

**Organizarea și managementul
sistemului de sănătate din penitenciare**

Sinteză orientativă în baza documentelor și standardelor internaționale

Documentare și sinteză: Sebastian Simion, consilier parlamentar

Sinteza documentară poate fi accesată direct pe Intranet la pagina Direcției studii și documentare legislativă.

* Lucrările elaborate în cadrul Direcției studii și documentare legislativă sunt cu caracter documentar și nu reprezintă punctul de vedere al Camerei Deputaților.

A B S T R A C T

Asistența medicală din sistemul penitenciar și condițiile specifice în care aceasta trebuie acordată a devenit o temă de interes internațional începând cu anii 1980, odată cu explozia cazurilor HIV/SIDA. Începând cu anii '90 au fost introduse standarde internaționale privind asistența medicală din penitenciare, fiind elaborate documente orientative, acompaniate de analize efectuate în baza unor studii sociologice și / sau chestionare naționale gestionate și interpretate la nivelul OMS, al CoE și al Uniunii Europene. Periodic sunt întreprinse analize SWOT pentru inventarierea deficiențelor, mai ales în ceea ce privește personalul și capacitatea de accesare a serviciilor medicale complete. Între direcțiile majore recomandate enumerăm: integrea cu sistemul comunitar și standarde similare, amplificarea eforturilor în domeniile cu frecvență mai mare a tulburărilor de sănătate (psihiatrie), îmbunătățirea calității personalului medical (recrutare, licențiere, statut și reputație socială), coordonarea strânsă între ministerele sănătății și administrațiile penitenciarelor.

LISTA ABREVIERILOR

CME / EMC Continuing Medical Education – Educație Medicală Continuă

CPT European Committee for Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment / Comitetul European pentru Prevenirea Torturii și Tratamentelor Inumane ori Degradante

EComHR European Commission of Human Rights / Comisia Europeană pentru Drepturile Omului

ECHR European Convention of Human Rights

ECtHR European Court of Human Rights

EMR Electronic medical records

HIV Human Immunodeficiency Virus

ICD International Classification of Diseases

ICRC / CICR International Committee of the Red Cross / Comitetul Internațional al Crucii Roșii

PHC Primary Health Care / Asigurare primară de Sănătate

SOP Standard Operating Procedure

UN United Nations

UNODC United Nations Office on Drugs and Crime

WHO / OMS World Health Organization / Organizația Mondială a Sănătății

WMA World Medical Association

Considerații introductive – scurt istoric al temei

Pentru o perioadă semnificativă de timp autoritățile medico-sanitare de la nivel național și internațional au acordat o atenție limitată sau chiar au neglijat problema sistemului de sănătate din penitenciare. Organizația Mondială a Sănătății, în primele 4 decenii de existență, nu a inițiat ori publicat documente sau materiale substanțiale pe acest subiect al sănătății populațiilor penitenciare. Subiectul nu s-a regăsit nici în programele academice și arareori a generat materie pentru articole în revistele medicale. Ca "lume aparte" penitenciarele nu erau interesante pentru personalul medical, angajat și supravegheat de administrațiile acestora, nu aveau legături profesionale cu instituțiile de sănătate de la nivel local ori național, cu școlile medicale sau cu formele asociative de profil. Comportamentul față de cei cu probleme medicale era mai curând dificil, aceștia fiind subiectul unor măsuri considerate, ulterior, mai degrabă inumane (încătușare la locul spitalizării, prezența gardienilor la examinări și consultații etc.). Nu existau standarde, solicitările erau prezentate de staff-ul închisorilor și adesea erau limitate la distribuția de medicamente și injecții. Schimbările în sistem au fost lente și dificil de implementat, mai ales în stabilirea conexiunilor dintre sistemul de sănătate din interiorul sistemului penitenciar cu cele din exterior, pentru asigurarea unei tratări comprehensive a nevoilor, mai ales ale persoanelor cu probleme cronice de sănătate (de la cele fizice la problemele de sănătate mentală, diverse dependențe de substanțe etc.). Ajutorul medical de urgență cu măsuri complete de diagnostic și terapie s-a dovedit dificil de implementat, la fel și urgențele psihiatrice la standardele non-încarcerăților. Prevenția era deficitară, unele măsuri profilactice existând (vaccinarea), condițiile de încarcerare fiind și ele dificile (supra-aglomerarea, ventilația, sistemul sanitar învechit, alimentația etc.). Subiectul va deveni unul preocupant în anii '80 ai secolului al XX-lea, ca urmare a exploziei HIV/SIDA, din 1985 mai precis - după apariția statisticilor privind prevalența HIV la populațiile carcerale din unele state. Consiliul Europei va comanda și publica un studiu în 1987 în *Lancet*, după care și OMS /WHO va emite un Program special și directive privind tratarea HIV în închisori (1987). Autoritățile publice vor aborda o perspectivă inclusivă (tratamente confidențiale, non-segregaționiste și non-discriminative) – natura problemelor de sănătate fiind abordată în mod echivalent la întreaga populație. Un stimul în direcția schimbărilor din anii 1980 a fost reprezentat de activitatea tematică a Comisiei Europene pentru Drepturile Omului (EComHR) în baza unei serii de plângeri adresate de persoane încarcerate, în baza Convenției Europene privind Drepturile Omului (ECHR) stabilind, de principiu, un cadru normativ ce va fi ulterior confirmat și elaborat de Curtea Europeană a Drepturilor Omului (EctHR) și cu implicarea Articolului 3 din Convenție (cu referire la interzicerea torturii - lipsirea de intervenția medicală necesară a celor în condiții de sănătate precare fiind echivalată în acest fel). Lead-ul a fost preluat de Comitetul European pentru prevenirea Torturii și Comportamentelor Inumane ori Degradante (CPT), organism care a dat startul unei activități intense, efectuând vizite în diverse penitenciare (1991), identificând și inventariind o vastă arie de probleme. Din 1993 acesta va introduce în rapoartele anuale situația sănătății în regimul penitenciar, orientând formatul

recomandărilor Comitetului de Miniștri ai Consiliului Europei, impulsionează și OMS în dezvoltarea unor programe de activități prin Biroul Regional de la Copenhaga.

Schimbările majore au fost, practic, generate și implementate în ultimele două decenii și jumătate, cu unele dificultăți (comportament dubitativ ori rezilient al administrațiilor penitenciarelor dar și al autorităților / agențiilor de sănătate publică, dificultăți în stabilirea unor linii de comunicație între acestea ca și în stabilirea unor mecanisme necesare rezolvării situațiilor conflictuale – problemele de natură bugetară și de securitate au reprezentat și ele variabile importante în procesul de reformare).

Standardele de bază au fost elaborate și integrate prin Recomandarea Comitetului de Miniștri CoE din 1998, privind "Aspectele etice și de organizare ale serviciilor medicale în închisori". Statelor membre li s-a recomandat să aibă în vedere aceste principii în modificarea legislației și practicii în aria sistemului sanitar penitenciar. Principiile etice trebuie să privească drepturile fundamentale și respectarea acestora, să asigure tratamentul preventiv la standardele comunității; s-a recomandat un proces de reforme în structura, organizarea și reglementarea serviciilor medicale în închisori. Recomandarea (98) constituie un document fundamental pentru schimbarea regimului de sănătate al populației carcerale, introduce principii etice și are aplicabilitate practică (de la acel moment fiind elaborate o sumă de alte documente internaționale, înregistrându-se progrese remarcabile în statele membre ale Consiliului Europei). Practic, sistemul de sănătate specific a fost aliniat celui al comunității (statele și-au creat propriile modele în baza recomandărilor). Consiliul Europei a publicat "Prison Health Care and Medical Ethics" – un manual pentru factorii responsabili din sistemul penitenciar și a personalului (2014)¹.

Standarde internaționale – referințe punctuale

- Dreptul la sănătate în viziunea Națiunilor Unite: " accesul la cele mai bune standarde de sănătate fizică și mentală (posibile) reprezintă un drept fundamental al fiecăruia" statele fiind obligate să respecte sănătatea indivizilor și să se abțină de la limitarea accesului pentru unele persoane, cum ar fi deținuții și prizonierii, minoritățile, azilanții și imigranții ilegali, ca și accesul la servicii preventive, curative și paliative" toate serviciile fiind în egală măsură subordonate eticii medicale²
- Dreptul persoanelor încarcerate la sănătate este un principiu de bază al recomandării Comitetului de Miniștri al CoE (2006)² – persoanele private de libertate își păstrează toate drepturile care nu sunt restrânse prin decizie sau sentință judecătorească³.

¹Prison Health Care and Medical Ethics. A manual for health-care workers and other prison staff with responsibility for prisoners' well-being. Council of Europe, November 2014 <https://rm.coe.int/publications-healthcare-manual-web-a5-e/16806ab9b5>

²United Nations: International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights Art.12 <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>; UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), General Comment No.14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant), 11 August 2000, E/C.12/2000/4, available at: <http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html>

³ European Prison Rules 2006, Council of Europe Rule https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805d8d25

- Convenția Europeană a Drepturilor Omului nu stipulează explicit dreptul la sănătate, dar statelor care nu respectă sau refuză dreptul la sănătate al persoanelor încarcerate li s-au dat decizii de violare a Art.2 (dreptul la viață) sau Art.3 (interzicerea torturii) de către ECtHR (Curtea Europeană a Drepturilor Omului)⁴. În virtutea precedentului, Curtea a stabilit obligația statelor de a oferi servicii corespunzătoare nevoilor practice ale deținuților, între care și asistența medicală necesară (26 octombrie 2000, Kudla vs Polonia)⁵ (ca principii în tratarea deținuților fiind: adecvarea tratamentului, cauzele suferințelor și factorii complementari, prezumabili cei emoționali din mediul carceral); cererea adresată statelor semnatare de a promova servicii adecvate sub Regula 39 (măsuri interim) cu consecințe în caz de nerespectare sau de tergiversare a implementării din partea acestora. Recomandările de la Consiliul Europei, OMS, CICR / ICRC și a altor organizații au avut în practică efect limitat, autoritățile fiind notificate pentru încălcarea Art.3
- Deficiențele repetate sesizate de CPT și preluate de ECtHR:
 - o Întârzierea în acordarea accesului la medici / sanitari, lipsa personalului medical în număr adecvat, insuficiența instrumentelor de diagnostic la nivel primar, lipsa unui tratament continuu pentru persoanele cronice, limitarea medicamentelor accesibile (antibiotice, antivirale, pentru tratamentul HIV, hepatita C etc.) și a dosarelor medicale corespunzătoare, pentru o reevaluare de către medicii specialiști.
 - o Accesul dificil la tratamentele de nivel secundar (diabet, boli cardiace, renale etc.) etc.⁶
 - o Probleme generale: insuficiența resurselor necesare, accesul dificil al medicilor de penitenciar la resurse spitalicești, absența sau cvasi-absența serviciilor de specialitate, condițiile dificile de reclusiune, tratamentul degradant în unele cazuri (faze terminale), lipsa tratamentului psihiatric, dificultatea spitalizării – infrastructura. În consecință au fost produse documente în vederea remedierii situațiilor de către ONU, CoE, OMS, UNODC etc.

Cadrul și implicațiile legale ale prevederilor internaționale

Instrumentele internaționale nu definesc explicit nivelul standardelor (acceptabile) în domeniul sănătății fizice și mentale ale populației carcerale și ce se poate constitui sau defini ca "tratament degradant sau inuman" (în afara art 2 și 3 din Convenția Drepturilor Omului); acest lucru a permis o plajă largă de interpretări. Într-o sumă de declarații, recomandări, reguli și ghiduri se stipulează că sunt / pot fi interpretate ca fiind acceptabile standardele normale ale comunității, pe o variantă cunoscută ca "soft law", însă ECtHR,

⁴European Convention on Human Rights, Council of Europe https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ENG.pdf

⁵European Court of Human Rights, Thematic Report - Health-related issues in the caselaw of the European Court of Human Rights, 2015. http://www.echr.coe.int/Documents/Research_report_health.pdf

⁶ Cazurile și precedentele privind diverse aspecte în Jörg Pont Timothy Wilfrid Harding, **ORGANISATION AND MANAGEMENT OF HEALTH CARE IN PRISON. Guidelines**, Council of Europe, 2019, p15-17 și passim

În judecățile sale, face referire la aceste standarde. La nivel național, statele membre CoE au stabilit în legea penală prevederi în conformitate cu actele și convențiile internaționale (standardele nu trebuie să fie diferite față de ale restului cetățenilor – acces, autonomie, confidențialitatea actului medical, independența profesiei medicale precum și personal medical certificat, aspecte care sunt / trebuie incluse și în legislația privind sănătatea); în unele state prevederile legale sunt separate, în corpul legii sănătății, pentru membrii comunității și pentru persoanele lipsite de libertate în baza unei sentințe judecătorești. Există și situații în care prevederile diferă la cele două categorii, existând legi diferite. Ca recomandare generală, organele internaționale opinează că trebuie ținut cont că personalul care asigură serviciile de sănătate în mediul penitenciar o fac în relații specifice (nu poate fi vorba nici teoretic de libera voință în integralitate, pacientul nu-și poate stabili medicul, cabinetul, ora convenabilă etc fiind condiții asumate); medicul trebuie să fie nerestricționat în tratarea pacienților.

Etica medicală în serviciile penitenciare

Specificul penitenciarului ține de particularitatea funcționării a două grupuri profesionale distincte, administrația și serviciul de sănătate, cu obiective și sarcini diferite. Administrația are ca obiective: regimul celor privați de libertate, executarea pedepselor, siguranța, securitatea și sprijinul pentru reabilitare socială a celor aflați în executarea pedepselor pronunțate prin decizii judecătorești în conformitate cu legea penală. Sarcinile personalului medical sunt: sănătatea generală, prevenirea, depistarea și tratarea tulburărilor de sănătate, asistența medicală individuală a deținuților în conformitate cu standardele profesiei și etica asistenței medicale. Între cele două categorii profesionale – administrație și asistența de sănătate – este nevoie de o înțelegere mutuală și de acceptarea reciprocă a normelor, eticii și provocărilor, cu respectul clar definit al rolurilor profesionale separate. Serviciul medical trebuie să înțeleagă și să respecte normele de siguranță și securitate conform prevederilor legale, așa cum personalul administrativ trebuie să respecte normele și etica profesiei medicale (respectarea reciprocă a profilului profesional este o necesitate). Standardele eticii medicale în penitenciare nu diferă de cele aplicate în comunitate, fiind cele acceptate la nivel internațional prin documentele WMA (World Medical Association) în principal Codul Internațional al Eticii Medicale. Pe specificul regimului de detenție au fost ulterior elaborate mai multe documente internaționale⁷.

Consiliul Europei (CPT Standards) și alte documente internaționale prevăd:

⁷ Human Rights Office of the High Commissioner: Principles of Medical Ethics Relevant to the Role of Health Personnel, Particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees Against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, 1982, <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/MedicalEthics.aspx>; Council of Europe. CPT standards: Substantive sections of the CPT's General Reports, Extract from the 3rd General Report 1993, <http://hudoc.cpt.coe.int/eng?i=p-standards-inf-1993-12-part-en-1> United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Nelson Mandela Rules). www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/GA-RESOLUTION/E_ebook.pdf Recommendation No. R (98) 7 <https://rm.coe.int/09000016804fb13c> European Prison Rules 2006, Council of Europe Rule 2. https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805d8d25

- Accesul la asistența medicală în timp util (24h) echivalența îngrijirii (standardele comunității, care nu sunt definite explicit în termeni cuantificabili), confidențialitatea și consimțământul pacientului, asistența medicală preventivă, asistența medicală umanitară, respectarea independenței și competenței profesionale. Accesul la asistența medicală include obligația specialiștilor din sănătate ca, pe baza unui examen medical, să ofere fără întârziere (24 de ore) accesul la tratament; accesul la asistența primară trebuie furnizat de un medic generalist sau de către un medic de familie ori asistenții lor⁸. Solicitățile de consultare trebuie să fie confidențiale și fără filtre de selecție pe criterii nemedicale, accesul la o consultație inițială trebuie acordat fiecărui nou-intrat, care trebuie informat de preferință în formă scrisă (cu acordul dat tot în această formă). Accesul la asistență medicală și de îngrijire spitalicească, la sfatul medicului generalist, trebuie garantat de specialiștii angajați sau contractori (în special în domeniul psihiatric, în care ar trebui implicate echipe externe ori de câte ori situația o impune sau când sunt cazuri de urgență). Ca atare, între administrație și serviciile de asistență medicală trebuie să existe o bună și funcțională comunicare, la fel și între acestea și unitățile spitalicești.
- Echivalența serviciilor medicale – implică nivel de calitate similar pentru comunitate și cei privați de libertate ca urmare a executării pedepselor prevăzute de legea penală. Prin urmare, asistența medicală din penitenciare trebuie integrată la nivelul asistenței medicale comunitare în tot ceea ce ține de: reglementări juridice, proceduri de acordare a echipamentelor, supravegherea eticii medicale (în structurile de tip colegii medicale) proceduri comune de formare, gradare, calificare, includerea în programele naționale de sănătate. Toate acestea se consideră că țin de același interes comun, sănătatea publică, aspect menționat în documentele internaționale⁹. Integrarea decurge ca o consecință a principiului echivalenței profesionale a personalului medical (procentul și gravitatea unor tulburări de sănătate în rândul populației carcerale este, ca procentaj, peste media generală raportat la total populație).
- Consimțământul pacientului și confidențialitatea medicală nu ar trebui să fie înțelese doar ca principii etice importante ale asistenței medicale, dar și ca instrumente profesionale indispensabile furnizării asistenței medicale (și stabilirea relației de încredere între persoane și personalul medical în limitele strict ale interesului de sănătate / medical și al cooperării pacientului). Conform reglementărilor, pacientul capabil de discernământ este liber să refuze tratamentul sau orice alt tip de intervenție medicală, orice altă derogare de la acest principiu trebuie să aibă la bază legea și să facă referire la circumstanțe

⁸Council of Europe. CPT standards: Substantive sections of the CPT's General Reports, Extract from the 3rd General Report 1993, <http://hudoc.cpt.coe.int/eng?i=p-standards-inf-1993-12-part-en-1> și Statement on body searches of prisoners, World Medical Association, 2017, <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-body-searches-of-prisoners> Statement on solitary confinement, World Medical Association, 2017, <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-solitary-confinement>

⁹WHO/UNODC: Good governance for prison health in the 21st century. A policy brief on the organization of prison health. https://www.who.int/hiv/pub/prisons/prison_health/en și WHO Moscow Declaration on Prison Health as Part of Public Health. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/pre-2005/moscow-declaration-on-prison-health-as-part-of-public-health>

aplicabile întregii populații, în ansamblu. Confidențialitatea medicală trebuie respectată în timpul examinărilor medicale (dar și la întocmirea și stocarea fișierelor medicale, prin nedivulgarea datelor medicale legate de pacient fără permisiunea exprimată a pacientului sau dacă există un ordin oficial din partea instanței). Informațiile medicale trebuie să rămână confidențiale, cu excepția cazului/cazurilor în care acest lucru implică riscul unei amenințări iminente la adresa integrității pacientului sau integrității altor persoane. Depășirea prevederilor consimțământului trebuie bine documentată de medic (cauze, consecințe).

- Asistența medicală preventivă include: situația condițiilor de viață, igienă, condiții sanitare, controlul calității apei / hranei, posibilitatea exercițiilor fizice și mentale, evaluări bacteriologice periodice, posibilitatea solicitării expertizelor tehnice ale unor instituții de sănătate publică complet echipate / laboratorizate – de unde decurge un alt argument în favoarea cooperării strânse cu instituțiile de sănătate publică comunitară (inclusiv în prevenție și promovarea sănătății mentale, prevenirea bolilor transmisibile, diagnostic etc) inclusiv în programele naționale epidemiologice.
- Asistența umanitară – în special pentru persoanele vulnerabile (vârstă, tulburări psihice sau fizice, apartenența la minorități vulnerabile etc.); dacă există astfel de nevoi speciale consultanța de specialitate este o opțiune care trebuie operaționalizată.
- Independența profesională a personalului medical din penitenciare reprezintă una dintre provocările evocate adeseori; în acord cu Asociația Mondială a Medicilor, autonomia profesională și independența definesc "asigurarea medicilor că au libertatea de a-și exercita individual aprecierea profesională în domeniul îngrijirii și al tratării pacienților lor, fără influențe nejustificate din partea unor părți implicate sau a unor persoane fizice din exterior"¹⁰, independența "fiind o componentă critică a asistenței medicale de înaltă calitate și totodată principiul esențial al profesionalismului în domeniul sănătății". Riscul de interferență din partea administrațiilor penitenciare în independența clinică este mai mare în cazul în care asistența medicală este direct subordonată acestor administrații, în special în cele "militare" (unde ierarhia de grad este implicată în lanțul decizional). Unele state au transferat gestionarea asistenței medicale din penitenciare către ministerele sănătății sau altor autorități și agenții din domeniul sănătății, unul dintre obiective fiind și creșterea independenței profesionale.
- Competența / competențele profesionale nu sunt aspecte care trebuie neglijate și nici subestimate (de administrațiile penitenciarelor și de corpul profesional); pe lângă competența medicală generală, un medic de penitenciar dezvoltă cunoașterea solidă a eticii medicale în mediul recluziv, care este unul cu condiții absolut specifice (există tulburări de sănătate predominante, dependențe specifice, boli transmisibile, un nivel al violenței specific etc); acest lucru

¹⁰World Medical Association. Declaration of Seoul on Professional Autonomy and Clinical Independence 2008. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-seoul-on-professional-autonomy-and-clinical-independence/>

necesită studii medicale continue certificate (CME) și un bun schimb de informații profesionale cu medicii din sistemul public comunitar, asigurarea formării profesionale, acreditarea și acordarea de licențe, integrarea în domeniul sănătății publice (este indispensabilă).

Managementul și organizarea sistemului de asistență medicală în penitenciare la nivelul CoE

Schimbări semnificative au avut loc, în ultimii ani, într-un număr important de state membre - unele serviciile medicale pentru penitenciare fiind plasate în coordonarea ministerelor sănătății, în alte state fiind înființate departamente dedicate în cadrul / subordinea / coordonarea ministerelor justiției, într-un număr de alte state administrațiile penitenciarelor rămânând exclusiv responsabile de furnizarea serviciilor de sănătate în instituțiile de profil. CoE a trimis un chestionar pe această problemă în anul 2015 instituțiilor relevante din statele membre, prin intermediul ECDP / European Committee on Crime Problems. Din cele 47 de state repondente, 34 (reprezentând 49 de sisteme penitenciare (incluzând și landuri și cantoane) au dat răspunsuri complete la acesta, imaginea rezultată fiind una de ansamblu a modelelor structurale, modificărilor intervenite dar și a deficiențelor și provocărilor cu care se confruntă statele.

Un prim aspect în care se remarcă diferențieri este legat de bugetarea asistenței medicale din penitenciare: în unele cazuri este asigurată pe deplin de ministerul responsabil cu sistemul penitenciar (inclus sau separat de bugetul general al sistemului penitenciar) sau parțial de către ministerul respectiv și parțial de către instituțiile publice de asistență și îngrijire medicală pe o scală care merge de la 3,5% la 96,5%. În cazul unui stat membru ministerul sănătății a acoperit cheltuielile pentru servicii corespunzătoare programelor naționale finanțate de stat (oncologie, HIV/SIDA, tuberculoză). În alt caz doar pentru servicii HIV și tuberculoză. În cazul a 4 state membre ale CoE asistența medicală a fost complet bugetată de instituțiile de sănătate publică comunitară. CoE recomandă separarea bugetelor de asistență medicală de bugetele generale dedicate administrării penitenciarelor, cerințele financiare fiind diferite.

Asigurarea obligatorie de sănătate pentru persoanele încarcerate este o cerință prezentă doar într-un număr de state membre, în alte cazuri deținuții au beneficiat de asigurările de sănătate contractate înainte de închisoare sau li s-a solicitat contribuții financiare proprii pentru acoperirea costurilor serviciilor medicale furnizate. Conform standardelor internaționale aceste servicii ar trebui să fie gratuite¹¹. Sumele cheltuite per capita în penitenciare au variat de la 58 la 9205 euro, cu o medie de 801 EUR (date valabile pentru 2015); evaluarea costurilor trebuie luată cu precauție pentru că este vorba și de capacitatea bugetară a statelor (state bogate vs state mai puțin bogate) dar și de eficiența administrațiilor, în unele cazuri gestiunea centrelor de detenție fiind externalizată

¹¹ United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Nelson Mandela Rules) www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/GA-RESOLUTION/E_ebook.pdf; Commentary to Recommendation R(2006)2 the European Prison Rules of the Committee of Ministers to member States on the European Prison Rules; https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=0900001680795966

unor companii private cu scop lucrativ sau doar serviciile de asistență medicală din închisori au fost externalizate către companii cu scop lucrativ.

În ceea ce privește personalul medical din penitenciare, majoritatea aveau personal civil (în unele cazuri toți funcționarii penitenciarelor au statut de funcționari publici) în alte cazuri - parțial sau total - personalul medical era încadrat în sistem militar ("cu uniformă,"); se remarcă și diversitatea contractelor – cu normă fixă, întreagă sau cu normă parțială, cu bareme salariale variind de la egale cu cele din comunitate sau diferite (mai mari sau mai mici) raportat tot la acestea. Și în privința cooperării cu sistemele de sănătate civile / comunitare se remarcă unele diferențe, în multe cazuri cooperarea fiind coordonată de ministerele sănătății și/sau agențiile de profil, mai ales în ceea ce privește evaluarea igienei generale, controlul calității alimentelor, condițiile de viață și calitatea personalului de profil (pregătire, licențiere, certificare etc.); în special regimul bolilor transmisibile reprezintă o chestiune de interes permanent pentru autoritățile publice de sănătate.

Unele state au emis și dezvoltat standarde specifice și proceduri (PSO – proceduri standard de operare) cu rolul de documentar de orientare pentru acest profil de asistență medicală. Toate statele respondente au arătat că asistența primară revenea penitenciarelor în timp ce asistența spitalicească era operată fie în spitalele civile fie în sistem mixt (spitale civile și spitale penitenciare). În ceea ce privește stocarea fișelor medicale, exista o varietate și în acest domeniu: cu software dedicat în unele state, parțial în altele și fără software dedicat în alte state membre. În 2017 s-a remarcat o creștere ușoară a numărului de state în care asistența medicală din penitenciare a intrat în subordinea ministerelor sănătății, în altele se află doar parțial în coordonarea acestora (în cadrul acoperit de programele naționale de sănătate) și, corespunzător, s-a remarcat și o scădere ușoară a cazurilor în care guvernanta asistenței medicale din penitenciare se afla în subordinea ministerelor responsabile de administrația penitenciarelor¹².

În ceea ce privește situația personalului medical din serviciile penitenciare, pentru a asigura independența profesională a acestuia, mai multe state membre au instituit departamente medicale specializate în responsabilitatea ministerului de resort sau chiar **sub controlul direct al Parlamentului**. Un astfel de model de guvernanta permite construirea unui buget independent al asistenței medicale penitenciare, diferite de bugetele care acoperă nevoile specifice de finanțare ale penitenciarelor. Nu există un ghid de orientare privind răspunsul la întrebarea "ce sistem de guvernanta este mai bun" și în raport de cost-beneficiu, datele sunt insuficiente pentru o analiză comprehensivă (pentru moment), și nici nu există indicatori internaționali de performanță în acest domeniu. Astfel de studii există însă la nivelul unora dintre state, unde această preocupare a permis generarea unor analize comparative.

În ultimele trei decenii, la nivel mondial, s-a înregistrat o creștere constantă a numărului de țări care au transferat responsabilitatea gestionării asistenței medicale penitenciare la ministerele sănătății sau la agențiile de sănătate publică, OMS și UNODC sprijinind cu suficientă claritate această evoluție, considerând că ministerele sănătății sunt cele responsabile cu serviciile universale de îngrijire a sănătății populației (principiul

¹²Council of Europe, Multilateral Meeting on Organisation and Management of Prison Health Care, Strasbourg, 12-13 October 2017. Criminal Law Co-operation Unit, <https://www.coe.int/en/web/criminal-law-coop>

echivalenței și integrării), respectiv creșterea gradului de independență profesională a personalului medical (în continuare cantitatea de date nu este suficient de mare pentru a permite comparații din care să rezulte concluzii clare de orientare)¹³. În general, statele care au luat în considerare sau au preconizat un plan de trecere / transfer de responsabilitate și management al sănătății penitenciare de la ministerele justiției la ministerele sănătății au întâmpinat dificultăți nu datorită voinței decidenților cât pregătirii insuficiente a autorităților din domeniul sănătății publice¹⁴.

În pofida diversității structurilor oorganizatorice și de management a sistemului de sănătate pentru deținuți, există un consimțământ deplin în privința standardelor, așa cum a fost el exprimat în: Recomandările Comitetului de Miniștri al Consiliului Europei, Normele Minime în privința Tratatamentului Prizonierilor și Deținuților elaborat de ONU (document cunoscut și în forma *Nelson Mandela Rules*) și în declarațiile OMS /WHO¹⁵. Toate aceste documente privesc rolul și responsabilitatea statelor în acest domeniu și toate fac referire la integritate și compatibilitate între politicile naționale în domeniul sănătății și politicile de sănătate în sistemele penitenciare.

Cooperarea inter-sectorială

Mecanismele de asigurare a colaborării inter-sectoriale sunt necesare și decurg din responsabilitatea cumulativă cu participarea mai multor actori instituționali: guvern, ministere, agenții de sănătate publică (pentru statele care au landuri, cantoane, administrații descentralizate). Cooperarea este inevitabilă și în planningul transferului de reponsabilitate – atunci când factorii de decizie adoptă o astfel de măsură – transferul între administrații cu tot ceea ce implică bugetarea și finanțarea fiind considerată și cea mai controversată / dificilă chestiune care intervine în managementul sistemului de sănătate penitenciar. Din acest motiv se consideră că finanțarea ar trebui să facă parte din mecanismele de cooperare / colaborare inter-sectorială. Dintre formele de cooperare inter-sectorială comitetele interministeriale sunt cele mai creditate cu eficiență și autoritate, eventual puse sub un comitet-director aflat în subordinea premierului / șefului guvernului.

Dacă responsabilitatea pentru furnizarea de asistență medicală este acordată ministerelor sănătății sau aceasta rămâne sub administrația penitenciarelor, ambele autorități trebuie să coopereze inter-sectorial, fiecare beneficiind de un set de responsabilități asumate. Alte sectoare implicate în această problemă sunt: poliția (implicată în transferul deținuților), spitalele etc. Poliția poate furniza expertiză închisorilor în materie de securitatea transporturilor deținuților, însa la nivelul unităților medicale

¹³Hayton P, Gatherer A, Fraser A. **Patient or prisoner: does it matter which ministry is responsible for the health of prisoners? A briefing paper for a network meeting**, Copenhagen; World Health Organization, Regional Office for Europe, EUR/10/05, October 2010.

¹⁴Palumbo R, Annarumma C, Adinolfi P, **The dance of change in penitentiary care: window dressing or a new penitentiary care recipe?** Studi Organizzativi 2:17-43, 2018 DOI 10.3280/SO2017-002002I. Dubois C, Linchet S, Mahieu C, Reynaert J-F, Seron P. **Organization models of health care services in prisons in four countries. Health Services Research (HSR)** Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2017. KCE Reports 293. D/2017/10.273/69.

¹⁵United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Nelson Mandela Rules). www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/GA-RESOLUTION/E_ebook.pdf

trebuie asigurate camere speciale (temporar) pentru consult / analize etc, motiv pentru care se consideră că astfel de facilități pot fi făcute în unitățile penitenciare.

Cooperarea inter-sectorială este necesară și la nivel local, unde sunt de dorit canale de comunicare și mecanisme pentru rezolvarea eventualelor litigii, mai cu seamă în ceea ce privește unitățile spitalicești existente la nivel local unde / care pot furniza servicii de asistență medicală penitenciarelor (pentru prevenirea întârzierilor în diverse chestiuni – intervenții chirurgicale, radiologie, control psihiatric, cardiologie, neurochirurgie etc.). Lucrurile sunt mai puțin dificile dacă există o planificare în avans, însă acest lucru implică cooperare între penitenciare – spitale – poliție, fiind în discuție alocarea de resurse - care nu întotdeauna sunt prinse în bugetările inițiale sau nu în cuantumul care să satisfacă necesitățile de parcurs ale unora dintre instituții.

Responsabilitatea statului

Responsabilitatea statului decurge din faptul că, prin politica sa penală, este cel care decide privarea de libertate – în baza unor decizii judecătorești – a persoanelor care comit infracțiuni pedepsite de legea penală. Persoanele încarcerate nu au alternativă – în cazul asistenței medicale – de aceea sunt importante autoritățile statului în ceea ce general numim protejarea dreptului la sănătate. Din această perspectivă, statul are o obligație de îngrijire, executorie din punct de vedere juridic, care face referire la condițiile de reținere și asigurarea taratamentului / asistenței. Implicațiile sunt la nivelul celor deținuți dar implică sănătatea publică și administrația publică în egală măsură. Prin urmare, este necesară cooperarea strânsă și integrarea asistenței medicale. În ceea ce privește guvernanta și gestionarea asistenței medicale din penitenciare, obligațiile revin statului, guvernului (care este autoritatea instituțională ce include ministerele sănătății, justiției și internelor) și este și responsabilitatea Parlamentelor, prin faptul că promovează legile sau le amendează, așa cum poate iniția și anchete, care au efecte și la nivelul condițiilor din penitențiar și alte chestiuni ce țin de normarea politicii penale.

Pe baza unui astfel de background și ca exemplu de bune-practici unele dintre statele membre ale CoE au subordonat departamentele medicale penitenciare direct minsterelor de resort și nu administrațiilor închisorilor, lucru care a rezolvat cel puțin parțial și eventualitatea constrângerilor financiare sau lipsa resurselor administrațiilor penitenciare (care pot împiedica îngrijirea medicală a deținuților). Conform normelor europene privind penitenciarele: "Condițiile din închisori care încalcă drepturile deținuților (ca drepturi ale omului) nu pot fi justificate de lipsa resurselor"¹⁶. Chiar și în condițiile în care situația economică este precară la nivelul statului, nu se admite privarea persoanelor de asistență medicală, îngrijirea și accesul la metode eficiente de prevenire, screening și tratament."¹⁷

¹⁶European Prison Rules 2006, Council of Europe Rule

https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805d8d25

¹⁷Council of Europe. CPT standards: Substantive sections of the CPT's General Reports, Extract from the 3rd General Report 1993, <http://hudoc.cpt.coe.int/eng?i=p-standards-inf-1993-12-part-en-1>

Promovarea politicilor de sănătate în mediul penitenciar

Date fiind condițiile specifice ale mediului carceral (securitate, disciplină, birocratizare și supraveghere constantă) între realitățile enumerate / analizate de specialiști se regăsesc subculturile violente ale deținuților - ca persoane cu puțină responsabilitate individuală și private de legăturile constante cu mediul social (privarea de comunicare socială) – mediul patogenetic, lipsa resurselor de confidențialitate socială, lipsa autonomiei alegerilor etc. caracteristici care nu sunt congruente cu ceea ce OMS ar defini ca standarde de sănătate (bunăstare pisho-socială și mentală). Prin urmare nu este surprinzător că undeva între 41 și 70% din populațiile penitenciare (Raport CoE 2019) suferă de una sau mai multe tulburări mentale și că una dintre cauzele principale ale mortalității este reprezentată de suicid¹⁸. Între problemele de sănătate cu frecvență mare în mediul reclusiv se numără și: dependența de substanțe, boli infecțioase, tuberculoza, hepatita B și C, patologii virotice HBV HCV HBV, HIV etc.

Sancțiunile non-custodiale pentru unele categorii (consumatorii de droguri) ar putea reduce frecvența și ponderea unora dintre acestea. Pentru alte categorii poate oferi oportunități inexistente în libertatea (accesibilitatea unor calificări, educație, screening medical etc).

Conform standardelor / orientărilor internaționale promovarea politicilor de sănătate în închisori are în vedere:

- Dezvoltarea abilităților sociale, prevenția prin programe educative, reducerea stresului mental, introducerea obiectivelor privind reabilitarea;
- La nivelul staffului administrativ – standarde care să ofere satisfacția activității, reducerea tensiunilor și stressului profesional;
- Deținuții și personalul de securitate: securitate îmbunătățită și comunicarea staff-deținuți astfel încât asalturile și alte violențe să nu fie frecvente, eficiența cost-beneficiu să fie inclusă în politicile de personal etc.;
- Pentru comunitate: politici de reabilitare care să favorizeze reinsertia socială și reabilitarea, reducerea numărului celor cu tulburări mentale (de comportament) care vor reintra în viața comunității etc.

Regula 40 din European Prison Rules privind relația strânsă între asistența penitențiară și integrarea respectiv compatibilitatea cu politicile naționale de sănătate privește eficiența în implementarea unor mecanisme de această natură– se consideră că autoritatea competentă ar trebui să fie furnizoare de asistență medicală în penitenciare, așa cum se întâmplă într-o serie de state. În cazul în care acest lucru nu este posibil, atunci trebuie stabilite relații de strânsă cooperare între serviciile de asistență din penitenciare și serviciile de sănătate din comunitate, nu doar în ceea ce privește

¹⁸Fazel S, Danesh J. **Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys.** Lancet 2002; 359: 545–50
și Fazel S, Baillargeon J. **The health of prisoners.** Lancet 2011; 377: 956–65

tratamentul dar și modul în care stafful medical beneficiază de accesarea standardelor profesionale și pregătirea profesională¹⁹.

Administrațiile penitenciarelor nu întotdeauna au expertiza și instrumentele necesare și complete pentru controlul igienei generale și salubrității, calității alimentelor și apei, condițiilor de siguranță în eliminarea deșeurilor generale și a celor medicale, în special. Chiar dacă expertiza șefilor departamentelor medicale din penitenciare este una înaltă și poate asigura suportul unor astfel de inspecții, nu întotdeauna personalul are și echipamentele tehnice necesare; accesul inspecțiilor din exterior (ale agențiilor de sănătate publică) este utilă și poate genera sugestii și propuneri de îmbunătățire în diverse arii care privesc starea de sănătate generală.

Accesul profesioniștilor independenți este recomandabil; statutul personalului medical din penitenciare trebuie situat la standarde similare cu cele ale personalului medical din comunitate. O altă recomandare privește capacitatea deținuților de a adresa solicitări / plângeri privind tratamentul direct la organismul disciplinar, fără a mai trece prin conducerea penitenciarului și audierea acestora direct de către acesta (colegiile medicilor, de exemplu).

Premizele, echipamentul și calificările profesionale din penitenciare trebuie să facă obiectul unor proceduri similare de acreditare și licențiere ca și în cazul serviciilor medicale din comunitate. Analizele SWOT operate sub coordonarea CoE indică lipsa structurilor de training și CME / PMC (pregătirea profesională continuă) aspect care necesită remedii normative, suport activ și colaborarea loială din partea ministerelor sănătății și a instituțiilor specifice (multe dintre plângerile formulate, care vin din statele membre la instituțiile europene, sunt legate de accesul la asistența medicală, motiv suplimentar pentru o mai bună implicare a ministerelor de resort).

În alte recomandări CoE sunt iterate: planificarea în vederea asigurării serviciilor spitalicești ce nu pot fi acordate în cadrul sistemului penitenciar (planificarea și furnizarea de paturi suficiente pe baza unei evaluări atente a nevoilor, generată în cooperare cu unitățile spitalicești civile, pentru a permite tratamentul de urgență / selectivă), documentarea / informarea serviciilor medicale din penitenciare la standardele documentației medicale din comunitate (aceleași formulare de înregistrare medicală, fie în format tipărit, fie în format electronic cu clasificare internațională obligatorie a bolilor (ICD) și în conformitate cu sistemul de codificare al OMS), documentația privind farmacopeea și administrarea medicamentelor etc.²⁰

Personalul - recrutarea personalului medical pentru penitenciare

Din chestionarul SWOT al CoE menționat mai sus, reies aspecte importante și în ceea ce privește cadrele medicale din penitenciare: insuficiența acestora și lipsa unui cadru privind formarea structurată continuă (dezvoltarea profesională) sunt printre cele mai enumerate deficiențe. În unele state situația este relaționată și de penuria cadrelor

¹⁹ Commentary to Recommendation R(2006)2 the European Prison Rules of the Committee of Ministers to member States on the European Prison Rules. https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=0900001680795966

²⁰ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10) Version for 2016. <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>

medicale la nivelul comunității, la care se adaugă chestiuni ce țin de statut, recunoașterea profesională și reputația socială, remunerația (într-un număr de state este mai mică raportat la mediana personalului din comunitate, doar într-un număr de 7 state remunerația fiind mai mare raportat la personalul din comunitate); în expunerea cazurilor spre a fi judecate, lipsa personalului medical nu este considerată ca justificare în respectarea responsabilității de îngrijire medicală sau responsabilității în administrarea medicamentelor necesare.

Pattern-ul de angajare al personalului diferă de la un stat la altul: unii medici sunt incluși în sistemul ierarhic-militar, în altele sunt echivalați cu funcționarii publici, în unele au normă întreagă, în altele norme parțiale - putând lucra și în unitățile din comunitate (în majoritatea statelor există formule mixte). Proporția personalului medical cu normă întreagă raportat la numărul de deținuți a variat de la 1/15 la 1/140 cu o mediană de 1/43, cifră corespunzătoare raportului SPACE 2015/50 privind un număr de 36 de țări (care au furnizat date cu privire la personalul cu normă întreagă): 1/41 (pe un interval variind de 1/5 până la 1/667). În această privință trebuie spus că nu există un standard stabilit, din mai multe motive: dimensiunea și responsabilitățile unităților penitenciare, modul de guvernare al acestora, posibilitățile diferite de bugetare, patenuri diferite de acreditare profesională etc. Cu toate acestea, există un set de minime recomandări în documentele internaționale de profil. European Prison Rules și comentariul însoțitor opinează că: toate serviciile medicale ale comunității trebuie furnizate și celor încarcerați (generale, chirurgicale și psihiatrice); fiecare unitate penitenciară trebuie să aibă cel puțin un medic calificat în medicină generală, un medic calificat trebuie să fie disponibil pentru cazurile de urgență; dacă nu este posibilă angajarea unui medic cu normă întreagă atunci un medic cu normă parțială trebuie să fie disponibil pentru vizite regulate; tratamentul psihiatric și prevenirea suicidului trebuie privite cu atenție²¹.

Multe dintre statele membre se confruntă cu dificultăți considerabile în ceea ce privește recrutarea de profesioniști dispuși să lucreze în închisoare, existând în permanență posturi vacante, motiv pentru care în fiecare dintre aceste cazuri sunt adoptate strategii de recrutare: salarizare, bonusuri speciale, colaborarea cu școlile superioare de medicină și oferirea de stagii plătite, plata unor costuri de formare în vederea unei pre-angajări cu un contract ulterior pentru un număr de ani, posibilitatea de pensionare anticipată sau diverse alte prestații sociale ș.a.m.d. Una dintre recomandări privește și formarea și specializarea medicilor / asistenților pentru acest domeniu al asistenței penitenciare (ca disciplină în școlile de profil).

În ceea ce privește spitalele - penitenciare, conform unei cercetări CoE doar 29 din 45 de sisteme penitenciare incluse în cercetare aveau spitale de acest gen, datele esențiale fiind cele din tabelul de mai jos:

Sisteme penitenciare cu spitale penitenciare 29 /45		
Capacitate de internare	1/54 (median)	1/7 -1/3881 (variabilitatea)
Deținuți internați / an	11% (median)	1%-39% (variabilitatea)

²¹ European Prison Rules 2006, Council of Europe Rule 2. https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805d8d25
 Commentary to Recommendation R(2006)2 the European Prison Rules of the Committee of Ministers to member States on the European Prison Rules. https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=0900001680795966

Durata internării / zile	30 (median)	1-424 (variabilitatea)
Spitalizare în unități civile	7% (median)	1%-20% (variabilitatea)
Sisteme penitenciare fără unități spitalicești penitenciare 16/45		
Spitalizați în unități civile /an	7% (median)	6%-16% (variabilitatea)
Durata internării/zile	4 (median)	2-22 (variabilitatea)

Avantajul spitalelor penitenciare constă în siguranța și securitatea sporite pentru că, în termeni de tratament medical, avantajele sunt minime, dacă există, comparativ cu spitalele civile; în unele aspecte, legate de capacitatea de intervenție, accesul la unitățile civile este recomandabil (chirurgie, postoperatoriu, echipamente și expertiză, unități de terapie intensivă etc.). În multe dintre cazurile de la ECtHR mediul penitenciar este indicat ca fiind cvasi-toxic pentru persoanele cu tulburări mentale, între cauzele responsabile fiind: pierderea mecanismelor sociale de suport, supraaglomerarea, izolarea persoanelor cu astfel de tulburări (fapt care agravează comportamentul disruptiv / suicidal), relațiile conflictuale intra-penitenciare, abuzul endemic de substanțe, expunerea la supra-stigmatizare etc. Deficiențe există în mod special în suportul și tratamentul persoanelor cu nevoi psihiatrice, izolarea acestora nefiind considerată o opțiune rezonabilă (există statistici conform cărora ¼ din deținuții femei și 15% din deținuții bărbați au cunoscut unul sau mai multe episoade de tulburări psihotice, raportat la mediana de 4% din populația generală – personalitate borderline, tulburări anti-sociale, bipolare și altele, agravate de consumul de substanțe nocive). Unele state au încercat să rezolve de o manieră comprehensivă problema condițiilor psihiatrice, între aceste inițiative două fiind de amintit:

- Franța a înființat Unități Spitalicești Special Adaptate – dedicate nevoilor mentale, cu personal recrutat și plătit din bugetul public al serviciilor de profil (psihiatri, asistente, psihologi, terapeuți) standardele fiind echivalente în tratament, securitatea perimetrului fiind asigurată sub autoritatea penitenciarelor – exemplul este citat ca unul de succes în ceea ce privește cooperarea între structurile de sănătate publică și administrația penitenciarelor, efectele fiind benefice și sesizabile.
- Olanda - administrația penitenciarelor a adoptat inițiativa creării a patru Centre Penitenciare Psihiatrice, cu 620 de locuri disponibile persoanelor cu nevoi de tratament (personalul fiind angajat de Institutul olandez de Explorări psihiatrice). Și acest exemplu este privit ca fiind un model cu efecte benefice.

Concluzii

Problematica acestui domeniu, așa cum reiese din documentele CoE, OMS și a celorlalte instituții de profil, privește: responsabilitatea (ministerele sănătății sau administrația penitenciarelor?), legislația (există o lege națională care să includă explicit și aspectul distinct al sănătății în regimul penitenciar?), cooperarea inter-sectorială (există comitete inter-ministeriale?), bugetarea (sunt separate bugetele asistenței medicale penitenciare de bugetele generale ale penitenciarelor?), standardele (sunt acestea

echivalente în comunitate și în mediul penitenciar?), verificarea condițiilor de sănătate generală (autoritățile competente verifică regulat condițiile de viață?). În ceea ce privește politicile de personal și de recrutare subiectele de interes sunt: gradul de ocupare (ce pondere au pozițiile vacante?), salarizarea (sunt comparabile cu mediana salarizării în asistența medicală comunitară?), standardele profesionale (sunt identice sau nu?), pregătirea (dacă este echivalentă cu cea a medicilor generaliști din sistemul public) și competențele (există personal pregătit pentru specificul penitenciarelor? – psihiatrie, dependență, boli transmisibile, competențe specifice pentru cei care lucrează în centrele juvenile și de detenție pentru femei etc). În domeniul prevenției, de interes sunt: includerea persoanelor deținute în programele naționale de sănătate, elaborarea unor strategii / scenarii de combatere a bolilor transmisibile (incluse în strategiile naționale), promovarea programelor inter-profesionale (în domeniul psihiatriei, mai ales).

ANEXA

DOCUMENTE INTERNAȚIONALE PRIVIND SISTEMELE DE SĂNĂTATE PENITENCIARE

Consiliul Europei

- Convenția Europeană a Drepturilor Omului / European Convention on Human Rights: https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ENG.pdf
- Recomandarea R(2006)2 Comitetului Miniștrilor către statele membre prin European Prison Rules: <https://rm.coe.int/european-prison-rules-978-92-871-5982-3/16806ab9ae>
- Recomandarea R(93)6 Comitetului Miniștrilor către Statele membre cu privire aspecte de sănătate inclusiv SIDA și problemele de sănătate conexe: <https://rm.coe.int/16804d7777> CPT standards (1993) cu Raportul General: <http://hudoc.cpt.coe.int/eng?i=p-standards-inf-1993-12-part-en-1>
- CoE/WHO (2014), Strasbourg Conclusions on Prisons and Health, 2014: <https://rm.coe.int/strasbourgconclusions-on-prisonsand-health-final-draft-20-june-2014/168075f56c>

Organizația Națiunilor Unite

- Biroul Înaltului Comisar pentru Drepturile Omului / Human Rights Office: Principles of Medical Ethics Relevant to the Role of Health Personnel, Particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees Against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment la: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/MedicalEthics.aspx>
- Constituția OMS / Constitution of the World Health Organization la: www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
- OMS / UNODC Good governance of prison health in the 21st century: a policy brief on the organization of prison health la: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/231506/Good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.pdf

Alte documente:

- OMS / WHO Europe - The Madrid Recommendation: Health protection in prisons as an essential part of public health Copenhagen la: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0012/111360/E93574.pdf?ua=1

- OMS / WHO Europe Women's health in prison. Correcting gender inequity in prison health. Copenhagen la http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/76513/E92347.pdf?ua=1
- OMS / WHO Europe Trencin statement on prisons and mental health. Copenhagen la http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/99006/E91402.pdf?ua=1
- UNODC Bangkok Rules, Rules for the Treatment of Women Prisoners and Noncustodial Measures for Women Offenders la :[http://www.unodc.org/documents/justice-andprisonreform/women_and_imprisonment - 2nd edition.pdf](http://www.unodc.org/documents/justice-andprisonreform/women_and_imprisonment_-_2nd_edition.pdf)
- OMS / WHO Europe Prisons and Health
la: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf