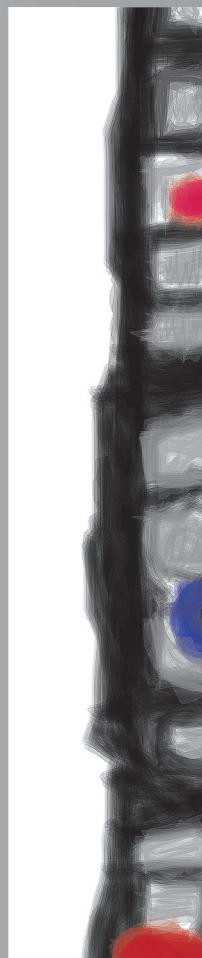
91. *Prison health and public health: the integration of prison health services. Report from a conference.* London, International Centre for Prison Studies, 2004 (http://www.prisonstudies.org/info/downloads/health_service_integration.pdf, accessed 15 May 2013).
92. Hayton P, Boyington J. Prisons and health reforms in England and Wales. *American Journal of Public Health*, 2006, 96:1730–1733 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1586127/>, accessed 15 May 2013).
93. *Prison health performance and quality indicator report and guidance.* London, Department of Health, 2012 (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/146743/dh_133381.pdf.pdf, accessed 15 May 2013).
94. *Минимальные стандартные правила обращения с заключенными.* Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 1955 г. (http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/prison.shtml, по состоянию на 30 сентября 2013 г.).

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г. и основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

Австрия
Азербайджан
Албания
Андорра
Армения
Беларусь
Бельгия
Болгария
Босния и Герцеговина
Бывшая югославская Республика Македония
Венгрия
Германия
Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Республика Молдова
Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чешская Республика
Швейцария
Швеция
Эстония



Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро
UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00 Факс: +45 45 33 70 01 Эл. адрес: contact@euro.who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int