



ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΗΘΙΚΗ ΣΤΙΣ ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ



Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

“ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ ΚΡΑΤΗΣΗΣ”

υπό

ΕΛΕΝΗΣ Ι. ΚΑΚΑΖΙΑΝΗ

Δικηγόρου Παρ Εφέταις του Δ.Σ.Λ.

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των
απαιτήσεων για την απόκτηση του
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
«Δεοντολογία και Ηθική στις Βιοϊατρικές Επιστήμες»

Λάρισα, 2021

Επιβλέπουσα : Ελένη Φ. Κρασιώτη, επίκουρη καθηγήτρια Ιατροδικαστικής του Τμήματος Ιατροδικαστικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Κρήτης

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

1. Ελένη Φ. Κρασιώτη, επίκουρη καθηγήτρια Ιατροδικαστικής του Τμήματος Ιατροδικαστικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Κρήτης (Επιβλέπουσα)
2. Αθανάσιος Γιαννούκας, Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.
3. Άννα Μαυροφόρου – Γιαννούκα, Καθηγήτρια Δεοντολογίας και Βιοηθικής, Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

BIOETHICS ISSUES IN GREEK PRISON FACILITIES

Χωρίς περίσκεψιν, χωρίς λύπην, χωρίς αιδώ
μεγάλα κ' υψηλά τριγύρω μου έκτισαν τείχη.

Και κάθομαι και απελπίζομαι τώρα εδώ.

Άλλο δεν σκέπτομαι: τον νουν μου τρώγει αυτή η τύχη·
διότι πράγματα πολλά έξω να κάμω είχαν.

Α όταν έκτιζαν τα τείχη πώς να μην προσέξω.

Αλλά δεν άκουσα ποτέ κρότον κτιστών ή ήχον.

Ανεπαισθήτως μ' έκλεισαν από τον κόσμον έξω.

Κ.Καβάφης Τείχη (Ποιήματα 1897-1933)

Πίνακας Περιεχομένων

Πρόλογος - Ευχαριστίες

Περίληψη

Εισαγωγή- Σκοπός

Μεθοδολογία

Κεφάλαιο1

Η ΑΣΚΗΣΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΑ ΣΩΦΡΟΝΙΣΤΙΚΑ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ

1.1 Το δικαίωμα των κρατουμένων στην υγεία

1.2. Ο Ιατρός στο σωφρονιστικό κατάστημα

1.3 Ιατρικό απόρρητο

1.4 Τήρηση Ιατρικού Αρχείου. Ηλεκτρονικός Ιατρικός Φάκελος.

1.5 Κάρτα Υγείας Κρατουμένων

1.6 Πρόληψη και αντιμετώπιση λοιμωδών νοσημάτων

Η περίπτωση covid-19 στα καταστήματα κράτησης Ελλάδας και Αμερικής

1.7 Εφαρμογές Τηλεϊατρικής στα Ελληνικά Καταστήματα Κράτησης και Διεθνείς Πρακτική. Διάγνωση και Συμβουλευτική από απόσταση.

Κεφάλαιο 2

ΘΕΣΜΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΗΘΙΚΗ

2.1 Κόστος Ιατρικής Περίθαλψης Κρατουμένων

2.2 Περιορισμός δικαιωμάτων υγείας στη Φυλακή. Αντίκτυπος της μακροοικονομικής λιτότητας στο σύστημα υγείας των κρατουμένων στην Αγγλία. Ποιοτική έρευνα Διεθνών Πρακτικών.

2.3 Εγκλεισμός χρηστών ναρκωτικών ουσιών στην Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση και επίδραση στις πολιτικές Υγείας.

Κεφάλαιο 3

ΣΥΓΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΑΡΟΧΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ

ΚΡΑΤΗΣΗΣ ΕΝΝΕΑ ΕΥΡΩΠΑΙΚΩΝ ΧΩΡΩΝ

3.1 Εισαγωγή – Σκοπός

3.2 Μεθοδολογία

3.3 Γενική περιγραφή των Σωφρονιστικών Συστημάτων Ιταλίας, Ελλάδας, Πορτογαλίας, Ισπανίας, Γερμανίας και Αυστρίας

3.4 Ποιοτική Ανάλυση Δεδομένων Παροχών Υγείας στα Καταστήματα Κράτησης Ιταλίας, Γαλλίας, Ελλάδας, Πολωνίας, Πορτογαλίας, Ισπανίας, Αγγλίας, Γερμανίας και Αυστρίας

Συγκεράσματα – Προτάσεις

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ – ΠΗΓΕΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Πρόλογος - Ευχαριστίες

Με την εκπόνηση της παρούσας νιώθω εκ βαθέων την ανάγκη να κάνω αναφορά και να ευχαριστήσω το Σύλλογο της Διεξόδου, σύλλογος για την Αντεγκλητική πολιτική, τον Σωφρονισμό και την Επανάταξη, με έδρα τη Λάρισα και δράση από το 1982 και τον Διευθυντή του 2^{ου} ΣΔΕ Λάρισας Γεώργιο Τράντα.

Περίληψη

Η εργασία εξετάζει ζητήματα Βιοηθικής στα Ελληνικά Καταστήματα Κράτησης. Σκοπός αυτής της ανάλυσης είναι να διερευνηθούν ζητήματα βιοηθικής με επίκεντρο τον άνθρωπο συνδυαστικά με το δίκαιο, την ηθική, την τεχνολογία, την πίστη και την αξιοπρέπεια. Συγκεκριμένα η μελέτη εξετάζει ζητήματα βιοηθικής σε μη προνομιούχες ομάδες, όπως οι τρόφιμοι των Φυλακών και ειδικότερα ζητήματα που σχετίζονται με τους ασκούντες ιατρικές πράξεις, την τήρηση ιατρικών φακέλων και αρχείων εντός των φυλακών, την κάρτα υγείας ανασφάλιστων κρατουμένων, το δικαίωμα στην υγεία και τη θεραπεία και τη χορήγηση φαρμάκων, μείωση του κόστους υγείας, ασφάλιση της υγείας κρατουμένων ιδιωτική και κρατική, διάγνωση νόσων εντός των φυλακών, λοιμώξεις και μετάδοση ιών, τη χρήση νέων τεχνολογιών, όσον αφορά την αποτελεσματικότητα, την ποιότητα και την πρόσβαση στον τομέα της υγείας.

Οι στόχοι της εργασίας είναι α) να παρουσιαστεί το νομοθετικό πλαίσιο για την παροχή υγείας στα καταστήματα κρατήσεων στην Ελλάδα και το εξωτερικό β) να

παρουσιαστεί η παρούσα κατάσταση της υγειονομικής κάλυψης στα καταστήματα κρατήσεων στην Ελλάδα γ) να πραγματοποιεί σύγκριση των συνθηκών στα καταστήματα κρατήσεων στην Ελλάδα σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες και δ) Να εντοπιστούν σημεία ως προς βελτίωση και να γίνουν σχετικές προτάσεις.

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο Φυλακών (European Prison Observatory), αφορούν το έτος 2019 και αναφέρονται στις συνθήκες κράτησης κρατουμένων εννέα ευρωπαϊκών χωρών. (Ιταλίας, Γαλλίας, Ελλάδας, Πολωνίας, Πορτογαλίας, Ισπανίας, Αγγλίας, Γερμανίας και Αυστρίας) σε σχέση με την υγεία των κρατουμένων για το έτος 2019 στο γενικότερο πλαίσιο της βιοηθικής και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

Η ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων 7 χωρών ανέδειξε πως όσες χώρες έχουν ενσωματώσει την φροντίδα υγείας των κρατουμένων στο εθνικό σύστημα υγείας τους, μπορούν να εγγυηθούν και ίση μεταχείριση και ισότητα πρόσβασης των κρατουμένων στην υγεία, ίδια με εκείνη των ελεύθερων πολιτών. Οι χώρες αυτές είναι η Γαλλία, Ιταλία, Ισπανία, Αγγλία και πρόσφατα η Ελλάδα. Χώρες όπως η Ελλάδα με αρκετές μεν καταδικαστικές αποφάσεις από το Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, πρόσφατα και προκειμένου να ανατρέψουν την άσχημη αυτή εικόνα ενσωμάτωσαν τις Φυλακές στο εθνικό σύστημα υγείας.

Από την παρούσα εργασία γίνεται εμφανές ότι για τη διασφάλιση των δικαιωμάτων υγείας που επιτάσσουν οι Διεθνείς Κανονισμοί και η Εθνική μας νομοθεσία είναι αναγκαία η λήψη δραστικών μέτρων όπως η αποσυμφόρηση του πληθυσμού των φυλακών, η στελέχωση τους με μόνιμο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, η αυστηρή τήρηση ηλεκτρονικών ιατρικών φακέλων για όλους τους κρατούμενους και η άμεση πρόσβαση του ιατρικού προσωπικού σε αυτούς μεταξύ άλλων. Τέλος κρίνεται απαραίτητη η εκπαίδευση του προσωπικού του Σωφρονιστικού Συστήματος ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν στις υγειονομικές και άλλες ανάγκες των κρατουμένων με αποτελεσματικό τρόπο.

Abstract

This study probing Bioethics issues in Greek prison facilities. The aim of this analysis is to explore aspects of bioethics related to law, ethic, technology, faith and dignity.

More specifically the study explores bioethics issues in non favoured collectivity, like prisoners. Issues that probing people who do medical actions, who keep medical case files, medical cards of uninsured inmates, their rights in health and treatment, diagnose of diseases in the state of imprisoning, infective diseases and their contagion and the use of new technology for having results, quality and access to the field of health system.

The current study aims to a) present the legal framework for healthcare provision in the correction facilities in Greece and in foreign countries, b) to present the current healthcare providers situation in the correction facilities in Greece, c) to compare the health system conditions in Greek correction facilities respect those of the European countries and at last d) to detect the points that should be improved and make some suggestions on it.

The data has been collected from the European Observatory and regards the condition of health provider of inmates in 9 European countries at 2019 (Italy, France, Greece, Poland, Portugal, Spain, England, Germany and Austria) respect bioethics issues and human rights.

The quality data analysis of 7 countries demonstrates that those that have incorporate the health care of inmates in their national health care system, can guarantee the equal treatments and medical access same to free people. These countries are France, Italy, Spain, England and Greece. Countries like Greece, with many condemn sentences from the Human Rights Court, recently incorporate the correction facility health care system in national health care system, just to improve their bad image.

The study improves that the only way to assure the health rights that are indicate from International Rules and our legal framework, is to take some extra measures like the decongestion of inmate's population, the overmanning of permanent medical employers and nurse staff, the sever maintaining of electronic medical files and the direct access on them by medical staff. By the end it is necessary the medical staff to be trained, just for being prepared to act in a proper way in inmate's needs.

Key Words Greek prison facilities, Bioethics, infective diseases, medical case files, health system

Εισαγωγή- Σκοπός

Ο εγκλεισμός ως ποινή πέρα από την κατάργηση της προσωπικής ελευθερίας του ατόμου, γεννά αυτόματα και περιορισμό της ηθικής στον τομέα της κλινικής, αλλά και της θεσμικής ιατρικής. Βίος και ηθική, ως αντιπροσωπευτικό της Βιολογικής γνώσης και επιστήμης και του ηθικού συστήματος αξιών, πλήττονται σε μια ομάδα ανθρώπων με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά. Ζητήματα όπως ο υπερπληθυσμός εντός των φυλακών, τα περιορισμένα κρατικά κονδύλια στην Ελλάδα της κρίσης, η κοινωνική απαξίωση των έγκλειστών, τις επονομαζόμενες ως « αιμορροΐδες » της κοινωνίας μας, σύμφωνα με το θεατρικό έργο του 1993 « Πυριτιδαποθήκη», του Σκοπιανού συγγραφέα Ντεγιάν Ντουκόφσκι, δημιουργούν αναπόφευκτα ζητήματα βιοηθικής. Οι φυλακές είναι ένας ιδιαίτερος χώρος, γιατί μέσα στις φυλακές δύσκολα γίνονται καταγγελίες και αναδεικνύονται και δημοσιοποιούνται παραβάσεις και γενικότερά υπάρχει περιορισμένο ενδιαφέρον για τυχόν παραβατικές καταστάσεις σε βάρος των κρατουμένων.

Στόχος της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση των συνθηκών άσκησης της Ιατρικής στις φυλακές στην Ελλάδα του 21^{ου} αιώνα. Το θέμα αυτό έχει επεκτάσεις τόσο βιοηθικές όσο και οικονομικές και θα αναπτυχθεί ως εξής:

Ερώτημα 1. Οι κρατούμενοι στις ελληνικές φυλακές, εκτός από τον περιορισμό του δικαιώματος της ελευθερίας τους, υπόκεινται παράλληλα και σε περιορισμό του δικαιώματος της πρόσβασης τους στην υγεία;

Η απάντηση στο ερώτημα αυτό θα δοθεί αν απαντηθούν επιμέρους ερωτήματα όπως

α) υπάρχει επαρκές νομοθετικό πλαίσιο που να ρυθμίζει το δικαίωμα των κρατουμένων στην υγεία και κατά πόσο αυτό εφαρμόζεται;

β) είναι επανδρωμένες οι ελληνικές φυλακές με ιατρικό προσωπικό; , αν ναι ποια τα καθήκοντα τους και κατά πόσο τηρείται το ιατρικό απόρρητο εντός των τοίχων της φυλακής, τα ιατρικά αρχεία κρατουμένων ;και τέλος

γ) πως αντιμετωπίστηκε η πανδημία του covid-19 στην κλειστή κοινωνία των ελληνικών φυλακών ;Τηρήθηκαν τα μέτρα που επέβαλλε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας για την αντιμετώπιση της πανδημίας;´

Ερώτημα 2. Ποια η επίδραση της πολιτικής ελαχιστοποίησης του κόστους και της μέγιστης εξοικονόμησης πόρων που εφαρμόζεται τις τελευταίες δεκαετίες στην Ελλάδα της κρίσης στην ποιότητα άσκησης της Ιατρικής εντός των Σωφρονιστικών καταστημάτων

Ερώτημα 3. Ποια η θέση της Ελλάδας σε σχέση με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες ως προς τις παροχές υγείας που προσφέρουν στους κρατούμενους τους και κατά πόσο η οικονομική ευρωστία του κάθε κράτους και των κονδυλίων που δαπανά στον προϋπολογισμό του επηρεάζουν το επίπεδο της ιατρικής κάλυψης των κρατουμένων. Για την διερεύνηση του παραπάνω ερωτήματος θα πραγματοποιηθεί συγκριτική ανάλυση Καταστημάτων Κράτησης εννέα Ευρωπαϊκών Πόλεων (Ιταλία, Γαλλία, Ελλάδα, Πολωνία, Πορτογαλία, Ισπανία, Αγγλία, Γερμανία και Αυστρία) ως προς τις παροχές υγείας που προσφέρουν στους κρατούμενους τους.

Μεθοδολογία

Σχετικά με την εφαρμοζόμενη μεθοδολογία, πρόκειται για εκτενή βιβλιογραφική αναζήτηση σε διεθνείς βάσεις επιστημονικών δεδομένων, όπως είναι το Google Scholar και PubMed, δίνοντας έμφαση σε επιστημονικά περιοδικά που αναφέρονται σε ζητήματα Υγείας και Βιοηθικής σε Καταστήματα Κράτησης και με λέξεις κλειδιά όπως υγεία, Βιοηθική, Καταστήματα κράτησης, οικονομία όπως επίσης και στις επιπτώσεις που έχει προκαλέσει ο κορωνοϊός στην κλειστή κοινωνία των φυλακών.

Ακόμη, χρησιμοποιούνται σχετικά συγγράμματα, ενώ για την αποτύπωση των στατιστικών δεδομένων που αφορούν τα Βιοηθικά Ζητήματα στην άσκηση της Ιατρικής στις Φυλακές προσφεύγουμε στο Council Of Europe, World Health Organization Regional Office for Europe, World Prison Brief Data και www.inquest.org.uk καθώς και στο European Prison Observatory προκειμένου να πραγματοποιήσουμε την συγκριτική ανάλυση συστημάτων υγείας σε καταστήματα κράτησης εννέα ευρωπαϊκών χωρών.

Κεφάλαιο1

Η ΑΣΚΗΣΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΑ ΣΩΦΡΟΝΙΣΤΙΚΑ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ

1.1 Το δικαίωμα των κρατουμένων στην υγεία

Η πρόσβαση στην Υγεία αποτελεί αναφαίρετο δικαίωμα κάθε πολίτη ενός δημοκρατικού κράτους με βάση θεσμοθετημένα νομικά πλαίσια αλλά και κάθε ανθρώπου με βάση τον κώδικα Βιοηθικής. Το παρόν κεφάλαιο παραθέτει στοιχεία της Ελληνικής και Διεθνούς νομοθεσίας σχετικά με τα δικαιώματα κάθε ανθρώπου σε σχέση με την παροχή Υγειονομικής Περίθαλψης, έτσι ώστε να δημιουργηθεί το θεωρητικό υπόβαθρο υπό το πρίσμα του οποίου θα εξεταστούν τα επιμέρους ερωτήματα.

Με το άρθρο 12 της Διεθνούς Σύμβασης για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα κατοχυρώνεται το δικαίωμα κάθε ατόμου στο καλύτερο δυνατό επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας [[International covenant on economic, social and cultural rights. Geneva, 2006](#)].

Στο άρθρο 4 παρ. 1 του Σωφρονιστικού Κώδικα [N.2776/1999] περί Δικαιωμάτων των κρατουμένων αναφέρεται ότι κατά την εκτέλεση της ποινής δεν περιορίζεται κανένα άλλο ατομικό δικαίωμα των κρατουμένων εκτός από το δικαίωμα στην προσωπική ελευθερία. [[Σωφρονιστικός Κώδικας. Ν 2776/1999](#)].

Στους αναθεωρημένους ευρωπαϊκούς κανόνες σχετικά με τις φυλακές περιγράφεται η υποχρέωση της διεύθυνσης των φυλακών να διαφυλάσσει την υγεία των φυλακισμένων (άρθρο 39), καθώς και η ανάγκη για στενή συνεργασία των υπηρεσιών υγείας στις φυλακές με τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας (άρθρο 40). Επίσης, συνιστάται σε κάθε σωφρονιστικό ίδρυμα να υφίσταται ένας τουλάχιστον ειδικευμένος ιατρός (άρθρο 41). [[Council of Europe \(2006\)](#)].

Σύμφωνα δε με το άρθρο 4 του Συντάγματος της Ελλάδος, όλοι οι πολίτες έχουν ίσα δικαιώματα και υποχρεώσεις. [[Σύνταγμα της Ελλάδος](#)]

ΣΤΟ άρθρο 4 παρ. 1 Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας Ν.3418/2005 , γίνεται μνεία πως ο ιατρός πρέπει να προάγει την ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και την ίση κατανομή των πόρων. Οφείλει, επίσης, να αποφεύγει τη διακριτική μεταχείριση που προκύπτει από εκπαιδευτικές, νομικές, οικονομικές, κοινωνικές και γεωγραφικές διαφοροποιήσεις. [[Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας. Ν 3418/2005](#)].

Στο άρθρο 27 του Σωφρονιστικού κώδικα Ν. 2776/1999 που αφορά την Υγειονομική περίθαλψη, γίνεται εκτενείς αναφορά τον τρόπο κάλυψης της Ιατρικής Φροντίδας των κρατουμένων και συγκεκριμένα

1. Η διεύθυνση εξασφαλίζει στους κρατούμενους ιατρική και φαρμακευτική περίθαλψη επιπέδου ανάλογου με αυτό του λοιπού πληθυσμού.

2. Κάθε κρατούμενος εξετάζεται από τον ιατρό του καταστήματος κατά την εισαγωγή του και εφεξής ανά εξάμηνο, μπορεί δε οποτεδήποτε να ζητήσει να εξεταστεί από τον ιατρό του καταστήματος ή και από ιατρό της επιλογής του. Σε περίπτωση χρόνιων παθήσεων δικαιούται να ζητήσει να τον παρακολουθεί ο θεράπων ιατρός του, με παρουσία του ιατρού του καταστήματος. Η δαπάνη για τον ιατρό επιλογής του κρατουμένου βαρύνει τον ίδιο.

3. Αν σε συγκεκριμένο κατάσταση δεν υπηρετεί μόνιμο υγειονομικό προσωπικό, οι ανάγκες καλύπτονται σε 24ωρη βάση με Επισκέψεις εξωτερικών ιατρών και νοσοκόμων, που καλούνται από τον διευθυντή του καταστήματος και αμείβονται κατ' επίσκεψη από αυτόν.

4. Σε περίπτωση κατά την οποία δεν εξευρίσκεται ιατρός κατά τις προηγούμενες διατάξεις, ο αρμόδιος δικαστικός λειτουργός, ύστερα από πρόταση του διευθυντή του καταστήματος, καλεί τον κατάλληλο κατά ειδικότητα ιατρό από πίνακα επισκεπτών ιατρών και νοσοκόμων κατά ειδικότητες. Ο πίνακας αυτός περιλαμβάνει πρόσωπα που διαμένουν στην έδρα του καταστήματος και κατά προτίμηση αυτούς που υπηρετούν σε υπηρεσίες του δημόσιου τομέα. Οι διατάξεις των άρθρων 185 επόμενα του Κώδικα Ποινικής Δικονομίας εφαρμόζονται ανάλογα.

5. Σε περίπτωση διαφωνίας του ιατρού του καταστήματος με τη διάγνωση ή τον τρόπο θεραπείας που προτείνει ο ιατρός επιλογής του κρατουμένου, καλείται ο τοπικά αρμόδιος ιατροδικαστής ή ιατρός από τον πίνακα της προηγούμενης παραγράφου και ακολουθείται η διαδικασία του άρθρου 30 του παρόντος.
[Σωφρονιστικός Κώδικας. Ν 2776/1999].

Η ανάγκη για την προάσπιση του επίπεδου και της ισοτιμίας πρόσβασης στην υγεία, οδήγησε τους κυβερνητικούς παράγοντες στην πρόσφατη ίδρυση του Οργανισμού Διασφάλισης της ποιότητας στην υγεία « Ο.ΔΙ.Π.Υ. Α.Ε »,Ν.4715/2020 ΦΕΚ 149 Α, όπου με βάση του άρθρο 1 παρ 1 και 2, σκοπός του νόμου είναι η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, η ενίσχυση της ασφάλειας των ασθενών και η ορθολογική αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας της χώρας, με στόχο

την ισότιμη πρόσβαση και την καθολική κάλυψη του πληθυσμού.2. Όλα τα νομικά πρόσωπα δημοσίου και ιδιωτικού δικαίου που εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και λειτουργούν ως πάροχοι υπηρεσιών υγείας, υποχρεούνται να παρέχουν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας προς τους ασθενείς τους, προάγοντας την ενημέρωσή τους ως προς τα δικαιώματα και τις θεραπευτικές τους επιλογές και ενεργώντας προς τον σκοπό της ασφαλούς, αποτελεσματικής και πλήρους κάλυψης των αναγκών υγείας τους. Η δράση και η αναγκαιότητα ίδρυσης της ανώνυμης αυτής εταιρείας θα αποδειχτεί σε μεταγενέστερο χρόνο. [N. 4715/2020]

Με βάση λοιπόν την κωδικοποίηση της ισχύουσας νομοθεσίας τόσο σε εθνικό όσο και σε ευρωπαϊκό επίπεδο, είναι σαφής η προस्ताγή του νομοθέτη στην προάσπιση των δικαιωμάτων υγείας των κρατουμένων και στην άμεση πρόσβαση τους σε ιατρικές υπηρεσίες. [E. Sakelliadis, etal.,2008]

Παρ όλα τις ως άνω νομοθετικές επιταγές σε διεθνές και εθνικό επίπεδο, η διασφάλισή πρόσβασης των κρατουμένων στην υγεία στην χώρα μας, παραμένει κενό γράμμα. Δυστυχώς, επανειλημμένως, έχουν γίνει έλεγχοι από διεθνή όργανα, από τους οποίους προκύπτουν εκθέσεις και αναφορές που μας επιστούν την προσοχή για βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης εντός των φυλακών και διασφάλισης του δικαιώματος πρόσβασης των κρατουμένων στην υγεία.

Συγκεκριμένα, το έτος 2019, πραγματοποιήθηκε η τελευταία επίσκεψη του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία κατά των βασανιστηρίων και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, στις ελληνικές φυλακές, το οποίο στην έκθεση του επεσήμανε μεταξύ άλλων προβλημάτων τα εξής α) πρόβλημα στην αντιμετώπιση ασθενών κρατουμένων β) υπερπληθυσμό στις φυλακές και γ) έλλειψη προσωπικού.

Η αναφορά του Συμβουλίου της Ευρώπης, που εντόπισε τα προαναφερόμενα προβλήματα, από την επίσκεψη του συμβουλίου το έτος 2019, δημοσιοποιήθηκε μαζί με την αναφορά του ελληνικού κράτους, που έδειχναν κάποιους θετικούς δείκτες ως τα προβλήματα των φυλακών την περίοδο ετών 2015-2019. Στις προηγούμενες επισκέψεις του, το Συμβούλιο, πάλι είχε καταθέσει αναφορά, που εντόπιζε τα προαναφερόμενα προβλήματα. Το Συμβούλιο στην τελευταία του επίσκεψη, διαπίστωσε ότι τα προβλήματα παρέμειναν και συγκεκριμένα επεσήμανε ότι το σύστημα υγείας που ακολουθείται στις ελληνικές φυλακές είναι ανεπαρκές, ότι οι συνθήκες κράτησης είναι οριακές στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια, πρέπει να

γίνουν επείγοντα βήματα ώστε να μειωθεί ο πληθυσμός στον Κορυδαλλό και τις φυλακές Θεσσαλονίκης, αφού αυτές κατοικούνται σε ποσοστό 140%, από όσο αντέχουν. Στον Κορυδαλλό μάλιστα η αναφορά εστιάζει ότι βρέθηκαν 7 άτομα σε 9,5 τ.μ. δίχως επάρκεια στρωμάτων και παπλωμάτων και μάλιστα με υγρασία στους τοίχους. Οι ίδιες συνθήκες βρέθηκαν και στις φυλακές της Νιγρίτας. Το Συμβούλιο της Ευρώπης για ακόμη μια φορά προτρέπει τις Ελληνικές αρχές να εξασφαλίσουν τουλάχιστον 4 τ.μ. για κάθε κρατούμενο, χωρίς να υπολογίζουμε το WC. Κανένας κρατούμενος δεν πρέπει να κοιμάται σε στρώμα στο πάτωμα, αλλά κάθε κρατούμενος θα πρέπει να έχει το δικό του κρεβάτι. Επισημάνθηκε επίσης ότι στους κρατούμενους θα πρέπει να χορηγούνται τα κατάλληλα προϊόντα υγιεινής και να έχει συνεχή πρόσβαση σε ζεστό νερό. Το Συμβούλιο της Ευρώπης ζήτησε αποφασιστικές δράσεις και ζήτησε από τις ελληνικές αρχές την εκπόνηση στρατηγικού σχεδίου του Συστήματος Δικαιοσύνης 2021-2025. [\[Council of Europe RefDC 061 \(2020\)\]](#).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO), ως μέλος των φορέων που συνεργάζονται για την υγεία στον τομέα της δικαιοσύνης, προτρέπει στις ακόλουθες ενέργειες προκειμένου να ενισχυθεί ο τομέας της υγείας εντός των φυλακών

-Να ενθαρρύνεται η συνεργασία δημόσιων, διεθνών μη κερδοσκοπικών φορέων υγείας για να μειωθούν οι ανισότητες στην υγεία

-Να ενθαρρυνθούν οι φυλακές να δημιουργήσουν διεθνείς κώδικες ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ηθικής της ιατρικής

-Να μειωθεί η κυκλική διάπραξη των εγκλημάτων από τους ίδιους κρατούμενους, με την επιμόρφωση των κρατουμένων και με ειδικό σχεδιασμό σε αυτούς που είναι εθισμένοι στα ναρκωτικά και έχουν προβλήματα ψυχικής υγείας

-Τα συστήματα υγείας των φυλακών να εξασφαλίσουν κάποια κριτήρια ποιότητας

-Να προωθήσουν μια κυβερνητική προσέγγιση στον συντονισμό των υπηρεσιών για την προώθηση της υγείας των κρατουμένων

-Οι υπουργοί υγείας να προωθήσουν συστήματα παροχών υγείας μέσα στην φυλακή και να προωθηθούν οι υγιείς συνθήκες διαβίωσης εντός των φυλακών

Ο ΠΟΥ τονίζει πως οι κρατούμενοι θα πρέπει να έχουν τα ίδια δικαιώματα στην υγεία με τους υπόλοιπους πολίτες. Η Ευρωπαϊκή Ένωση είναι η μοναδική περιοχή με πρόγραμμα στο σύστημα υγείας στις φυλακές. Η πλατφόρμα «The Partnership for Health in the Criminal Justice System », είναι η πρώτη στο είδος της πλατφόρμα για την ενημέρωση θεμάτων υγείας στις φυλακές. Η πλατφόρμα με την ανταλλαγή ιδεών ευελπιστεί να γίνει μια πηγή στρατηγικών και πολιτικών για την υγεία στις φυλακές.[WHO2020].

Το 6ο συνέδριο με θέμα την υγεία στην Φυλακή πραγματοποιήθηκε στο Ελσίνκι της Φιλανδίας 26-27 Μαρτίου 2019, και συνδιοργανώθηκε από τον ΠΟΥ, την κυβέρνηση της Αγγλίας και την Κυβέρνηση της Φιλανδίας. Το κύριο θέμα συζήτησης του συνεδρίου ήταν η έννοια της διεπαφής μεταξύ υγείας και δικαιοσύνης, η οποία θα πρέπει να ιδωθεί μέσα από το πρίσμα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και με την εφαρμογή των Νόμων του Μαντέλα και των νόμων της Μπανγκογκ (Mandela Rules and the Bangkok Rules). Κύριος επιπλέον στόχος του συνεδρίου ήταν απαλλαγή από ανισότητες στον τομέα της υγείας που ισχύει μέσα στις φυλακές. Με το σύνθημα « δεν αφήνουμε κανέναν πίσω », ζήτησε την εφαρμογή των στόχων Βιώσιμης Ανάπτυξης των Ηνωμένων Εθνών. Στο συνέδριο τονίστηκε επίσης η αναγκαιότητα συνεργασίας υπουργείου δικαιοσύνης και υπουργείου υγείας για να αποδοθούν καλές πρακτικές στο σύστημα υγείας εντός των φυλακών. Το 6ο συνέδριο με θέμα την υγεία στην Φυλακή κατέληξε μεταξύ άλλων στα εξής συμπεράσματα :

« Οι κοινωνικές υπηρεσίες της φυλακής και οι υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να συνεργάζονται. Τα υποστηρικτικά προγράμματα υγείας των κρατουμένων θα πρέπει να συνεχίζονται και για σύντομο διάστημα μετά την αποφυλάκιση τους. Είναι ουσιαστικό να τηρείται Ατζέντα Υγείας της Φυλακής και να καταγράφονται βελτιώνονται οι συνθήκες κράτησης ».[World Health Organization Helsinki (2020)]-[WHORegionalOfficeforEurope; 2019)]

¹ Νόμοι θεσπισμένοι από τα Ηνωμένα Έθνη ως τα ελάχιστα στάνταρ περιποίησης των κρατουμένων. Ψηφίστηκαν τον Δεκεμβρίου 2015 από τη Γενική Συνέλευση Ηνωμένων Εθνών και ονομάστηκαν έτσι προς τιμή του προέδρου της Αφρικής Νέλσον Μαντέλα ο οποίος ξόδεψε 27 χρόνια στη φυλακή μαχόμενος για τα ανθρώπινα δικαιώματα.

2. Οι νόμοι της Μπανγκογκ θεσπίστηκαν το 2010 από τα Ηνωμένα Έθνη και αφορούν τη μεταχείριση Γυναϊκών κρατουμένων.(Resolution adopted by the General Assembly on 21 December 2010 [on the report of the Third Committee (A/65/457)] 65/229. United Nations Rules for the Treatment of Women Prisoners and Non-custodial Measures for Women Offenders (the Bangkok Rules) Sixty-fifth session Agenda item 105 Distr.: General 16 March 2011 General Assembly United Nations).

1.2. Ο Ιατρός στο σωφρονιστικό κατάστημα

Στην Ελλάδα σήμερα λειτουργούν συνολικά τριάντα τέσσερα (34) καταστήματα κράτησης τα οποία διαχωρίζονται σε γενικά, θεραπευτικά και ειδικά καταστήματα. Στα ειδικά καταστήματα συμπεριλαμβάνονται τρεις αγροτικές φυλακές (Α.Κ.Κ. Αγιάς, Κασσάνδρας, Τίρυνθας και Κ.Α.Υ.Φ.Κορυδαλλού), τρία ειδικά καταστήματα κράτησης νέων (Ε.Κ.Ν.Ν. Αυλώνας, Ε.Κ.Ν.Ν. Βόλου και ΑΣΚΑ Κασαβέτειας). Στα ειδικά περιλαμβάνονται τρία θεραπευτικά καταστήματα (Ψυχιατρείο κρατουμένων Κορυδαλλού, Νοσοκομείο Κρατουμένων Κορυδαλλού και ΚΑΚΤ Ελαιώνα). Στα γενικά καταστήματα περιλαμβάνονται είκοσι τέσσερις κλειστές Φυλακές. Τα γενικά καταστήματα κράτησης διακρίνονται σε Α` και Β` τύπου, στα καταστήματα Α` τύπου κρατούνται οι υπόδικοι, οι κρατούμενοι για χρέη και οι κατάδικοι σε ποινή φυλάκισης και στα Β` τύπου κρατούνται όλοι οι υπόλοιποι κρατούμενοι [άρθρο 1 Ν. 4322/2015]. Με τον τελευταίο αυτό νόμο, το έτος 2015, καταργήθηκαν τα καταστήματα κράτησης τύπου Γ με κρατούμενους, υποδίκους και καταδίκους με υψηλή επικινδυνότητα, τα οποία όμως η κυβέρνηση σε πρόσφατο νομοσχέδιο της, σκέπτεται την επαναλειτουργία τους.

Ο κανόνας είναι ότι στα σωφρονιστικά καταστήματα διορίζονται ιατροί με ειδικότητα Γενικής Ιατρικής. Αντίθετα όμως από τον γενικό Κανόνα, στην χώρα μας διορίζονται και αγροτικοί ιατροί, οι οποίοι καλούνται να αναλάβουν καθήκοντα σε μια τόσο σημαντική θέση. Σπανίως διορίζονται και γιατροί από διάφορε άλλες ειδικότητες (παθολόγοι, καρδιολόγοι, ψυχίατροι κ.ά.), οι οποίοι τοποθετούνται σε ειδικά καταστήματα κράτησης. Στις περιφερειακές φυλακές, όποτε υπάρχει ανάγκη να συνδράμουν και άλλες ειδικότητες, εκτός αυτής του ιατρού που εργάζεται στο κατάστημα, για την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας των κρατουμένων, γίνεται διακομιδή στο τοπικό νοσοκομείο. Στην περίπτωση όμως που η διακομιδή δεν κριθεί ως επείγουσα, τότε προτείνεται η μεταγωγή του κρατουμένου στο Νοσοκομείο Κρατουμένων. Παρατηρείται επίσης το φαινόμενο, καταστήματα κράτησης, να μένουν

χωρίς ιατρό, για λόγους όπως η καθυστέρηση προκήρυξης θέσης αγροτικού ιατρού, η ασθένεια μόνιμου ιατρού, άδεια κ.ά. . Τότε στην περίπτωση αυτή χρησιμοποιείται εξωτερικός ιατρός. Ο εξωτερικός ιατρός δεν αμείβεται με την προβλεπόμενη μισθοδοσία, αλλά κατ' αποκοπή, για κάθε περιστατικό που εξετάζει.

Αρκετές φορές υπάρχει αναγκαιότητα της συνδρομής και άλλων ιατρικών ειδικοτήτων. Τότε στην περίπτωση αυτή ο ιατρός των φυλακών αναλαμβάνει τον συντονισμό ενεργειών, όπως η εξέταση του ασθενούς (εφόσον αυτή είναι δυνατόν να γίνει εντός του καταστήματος) ή ακόμη και η παραπομπή του κρατούμενου στο τοπικό νοσοκομείο. Σύμφωνα με τον Ελληνικό Σωφρονιστικό Κώδικα (άρθρο 27), ειδικά όταν πρόκειται για κρατούμενους με χρόνιες παθήσεις, ο τελευταίος δικαιούται να αιτηθεί να τον παρακολουθεί ο θεράπων ιατρός του, υπό την προϋπόθεση ότι κατά την εξέταση θα παρίσταται και ο ιατρός του καταστήματος. Σε περίπτωση διαφωνίας του ιατρού των φυλακών με τη διάγνωση ή τον τρόπο θεραπείας που προτείνει ο ιατρός επιλογής του κρατούμενου, καλείται ο τοπικά αρμόδιος κρατικός ιατροδικαστής προς επίλυση της διαφωνίας αυτής.[Cheliotis, L. K. (2012)].

Η εικόνα 1 παρουσιάζει την χωρητικότητα των καταστημάτων κράτησης στην Ελλάδα (Α) σε σχέση με τον αριθμό των κρατούμενων ανά φυλακή για το έτος 2017. Το σύνολο των κρατούμενων δεν υπερβαίνει το σύνολο των θέσεων αλλά σε αρκετά καταστήματα κράτησης το νούμερο των κρατούμενων είναι αρκετά μεγαλύτερο. Στο κατάστημα Θεσσαλονίκης για παράδειγμα κρατούνταν το 2017 163 άτομα περισσότερα από τις υπάρχουσες θέσεις. Είναι αναμενόμενο πως τέτοιες υπερβάσεις του αριθμού θέσεων σε ένα κατάστημα κράτησης επιδρούν αρνητικά στις συνθήκες διαβίωσης και περίθαλψης των κρατούμενων.

Χωρητικότητα καταστημάτων κράτησης

- Α Συνολικές θέσεις
- Β Κρατούμενοι (2/5/2017)
- Γ Πληρότητα (αριθμός)



ΠΗΓΗ: Υπουργείο Δικαιοσύνης, Διαφάνειας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων

	Α	Β	Γ
Αιγά	178	111	-67
Αλικαρνασός	210	157	-53
Αμφισσα	102	129	27
Αυλώνας	217	204	-13
Βόλος	54	64	10
Γρεβενά	600	536	-64
Δομοκός	600	437	-163
Θεσσαλονίκη	358	521	163
Θήβα	655	375	-280
Ιωάννινα	66	133	67
ΚΑΥΦ	32	32	0
Κασσαβέτεια	274	125	-149
Κασσάνδρα	308	254	-54
ΚΑΤΚΕΘ	96	64	-32
Κέρκυρα	138	166	28
Κομοτηνή	162	213	51
Κόρινθος	46	15	-31
Κορυδαλλός	1.396	1.721	325
Κως	56	95	39
Λάρισα	554	623	69
Μαλανδρίνο	431	390	-41
Ναύπλιο	273	320	47
Νεάπολη	45	83	38
Νιγρίτα	360	324	-36
Νοσοκομείο	253	169	-84
Πάτρα	446	623	177
Τίρυνθα	302	197	-105
Τρίκαλα	600	534	-66
Τρίπολη	53	89	36
Χαλκίδα	127	200	73
Χανιά	480	308	-172
Χίος	82	128	46
Ψυχιατρείο	261	233	-28

Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ

[ΠΙΝΑΚΑΣ -Εφημερίδα ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ 23.05.2017]

Σε πιο πρόσφατα στοιχεία, από διεθνή τράπεζα δεδομένων, επεξεργασίας του πληθυσμού των φυλακών ανά χώρα, ο συνολικός έγκλειστος πληθυσμός στις ελληνικές φυλακές την 1/12/2020 ανέρχεται σε 11.459 χιλιάδες συμπεριλαμβανομένων και των υπόδικων κρατουμένων (WorldPrisonBriefData). Το 26,6% από τους έγκλειστους είναι υπόδικοι, το 4,5% γυναίκες και το 0,2 % ανήλικοι, με στοιχεία της ίδια π=τράπεζας πληροφοριών (01-01-2020). Οι αλλοδαποί κρατούμενοι συγκριτικά με τους έγκλειστους ανέρχονται στο ποσοστό των 52,7% (01-02-2018). Επίσημα οι ελληνικές φυλακές (34 καταστήματα κράτησης) μπορούν να φιλοξενήσουν 10.175 άτομα. Με βάση τον προαναφερόμενο αριθμό κρατουμένων η πληρότητα βρίσκεται σε 113.2%[[WorldPrisonBriefData 15/08/2020](#)].

Σε μια πρόσφατη έρευνα του Ινστιτούτου Ερευνών για την Εγκληματική Πολιτική (ICPR'sWorldPrisonResearchProgramme), η οποία εξετάζει τις επιδράσεις των εγκληματικών πολιτικών χωρών με υπερπληθυσμό στα Καταστήματα Κράτησης και πως αυτές επιδρούν στην υγεία των κρατουμένων. Συγκεκριμένα εξετάζει τις υπερκατοικημένες φυλακές της Αγγλίας, Κένυας, Ταϊλάνδης, Νότιας Αφρικής και Βραζιλίας. Στην τελική έκθεση της έρευνας αναφέρεται ότι η παραμονή κρατουμένων σε υπερκατοικημένες φυλακές , δημιουργεί μόνιμη ζημία στη φυσική και διανοητική κατάσταση των κρατουμένων και έχει ως επακόλουθο την αδυναμία πρόσβασης σε

ιατρικές θεραπείες, ακόμη και σε σοβαρά προβλήματα υγείας όπως διαβήτης, παχυσαρκία. ΗΙΥ. Ο υπερσυνωστισμός είναι ένας από τους κυριότερους λόγους, που οι τρόφιμοι των φυλακών στατιστικά σε σχέση με το γενικό πληθυσμό πάσχουν σε μεγαλύτερο επίπεδο από ψυχικές νόσους. Η έκθεση καταλήγει στο κάλεσμα μείωσης του πληθυσμού των φυλακών, με βασικό πρώτο βήμα την ανάδειξη των σωστών προϋποθέσεων πρόσβασης στα συστήματα υγείας,, το οποίο θα επιτευχθεί μόνο με αναθεώρηση των Εγκληματικών Πολιτικών κάθε κράτους και με μεταρρυθμίσεις στον ποινικό κώδικα. Η νομοθετικές μεταρρυθμίσεις λοιπόν είναι κύριο εργαλείο αποσυμφόρησης των φυλακών και μοναδικό όπλο για να εγγυηθούμε την ισότητα πρόσβασης των κρατουμένων στα συστήματα υγείας, σε σχέση με την πρόσβαση του γενικού πληθυσμού. **[Institute for Criminal Policy Research (ICPR)Birkbeck, University of London 03/06/2019)].**

Ανεξάρτητα από τον υπερπληθυσμό των τροφίμων της φυλακής που είναι σαφής, πρέπει να προβληματίσει το γεγονός ότι φυλακές όπως τα Γρεβενά, ο Δομοκός, η Θήβα, η Λάρισα, τα Τρίκαλα και ο Κορυδαλλός, που έχουν τους περισσότερους έγκλειστους, διαθέτουν μόνο ένα γιατρό, δηλαδή ένας γιατρός για 600 περίπου κατά μέσο όρο έγκλειστους. Το ίδιο ισχύει και για τον Ψυχολόγο των Φυλακών, ένας ψυχολόγος ανά φυλακή. Πρέπει κανείς να αναλογιστεί ότι πρόκειται για μια κοινωνική ομάδα που ενεργεί καθημερινά υπό ειδικές συνθήκες ψυχολογικής πίεσης, λόγω του εγκλεισμού, με επιθετικές ως επί το πλείστον τάσεις, με συνθήκες διαβίωσης δύσκολες, αφού λόγω χάρη η θέρμανση το χειμώνα λειτουργεί μόνον κάποιες ώρες λόγω των περικοπών και γενικά με αυξημένα προβλήματα ψυχικής και γενικής υγείας. Είναι απολύτως κατανοητό ότι ο ιατρός της φυλακής, ασκεί το λειτούργημα υπό δύσκολες συνθήκες. **[ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ 23.05.2017].**

Πλέον ειδικότερον, σύμφωνα με το με αριθμ. Πρωτ. 2610-11/09/2018 εισήγηση της ομάδας εργασίας, η οποία συγκροτήθηκε με την Κ/Υ.Α. 3506οικ./21-2-2017 (Α.Δ.Α. 6 ΦΨΘΩ-ΑΘΞ), με αντικείμενο τη μελέτη και την παρακολούθηση ζητημάτων που αφορούν την υγειονομική κάλυψη των καταστημάτων κράτησης στην Ελλάδα, προκειμένου να συνδράμει το έργο της Γραμματείας Αντιεγκληματικής Πολιτικής στο πεδίο 3 αναφέρει ότι υπάρχει διαχρονική αδυναμία για την κάλυψη των κενών οργανικών θέσεων ιατρικού προσωπικού. Με στοιχεία της έρευνας έτους 2018, αναφέρεται ότι από το 1999 έχουν προκηρυχθεί συνολικά 72 θέσεις γιατρών διαφόρων

ειδικοτήτων και μόνο 12 έχουν καλυφθεί. Αντίστοιχα έχουν προκηρυχθεί 6 θέσεις οδοντιάτρων και έχουν καλυφθεί 5. Συγκεκριμένα σε 10 φυλακές υπηρετούν 19 μόνιμοι γιατροί του Υπουργείου Δικαιοσύνης και σε 22 φυλακές υπηρετούν 27 συνολικά γιατροί του Υπουργείου Υγείας και 89 γιατροί σε όλη την Ελλάδα καλούνται να καλύψουν τις ανάγκες των φυλακών 'κατ επίσκεψη'. [Εισήγηση αριθμ. Πρωτ. 2610-11/09/2018 Υπουργείο Δικαιοσύνης].

Επιπρόσθετα έχουν σημειωθεί, όχι σπάνια, θάνατοι κρατουμένων εντός των φυλακών, ως απόρροια της ελλιπούς οργάνωσης των καταστημάτων κράτησης στον τομέα της υγείας. Οι θάνατοι αυτοί δεν αποδίδονται μόνο στην έλλειψη ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στις φυλακές, αλλά και σε γραφειοκρατικά ζητήματα που μπορεί να κοστίζουν την ζωή ανθρώπων. Όπως αναφέρθηκε νωρίτερα στις περιφερειακές φυλακές, οι κρατούμενοι με προβλήματα υγείας με τη συγκατάθεση και την προτροπή του ιατρού της φυλακής μεταφέρονται σε νοσοκομεία, για να τους παρέχουν εξειδικευμένη φροντίδα και περίθαλψη. Αυτό όμως προϋποθέτει την προετοιμασία μια σειρά εγγράφων από τη γραμματεία των φυλακών, τα οποία θα φέρουν υπογραφές από τον γιατρό και το αντίστοιχο διοικητικό συμβούλιο. Συνεπώς είναι απαραίτητος ο συντονισμός της διοίκησης της φυλακής για την άμεση διακομιδή του κρατούμενου στο νοσοκομείο πάντοτε υπό την προϋπόθεση ότι θα υπάρχει σε διαθεσιμότητα κατάλληλο μέσο μεταφοράς του κρατούμενου στο νοσοκομείο και δε θα είναι προορισμένο για άλλες εργασίες, όπως λόγω χάρη η μεταφορά κρατούμενων σε δικαστήρια.

Συνεπώς η κατάσταση υγείας ενός κρατούμενου είναι συγκερασμός όλων των παραπάνω και ο γιατρός της φυλακής καλείται να εκτελέσει το δύσκολο αυτό έργο. Θλιβερό παράδειγμα, των ως άνω αντιξοοτήτων ο θάνατος ενός 26χρονου Ρομά., στις φυλακές Λάρισας, τον Φεβρουάριο του 2018, που όπως αναφέρει η ιατροδικαστική έκθεση της ιατροδικαστή που διενήργησε τη νεκροψία - νεκροτομή, δεν αποκλείεται ο θάνατος του 26χρονου να προήλθε από οδοντική μόλυνση σε παρακείμενους ιστούς και στις επιπλοκές που προκάλεσε αυτή. [\(ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ 20.02.2018\)](#)

Δεν είναι λίγες οι υποθέσεις παραβίασης των δικαιωμάτων των κρατουμένων στην υγεία, που φτάνουν στη δικαιοσύνη. Ενδεικτικά αναφέρεται η υπ' αριθμ. 1469/2015 απόφαση του Διοικητικού Εφετείου Αθηνών, με την οποία κρατούμενος υπέβαλλε αγωγή αποζημίωσης κατά του δημοσίου, για εσφαλμένη εκτίμηση περί φαρυγγίτιδας,

ενώ έπασχε από καρκίνο του λάρυγγα. Ο γιατρός όμως της φυλακής δεν ήταν ειδικευμένος να διαγνώσει τη φύση της νόσου, τα συμπτώματα της οποίας ομοιάζαν με απλή φαρυγγίτιδα.[1469/2015 ΔΕΦ ΑΘ - Τράπεζα Νομικών Πληροφοριών ΝΟΜΟΣ].

1.3 Ιατρικό απόρρητο

Η υποχρέωση τήρησης του ιατρικού απορρήτου παρατηρείται για πρώτη φορά στον Ιπποκρατικό Όρκο το 400 π.Χ. Στη Διακήρυξη της Γενεύης του 1948, που αποτελεί την σύγχρονη έκφραση του Ιπποκρατικού όρκου και στην οποία βασίζεται ο Διεθνής Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, μεταξύ άλλων γίνεται λόγος «...υπόσχομαι ότι θα τηρώ τα μυστικά που μου εμπιστεύτηκαν οι ασθενείς μου, ακόμη και μετά το θάνατο τους».[Αννα Μαυροφόρου-Γιαννούκα et. al. 2012].

Με βάση το άρθρο 13 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, «ο ιατρός οφείλει να τηρεί αυστηρά απόλυτη εχεμύθεια για οποιοδήποτε στοιχείο υποπίπτει στην αντίληψη του ή του αποκαλύπτει ο ασθενής ή τρίτοι, στο πλαίσιο της άσκησης των καθηκόντων του, και το οποίο αφορά στον ασθενή ή τους οικείους του. Η άρση του ιατρικού απορρήτου επιτρέπεται όταν ο ιατρός αποβλέπει στην εκπλήρωση νομικού καθήκοντος. Νομικό καθήκον συντρέχει, όταν η αποκάλυψη επιβάλλεται από ειδικό νόμο, όπως στις περιπτώσεις γέννησης θανάτου, μολυσματικών νόσων και άλλες, ή από γενικό νόμο, όπως στην υποχρέωση έγκαιρης αναγγελίας στην αρχή, όταν ο ιατρός μαθαίνει με τρόπο αξιόπιστο ότι μελετάται κακούργημα ή ότι άρχισε ήδη η εκτέλεσή του και, μάλιστα, σε χρόνο τέτοιο, ώστε να μπορεί ακόμη να προληφθεί η τέλεση ή το αποτέλεσμα του. [Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας. Ν 3418/2005].

Η διαφύλαξη του απορρήτου έχει ως σκοπό την προστασία της προσωπικότητας του ατόμου και ως απώτερο σκοπό τη αποκατάσταση της σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ γιατρού και ασθενούς. Η παραβίαση του ιατρικού απόρρητου αποτελεί τεράστιο πλήγμα στην ιατρική και έχει ως αποτέλεσμα τη διατάραξη ολόκληρου του οικοδομήματος στο οποίο στηρίζονται οι παροχές υπηρεσιών υγείας.

Η υποχρεωτικότητα τήρησης του ιατρικού απορρήτου αναφέρεται πρωτίστως στον Ιπποκρατικό Όρκο το 400 π.Χ. Η δε Διακήρυξη της Γενεύης του 1948, που αποτελεί την σύγχρονη έκφραση του Ιπποκρατικού όρκου και τη θεμέλια λίθο του Διεθνούς Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, αναφέρει «...υπόσχομαι ότι θα τηρώ τα μυστικά που μου εμπιστεύτηκαν οι ασθενείς μου, ακόμη και μετά το θάνατο τους».[Αννα Μαυροφόρου-Γιαννούκα et. al. 2012].

Χαρακτηριστικό παράδειγμα, κατάφορης παραβίασης του Ιατρικού απορρήτου, η ανοιχτή φυλακή του Νοσοκομείου Κορυδαλλού, Άγιος Παύλος, που παρουσιάζει υπεράριθμους κρατούμενους. Ήδη από το 2012, ο Συνήγορος του Πολίτη είχε επισημάνει ότι οι ακατάλληλες και πεπαλαιωμένες υποδομές, το απηρχαιωμένο θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας και ο ανεπαρκής αριθμός ιατρών και νοσηλευτών στο νοσοκομείο κρατουμένων Κορυδαλλού θέτουν σε κίνδυνο την υγεία και παραβιάζουν τα δικαιώματα των ασθενών κρατουμένων. Η ανεξάρτητη αρχή προσθέτει ότι το νοσοκομείο έχει αφεθεί να μετατραπεί σε «ειδική» φυλακή, χωρίς να εξασφαλίζεται η εκπλήρωση των ευρωπαϊκών προδιαγραφών για τις συνθήκες κράτησης. Για το λόγο αυτό, έχει ζητήσει να ληφθούν συγκεκριμένα μέτρα αφενός για την αποκατάσταση της σωστής λειτουργίας του νοσοκομείου, αφετέρου για την ανθρωπιστική μεταχείριση βαριά ασθενών και οροθετικών κρατουμένων.

Πλέον ειδικότερον, σε αυτοψία που πραγματοποίησε κλιμάκιο του Συνηγόρου του Πολίτη, δια των οργάνων του κατ' εφαρμογή του άρθρου 4 παρ. 5 του Νόμου 3094/2003, την 8η Φεβρουαρίου 2012, τα πορίσματα του ελέγχου ήταν τα εξής : α) μεγάλος αριθμός κρατουμένων, β) η έλλειψη ποιότητας και μη ικανοποιητική κατάσταση υποδομών, γ) η μη ικανοποιητική ποιότητα σίτισης, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι ειδικές διατροφικές ανάγκες των ασθενών, δ) έλλειψη μέριμνας για απασχόληση, ψυχαγωγία, άθληση, δεν διαθέτει βιβλιοθήκη, ε) ασυνέπεια στη χορήγηση αντιρετροϊκής αγωγής στους οροθετικούς, αφού διακόπτεται η θεραπεία για μεγάλο χρονικό διάστημα, λόγω έλλειψης κονδυλίων, ζ) ελλείψεις ιατρικού εξοπλισμού στο μικροβιολογικό εργαστήριο για τη διενέργεια ειδικευμένων εξετάσεων, η) έλλειψη μόνιμου ψυχιάτρου και ιατρικού νοσηλευτικού προσωπικού, **θ) καταπάτηση της προστασίας Ιατρικού απορρήτου αρ. 13 Ν. 3418/2005, αναφορικά με τους οροθετικούς**. Οι ιατρικοί φάκελοι των κρατουμένων που εξετάστηκαν δειγματοληπτικά, δεν πληρούσαν τις προδιαγραφές Κ.Ι.Δ. (αρ. 14 παρ. 2 Ν 3418/2005) και σημειώθηκαν παραβιάσεις πρόσβασης στον ιατρικό φάκελο (αρ. 14 παρ. 8 Ν. 3418/2005). Τα πόρισμα της αυτοψίας στάλθηκε από το Συνήγορο του Πολίτη στον τότε Γενικό Γραμματέα Αντιεγκληματικής Πολιτικής του Υπουργείου Δικαιοσύνης.

Συγκεκριμένα, στο Νοσοκομείο φιλοξενούνταν συνολικά 160 ασθενείς, εκ των οποίων 51 οροθετικοί κρατούμενοι, σε ξεχωριστό χώρο ο οποίος προοριζόταν για 35. Μέχρι τον Αύγουστο του 2011 νοσηλεύονταν 16-28 οροθετικοί, ενώ στην συνέχεια παρατηρήθηκε τεράστια αύξηση στην προσέλευση ασθενών κρατουμένων οροθετικών.

Μεταξύ των ασθενών οροθετικών υπήρχαν και δύο ανήλικοι οι οποίοι κρατούνται σε κελιά απομόνωσης για την προστασία τους, χωρίς να τους δίδεται η δυνατότητα να παρακολουθούν το σχολείο. Στα προβλεπόμενα **δικαιώματα των ασθενών παρατηρήθηκαν** παρεκκλίσεις αναφορικά με τη διαφύλαξη του ιατρικού απορρήτου, το οποίο προβλέπεται θεσμικά για όλους τους ασθενείς στο άρθρο 13 Ν. 3418/2005 και το οποίο προστατεύει εξίσου και για τους κρατούμενους (Σύσταση R (93) 6, I.C.13). **[Συνήγορος του Πολίτη 26.10.2012]**.

Εκτός όμως από την δεοντολογική υποχρέωση, η πληροφόρηση των δεδομένων υγείας διαχέεται με φειδώ σε απολύτως δικαιούμενα πρόσωπα και αποβλέπει στην προστασία διάδοσης της πληροφορίας στο μη ιατρικό προσωπικό, διότι υπάρχει ο κίνδυνος να δημιουργήσει μία εσφαλμένη αίσθηση ασφάλειας και να οδηγήσει στη χαλάρωση των προφυλάξεων που θα πρέπει να λαμβάνονται ούτως ή άλλως ανεξαρτήτως του αν είναι φορείς ή όχι. Στην περίπτωση αυτή η παραβίαση του Ιατρικού απορρήτου ξεκινά από την φιλοξενία των κρατούμενων σε ειδική πτέρυγα, γεγονός που στιγματίζει την κατάσταση της υγείας τους και γνωστοποιεί την οροθετικότητα ακόμη και στο μη ιατρικό προσωπικό.

Οι οροθετικοί δεν θα έπρεπε να νοσηλεύονται στο νοσοκομείο, καθ' όσον δεν δε νοσούν. Παρ' αυτά στην υπό εξέταση περίπτωση, καίτοι δεν είναι ασθενείς που χρήζουν νοσοκομειακής περίθαλψης, αποφασίστηκε η παραμονή τους στο νοσοκομείο κρατούμενων, με απώτερο σκοπό να έχουν καλύτερες συνθήκες διαβίωσης και γρηγορότερη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.

Η κράτηση των οροθετικών σε μία ειδική πτέρυγα συνδυαστικά με την αύξηση του αριθμού τους, δημιουργεί συνθήκες γκετοποίησης και τους στιγματίζει. Η επικρατούσα άποψη είναι ότι επιτρέπεται η απομόνωση ενός κρατούμενου λόγω λοιμώδους νοσήματος μόνο στην περίπτωση που αντίστοιχο μέτρο θα λαμβανόταν ως μέτρο νοσηλείας για τον ίδια ιατρική αιτία και εκτός φυλακής. Γενικά προβλέπεται ότι απαγορεύεται κάθε είδος απομόνωσης, ενώ εξαίρεση αποτελεί η μόλυνση από τον ιό HIV (**ΕυρΔΔΑ: *Enhorn κατά Σουηδίας*, 25.1.2005, §55**). Σε ασθενείς πάσχοντες από AIDS θα πρέπει να περιθάλπονται, χωρίς κατ' ανάγκη να οδηγούνται σε πλήρη απομόνωση, παρά μόνο για την προστασία τους από μεταδοτικές ασθένειες λόγω εξασθένησης του ανοσοποιητικού του συστήματος. Συνεπάγεται ότι οι οροθετικοί κρατούμενοι θα πρέπει έχουν την δυνατότητα να συμμετέχουν σε όλες τις δραστηριότητες και τα εργαστήρια που υπάρχουν εντός της φυλακής.

Αναφέρουμε στο σημείο αυτό, ότι, παρά τις Διεθνείς και Ευρωπαϊκές Οδηγίες, στον Ελληνικό Σωφρονιστικό Κώδικα (άρθρο 30, παρ. 5) προβλέπεται περιορισμός κρατουμένων με υποψία λοιμώδους νοσήματος σε ειδικό τμήμα του καταστήματος, μετά από απόφαση του διευθυντή και τη σύμφωνη γνώμη του ιατρού, για όσο χρονικό διάστημα ενδείκνυται ιατρικά, μέχρι την οριστική διάγνωση. Είναι οφθαλμοφανές, ότι ο Έλληνας ιατρός των φυλακών, υποκινούμενος από τον Ελληνικό Σωφρονιστικό Κώδικα, ωθείται στην παραβίαση του ιατρικού απορρήτου και έχει την υποχρέωση αναφοράς στον διευθυντή των ονομάτων των κρατουμένων που ενδέχεται να πάσχουν από λοιμώδες νόσημα. Εδώ όμως στην περίπτωση μας, η απομόνωση και ο στιγματισμός, που προκάλεσε την παραβίαση του ιατρικού απορρήτου, έγινε μετά την οριστική διάγνωση και σε κάθε περίπτωση για την μορφή αυτής της ασθένειας δεν προβλέπεται απομόνωση για τους απλούς πολίτες, εκτός των φυλακών.

1.4 Τήρηση Ιατρικού Αρχείου. Ηλεκτρονικός Ιατρικός Φάκελος.

Ανατρέχοντας ιστορικά, με χρονολογική σειρά, ο ιατρικός φάκελος προσεγγίζεται με διαφορετικό τρόπο, ως εξής :

α. Χρονολογικά βασισμένος ιατρικός φάκελος (time-oriented medical record): Τον 50 αιώνα, ο Ιπποκράτης με τη δράση του επηρεάζει τον τρόπο προσέγγισης των ιατρικών φακέλων. Την περίοδο αυτή, το ιατρικό ιστορικό έχει ως βάση την περιγραφή του ασθενούς και των συγγενών του με χρονολογική σειρά, επιχειρώντας ταυτόχρονα να δώσει προγνωστικά τα ευρήματα του ιστορικού και της φυσικής εξέτασης.

β. Βασισμένος στον ασθενή ιατρικός φάκελος (patient-based medical record): Αργότερα, στην Mayo Clinic, το 1907, για πρώτη φορά επιχειρείται να καταγραφεί σε έναν ενιαίο φάκελο οι διάσπαρτες μέχρι τότε σημειώσεις κάθε γιατρός τηρούσε στο προσωπικό του βιβλίο με χρονολογική έκθεση όλων των συναντήσεων με ασθενείς, γεγονός που είχε ως συνέπεια τη συνολική θεώρηση της νόσου του ασθενούς.

γ. Βασισμένος στα προβλήματα ιατρικός φάκελος (problem-oriented medical record): Ο Weed, την δεκαετία του 1960, επιχειρήσει να βελτιώσει οργανωτικά τους ιατρικούς φακέλους, αποδίδοντας σε κάθε ασθενή συγκεκριμένα προβλήματα και σκέψεις για την επίλυσή του ιατρικού προβλήματος, κάνοντας χρήση του ευρέως γνωστού συστήματος SOAP από τα παρακάτω αρχικά

[A. Μαρίνης, Ε. Ευσταθίου, Τάμμου-ΡόζενΜαρίνου, Σ. ΡίζοςΕπιστημονικά Χρονικά 2012;17(1):32-35].

Στην σημερινή εποχή οι Τεχνολογίες Πληροφορίας και Επικοινωνιών ενσωματώνονται συνεχώς στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης και στις ιατρικές υπηρεσίες και αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη επικράτηση νέων όρων και τεχνολογιών όπως, η ηλ-υγεία, η ηλ-συνταγογράφηση, η τηλεϊατρική.

Η Οδηγία 2011/24/ΕΕ αποτελεί τη βάση ως προς την εφαρμογή της ηλ-υγείας στον ευρωπαϊκό χώρο σχετικά με την διασυνοριακή περίθαλψη, που ενσωματώθηκε στην ελληνική νομοθεσία με το ν. 4213/2013. Η οδηγία 2011/24/ΕΕ που αφορά τα δικαιώματα του ασθενούς στην άσκηση της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης συγκεντρώνει τις προσπάθειες στο να κτιστεί ένα ενδοκοινοτικό πλαίσιο ασφαλέστερης, ποιοτικότερης, αποτελεσματικότερης και επαρκέστερης ποσοτικά υγειονομικής περίθαλψης. Το να εξασφαλίσουμε την δια συνοριακή υγειονομική περίθαλψη προϋποθέτει τη διαβίβαση δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα αναφορικά με στοιχεία της υγείας των ασθενών. Οι πληροφορίες αυτές θα πρέπει να διαχέονται σε κάθε κράτος μέλος, πάντοτε όμως με γνώμονα την προστασία θεμελιωδών δικαιωμάτων.

Με τον τρόπο αυτό, εφαρμόζεται πλήρως η οδηγία 95/46/ΕΚ, που κάνει λόγο για προστασία των φυσικών προσώπων ως προς την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού τους χαρακτήρα και την ελεύθερη διακίνηση των δεδομένων, καθώς και το δικαίωμα προσώπων να λαμβάνουν γνώση και να εισχωρούν σε δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα αναφορικά με την υγεία τους, όπως στοιχεία ιατρικών φακέλων που περιέχουν διαγνώσεις, αποτελέσματα εξετάσεων, εκτιμήσεις θεραπόντων ιατρών και κάθε θεραπεία ή επέμβαση που έχει πραγματοποιηθεί. Οι εν λόγω διατάξεις βρίσκουν εφαρμογή στη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη και προβλέπονται από οδηγία 24/2011/ΕΚ.

Συμπερασματικά, η ουσιαστική εφαρμογή της ως άνω οδηγίας έχει ως προϋπόθεση την εξαπλωμένη χρήση του ηλεκτρονικού φακέλου και της ηλεκτρονικής κάρτας. Γίνεται λόγος στο άρθρο 14 της Οδηγία για την ηλεκτρονική υγεία, η οποία όμως περιορίζεται στο να εξαγγέλλει στόχους και κατευθυντήριες γραμμές, καθώς η ανάπτυξη συστημάτων υγείας ΤΠΕ είναι ολοκληρωτικά ζήτημα εθνικής αρμοδιότητας, δίνοντας έμφαση στη χρήση εντελώς διαφορετικών και ασύμβατων μορφοτύπων και πρότυπων για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης με χρήση ΤΠΕ, ώστε να θέτει εμπόδια για αυτόν τον τρόπο παροχής διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης, όπως δυνητικούς κινδύνους για την προστασία της υγείας.

Θέτει ως στόχο την υιοθέτηση από τα κράτη μέλη της ηλεκτρονικής υγείας, την επίτευξη βιώσιμων οικονομικών και κοινωνικών παροχών των ευρωπαϊκών συστημάτων, υπηρεσιών και διαλειτουργικών εφαρμογών ηλεκτρονικής υγείας, με σκοπό να επιτύχει ένα υψηλό επίπεδο εμπιστοσύνης και ασφάλειας και να ενισχύσει την συνέχιση της περίθαλψης καθώς και την διασφάλιση στην πρόσβαση της ασφαλούς και ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης.

Επιπλέον στα πλαίσια ενσωμάτωσης των ως άνω οδηγιών, το ελληνικό κράτος συγκροτεί το Εθνικό Συμβούλιο Διακυβέρνησης της Ηλεκτρονικής Υγείας (ΕΣΔΗΥ), που έχει ως στόχο να υποστηρίζει συμβουλευτικά και γνωμοδοτικά το Υπουργείο Υγείας και να εισηγείται προτάσεις για τις πολιτικές προτεραιότητες, το σχέδιο δράσης και τις απαραίτητες θεσμικές μεταρρυθμίσεις, μέσα στο ευρύτερο πλαίσιο ηλεκτρονικής διακυβέρνησης, διαλειτουργικότητας και διασφάλισης της ποιότητας και της βιωσιμότητας των ηλεκτρονικών υπηρεσιών υγείας και επιπλέον θεσπίζει τη συγκρότηση του Δικτύου Ηλεκτρονικών Υπηρεσιών Υγείας (ΔΗΥΥ) κατόπιν κοινής Υπουργικής Απόφασης των Υπουργών Υγείας, Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας, Εσωτερικών, Ανάπτυξης και Ανταγωνιστικότητας (άρθρο 13 παρ. 1 και 2 Ν. 4213/2013).[\(Αναστασιάδου Μαριάννα et. al.2014\).](#)

Ο Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (ΗΦΥ), θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει αναλυτικά ολόκληρο το ιστορικό υγείας, την φαρμακευτική αγωγή που έλαβε ο ασθενής, τις εξετάσεις που υποβλήθηκε και τα αποτελέσματα των εξετάσεων, καθώς και τον εμβολιασμό στον οποίο υποβλήθηκε..

Ο ηλεκτρονικός φάκελος, στην Ελλάδα, δεν έχει τεθεί σε ευρεία εφαρμογή παρόλο που υπάρχει πρόβλεψη από τις διατάξεις του Ν. 3235/2004. Στο εν λόγω νόμο αναφέρεται ότι σε κάθε Κέντρο Υγείας θα εγκατασταθεί ολοκληρωμένη υποδομή για την τήρηση και ενημέρωση των στοιχείων του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου και ότι αναφορικά με την πρόσβαση στους φακέλους αυτούς, θα υπάρχουν υποδομές και πρόσβαση από όλους τους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας για όλους τους κατοίκους. Παρόμοια υποδομή οφείλουν να διαθέτουν και τα ιδιωτικά ιατρεία, που διαθέτουν σύμβαση με ασφαλιστικούς οργανισμούς. Αναφέρεται επιπλέον στο νόμο και η υποχρέωση επικαιροποίησης του ηλεκτρονικού φακέλου από τον κάθε οικογενειακό ή προσωπικό ιατρό που ο ασφαλισμένος επισκέπτεται.

Στην πραγματικότητα όμως ο θεσμός δεν έχει τεθεί ακόμη σε λειτουργία. Η εφαρμογή αυτή λειτουργεί σε πρωτοβάθμιο μόνο επίπεδο, στο θεσμό του

οικογενειακού γιατρού. Το επόμενο στάδιο του Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας είναι να διευρυνθεί η λειτουργία του όσον αφορά την πρόσβαση στον φάκελο ενός ασθενούς στους ανά περίπτωση θεράποντες γιατρούς είτε είναι νοσοκομειακοί, είτε είναι ιδιώτες. Με βάση τον νόμο 4600/2019 ο Φάκελος θα ανοίξει σε όλους τους γιατρούς, οι οποίοι θα πρέπει να τον ενημερώνουν.

Η λειτουργία του Ηλεκτρονικού Ιατρικού Φακέλου των Κρατουμένων είναι επιτακτική ανάγκη και έρχεται να καλύψει ένα κενό δεκαετιών. Είναι σημαντική τόσο για τη διασφάλιση της υγείας των ιδίων των κρατουμένων, αλλά και για την διασφάλιση της υγείας του προσωπικού των φυλακών της χώρας. Δίχως ιατρικό ιστορικό, η διάγνωση ασθενειών γίνεται δυσχερής και για τους ίδιους τους γιατρούς. Οι κρατούμενοι εξ αιτίας των συνεχών μετακινήσεων τους, μεταγωγές στις διαφορές φυλακές της χώρας, υποβάλλονται σε εξετάσεις σε διαφορά νοσοκομεία στην Ελλάδα. Η συγκέντρωση των ιατρικών αυτών αρχείων, σε ένα ιατρικό φάκελο είναι σημαντική. Οι κρατούμενοι τις περισσότερες φορές αρνούνται να συνεργαστούν στην ενημέρωση του ιατρικού τους φακέλου, από φόβο για να μην στιγματιστούν ή για να αποφύγουν την πιθανότητα απομόνωσης τους. Τα νοσήματα που πάσχουν τις περισσότερες φορές είναι μεταδοτικά και η μη ενημέρωση του ιατρικού τους φακέλου εκθέτει σε κίνδυνο την υγεία των σωφρονιστικών υπαλλήλων.

Ζητήματα Βιοηθικής προκύπτουν από την εφαρμογή σε λειτουργία των Ηλεκτρονικών Ιατρικών Φακέλων. Συμπεραίνουμε λοιπόν, ότι για την ουσιαστική εφαρμογή της οδηγίας οι προκλήσεις βιοηθικής που πυροδοτεί η ηλ-υγεία, πρέπει να εξετάσει τη διαπλοκή των αρχών της βιοηθικής με τις αρχές χρήσης των ΤΠΕ και κυρίως με τις αρχές που δίνουν τις κατευθυντήριες γραμμές πρακτικής στο πλαίσιο των ΗΦΥ. Οι τέσσερις παραδοσιακές αρχές της βιοηθικής ιδωμένες μέσα από το πρίσμα της ηλ-υγείας μετεξελίσσονται και αναδεικνύουν νέους προβληματισμούς οι οποίοι σχετίζονται περισσότερο με την αυτονομία, την ιδιωτικότητα και την εμπιστευτικότητα του ασθενή.

Η ιδιωτικότητα και η αυτονομία των ιατρικών πληροφοριών βρίσκεται σε μια τριγωνική σχέση κρατούμενου - ιατρού και δημοσίου φορέα διαχείρισης. Ο Ν. 4624/2019 περί Αρχής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, δεν μπορεί από μόνος του να εγγυηθεί την εφαρμογή των αρχών βιοηθικής. Οι επιστήμονες ερευνούν τρόπους ηλεκτρονικής εξασφάλισης και κλειδώματος των προσωπικών δεδομένων Ιατρικών Πληροφοριών . [Αποστολάκης Ι, et. al. 2002].

Ενδεικτικά προτείνεται η εφαρμογή Υποδομής Δημόσιου Κλειδιού (PublicKeyInfrastructure - PKI). Η Υποδομή Δημόσιου Κλειδιού είναι ένας συνδυασμός λογισμικού, τεχνολογιών κρυπτογραφίας και υπηρεσιών που επιβεβαιώνουν και πιστοποιούν την εγκυρότητα της κάθε οντότητας που εμπλέκεται σε μια συναλλαγή και παράλληλα προστατεύουν την ασφάλεια της συναλλαγής. Με την υποδομή αυτή εξασφαλίζεται π.χ. το απόρρητο και η γνησιότητα των εγγράφων και των μηνυμάτων που διακινούνται σε ένα δίκτυο υγείας καθώς και η ταυτότητα των εμπλεκόμενων φορέων.

Η κρυπτογράφηση δημοσίου κλειδιού περιλαμβάνει ζεύγη κλειδιών (δημόσια και προσωπικά). Αυτό που κρυπτογραφείται με το ένα κλειδί, αποκρυπτογραφείται με το άλλο. Έτσι, αφού το δημόσιο κλειδί γίνεται ευρέως διαθέσιμο, οι υπόλοιποι χρήστες μπορούν να κρυπτογραφούν τα μηνύματα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου με αυτό και να είναι σίγουροι ότι μόνο ο κάτοχος του προσωπικού κλειδιού μπορεί να διαβάσει αυτά τα μηνύματα.

Αντίστροφα, ο κάτοχος του προσωπικού κλειδιού μπορεί να κρυπτογραφήσει κάτι με το προσωπικό του κλειδί και οποιοσδήποτε τρίτος να το αποκρυπτογραφήσει μόνο με το δημόσιο κλειδί του πρώτου, οπότε μπορεί αυτό να λειτουργήσει ως η ψηφιακή υπογραφή του.

Ο οργανισμός ο οποίος λειτουργεί με ασφάλεια και κάτω από αυστηρές προδιαγραφές με σκοπό τη δημιουργία και διανομή πιστοποιητικών ονομάζεται Αρχή Πιστοποίησης (Certification Authority CA). Η υποδομή δημοσίου κλειδιού βασίζεται στην εμπιστοσύνη των χρηστών του δικτύου προς την αρχή πιστοποίησης. [\[Ζλάτκου Δήμητρα Καβάλα et. al2006\]](#).

Στα ιατρικά δίκτυα πληροφοριών η ασφάλεια στην επικοινωνία και η ανταλλαγή πληροφοριών μέσω μιας υποδομής δημοσίου κλειδιού, οδηγεί στον εμπλουτισμό/βελτίωση των γενικότερων παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών, σε τοπικό επίπεδο, όσον αφορά την αποτελεσματικότητα, την ποιότητα και την ανταγωνιστικότητα

1.5 Κάρτα Υγείας Κρατούμενων

Με την με αριθμ. πρωτ. Α3(γ)γπ/οικ.25/32/4-4-2016 Κοινή Υ.Α. « Ρυθμίσεις για τη διασφάλιση της πρόσβασης των ανασφάλιστων στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας » (B 908), η οποία εκδόθηκε κατ εφαρμογή των διατάξεων του άρθρου 33 του ν. 4368/2016 « Μέτρα για την επιτάχυνση του Κυβερνητικού Έργου και άλλες διατάξεις

» (A21), ρυθμίστηκε το ζήτημα παροχής δωρεάν φαρμακευτικής περίθαλψης στους κρατούμενους. [[αριθμ. πρωτ. Α3\(γ\)γπ/οικ.25/32/4-4-2016 Κοινή Υ.Α. άρθρου 33 του ν. 4368/2016](#)].

Ειδικότερα με μέριμνα του καταστήματος κράτησης εκδίδεται Α.Μ.Κ.Α. σε όσους κρατούμενους δεν διαθέτουν, προκειμένου να καταστούν δικαιούχοι της ανωτέρω πρόβλεψης. Για όσους κρατούμενους διαθέτουν ασφαλιστική ικανότητα, αναγνωρίζεται η συμμετοχή του ασφαλιστικού τους ταμείου, ενώ η συμμετοχή του ασφαλισμένου καλύπτεται από πόρους Υ.Δ.Δ.Α.Δ.. Τέλος για όσους ανασφάλιστους κρατούμενους δεν είναι δυνατή η έκδοση Α.Μ.Κ.Α., προβλέπεται στο άρθρο 3 της ανωτέρω απόφασης, ειδική διαδικασία για την έκδοση Κάρτας Υγειονομικής Περίθαλψης (Κ.Υ.Π.Α.) . Ωστόσο βρίσκονται ακόμη σε εκκρεμότητα οι διαδικασίες για την υλοποίηση του εν λόγω μέτρου.

Από τους 13.000 κρατούμενους, οι 7.000 είναι αλλοδαποί και το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών είναι ανασφάλιστοι, έτσι το υπουργείο Δικαιοσύνης το 2012 δημιούργησε την κάρτα υγείας. Αυτή υπογράφηκε από τον υφυπουργό Δικαιοσύνης, τον πρόεδρο του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών, τον γενικό διευθυντή του Φιλανθρωπικού Οργανισμού «Αποστολή» και σε πλαίσιο συμφώνου συνεργασίας δρομολόγησαν την κάρτα υγείας για όλους τους κρατούμενους. [[A. Marinis, E. Efstathiou, TR. Marinou, S. Rizos \(Scientific Chronicles 2012;17\(1\) :32-35\)](#)]

Οι περισσότεροι κρατούμενοι όταν εισέρχονται στις φυλακές, αν όχι από την πρώτη μέρα τουλάχιστον την δεύτερη περνούν από αιματολογικό και ψυχολογικό έλεγχο προκειμένου να ενημερωθεί η κάρτα υγείας. Αρκετοί είναι οι κρατούμενοι που εισέρχονται στο κατάστημα και δεν ενημερώνουν τις φυλακές για τα προβλήματα υγείας τους. Ελάχιστοι είναι αυτοί που ενημερώνουν αμέσως και έτσι ταυτόχρονα ενημερώνεται και η κάρτα υγείας τους.

Τα νοσήματα που παρουσιάζονται πολύ συχνά στις φυλακές και έχουν πάρει ανεξέλεγκτες διαστάσεις λόγω του μεγάλου κοινωνικού συγχρωτισμού σε άσχημες υγειονομικές συνθήκες, είναι η φυματίωση, η ηπατίτιδα Α, η ηπατίτιδα Β, η ηπατίτιδα C, η HIV λοίμωξη, η ψώρα, η φθειρίαση (δηλαδή οι ψείρες), η ελονοσία και ασφαλώς τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα με ιδιαίτερα ραγδαία αύξηση κυρίως της σύφιλης, της βλεννόρροιας και των κονδυλωμάτων. Ειδικά οι σωφρονιστικοί υπάλληλοι που έρχονται καθημερινά σε επαφή με τους κρατούμενους θα πρέπει να γνωρίζουν πολύ καλά τους τρόπους μετάδοσης της φυματίωσης, της ηπατίτιδας Α, της

ηπατίτιδας Β, του Aids καθώς και τους τρόπους προφύλαξης από τα λοιμώδη αυτά νοσήματα.

Η κάρτα υγείας εν ολίγοις δημιουργήθηκε για να πραγματοποιηθεί ένα είδος συνεργασίας προκειμένου να βοηθηθούν όλοι οι χρήστες των φυλακών έτσι ώστε να έχουν καλύτερη υγειονομική περίθαλψη. Η κάρτα υγείας που συνοδεύει τους κρατούμενους στις μεταγωγές τους δεν είναι συνήθως ενημερωμένη από τις φυλακές δηλαδή δεν υπάρχει ιστορική-κλινική εξέταση, εργαστηριακός έλεγχος, φαρμακευτική αγωγή και τα λοιπά. Όσον αφορά στο μητρώο ιατρικών εξετάσεων κρατούμενων στο οποίο να αναγράφονται ο χρόνος εξέτασης, η σχετική διάγνωση, η αγωγή που συστήθηκε και τα χορηγούμενα φάρμακα, τηρείται στον ατομικό φάκελο υγείας. Ότι αναγράφεται στο φάκελο γνωστοποιείται κυρίως στον κρατούμενο, στον συνήγορο του, στον αρμόδιο δικαστικό λειτουργό και στα όργανα του καταστήματος όταν χρειάζεται να πάρουν μια απόφαση για τον κρατούμενο. [Αδαμόπουλος, Δ, et. al. 2002].

1.6 Πρόληψη και αντιμετώπιση λοιμωδών νοσημάτων.

Η περίπτωση covid-19 στα καταστήματα κράτησης της Ευρώπης (Ιταλία, Γαλλία, Ελλάδα, Πορτογαλία, Ισπανία και Αυστρία και στα καταστήματα κράτησης Αμερικής

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή για την Πρόληψη των Βασανιστηρίων και της Απάνθρωπης ή Ταπεινωτικής Μεταχείρισης ή Τιμωρίας (ΕΠΒ) CPT στο Απόσπασμα από τη 3η Γενική Έκθεση, δημοσιεύθηκε το 1993 με θέμα Υγειονομικές υπηρεσίες στις φυλακές (*CPT/Inf(93)12-patr*) στο πεδίο 54 αναφέρει «...ii) μεταδιδόμενες ασθένειες⁵⁴. Η υγειονομική υπηρεσία μιας φυλακής θα πρέπει να διασφαλίσει ότι οι πληροφορίες για τις μεταδιδόμενες ασθένειες (ιδιαίτερα ηπατίτιδα, AIDS, φυματίωση, δερματολογικές μολύνσεις) κυκλοφορούν τακτικά τόσο στους κρατούμενους όσο και στο σωφρονιστικό προσωπικό. Όπου χρειάζεται, θα πρέπει να πραγματοποιείται ιατρικός έλεγχος αυτών με τους οποίους ένας συγκεκριμένος κρατούμενος έρχεται σε επαφή τακτικά (συγκρατούμενοι, σωφρονιστικό προσωπικό, συχνοί επισκέπτες) 55. Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά το AIDS, θα πρέπει να παρέχονται κατάλληλες συμβουλές πριν και όπου χρειάζεται, μετά από οποιαδήποτε εξέταση ελέγχου. Στο σωφρονιστικό προσωπικό θα πρέπει να παρέχεται συνεχιζόμενη εκπαίδευση στα προληπτικά μέτρα που πρέπει να λαμβάνονται και στη συμπεριφορά που πρέπει να

υιοθετηθεί σχετικά με την οροθετικότητα και να δίνονται οι κατάλληλες οδηγίες σχετικά τη μη διάκριση και το απόρρητο. 56. Η ΕΠΒ επιθυμεί να τονίσει ότι δεν υπάρχει ιατρική δικαιολογία για το διαχωρισμό ενός οροθετικού κρατουμένου που είναι καλά ».[[Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 1993, \(CPT/Inf\(93\)12-patr\]](#)]

Η συχνότητα των λοιμωδών νοσημάτων εντός των φυλακών φαίνεται ιδιαίτερα αυξημένη διεθνώς. Τα ποσοστά εμφάνισης μόλυνσης από λοιμώδη νοσήματα όπως HIV και Ηπατίτιδα και σήμερα covid-19 είναι υψηλά σε φυλακισμένους σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Σε εξασθενημένες και ευάλωτες ομάδες με αυξημένα καρδιακά και αναπνευστικά προβλήματα, χρήστες ναρκωτικών, με ελλιπή σίτιση, έλλειψη άθλησης που ζουν σε περιορισμένο χώρο, όπως οι έγκλειστοι, ο κίνδυνός μετάδοσης λοιμωδών νοσημάτων αυξάνεται.

Λοιμώδη ή μεταδοτικά νοσήματα εννοούμε εκείνα που οφείλονται σε ζωντανούς δυνητικά ή υποχρεωτικά νοσογόνους παράγοντες ή στα τοξικά προϊόντα τους. Οι παράγοντες που απαιτούνται για να εμφανιστεί και να διατηρηθεί μια επιδημική έκρηξη ενός λοιμώδους νοσήματος είναι, η ύπαρξη ενός παθογόνου μικροοργανισμού σε πυκνότητα ικανή να προσβάλλει πολλά άτομα, ένας κατάλληλος τρόπος μετάδοσης του μικροοργανισμού στα επιδεκτικά άτομα και ένας ικανοποιητικός αριθμός επιδεκτικών ατόμων που είναι εκτεθειμένα στον παθογόνο μικροοργανισμό. Μια αποτελεσματική στρατηγική για τον έλεγχο και τον περιορισμό της εξάπλωσης ενός λοιμώδους νοσήματος θα στόχευε στην απομάκρυνση ή εξάλειψη της πηγής του παθογόνου μικροοργανισμού και στην διακοπή ή περιορισμό της διαδικασίας μετάδοσης. [[Brendan Saloner, PhD ,Kalind Parish, MA Julie A. Ward, MN, RN Grace DiLaura, JD Sharon Dolovich, JD, PhD, 2020,doi :10.1001/jama.2020.12528 \]](#)].

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας στο ειδικό πρόγραμμα που υλοποιεί με θέμα Υγεία στις Φυλακές, αναβάθμισε πρόσφατα τον Οδηγό Ετοιμότητας και Πρόληψης και Ελέγχου της πανδημίας COVID-19 στην Φυλακές. Ο οδηγός αυτός πρωτοεκδόθηκε τον Μάϊου 2020. Η αναβάθμιση του οδηγού αφορά αλλαγές που εστιάζουν στον ορισμό της πανδημίας, τα συμπτώματα, σενάρια μετάδοσης και πρόληψης, τον έλεγχο των μέτρων, όπως μάσκα και τεστ πρόληψης, τις στρατηγικές διαχείρισης όπως η απομόνωση των κρουσμάτων και τέλος των εμβολιασμό. Ο οδηγός είναι χρήσιμος και για το προσωπικό των φυλακών και επεξηγεί πως θα αποφευχθεί , αλλά και πως θα αντιμετωπιστεί μια πιθανή έξαρση της πανδημίας εντός των φυλακών, προστατεύοντας

το προσωπικό τους κρατούμενους και τους επισκέπτες των φυλακών. Οι άνθρωποι που σχετίζονται με τις φυλακές έχοντας περιορισμό χώρου, είναι πιο εκτεθειμένοι στην πανδημία και οι σωστές πρακτικές σίγουρα θα αποδυναμώσουν την εξάπλωση του ιού εντός των τειχών. [WHORegionalOfficeforEurope; Copenhagen2021].

Είναι πραγματικότητα σήμερα διεθνώς ο φόβος μόλυνσης και εξάπλωσης του covid-19. Το κεφάλαιο κορονοϊός (covid-19), είναι μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις στις φυλακές τόσο της Ελλάδας όσο και του εξωτερικού, εξ αιτίας της μειωμένης πρόσβασης του προσωπικού υγείας εντός των φυλακών, του μεγάλου ποσοστού καρδιακών και αναπνευστικών παθήσεων ανάμεσα στους κρατούμενους καθώς και τα προβλήματα υπερπληθυσμού των φυλακών.

Ως προς τα καταστήματα κράτησης της Αμερικής από 31/03/2020 έως 06/06/2020 διενεργήθηκε από το Αμερικανικό Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών, στατιστικές μετρήσεις στην ίδια περίοδο, αναφορικά με το ποσοστό κρατουμένων που προσβλήθηκαν από covid-19 και τους θανάτους που προήλθαν από αυτόν, σε όλες τις Ομοσπονδιακές Φύλακες της Αμερικής. Τα στοιχεία δίνονταν σε καθημερινή βάση και αφορούσαν επιβεβαιωμένα περιστατικά covid-19, την νοσηλεία και τους θανάτους. Η έρευνα αυτή αντιπαρατέθηκε σε ισάριθμο δείγμα, ίσης ηλικίας και ιδίου φύλλου ενεργού πληθυσμού εκτός των φυλακών, προκειμένου να προκύψει στατιστικά ο αριθμός κρουσμάτων και θανάτων εντός και εκτός των φυλακών.

Τον Ιούνιο του 2020 είχαμε 42.107 περιπτώσεις covid-19 και 510 θανάτους στον γενικό αριθμό των κρατουμένων 1.295.285 κρατουμένων, δηλαδή 3.251 προσβεβλημένων κάθε 100.000 κρατούμενων. Τα περιστατικά covid-19 εντός των φυλακών ήταν 55 φορές υψηλότερα από αυτά του γενικού πληθυσμού, που μετρούσε 587 προσβεβλημένους για κάθε 100.000 κατοίκους. Οι θάνατοι στις φυλακές ήταν 39 θάνατοι κάθε 100.000 κρατούμενους, ποσοστό πολύ υψηλότερο από αυτό του γενικού πληθυσμού που άγγιζε τους 29 θανάτους στα 100.000 δείγμα γενικού πληθυσμού. Παρ όλο που η ηλικία άνω των 65 ετών ήταν περιορισμένη στους έγκλειστους. Τα κρούσματα εντός των φυλακών καθυστέρησαν να εμφανιστούν, σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, αλλά όταν εμφανίστηκαν εξαπλώθηκαν ραγδαία.

Εξ αιτίας των παρελθοντικών πολιτικών που ακολούθησαν τα Ηνωμένα Έθνη Αμερικής, έχουν τους περισσότερους έγκλειστους στον πλανήτη. Σχεδόν 2,2 εκατ.

Ανθρώπων στην Αμερική βρίσκονται στη φυλακή. Τα μέτρα που υιοθετήθηκαν από τα Ομοσπονδιακά Συμβούλια Φυλακής (FederalBureauofPrisons) είναι η μείωση των επισκεπτηρίων, μείωση επισκέψεων από τους νομικούς παραστάτες. Για να αποφευχθεί όμως η κοινωνική απομόνωση των έγκλειστων, πολλά καταστήματα κράτησης των Ηνωμένων Εθνών υιοθέτησαν τις βιντεοτηλεφωνικές διασκέψεις με συγγενείς και νομικούς παραστάτες. Η κοινωνική απομόνωση είναι ιδιαίτερα επικίνδυνη για τους έγκλειστους , καθ όσον προκαλεί φαινόμενα κοινωνικών εκρήξεων και βία εντός των φυλακών. Ένα άλλο μέτρο που ελήφθη είναι η αποφυγή συλλήψεων σε μικροεγκλήματα, προκειμένου να μην ενταθεί ο υπερσυνωστισμός των φυλακών. Έτερο μέτρο είναι η απομόνωση, όσων προσβλήθηκαν. [MatthewJ. Akiyama, M.D., AnneC. Spaulding, M.D., andJosiahD. Ric - TheNewEnglandJournalofMedicine / nengljmed 382;22 nejm.orgMay 28, 2020].

Ως προς τα ευρωπαϊκά καταστήματα κράτησης χωρών Ιταλίας, Γαλλίας, Ελλάδας, Πορτογαλίας, Ισπανίας και Αυστρίας, το Συμβούλιο της Ευρώπης σε συνεργασία με το Πανεπιστήμιο της Λωζάνης, διεξήγαγε έρευνα σε 47 μέλη του μέσω ερωτηματολογίων που απάντησαν οι ευρωπαϊκές χώρες , αναφορικά με τα μέτρα που υιοθετήθηκαν εντός των φυλακών το πρώτο διάστημα της πανδημίας από 1^η Ιανουαρίου 2020 έως 15 Απριλίου 2020, δηλαδή το διάστημα (Μάρτιος 2020), όπου τα ευρωπαϊκά κράτη ξεκίνησαν να εφαρμόζουν τα πρώτα lock-down. Αν και πρόκειται για μια μικρή χρονική περίοδο, το ξέσπασμα της πανδημίας ήταν ραγδαίο στους πληθυσμούς και η έρευνα μας δίνει τη δυνατότητα να αντιληφθούμε πως τα ευρωπαϊκά κράτη χειρίστηκαν την εξάπλωση της πανδημίας.

Η έρευνα εξετάζει ευρωπαϊκές χώρες και συγκεκριμένα την Αυστρία, Γαλλία, Ιταλία, Πολωνία, Ισπανία, Πορτογαλία και Ελλάδα. Σε όλες τις υπό έρευνα χώρες η διάδοση της πανδημίας εντός των φυλακών, το διάστημα αυτό ήταν σταθερή, με εξαίρεση τη Γαλλία που παρουσίασε αύξηση κρουσμάτων στις φυλακές σε ποσοστό μεγαλύτερο του 4%. Από τις υπό εξέταση χώρες το εν λόγω διάστημα η Αυστρία, η Γαλλία, η Ιταλία η Πολωνία και η Ισπανία, είχαν κρούσματα τόσο στο προσωπικό των φυλακών όσο και στους κρατούμενους. Αντίθετα η Ελλάδα και η Πορτογαλία, κατέγραψαν κρούσματα μόνο στο προσωπικό των φυλακών και όχι σε κρατούμενους. Οι χώρες που από τον πρώτο μήνα εξάπλωσης της πανδημίας υιοθέτησαν προληπτικά μέτρα ήταν οι χώρες που παρουσίασαν πολλαπλά κρούσματα COVID-19 , στον γενικό

πληθυσμό και παράλληλα είχαν υπερπληθυσμό εντός των φυλακών και ήταν η Γαλλία, Ιταλία και Ισπανία. Ένα από τα άμεσα μέτρα αντιμετώπισης της πανδημίας ήταν η αποφυλάκιση κρατουμένων για εγκλήματα χαμηλής ποινικής απαξίας με σκοπό την αποσυμφόρηση των φυλακών. Οι χώρες που προέβησαν στην αποφυλάκιση με σκοπό την αποσυμφόρηση ήταν η Ιταλία το 9,4%, η Γαλλία το 14,4%, η Πορτογαλία το 14,8% και η Ισπανία το 7,4% του γενικού πληθυσμού των φυλακών τους. Η Ελλάδα, η Πολωνία και η Αυστρία δεν το υιοθέτησαν ως μέτρο. Αποτέλεσμα υιοθέτησης του εν λόγω μέτρου ήταν η μείωση του πληθυσμού των φυλακών το εν λόγω διάστημα στην Ιταλία σε ποσοστό -9.4%, στην Πορτογαλία σε ποσοστό -7,6%, στην Γαλλία σε ποσοστό -7.6%, στην Πολωνία σε ποσοστό -3.1%, στην Αυστρία σε ποσοστό -1.8% και στην Ισπανία σε ποσοστό -1.4%. Αντίθετα η Ελλάδα που δεν υιοθέτησε το μέτρο αυτό, το εν λόγω διάστημα παρουσίασε αύξηση του πληθυσμού των φυλακών σε ποσοστό +3,4%.

ΧΩΡΑ	ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΚΡΑΤΟΥ-ΜΕΝΩΝ (ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΡΙΝΑ ΚΡΑΤΟΥ-ΜΕΝΩΝ) 01/01/2020	ΣΥΝΟΛΟ ΚΡΑΤΟΥ-ΜΕΝΩΝ (ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΡΙΝΑ ΚΡΑΤΟΥΜΕΝΩΝ) 15/04/2020	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΦΥΛΑΚΗΣ ΣΕ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΙΑ 100.000 ΚΑΤΟΙΚΩΝ 01/01/2020	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΦΥΛΑΚΗΣ ΣΕ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΙΑ 100.000 ΚΑΤΟΙΚΩΝ 15/04/2020	ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΦΙΛΟΞΕΝΙΑΣ ΦΥΛΑΚΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΡΑΤΟΥ-ΜΕΝΩΝ ΠΟΥ ΑΦΕΘΗΚΑΝ ΩΣ ΜΕΤΡΟ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΑΠΟ COVID-19	ΠΟΣΟΣΤΟ % ΑΠΟΦΥΛΑΚΙΣΗΣ ΚΡΑΤΟΥ-ΜΕΝΩΝ ΣΤΟΝ ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ 01/01/2020	ΚΡΟΥ ΣΜΑΤΑ ΚΡΑΤΟΥ-ΜΕΝΩΝ	ΚΡΟΥ ΣΜΑΤΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΑΥΣΤΡΙΑ	8.904.262	9.060	8.897	101.7	99.9	8.883	--	--	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΓΑΛΛΙΑ	67.197.367	70.651	65.300	105.1	97.2	61.080	10.188	14.4	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΙΤΑΛΙΑ	60.286.529	60.769	55.030	100.8	91.3	50.688	5.739	9,4	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΠΟΛΩΝΙΑ	37.941.122	74.130	71.836	195.4	189.3	84.021	ΜΗΔΕΝ	ΜΗΔΕΝ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΙΣΠΑΝΙΑ	47.321.434	58.520	57.680	123.7	121.9	74.071	4.356	7.4	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	10.291.457	12.634	11.667	122.8	113.5	12.934	1.874	14.8	ΟΧΙ	ΝΑΙ
ΕΛΛΑΔΑ	10.696.535	10.891	11.296	101.8	105,6	10.055	ΜΗΔΕΝ	ΜΗΔΕΝ	ΟΧΙ	ΝΑΙ

[Πίνακας επεξεργασία συγγραφέα]

[Council Of Europe – UNIL Universite de Lausanne -Ecole des sciences criminelles« Key indicators on 1st January and 15th April 2020 and preventive measures adopted until 15th April 2020]

Συμπέρασμα αυτής της έρευνας, είναι ότι η Ελλάδα ως η μόνη χώρα που επέβαλλε το lock-down σχετικά αργά με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες (23 Μαρτίου 2020) , είναι η μόνη που παρουσίασε αύξηση του πληθυσμού των φυλακών σε ποσοστό +3.7%. Αυτό δε σημαίνει ότι μειώθηκε ή αυξήθηκε η εγκληματικότητα σε κάθε χώρα, αλλά με σαφήνεια υποδεικνύει ότι τα lock-down, διαμόρφωσαν το περιβάλλον εγκλήματος. Συγκεκριμένα με την επιβολή των μέτρων μετακίνησης, μειώθηκαν τα εγκλήματα όπως οι κλοπές και οι ληστείες και οι αναταραχές στους δρόμους, ενώ αυξήθηκαν τα εγκλήματα ενδοοικογενειακής βίας και τα εγκλήματα στους ιστοχώρους (ιντερνέτ). (Aebi, M. F. &Tiago, M. M. (2020)].

Κύριο πρόβλημα εξάπλωσης της πανδημίας στα ελληνικά καταστήματα κράτησης, το οποίο εξ αρχής προβλέφθηκε από τους ειδικούς (OBCObservatoriobalcani § caucasotranseuropa, ιδρύθηκε το 2000 και εκτελεί κοινωνικές έρευνες στην Νοτιοανατολική Ευρώπη και τον Καύκασο, συμμετέχοντας στο πρόγραμμα Ευρωπαϊκή Διεύρυνση), ήταν ο υπερπληθυσμός των ελληνικών φυλακών και η απουσία δομών με προδιαγραφές. Τα μέτρα κατά της διασποράς του Covid-19 τα οποία υιοθετήθηκαν από τα ελληνικά καταστήματα κράτησης είναι πανομοιότυπα με αυτά των Ηνωμένων Εθνών και αφορούσαν την απολύμανση των χώρων, τη χρήση μάσκας και γαντιών, την θερμομέτρηση των επισκεπτών των φυλακών, την απαγόρευση επισκεπτηρίων και την μείωση επισκέψεων νομικών παραστατών, την απαγόρευση χορήγησης αδειών και είναι υπό σκέψη η αποφυλάκιση 600 κρατουμένων σε σύνολο 11.500 από αυτούς που εκτίουν αδικήματα χαμηλής κοινωνικής απαξίας. Τέλος δημιουργήθηκαν ειδικά διαμορφωμένοι χώροι απομόνωσης των κρουσμάτων εντός των φυλακών. (ElviraKrithari Ateneet. al2020Observatoriobalcani).

Το αφήγημα που με κόπο έχτισαν κάποιοι ότι «η Ελλάδα μπορεί να είναι περήφανη γιατί στα σωφρονιστικά καταστήματα δεν έχει καταγραφεί κανένα κρούσμα» έχει πλέον καταρρεύσει. Μέχρι στιγμής έχουν επιβεβαιωθεί και έχουν γίνει γνωστά κρούσματα

COVID19 σε εργαζόμενους διαφόρων κλάδων και ειδικοτήτων και σε κρατούμενους σε (16) τουλάχιστον διαφορετικά Καταστήματα Κράτησης, από τα (34) συνολικά: Κορυδαλλού, Πάτρας, Άμφισσας, Γυναικείες Φυλακές Θήβας, ΚΑΤΚ Ελεώνα Θηβών, Κασσαβέτειας, Κέρκυρας, Τρικάλων, Γρεβενών, Θεσσαλονίκης, Κομοτηνής, Νιγρίτας Σερρών, Λάρισας, Δομοκού και Χανίων. Δηλαδή στο 47% των Φυλακών μας!

Κανείς δεν μπορεί να ξέρει εάν και πόσα κρούσματα έχουμε σε εβδομαδιαία βάση στις Φυλακές, ούτε καν σε αυτή την κρίσιμη περίοδο, καθώς παρά τις επανειλημμένες οχλήσεις και τις δημόσιες παρεμβάσεις των σωφρονιστικών υπαλλήλων και παρά τις συστάσεις των ειδικών, τεστ ανίχνευσης στις Φυλακές δεν γίνονται ούτε σε τακτική βάση, ενώ έχουν καταγραφεί περιπτώσεις όπου δεν γίνονται μαζικά τεστ ακόμα και όταν υπάρχει επιβεβαιωμένο κρούσμα π.χ. σε εργαζόμενο. ([LawNetLegalSearchEngine10-11-2020 ΟΣΥΕ](#)).

Συμπερασματικά, σήμερα είναι πιο αναγκαία από ποτέ η άμεση πρόσβαση των κρατουμένων σε Ιατρικές υπηρεσίες,, ώστε να αποφευχθεί η εξάπλωση του υιού και να μην καταστούν οι φυλακές εστίες μόλυνσης.

1.7 Εφαρμογές Τηλεϊατρικής στα Ελληνικά Καταστήματα Κράτησης και Διεθνείς Πρακτική. Διάγνωση και Συμβουλευτική από απόσταση.

Η εξέλιξη της τηλεϊατρικής είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την εξέλιξη των τεχνολογιών των τηλεπικοινωνιών και του λογισμικού και υλικού των υπολογιστών . Η NASA έχει έναν ουσιαστικό ρόλο στο ξεκίνημα της της τηλεϊατρικής. Τα πρώτα επιχειρήματα της NASA στην τηλεϊατρική άρχισαν στις αρχές του 1960 όταν με προτροπή της άνθρωποι πήγαν στο διάστημα. Οι συνθήκες του διαστημοπλοίου τηλεμετρώνταν και αποστέλλονταν στη γη. Εξ αιτίας των πρώτων αυτών προσπαθειών για την ενίσχυση των τηλεπικοινωνιακών δορυφόρων προέτρεψαν την εξέλιξη της τηλεϊατρικής. Η NASA προώθησε την τεχνολογία και τα απαραίτητα κεφάλαια για την αρχή των τηλεϊατρικών εφαρμογών. Το βιβλίο του Rashid L. Bashshur που δημοσιεύτηκε το 1975 ι κάνει αναφορά σε 15 τηλεϊατρικά προγράμματα που βρίσκονταν σε εξέλιξη την περίοδο εκείνη (Μαυρίδης, 2002).

Ο κύριος σκοπός της Τηλεϊατρικής είναι να επιτρέψει στους ιατρούς (ή άλλους παρόχους ιατρικών υπηρεσιών) να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο μέρος όπου βρίσκεται ο ασθενής, χρησιμοποιώντας συνδυασμό από βίντεο, ήχο, δεδομένα και εικόνες. Επίσης βασικός σκοπός της Τηλεϊατρικής είναι η διευκόλυνση της επικοινωνίας μεταξύ ιατρικού προσωπικού που βρίσκεται σε μεγάλη απόσταση είτε από εξειδικευμένους συναδέλφους τους είτε από κεντρικές εξειδικευμένες μονάδες και νοσοκομεία. Εν προκειμένω η εγγύτητα του Καταστήματος Κράτησης με πλησιέστερο Νοσοκομείο, παρόλο που, καταρχήν, φαίνεται να εξασφαλίζει την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών στους κρατούμενους, διαπιστώθηκε ότι προσκρούει στη διαδικασία της μεταγωγής, που είναι πολύπλοκη και χρονοβόρα, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις πιθανόν να επιβραδύνει σημαντικά τη μεταφορά ή ακόμα και να την αποτρέπει. [Μπαλάτ Σοφία et. al. 2014]

Η Τηλεϊατρική μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε απομακρυσμένες και απομονωμένες περιοχές, όπως νησιά, χωριά, κτλ. που διαθέτουν χαμηλή ποιότητα παροχής ιατρικών υπηρεσιών. Επίσης αποδεικνύεται πολύ χρήσιμη στη ναυσιπλοΐα για τη διάγνωση και ιατρική βοήθεια από απόσταση σε ασθενείς που βρίσκονται σε πλοία, κρουαζιερόπλοια, κλπ. και προφανώς δε διαθέτουν ειδικευμένο ιατρικό προσωπικό. Χρησιμοποιείται για την κατ' οίκον νοσηλεία, σε συμβουλευτικές μονάδες προς ιατρούς, για τις ανάγκες της τηλεεκπαίδευσης και για την κάλυψη σπάνιων ειδικοτήτων ιατρών και τέλος χρησιμοποιείται και στο στρατό.

Η τηλεϊατρική στη φυλακή μπορεί να βελτιώσει την πρόσβαση στις ιατρικές υπηρεσίες, να μειώσει το κόστος και την ποιότητα παροχών υγείας των κρατουμένων. Παρ' όλα αυτά η υιοθέτηση της στις φυλακές παγκοσμίως είναι συγκρατημένη, παρά τα αποδεδειγμένα οφέλη της.

Οι κρατούμενοι παγκοσμίως έχουν περιορισμένη δυνατότητα πρόσβασης στο σύστημα υγείας, παρά τις επανειλημμένες προς το αντίθετο εθνικές και διεθνείς οδηγίες για ισότητα πρόσβασης στο σύστημα υγείας. Η Αμερική είναι χωρίς αμφιβολία η πρώτη σε αρθρογραφία και επιστημονικές μελέτες επί θεμάτων τηλεϊατρικής, από το 1995 μέχρι σήμερα, με ακόλουθο την Αυστραλία. Και οι δύο χώρες είναι γεωγραφικά αχανείς και αραιοκατοικημένες και η τηλεϊατρική είναι για αυτές ιδιαίτερα ελκυστική. Στο Τέχας η τηλεϊατρική φάνηκε ιδιαίτερα αποτελεσματική στη διαχείριση χρόνιων παθήσεων κρατουμένων. Επιπλέον η εφαρμογή της τηλεϊατρικής είναι ένα μέσο εκπαίδευσης του προσωπικού των φυλακών στη διαχείριση ασθενειών εντός φυλακής. Η εκπαίδευση των εργαζομένων των φυλακών, είναι πρωταρχικός παράγοντας

επιτυχίας της μεθόδου αυτής. Πολύ σημαντικό επίσης ότι από τη χρήση της τηλεϊατρικής είναι η ανύψωση της ψυχολογίας των κρατουμένων, μόνο από το γεγονός ότι γνωρίζουν ότι μπορούν να έχουν άμεση πρόσβαση σε ιατρικές υπηρεσίες. Η αίσθηση αυτή της ασφάλειας που νιώθουν βελτιώνει την κατάσταση της υγείας τους. Πεδίο εφαρμογής πολλά υποσχόμενο μπορεί να υπάρχει και στην Ψυχιατρική υποστήριξη των κρατουμένων μέσω τηλεϊατρικής. [ChantalEdgeet. al 2019].

Οι εφαρμογές της τηλεϊατρικής στην Ελλάδα δεν έχουν την αναμενόμενη ανάπτυξη. Ένα σημαντικό παράδειγμα άσκηση τηλεϊατρικής στα ελληνικά δεδομένα αποτελεί σε πιλοτικό στάδιο το πρόγραμμα σύνδεσης των φυλακών Κορυδαλλού και του Γ.Π.Ν. ΝΙΚΑΙΑΣ. Η παροχή Τηλεϊατρικών υπηρεσιών στις φυλακές Κορυδαλλού,11 έχει ως βάση τη διασύνδεσή τους με το Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Νίκαιας με γραμμές I.S.D.N., οι οποίες υποβοηθούνται από τον Ο.Τ.Ε. και προσβλέπει στην ανάπτυξη ενός δικτύου 20 συνολικά θέσεων πρόσβασης στις φυλακές και αντίστοιχα 26 θέσεων υποδοχής των ηλεκτρονικά διακινούμενων ιατρικών περιστατικών στο Νοσοκομείο Νίκαιας. Για αυτό το σύστημα Τηλεϊατρικής που αποσκοπεί αποκλειστικά στην εξυπηρέτηση των φυλακών Κορυδαλλού, εφαρμόστηκαν εκτεταμένα η ιατρική τηλεσυνδιάσκεψη. Οι ιατροί, το παραϊατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό των φυλακών, έχουν τη δυνατότητα να πραγματοποιούν συσκέψεις σε άμεση, «πρόσωπο με πρόσωπο», επαφές με τους ιατρούς κάθε ειδικότητας του νοσοκομείου Νίκαιας. Με τον τρόπο αυτό δίνεται η δυνατότητα έγκαιρων διαγνώσεων και στην αμεσότητα επίλυσης των ιατρικών θεμάτων, χωρίς άσκοπες διακομιδές. Επιπλέον, δίδεται η δυνατότητα η ηλεκτρονική ανταλλαγή ιατρικών φακέλων των κρατουμένων ασθενών και έχει προβλεφθεί η μεταφορά ιατρικών εξετάσεων με χρήση εξειδικευμένων ψηφιακών ιατρικών οργάνων (π.χ. ακτινογραφιών, καρδιογραφήματων, κ.λ.π.) μεταξύ των ιατρείων ή του νοσοκομείου των φυλακών και των ιατρικών κέντρων, ή νοσοκομείων που συνεργάζονται με τα σωφρονιστικά καταστήματα. Τέλος ως καινοτομία υπάρχει η δυνατότητα τήρησης ενός «ιατρικού φακέλου» του κρατουμένου, τον οποίο (εφόσον ο κρατούμενος το επιθυμεί) θα μπορεί να έχει πρόσβαση ο θεράπων ιατρός του και αφού αποφυλακιστεί. [(Ζλάτκου Δ. et. al (2006)

Κεφάλαιο 2

ΘΕΣΜΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΗΘΙΚΗ

2.1 Κόστος Ιατρικής Περίθαλψης Κρατουμένων

Ηκάθε κοινωνία, σύγχρονη ή παλαιότερη, με όποια μορφή ή με όποιο σύστημα κι αν εμφανίζεται και λειτουργεί, έχει έντονο οικονομικό υπόβαθρο, στοχεύοντας σε αυτό που ο Αριστοτέλης ονόμαζε «ευ ζην». Δεν θα ήταν καθόλου υπερβολή, αν έλεγε κάποιος ότι πίσω στην άσκηση του Ιατρικής και στην παραγωγή δικαϊκών κανόνων που την αφορούν, κρύβεται ένα βιοηθικό και ένα οικονομικό ερώτημα. Το παρόν ερώτημα είναι εάν η μεταχείριση του εγκληματία και η οργάνωση του σωφρονιστικού συστήματος γενικά προσδιορίζονται από τις αρχές της ηθικής και του ανθρωπισμού ή διαμορφώνονται υπό την πίεση που ασκούν οι κανόνες του ελάχιστου κόστους και της μέγιστης δυνατής εξοικονόμησης πόρων. Πέραν όμως του ερωτήματος αυτού, είναι αναμφίβολο ότι η διαμορφούμενη κρατική πολιτική ως προς την ιατρική περίθαλψη των κρατουμένων, προσδιορίζεται από οικονομικούς παράγοντες και αντιλήψεις. Μόλις μια γραμμή φαίνεται να χωρίζει το προφίλ του Homoeconomicus, από τον το προφίλ του Homocriminalis, όπως και οι δύο αντιπαρατίθενται προς τον Homomoralis.

Το κόστος του εγκλήματος για πολλά χρόνια περνούσε απαρατήρητο, τόσο από τους οικονομολόγους όσο και από του εγκληματολόγους. Από το 1960 άνοιξε για πρώτη φορά ενός νέου πεδίου έρευνας, του κόστους του εγκλήματος. Στον ευρωπαϊκό τουλάχιστον χώρο φαίνεται ότι το ενδιαφέρον ξεκίνησε μετά την ανακοίνωση των εκπροσώπων του Ηνωμένου Βασιλείου στην πρώτη διάσκεψη διευθυντών Ινστιτούτων Εγκληματολογικών Ερευνών (Στρασβούργο, Δεκέμβριος 1963), ότι η χώρα τους εκείνη την περίοδο δαπανούσε ετησίως για το ποινικό σύστημα 100 εκατομμύρια στερλίνες και έγινε τότε ευμενώς αποδεκτή η πρόταση να αποτελέσει αντικείμενο συζήτησης της δεύτερης διάσκεψης (Στρασβούργο, 26-28^η Νοεμβρίου 1964) το άμεσο κόστος της ποινικής καταστολής. Το κόστος της Ιατρικής περίθαλψης στις ελληνικές φυλακές, αποτελεί προβληματισμό για τον επιπλέον λόγο ότι λόγω της ανομοιογένειας φυλών, που παρουσιάζουν τα τελευταία χρόνια οι ελληνικές φυλακές, σε ποσοστό περίπου 60%, το μεγαλύτερο μέρος των έγκλειστων είναι ανασφάλιστοι. Η ελληνική εκδοχή συνίσταται στην κατά το δυνατόν «ανώδυνη» φύλαξη ενός πολιτισμικά ετερόκλητου και κατακερματισμένου πληθυσμού σχετικώς αδρανών και πολλές φορές ατάκτως συνωστιζόμενων ανθρώπων.

Από εκτιμήσεις που γίνονται για το κόστος του σωφρονιστικού συστήματος, προκύπτει ότι στη χώρα μας, το ετήσιο κόστος κράτησης κάθε κρατούμενου (με βάση μόνο τις δαπάνες τροφοδοσίας και υγειονομικής περίθαλψης – χωρίς υπολογισμό της αναλογίας από το κόστος της κτιριακής υποδομής, των αμοιβών του σωφρονιστικού προσωπικού, των δαπανών λειτουργίας του καταστήματος) κυμαίνεται μεταξύ 1.100 και 1.350 ευρώ, τα έτη 2004 έως 2008. Στα ίδια όρια κυμαίνεται και το ετήσιο κόστος κράτησης κάθε κρατούμενου στο Κατάστημα Κράτησης Γρεβενών (2009 δυναμικότητα κατά μέσον όρο 500 κρατούμενοι- Δαπάνη τροφοδοσίας 615.000 ευρώ + περίθαλψη 42.500 ευρώ = ετήσιο κόστος κράτησης κάθε κρατούμενου 1.350 ευρώ). Θεωρείται σκοπιμότερος ο υπολογισμός ετήσιου κόστους κράτησης κάθε κρατούμενου με βάση μόνο τα κονδύλια της τροφοδοσίας και της περίθαλψης, διότι τα κονδύλια των κτιριακών εγκαταστάσεων για λειτουργία καταστήματος (θέρμανση, φως, νερό κ.λ.π.) και για αμοιβές του προσωπικού ελάχιστα μεταβάλλονται κάθε χρόνο, είτε ο αριθμός των κρατουμένων αυξάνεται, είτε μειώνεται είτε παραμένει σταθερός. [Στέργιος Αλεξιάδης et. al. 2010].

Σε μια λεπτομερέστερη ανάλυση των οικονομικών στοιχείων από τη λειτουργία του Καταστήματος Κράτησης Γρεβενών, όπως προκύπτει από το από 3 Μαΐου 2010 έγγραφο του Προϊσταμένου Διεύθυνσης του Καταστήματος Κράτησης Γρεβενών, όπως αυτό συμπεριλαμβάνεται στο βιβλίο Τα Οικονομικά του Εγκλήματος του Στέργιου Αλεξιάδη , για το έτος 2009 (μέσος όρος 500 κρατούμενοι) προκύπτει η ακόλουθη εικόνα :

Οικονομικοί πόροι

Συνολικό ποσό από τον κρατικό προϋπολογισμό 973.650,00 ευρώ

Συνολικό ποσό από το ΤΑ.Χ.ΔΙ.Κ.21.400,00 ευρώ

Συνολικό ποσό από το Ταμείο Κέρδους Σιγαρέτων 56.025,00 ευρώ

Οικονομικές δαπάνες

Από τον Κρατικό προϋπολογισμό

- Λειτουργικά έξοδα 53.300,00 ευρώ
- Πετρέλαιο Θέρμανσης 32.000,00 ευρώ
- Νερό

- Ενίσχυση απόρων 2.200,00 ευρώ
- Καύσιμα οχημάτων 4.950,00 ευρώ
- Συντήρηση οχημάτων 1.900,00 ευρώ
- Γραφική Υλη 1.500,00 ευρώ
- Εξοπλισμός 2.700,00 ευρώ
- Απεντόμωση 1.800,00 ευρώ
- Εκτυπωτές 1.600,00 ευρώ
- Ηλεκτρολογικό υλικό 600,00 ευρώ
- Καθαριστικά 1.100,00 ευρώ
- **Περίθαλψη 25.500,00 ευρώ**
- Συσσίτιο 615.000,00 ευρώ

Σύνολο 973.650,00 ευρώ

Από το ΤΑ.Χ.ΔΙ.Κ

-Λειτουργικά έξοδα

Εξοπλισμός 1.000,00 ευρώ

Εργαλεία 1.600,00 ευρώ

Διάφορα 1.840,00 ευρώ

Περίθαλψη

17.000,00 ευρώ

Σύνολο 21.440,00 ευρώ

Συνολική δηλαδή ετήσια δαπάνη έτους 2009, σε κατάσταση Κράτησης με κατά μέσο όρο 500 έγκλειστων 42.500,00 ευρώ. [Στέργιος Αλεξιάδης et. al. 2010].

2.2 Περιορισμός δικαιωμάτων υγείας στη Φυλακή. Αντίκτυπος της μακροοικονομικής λιτότητας στο σύστημα υγείας των κρατουμένων στην Αγγλία. Ποιοτική έρευνα Διεθνών Πρακτικών.

Περίπου 10.40 εκατ. ανθρώπων υπολογίζονται οι έγκλειστοι των φυλακών παγκοσμίως, το έτος 2019. Στην Αγγλία και την Ουαλία το ποσοστό έγκλειστου πληθυσμού είναι 155 για κάθε 100.000 ανθρώπων, ελαφρώς υψηλότερο του παγκοσμίου ποσοστού εγκλεισμού που ανέρχεται σε 144 για 100.000 ανθρώπων. Η

Αγγλία στην άσκηση της εγκληματικής πολιτικής της στα θέματα υγείας, επιδιώκει την συμμόρφωση της με τους διεθνείς κανόνες Υγείας, αλλά από τον Μάιο του 2010, οπότε και ξεκίνησε η περίοδος λιτότητας, το έργο αυτό δυσκολεύει. Η ανάγκη μείωσης του ελλείμματος βραχυπρόθεσμα και η διατήρηση της εμπιστοσύνης στην οικονομική σταθερότητα μακροπρόθεσμα τροφοδοτεί την ατζέντα λιτότητας. Ατό έχει ως αποτέλεσμα το κράτος να επιχορηγεί την διατήρηση του επιπέδου υγείας σε ατομικό επίπεδο και όχι σε συλλογικές ενότητες, όπως οι έγκλειστοι των φυλακών. Η ίδια πολιτική ακολουθείται σε όλη την ευρωζώνη, με χαρακτηριστικά παραδείγματα την Ελλάδα, την Ιρλανδία και την Πορτογαλία, για την ίδια χρονική περίοδο. Η Βρετανική κυβέρνηση μείωσε τους πόρους που αφορούν την εγκληματική πολιτική στο 22%, από 3.48 δις. στερλίνες το έτος 2009-2020, σε 2.71 δις. στερλίνες το έτος 2016-2017, παρόλο που ο αριθμός των κρατουμένων παραμένει σταθερός.

Το 2017 στον αντίκτυπο της επταετούς λιτότητας επιθεωρήσεις που έγιναν στις Αγγλικές Φυλακές από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Πρόληψης Βασανιστηρίων και από την Βασιλική Αγγλική Επιθεώρηση Φυλακών, κατέγραψαν περιορισμένη πρόσβαση των φυλακών στο σύστημα υγείας. Οι αυτοκτονίες ανάμεσα στους φυλακισμένους αυξήθηκαν από τον Ιούνιο 2010 έως τον Ιούνιο του 2018 στο 23%.

Πρόκειται για την πρώτη διεπιστημονική ποιοτική έρευνα που αφορά τη διεθνή πολιτική των φυλακών, την περίοδο της οικονομική λιτότητας και πως αυτό επηρέασε το σύστημα υγείας Φυλακών της Αγγλίας και την προσαρμογή της στους Διεθνείς Κανόνες Υγείας. Στην έρευνα συμμετείχαν 16 κρατούμενοι, 13 εκπρόσωποι υγείας, 11 ακαδημαϊκοί, 8 ρυθμιστικοί παράγοντες, 6 νομικές υπηρεσίες και 5 μη κυβερνητικές Οργανώσεις. Όλοι οι συμμετέχοντες θεωρήθηκαν οι « ελίτ » του αντικειμένου και γνώστες και διαμορφωτές των πολιτικών εντός των Φυλακών. Ενδεικτικά συμμετείχαν ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, το Συμβούλιο της Ευρώπης και μη Κυβερνητικές Οργανώσεις όπως η Διεθνής Αμνηστία και ο Οργανισμός Πρόληψης Βασανιστηρίων. Η έρευνα έγινε με τη μορφή των συνεντεύξεων, που μαγνητοφωνήθηκαν ως αρχεία, ώστε να αναπτυχθεί σχέση εμπιστοσύνης. Η έρευνα διήρκεσε 17 εβδομάδες από Δεκέμβριο του 2017 έως Απρίλιο του 2018. Οι συνεντεύξεις έγιναν στις έδρες των ερωτώμενων σε έξι διαφορετικές ευρωπαϊκές πόλεις, όπου είχαν έδρα οι ερωτώμενοι, όπως Λονδίνο, Βιέννη, Γένοβα, Στρασβούργο και Δουβλίνο και διήρκεσαν από 26 έως 94 λεπτά. Το περιεχόμενο των συνεντεύξεων αναλύθηκε και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα μέτρα λιτότητας έχουν

ευρέως επηρεάσει το επίπεδο υγείας των κρατουμένων και του προσωπικού των φυλακών. Η παρατεταμένη υποβολή του καθεστώτος λιτότητας, θα αυξήσει της ανισότητες υγείας στις φυλακές, αυξάνοντας τις πιθανότητες η Αγγλία να χρειαστεί να λογοδοτήσει νομικά για την παραβίαση Διεθνών και Ευρωπαϊκών Αρχών Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων κατά την κράτηση. Παρατηρείται στην έρευνα ότι παρέχονται εναλλακτικές της λιτότητας και της μείωσης των παροχών υγείας, λύσεις, όπως η μείωση του πληθυσμού στις φυλακές. [(IsmailBMCPublicHealth (2019) 19:1043)

2.3 Εγκλεισμός χρηστών ναρκωτικών ουσιών στην Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση και επίδραση στις πολιτικές Υγείας.

Η χρήση και η παρουσία των ναρκωτικών έχει μεταβάλει ριζικά την πραγματικότητα των ΚΚ κατά τις δύο τελευταίες δεκαετίες, και σήμερα όλες οι χώρες της Ευρώπης αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα λόγω των ναρκωτικών και των συνδεδόμενων με τα ναρκωτικά λοιμωδών νοσημάτων. Τα μέτρα μείωσης της ζήτησης μέσα στα ΚΚ συνίστανται κυρίως στην αποθάρρυνση της χρήσης ναρκωτικών μέσω αύξησης του ελέγχου, π.χ. έρευνες κελιών και τυχαίοι έλεγχοι σε συνδυασμό με κυρώσεις ή απώλεια προνομίων. Στη Σουηδία π.χ. οι φυλακισμένοι υποβάλλονται κατά μέσο όρο σε δύο με τρεις εξετάσεις ούρων το μήνα.

Καθώς καλούνται να αντιμετωπίσουν όλο και περισσότερους χρήστες ναρκωτικών, τα σωφρονιστικά συστήματα δημιούργησαν εξειδικευμένες μονάδες περίθαλψης τοξικομανών (π.χ. στις Κάτω Χώρες), συγκέντρωσαν τις υπηρεσίες ναρκωτικών σε συγκεκριμένες φυλακές (Ιρλανδία και Αυστρία) ή «εισήγαγαν» από εξωτερικούς φορείς του τομέα των ναρκωτικών εμπειρογνωμοσύνη όσον αφορά την περίθαλψη τοξικομανών (<http://ar2004.emcdda.europa.eu>).

Ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού των κρατουμένων έχει καταδικασθεί για ναρκωτικά. Αν λάβουμε υπόψη ότι επίσης ένα μεγάλο μέρος έχει καταδικασθεί για κλοπές; κλπ που μπορεί να συνδέονται με ναρκωτικά (αλλά δεν δικάστηκαν για αυτό), τότε καταλαβαίνουμε γιατί η παρουσία των ναρκωτικών στα ΚΚ είναι μεγάλο πρόβλημα και επηρεάζει και τις πολιτικές υγείας.

Συνέπεια των όσων αναφέρθηκαν είναι η αύξηση των υπηρεσιών υγείας για τους χρήστες ναρκωτικών στα ΚΚ λαμβάνοντας κυρίως μέτρα για την πρόληψη από μεταδοτικά λοιμώδη νοσήματα έστω και με καθυστέρηση. Οι τρέχουσες παρεχόμενες υπηρεσίες περίθαλψης δεν καλύπτουν τις ανάγκες των χρηστών ναρκωτικών, το

ποσοστό των οποίων υπολογίζεται ότι υπερβαίνει το 50 % του πληθυσμού των φυλακισμένων. Δεδομένου ότι πολλοί χρήστες ναρκωτικών επιστρέφουν στη φυλακή πολλές φορές με τα ίδια ή χειρότερα προβλήματα χρήσης ναρκωτικών και λοιμωδών νοσημάτων, κατέστη αναγκαίο για συστηματικότερη αντιμετώπιση στους χώρους των φυλακών της τοξικομανίας, της χρήσης ναρκωτικών και των συνδεδόμενων με αυτές κινδύνων και συνεπειών για την υγεία. Μια πρόσφατη εξέλιξη σε πολλές χώρες της ΕΕ είναι η υιοθέτηση «στρατηγικών για τα ναρκωτικά στις φυλακές», η παροχή οδηγιών για τη φροντίδα και τη θεραπεία των τοξικομανών και η κατάρτιση ποιοτικών προτύπων για συγκεκριμένες υπηρεσίες. Οι στρατηγικές αφορούν μέτρα θεραπείας, αποθάρρυνσης της χρήσης και μείωσης της προσφοράς. (<http://ar2004.emcdda.europa.eu>).

Στα ΚΚ από ανέκαθεν παρέχονταν υπηρεσίες υγείας από μόνιμο και με σύμβαση προσωπικό του Υπουργείου Δικαιοσύνης. Τα σωφρονιστικά συστήματα στην ΕΕ και τη Νορβηγία στηρίζονται στο μεγαλύτερο ποσοστό τους σε εξωτερικές υπηρεσίες από επιστημονικό προσωπικό, ιδιαίτερα για την παροχή υπηρεσιών σε χρήστες βαθμό ναρκωτικών. Στην προσπάθειά τους να επιτύχουν «ισότιμη περίθαλψη» στην κοινωνία και τις φυλακές, η Γαλλία (το 1994) και η Ιταλία (το 2000) μετέθεσαν την ευθύνη για την περίθαλψη των φυλακισμένων τοξικομανών στα αντίστοιχα Υπουργεία Υγείας. Συγκεκριμένες συμφωνίες συνεργασίας μεταξύ του δικαστικού συστήματος και δημόσιων ή μη κυβερνητικών υπηρεσιών υγείας συνήφθησαν επίσης στην Ιρλανδία (1999), την Πορτογαλία (1999) και την Ισπανία (2000), με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας και της κάλυψης της περίθαλψης των έγκλειστων στις φυλακές χρηστών ναρκωτικών (<http://ar2004.emcdda.europa.eu>).

Εννέα χώρες της ΕΕ διαθέτουν εντός των φυλακών οργανωμένα θεραπευτικά προγράμματα προσανατολισμένα στην αποχή, ενώ στη Νορβηγία λειτουργεί ένα πρόγραμμα παροχής κινήτρων για εισαγωγή σε θεραπεία. Σε δέκα χώρες της ΕΕ και τη Νορβηγία λειτουργούν «στεγνές» μονάδες (<http://ar2004.emcdda.europa.eu>).

Η πρόληψη της μετάδοσης των νόσων που μεταδίδονται με το κυκλοφορικό σύστημα κατά τη διάρκεια της κράτησης είναι βασική προτεραιότητα για πολλά ευρωπαϊκά σωφρονιστικά συστήματα, και από οικονομικής άποψης λόγω της μεγάλης αύξησης των δαπανών για φάρμακα που καλούνται να καλύψουν τα ΚΚ για τη θεραπεία των ηπατιτίδων κ.ά. (π.χ. HAART, ιντερφερόνη). Στην Ελλάδα η υγειονομική περίθαλψη στα ΚΚ παρέχεται σε πρωτοβάθμιο επίπεδο από προσωπικό του ΥΔΑΔ και σε δευτεροβάθμιο από το Υπουργείο Υγείας (ΥΥ). Με την ίδρυση των ΕΠΙ σε

ορισμένα ΚΚ παρέχονται υπηρεσίες υγείας και σε πρωτοβάθμιο επίπεδο από το ΥΥ. Τα φάρμακα χορηγούνταν με κόστος του ΥΔΔΑΔ και του ΥΥ. Για τις ηπατίτιδες η θεραπεία καλύπτονταν από τα νοσοκομεία μέχρι πρόσφατα. Με το νόμο για τους ανασφάλιστους καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ (προς το παρόν όσοι έχουν ΑΚΜΑ).

Στο ιατρείο του ΚΚ της Πάτρας (Καταγής, 2005 και 2007), από εικοσαετίας γίνονταν θεραπείες με ιντερφερόνη σε συνεργασία με το τμήμα λοιμώξεων του νοσοκομείου (τα φάρμακα τα χορηγούσε το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο-Ρίου) για τους ασθενείς με ηπατίτιδα Β και C. Η παρακολούθηση των ασθενών είναι τακτική στο ιατρείο του ΚΚ και στο τμήμα λοιμώξεων των τοπικών νοσοκομείων με τις αναγκαίες εργαστηριακές και ακτινολογικές εξετάσεις (αίματος και υπέρηχο ήπατος κ.ά.). Η παραίτηση του μόνιμου παθολόγου το 2011 μείωσε τις υπηρεσίες υγείας και μεταξύ αυτών σταμάτησε η θεραπεία με ιντερφερόνη. Σήμερα έχουν κάνει ελαστογραφία ήπατος (Fibroscan) εβδομήντα (70) κρατούμενοι και αναμένεται να κάνουν περίπου άλλοι τόσοι. Από αυτούς περίπου δέκα (10) αναμένεται να υποβληθούν σε θεραπεία. (εξέταση γρήγορη και ανώδυνη, παρόμοια με υπέρηχο ήπατος που στην ουσία έχει αντικαταστήσει τη βιοψία **Παρεμβάσεις για φυλακισμένους χρήστες (ΕΚΤΕΠΝ 2017 - Εθνικός Φορέας του EMCDDA)**).

Οι **υποστηρικτικές παρεμβάσεις** που έχουν αναπτυχθεί τα τελευταία χρόνια στα ΚΚ βασίζονται στους σκοπούς λειτουργίας των Συμβουλευτικών Κέντρων των θεραπευτικών προγραμμάτων προκειμένου να ανταποκριθούν στις εξειδικευμένες ανάγκες των κρατούμενων χρηστών ναρκωτικών. Οι παρεμβάσεις αυτές αφορούν ατομική και ομαδική συμβουλευτική, ενημέρωση, κινητοποίηση και ευαισθητοποίηση, μείωση της βλάβης, καθώς και ομάδες αυτοβοήθειας. Ταυτόχρονα οι συμμετέχοντες ενημερώνονται για θέματα υγείας (π.χ. πρόληψη μολυσματικών ασθενειών, ασφαλής χρήση κτλ.) και για νομικά θέματα. Το 2015, δέκα (10) θεραπευτικά προγράμματα υλοποίησαν παρεμβάσεις ψυχοκοινωνικής υποστήριξης: οκτώ (8) προγράμματα του ΚΕΘΕΑ, ένα (1) της Μονάδας Απεξάρτησης 18 ΑΝΩ του ΨΝΑ και ένα (1) του ΥΔΔΑΔ σε συνολικά 25 σωφρονιστικά καταστήματα. Ο συνολικός αριθμός των κρατούμενων που επωφελήθηκαν από τις υποστηρικτικές παρεμβάσεις κατά το έτος αναφοράς, ανήλθε σε 1.789 (2.315 το 2014), εκ των οποίων 9 στους 10 (1.627 κρατούμενοι) ήταν άνδρες. Σχετικά με τους εφήβους που έλαβαν υπηρεσίες υποστήριξης, αυτοί καταλαμβάνουν ένα πολύ μικρό ποσοστό της τάξης του 1,1% (19 άρρενες κρατούμενοι),

Το 2015 λειτουργούσαν επτά (7) προγράμματα **θεραπείας**, εκ των οποίων το ένα (1) ανήκει στο ΥΔΔΑΔ (Κέντρο Αποτοξίνωσης Τοξικομανών Κρατουμένων – ΚΑΤΚ), τέσσερα (4) θεραπευτικά προγράμματα απεξάρτησης στο ΚΕΘΕΑ και δύο (2) θεραπευτικές μονάδες φαρμακευτικής αντιμετώπισης της εξάρτησης (ΘΜΦΑΕ) στον ΟΚΑΝΑ. Τα παραπάνω θεραπευτικά προγράμματα λειτουργούν σε 5 σωφρονιστικά καταστήματα, που βρίσκονται στους νομούς Αττικής, Βοιωτίας, Θεσσαλονίκης και Αχαΐας.

Παρεμβάσεις **μείωσης της βλάβης** υλοποιήθηκαν σε 19 ΚΚ (σε 1.315 κρατούμενους). Επίσης, παρεμβάσεις πρόληψης θανάτων υλοποιήθηκαν σε 15 ΚΚ (1.196), παρεμβάσεις σχετικά με την ασφαλή χρήση σε 16 ΚΚ (1.230), ενώ παρεμβάσεις πρόληψης της υποτροπής πραγματοποιήθηκαν μόνο σε ένα ΚΚ (88 κρατούμενοι).

Το σύνολο των θεραπευτικών προγραμμάτων στα ΚΚ προσφέρει υπηρεσίες πρόληψης της υποτροπής. Τέσσερα από τα επτά προγράμματα θεραπείας στα ΚΚ επανεξετάζουν για HIV/AIDS, Ηπατίτιδα Β και Ηπατίτιδα C τους υπό θεραπεία κρατούμενους, ενώ προσφέρουν και θεραπεία για την ηπατίτιδα C. Επίσης, δυο προγράμματα παρέχουν αντιρετροϊκή θεραπεία (ART) για HIV/AIDS στους κρατούμενούς τους.

Για την εξασφάλιση της συνέχειας των υποστηρικτικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων για τους πρόσφατα αποφυλακισμένους χρήστες λειτουργούν:

- τρία ειδικά θεραπευτικά προγράμματα για πρόσφατα αποφυλακισμένους χρήστες σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη και Κρήτη, που ανήκουν στο ΚΕΘΕΑ
- δύο συμβουλευτικά κέντρα, που αποτελούν επιμέρους στάδιο πολυφασικού «στεγνού» θεραπευτικού προγράμματος και ανήκουν στο ΚΕΘΕΑ
- ένα συμβουλευτικό κέντρο που ανήκει στο Θεραπευτικό Πρόγραμμα 18 ΑΝΩ του ΨΝΑ και υλοποιεί παρεμβάσεις που ανταποκρίνονται στις ιδιαίτερες ανάγκες της ειδικής αυτής ομάδας
- τρία κέντρα κοινωνικής επανένταξης για πρόσφατα αποφυλακισμένους χρήστες, εκ των οποίων δύο ανήκουν στο ΚΕΘΕΑ και ένα στο ΥΔΔΑΔ

Με τα δύο πρόσφατα προτεινόμενα Προεδρικά Διατάγματα, το μεν ΨΚΚ μετονομάζεται σε Ψυχιατρική Μονάδα Κρατουμένων Κορυδαλλού (ΨΜΚΚ) και βρίσκεται σε σύνδεση με το ΠΠΝ Αττικών και εντάσσεται σε αυτό ως αποκεντρωμένη οργανική του μονάδα, υπαγόμενη λειτουργικά και Επιστημονικά στη Β΄ Ψυχιατρική

κλινική του Τομέα Ψυχικής Υγείας το δε ΝΚΚ μετονομάζεται σε Ειδικό Κέντρο Υγείας Κρατουμένων Κορυδαλλού (ΕΚΥΚΚ) και διασυνδέεται επιστημονικά με το νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά.

Η Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή (εφεξής, Ο.Κ.Ε.) στη γνώμη που διατύπωσε (εκπροσωπώντας την κοινωνία) στο σχέδιο Στρατηγικού Σχεδιασμού για το Σωφρονιστικό Σύστημα 2018-2020 της Γενικής Γραμματείας Αντεγκληματικής Πολιτικής του ΥΔΔΑΔ, επί της σωφρονιστικής πολιτικής, περιλαμβάνει προτάσεις για τους παρακάτω Στρατηγικούς Στόχους:

- Βελτίωση συνθηκών κράτησης – εκσυγχρονισμός υποδομών
- Ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού – εκπαίδευση προσωπικού – διοίκηση
- Μείωση υπερπληθυσμού – εναλλακτικά μέτρα και αξιόπιστη έκτισή τους – πρόληψη και αντιμετώπιση της νεανικής παραβατικότητας
- Προετοιμασία επανένταξης – μετασωφρονιστική μέριμνα
- Ασφάλεια προσωπικού και κρατουμένων – διαφάνεια – λογοδοσία
- Υπηρεσίες υγείας στις φυλακές σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας.

Τέλος, στη Γνώμη της Ο.Κ.Ε. τονίζεται η συνεχής ενασχόληση από την Πολιτεία ... με διαρκή μέριμνα και σε συνεργασία με εξειδικευμένους επιστήμονες και ειδικούς. Η καθημερινότητα που βιώνουν οι κρατούμενοι και το προσωπικό στους χώρους εγκλεισμού αποτελεί μια κοινωνική πραγματικότητα εντελώς διαφορετική από αυτήν που βιώνει η υπόλοιπη κοινωνία. Απαραίτητη προϋπόθεση για τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και εργασίας εντός των σωφρονιστικών καταστημάτων και γενικά για την επίτευξη των παραπάνω στρατηγικών στόχων, αποτελεί η στελέχωση με εξειδικευμένο και διαρκώς εκπαιδευόμενο και εποπτευόμενο επιστημονικό, διοικητικό και φυλακτικό προσωπικό (Ζλάτκου Δ. et. al. (2006)).

Κεφάλαιο 3

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΑΡΟΧΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ ΚΡΑΤΗΣΗΣ ΕΝΝΕΑ ΕΥΡΩΠΑΙΚΩΝ ΧΩΡΩΝ

3.1 Εισαγωγή – Σκοπός

Σύμφωνα με τη νομολογία του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (ΕΔΔΑ), η έλλειψη της προσήκουσας ιατρικής περίθαλψης ή γενικότερα η κράτηση ασθενούς υπό ακατάλληλες συνθήκες, μπορούν κατά κανόνα να αποτελέσουν μεταχείριση αντίθετη προς το ά. 3 της ΕΣΔΑ.

Σύμφωνα με τα εκάστοτε πραγματικά περιστατικά, το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο αποφάνθηκε ότι παραβιάστηκε το ά. 3 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ΕΣΔΑ), σε δύο περιπτώσεις ασθενών που τελούσαν σε ειδικό καθεστώς κράτησης στις φυλακές Κορυδαλλού (Σερίφης κατά Ελλάδα, 27695/03, 2 Νοεμβρίου 2006, § 31 επ.· Ξηρός κατά Ελλάδα, 1033/07, 9 Σεπτεμβρίου 2010, § 70 επ.), καθώς και στην υπόθεση των οροθετικών κρατουμένων στο Νοσοκομείο του Κορυδαλλού «Άγιος Παύλος» (Μαρτζακλής κ.ά. κατά Ελλάδα, 20378/13, 9 Ιουλίου 2015, § 64 επ., τόσο για τις κακές υλικές και υγειονομικές συνθήκες όσο και για τις ασυνέπειες στη χορήγηση προσήκουσας θεραπείας). Καταδικαστικές αποφάσεις έχει εκδώσει το Δικαστήριο του Στρασβούργου και υπέρ ασθενών κρατουμένων με σοβαρότατα νοσήματα όπως καρκίνο, εγκεφαλικό κλπ. (Κοτσαύτης κατά Ελλάδα, 39780/06, 12 Ιουνίου 2008, § 47 επ.· Λιάρτης κατά Ελλάδα, 16906/10, 10 Μαΐου 2012, § 45 επ.· Τ. κ.ά. κατά Ελλάδα, 41513/12, 18 Μαΐου 2014, §§ 92-93, 100 επ.· Λαυρεντιάδης κατά Ελλάδα, 29896/13, 22 Σεπτεμβρίου 2015, § 66 επ.· Μέκρας κατά Ελλάδα, 12863/14, 9 Ιουνίου 2016, § 30 επ. –βλ. επίσης τη σχετική Kalandia κατά Ελλάδα, 48684/15, 6 Οκτωβρίου 2016, § 68 επ.). (Ελένη Τσουνάκου – Ρουσιάetal 2017TheArtofCrime)

Δυστυχώς η χώρα μας δεν είναι η μόνη ευρωπαϊκή χώρα με ανεπαρκή υγειονομική περίθαλψη των κρατουμένων. Η Ευρώπη με πρόσημο την προάσπιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, κάνοντας χρήση του θεσμικού της ρόλου, υπέβαλλε διεθνή υποχρέωση, προστασίας των δικαιωμάτων των κρατουμένων, που προκύπτει από τους «Ελάχιστους Βασικούς Κανόνες για τη Μεταχείριση των Κρατουμένων» των

Ηνωμένων Εθνών (Κανόνες του Μαντέλα) του 2015 (άρθρο 54), και τους «Ευρωπαϊκούς Σωφρονιστικούς Κανόνες» του Συμβουλίου της Ευρώπης του 2006 .

Στο κεφάλαιο αυτό θα εξετάσουμε το δικαίωμα πρόσβασης στην υγεία, κρατουμένων σε καταστήματα κράτησης εννέα ευρωπαϊκών χωρών. (Ιταλίας, Γαλλίας, Ελλάδας, Πολωνίας, Πορτογαλίας, Ισπανίας, Αγγλίας, Γερμανίας και Αυστρίας). Θα εξετάσουμε, αν και κατά πόσο τα ευρωπαϊκά κράτη εναρμόνισαν τις πολιτικές τους με τις Ευρωπαϊκές και Διεθνείς Διακηρύξεις και τα θεσμικά κείμενα.

3.2 Μεθοδολογία

Τα ποιοτικά δεδομένα συλλέχθηκαν από το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο Φυλακών (European Prison Observatory), αφορούν το έτος 2019 και αναφέρονται στις συνθήκες κράτησης κρατουμένων εννέα ευρωπαϊκών χωρών. (Ιταλίας, Γαλλίας, Ελλάδας, Πολωνίας, Πορτογαλίας, Ισπανίας, Αγγλίας, Γερμανίας και Αυστρίας).

Το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο Φυλακών (European Prison Observatory), υλοποιεί από το 2014 ένα ευρωπαϊκό πρόγραμμα για την Ευρωπαϊκή Δικαιοσύνη, « Criminal Justice Programme of the European Union» χρηματοδοτούμενο από την ευρωπαϊκή ένωση, πραγματοποιώντας ποσοτικές και ποιοτικές αναλύσεις των συνθηκών που επικρατούν στα εθνικά ευρωπαϊκά συστήματα κράτησης. Η συλλογή των δεδομένων αυτών έχει ως σκοπό την αναφορά και εναρμόνιση των εθνικών συστημάτων κράτησης με τους Ευρωπαϊκούς Κανόνες Κράτησης, που θέσπισε το Συμβούλιο της Ευρώπης την 11^η Ιανουαρίου 2006 και εξασφαλίζει τη διαφύλαξη των ανθρωπίνων δικαιωμάτων εντός των φυλακών και την πρόσβαση τους στην Υγεία.

Συντονιστής του Προγράμματος αυτού είναι η Ιταλική Μ.Κ.Ο, με την ονομασία «ANTIGONE» και στο πρόγραμμα συμμετέχουν θεσμοί από την Ιταλία (Università degli studi di Torino), την Πορτογαλία (ISCTE Instituto Universitario de Lisboa), την Ισπανία (Observatory of the penal system and Human Right- Universidad de Barcelona), την Λετονία(Latvian Center for Human Rights), την Αυστρία (LudwigBoltmannGesellschaft), τη Γερμανία (FachhochschuleDortmundFHDO) και την Ελλάδα (European Public Law Organization EPLO).

Ο ερευνητικός σχεδιασμός που ακολουθήθηκε για τη διαχείριση του ποιοτικού υλικού, συνίσταται στη διαχείριση και ταξινόμηση ποιοτικών ερευνητικών

δεδομένων, στη διατμηματική ή κατηγορική οργάνωση των ποιοτικού υλικού, στη μη διατμηματική οργάνωση και ιδιογραφική προσέγγιση του ερευνητικού υλικού, στη θεματική ανάλυση ως θεωρητικά ευέλικτη μεθοδολογία ποιοτικής έρευνας.(Braun Virginia & Clark Victoria et. al 2006)-(Π.Γαλάνης et. al 2018).

3.3 Γενική περιγραφή και σύγκριση των Σωφρονιστικών Συστημάτων Ιταλίας, Ελλάδας, Πορτογαλίας, Ισπανίας, Γερμανίας και Αυστρίας

Η σωφρονιστική πολιτική κάθε χώρας θα πρέπει να έχει ως απώτερο σκοπό τον σωφρονισμό και την κοινωνική επανένταξη των παραβατών και δεν πρέπει να αποτελεί μηχανισμό έκπτωσης της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Ο αριθμός των εγκλειστών αυξάνεται ραγδαία σε παγκόσμιο επίπεδο. Συνέπεια τούτου, θεμιτό να δοθεί η απαραίτητη προσοχή στις εμπειρίες των κρατουμένων πριν, κατά τη διάρκεια, και μετά την αποφυλάκιση ώστε να χαραχθεί η αναγκαία παρέμβαση (Moore, 2005). Ένας από τους τομείς που χρήζουν ιδιαίτερη προσοχή είναι η υγεία και η ευημερία των κρατουμένων, καθώς και οι υπηρεσίες υγείας που παρέχονται (Fazel & Baillargeon, 2011).

Το επίπεδο των παροχών υγείας εντός των φυλακών και η πρόσβαση των κρατουμένων σε αυτές είναι συνάρτηση κοινωνικοπολιτικών παραγόντων, όπως η οργάνωση και η πολιτικές υγείας που κάθε κράτος υιοθετεί, της οικονομικής του ανάπτυξης, των ποσών που δαπανά ετήσια από τον προϋπολογισμό του για την λειτουργία του σωφρονιστικού συστήματος καθώς και της ομοιογένειας του πληθυσμού των φυλακών, καθώς ως προαναφέρθηκε ο εγκλεισμός αλλοεθνών που δεν φέρουν νόμιμα έγγραφα και δεν διαθέτουν ασφαλιστική κάλυψη αποτελεί έναν επιπλέον ανασταλτικό παράγοντα εξασφάλισης υπηρεσιών υγείας εντός των φυλακών. Η έλλειψη σωστής ιατρικής περίθαλψης εντός των φυλακών, παράγει προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας, που συχνά οδηγούν στον θάνατο ή την αυτοκτονία. Οι κρατούμενοι βιώνουν υψηλότερα επίπεδα προβλημάτων σωματικής και ψυχικής υγείας. Το περιβάλλον της φυλακής, όπως η βία, ο υπερπληθυσμός και η απομόνωση, επηρεάζουν τη σωματική και ψυχική υγεία των κρατουμένων (Marshall et al, 2000).

Παρακάτω περιγράφεται η οργανωτική δομή των φυλακών των υπό εξέταση χωρών, με βάση τα ποιοτικά δεδομένα συλλέχθηκαν από το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο Φυλακών (European Prison Observatory) που αφορούν το έτος 2019, με σκοπό την βαθύτερη κατανόηση των πολιτικών υγείας που εφαρμόζει κάθε ευρωπαϊκό κράτος.

Ιταλία

Τα θεμέλια του τρόπου λειτουργίας του Ιταλικού σωφρονιστικού συστήματος βασίζεται σε νόμο που θεσμοθετήθηκε το 1975. Το 2018, στα πλαίσια εκσυγχρονισμού της ισχύουσας νομοθεσίας, με αναθεώρηση του παλιότερου νόμου, ρυθμίστηκαν νομοθετικά θέματα που αφορούσαν τις παροχές υγείας εντός των φυλακών, την καθημερινότητα των κρατουμένων, την πρόσβαση τους στην εργασία. Ο γενικός πληθυσμός της χώρας με στοιχεία έτους 2017, ανέρχεται σε 60.483.973 εκ. Στην Ιταλία υπάρχουν 190 Κατάστημα κράτησης. Στα Καταστήματα αυτά το 48,6% του πληθυσμού των έγκλειστων είναι αλλοεθνείς (εδώ υπολογίζονται αθροιστικά οι υπόδικοι). Σύμφωνα με στοιχεία του έτους 2018, από τον γενικό προϋπολογισμό του κράτους, κονδύλιο α) ποσού 8.390.212.343 Ευρώ απορροφάτε στον Τομέα της Δικαιοσύνης, β) κονδύλιο ποσού 2.797.413.453 Ευρώ, απορροφάτε στους ποινικούς θεσμούς, γ) κονδύλιο ποσού 2.193.855.052 ευρώ στο προσωπικό που εργάζεται στις δομές Κράτησης και τέλος δ) κονδύλιο ποσού 207.997.878 Ευρώ απορροφάτε στις δομές Κράτησης και τέλος ε) κονδύλιο ποσού 273.685.507 Ευρώ σε ειδικές δράσεις υποστήριξης και δραστηριοτήτων των έγκλειστων. Ο συνολικός αριθμός θανάτων εντός των φυλακών, με στοιχεία του 2017 ανέρχεται σε 126, ενώ για το ίδιο έτος οι αυτοκτονίες στη Φυλακή ανήλθαν σε 48.

Ελλάδα

Ο γενικός πληθυσμός της χώρας με στοιχεία έτους 2018, ανέρχεται σε 10.738.900 εκ. Στην Ελλάδα υπάρχουν 35 Κατάστημα κράτησης. Στα Καταστήματα αυτά, το έτος 2017, το 54,46% του πληθυσμού των έγκλειστων είναι αλλοεθνείς (εδώ δεν υπολογίζονται οι υπόδικοι). Σύμφωνα με στοιχεία του έτους 2018, από τον γενικό προϋπολογισμό του κράτους, κονδύλιο α) ποσού 7630 εκ. Ευρώ απορροφάτε στον Τομέα της Δικαιοσύνης, β) κονδύλιο ποσού 123,306,000 Ευρώ, απορροφάτε στους ποινικούς θεσμούς (Υπουργείο Δικαιοσύνης κ.α), γ) κονδύλιο ποσού 95.935.000 ευρώ στο προσωπικό που εργάζεται στις δομές Κράτησης και τέλος δ) κονδύλιο ποσού

27 εκ. Ευρώ απορροφάτε στις δομές Κράτησης και τέλος ε) και κανένα κονδύλιο σε ειδικές δράσεις υποστήριξης και δραστηριοτήτων των έγκλειστων. Ο συνολικός αριθμός θανάτων εντός των φυλακών, με στοιχεία του 2014 ανέρχεται σε 29, ενώ για το ίδιο έτος οι αυτοκτονίες στη Φυλακή ανήλθαν σε 6.

Πορτογαλία

Ο γενικός πληθυσμός της χώρας με στοιχεία έτους 2017, ανέρχεται σε 10.291,000 εκ. Στην Πορτογαλία υπάρχουν 51 Κατάστημα κράτησης, εκ των οποίων οι 15 είναι κεντρικές και για ποινές φυλάκισης άνω των 6 μηνών, οι 31 είναι περιφερειακές για ποινές φυλάκισης κάτω των 6 μηνών και 5 ειδικές φυλακές για κρατούμενους με ειδική προσοχή όπως γυναίκες, νέους, αστυνομικούς και ασθενείς. . Σχεδόν όλα οι δομές Κράτησης είναι παλιές. Το 2016 ολοκληρώθηκε ένα πρόγραμμα εκσυγχρονισμού των φυλακών με ευρωπαϊκά πρότυπα. Στα Καταστήματα αυτά, το έτος 2017, μόνο το 20,3 % του πληθυσμού των έγκλειστων είναι αλλοεθνείς (εδώ συν υπολογίζονται οι υπόδικοι). Σύμφωνα με στοιχεία του έτους 2017, από τον γενικό προϋπολογισμό του κράτους, κονδύλιο α) ποσού 1.353.324,825 εκ. Ευρώ απορροφάτε στον Τομέα της Δικαιοσύνης, β) κονδύλιο ποσού 228,234,657 Ευρώ, απορροφάτε στους ποινικούς θεσμούς (Υπουργείο Δικαιοσύνης κ.ά.), γ) κονδύλιο ποσού 172.674,893 ευρώ στο προσωπικό που εργάζεται στις δομές Κράτησης και τέλος δ) δεν προβλέπεται ειδικό για τις δομές Κράτησης και τέλος ε) και κανένα κονδύλιο σε ειδικές δράσεις υποστήριξης και δραστηριοτήτων των έγκλειστων. Ο συνολικός αριθμός θανάτων εντός των φυλακών, με στοιχεία του 2017 ανέρχεται σε 69, ενώ για το ίδιο έτος οι αυτοκτονίες στη Φυλακή ανήλθαν σε 15.

Ισπανία

Ο γενικός πληθυσμός της χώρας με στοιχεία έτους 2019, ανέρχεται σε 39.114.622 εκ. και 7.543,825 στην Καταλονία. Στην Ισπανία υπάρχουν 68 Κατάστημα κράτησης και 14 στην Καταλονία. Στα Καταστήματα αυτά, το έτος 2019, μόνο το 73,8 % του πληθυσμού των έγκλειστων είναι αλλοεθνείς (εδώ συνυπολογίζονται οι υπόδικοι). Σύμφωνα με στοιχεία του έτους 2018, από τον γενικό προϋπολογισμό του κράτους, κονδύλιο α) ποσού 1.780 εκ. Ευρώ απορροφάτε στον Τομέα της Δικαιοσύνης, β) κονδύλιο ποσού 1,124 Ευρώ, απορροφάτε στους ποινικούς θεσμούς (Υπουργείο Δικαιοσύνης κ.ά.), γ) κονδύλιο ποσού 812 εκ. ευρώ στο προσωπικό που εργάζεται στις δομές Κράτησης και τέλος δ) δεν προβλέπεται ειδικό για τις δομές

Κράτησης και τέλος ε) και κονδύλιο ποσού 288 εκ ευρώ σε ειδικές δράσεις υποστήριξης και δραστηριοτήτων των έγκλειστων. Ο συνολικός αριθμός θανάτων εντός των φυλακών, με στοιχεία του 2019 ανέρχεται σε 107 στην Ισπανία και 14 στην Καταλονία, ενώ για το ίδιο έτος οι αυτοκτονίες στη Φυλακή ανήλθαν σε 24 στην Ισπανία 4 στην Καταλονία.

Γερμανία

Ο γενικός πληθυσμός της χώρας με στοιχεία έτους 2018, ανέρχεται σε 83,07 εκ. Η Γερμανία είναι διαιρεμένη σε 16 ομοσπονδιακά κρατίδια. Σε κάθε κρατίδιο, υπάρχει Υπουργείο Δικαιοσύνης και κάθε κρατίδιο έχει υπό το διοικητικό της έλεγχο τις φυλακές που υπάγονται σε αυτό. Στα Καταστήματα αυτά, το έτος 2017, μόνο το 42,42 % του πληθυσμού των έγκλειστων είναι αλλοεθνείς (εδώ συν υπολογίζονται οι υπόδικοι). Σύμφωνα με στοιχεία του έτους 2018, από τον γενικό προϋπολογισμό του κράτους, κονδύλιο α) ποσού 5.594 εκ. Ευρώ απορροφάτε στον Τομέα της Δικαιοσύνης, β) κονδύλιο ποσού 3.003.759 572,35 Ευρώ, απορροφάτε στους ποινικούς θεσμούς (Υπουργείο Δικαιοσύνης κ.α), γ) κονδύλιο ποσού 1466 δις. ευρώ στο προσωπικό που εργάζεται στις δομές Κράτησης και τέλος δ) δεν προβλέπεται ειδικό για τις δομές Κράτησης και τέλος ε) και κανένα κονδύλιο σε ειδικές δράσεις υποστήριξης και δραστηριοτήτων των έγκλειστων. Βεβαία ο συνολικός προϋπολογισμός για τον τομέα δικαιοσύνης είναι υπέρογκός, οπότε υποθέτουμε πως στο συνολικό προϋπολογισμό εμπεριέχονται και τα παραπάνω κονδύλια. Ο συνολικός αριθμός θανάτων εντός των φυλακών, με στοιχεία του 2016 ανέρχεται σε 163, ενώ για το ίδιο έτος οι αυτοκτονίες στη Φυλακή ανήλθαν σε 76.

Αυστρία

Ο γενικός πληθυσμός της χώρας με στοιχεία έτους 2017, ανέρχεται σε 8.795,073 εκ. Στην Αυστρία υπάρχουν 28 Κατάστημα κράτησης και 12 πρόσθετες ειδικές δομές. Στα Καταστήματα αυτά, το έτος 2017, μόνο το 68,69 % του πληθυσμού των έγκλειστων είναι αλλοεθνείς (εδώ συν υπολογίζονται οι υπόδικοι). Αναφορικά με τα στοιχεία που αφορούν τα κονδύλια του γενικού προϋπολογισμού στον τομέα της δικαιοσύνης και του σωφρονισμού, αυτό δεν απαντήθηκαν επίσημα από το αυστριακό κράτος και συνεπώς στην έκθεση δεν υπάρχουν σχετικά στοιχεία. Ο συνολικός αριθμός θανάτων εντός των φυλακών, με στοιχεία του 2017 ανέρχεται σε 33, ενώ για το ίδιο έτος οι αυτοκτονίες στη Φυλακή ανήλθαν σε 11.

Συμπεράσματα

Παρατηρείται από τα παραπάνω ως γενική εικόνα, ότι κάθε χρόνο δαπανώνται μεγάλα ποσά από τους προϋπολογισμούς των εκάστοτε κρατών, αναλογικά πάντα με την οικονομική δύναμη και τον πληθυσμό του κάθε κράτους. Μάλιστα παρατηρείται και η δαπάνη κονδυλίων για ειδικές δράσεις υποστήριξης δραστηριοτήτων εντός των φυλακών για τους έγκλειστους, με εξαίρεση την Ελλάδα, την Πορτογαλία. Παρ όλα αυτά ο αριθμός των ετήσιων θανάτων και αυτοκτονιών παραμένει υψηλός. Ως προς την σύνθεση του πληθυσμού των φυλακών, χώρες όπως η Ελλάδα, η Ιταλία και η Ισπανία πάνω από το 50% του πληθυσμού των έγκλειστών είναι αλλοεθνείς, μεγάλο μέρος των οποίων δεν συμπεριλαμβάνεται στα εθνικά συστήματα υγείας γεγονός που δυσχεραίνει την παροχή υπηρεσιών υγείας.

3.4 Ποιοτική Ανάλυση Δεδομένων Παροχών Υγείας στα Καταστήματα Κράτησης Ιταλίας, Γαλλίας, Ελλάδας, Πολωνίας, Πορτογαλίας, Ισπανίας, Αγγλίας, Γερμανίας και Αυστρίας

Τα ποιοτικά δεδομένα που έχουμε στη διάθεση μας, αφορούν την πρόσβαση στην υγεία κρατουμένων εννέα ευρωπαϊκών χωρών, για το έτος 2019. Αποτελούνται από οκτώ ερωτήματα που αφορούν την πρόσβαση των κρατουμένων στην υγεία, τα οποία κατηγοριοποιούνται ως εξής.

Το πρώτο ερώτημα αφορά την εναρμόνιση των χωρών αυτών με το ευρωπαϊκό **Θεσμικό Πλαίσιο** και το θεσμικό πλαίσιο των Ηνωμένων Εθνών («Ελάχιστους Βασικούς Κανόνες για τη Μεταχείριση των Κρατουμένων» των Ηνωμένων Εθνών (Κανόνες του Μαντέλα) του 2015 (άρθρο 54), και τους «Ευρωπαϊκούς Σωφρονιστικούς Κανόνες» του Συμβουλίου της Ευρώπης του 2006).

Το δεύτερο τρίτο και τέταρτο ερώτημα, αφορούν την επαρκή επάνδρωση των καταστημάτων με **Ιατρικό Προσωπικό** και συγκεκριμένα το δεύτερο με την επάνδρωση Γενικού Χειρουργού και Ψυχιάτρου, το τρίτο με την επάνδρωση Ιατρού Παθολόγου, Γενικής Ιατρικής και το τέταρτο με την επάνδρωση Οδοντίατρου και Οπτικού.

Το πέμπτο, έκτο, έβδομο και όγδοο ερώτημα, σχετίζονται με την **Φροντίδα Υγείας Ειδικών Θεμάτων Υγείας** εντός των Φυλακών και ειδικότερα το πέμπτο με τις μεταδοτικές ασθένειες, το έκτο με τις εξειδικευμένες θεραπείες, το έβδομο με τις διανοητικές διαταραχές και το όγδοο με τους χρήστες ναρκωτικών.

ΧΩΡΑ	ΕΝΑΡΜΟΝΙΣΗ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΕΤΟΣ 2019 (Εκθεση Συνθηκών Κράτησης στην Ευρωπαϊκή Ένωση έτους 2019) European Prison Observatory
Ιταλία	Από το 2008 οι Υπηρεσίες Υγείας των Φυλακών, υπάγονται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Ο νόμος εμπνέεται από την αρχή της καθολικότητας και των ίδιων θεραπειών υγείας των κρατουμένων με όλους τους υπόλοιπους πολίτες.
Γαλλία	Από το 1994 η ευθύνη Φροντίδας Υγείας των Φυλακών υπάγεται στο Υπουργείο Υγείας, όπως γίνεται και για όλους τους ελεύθερους πολίτες. Οι υπηρεσίες υγείας Οι Υπηρεσίες Υγείας δίδονται από Ιατρούς Παθολόγους Γενικής Ιατρικής που μεταβαίνουν στην Φυλακή.
Ελλάδα	Οι υπηρεσίες Υγείας σε πρώτο στάδιο είναι εντός των Φυλακών, και η διαχείριση τους γίνεται από τη Διοίκηση των Φυλακών. Πολλές οι καταδικαστικές αποφάσεις από ΕΣΔΑ. Όλα τα Καταστήματα Κράτησης χρησιμοποιούν πλέον τα δημόσια Νοσοκομεία, μετά και την ενσωμάτωση του Νοσοκομείου των Φυλακών Κορυδαλλού στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Απομένει και έχει ήδη δρομολογηθεί και η ενσωμάτωση της Ψυχιατρικής Κλινικής Κορυδαλλού.
Πολωνία	<p>Δεν έχει ενσωματώσει ακόμη τα διεθνή πρότυπα και τους ευρωπαϊκούς κανόνες. Το σύστημα Υγείας των Φυλακών έχει τελειώς διαφορετική διάρθρωση και οργάνωση με αυτή των πολιτών. Είναι υπό την διοικητική επίβλεψη του υπουργείου Δικαιοσύνης και όχι του υπουργείου Υγείας. Αποτελείται από 57 εξωτερικές κλινικές και 17 νοσοκομεία. Μόνο σε περιπτώσεις σοβαρών περιστατικών και κινδύνου ζωής των κρατουμένων, όταν δεν διαθέτουν την κατάλληλη υποδομή, οι κλινικές αυτές και τα νοσοκομεία συνεργάζονται με το εθνικό σύστημα υγείας. Οι υπηρεσίες υγείας και ο οδοντίατρος είναι δωρεάν. Τα ορθοπεδικά πρόσθετα είναι δωρεάν, μόνο αν η έλλειψη τους αποτελεί απειλή για την ομαλή έκτιση της ποινής.</p> <p>Πρόσφατα το Ανώτατο Ελεγκτικό Γραφείο, έκρινε ότι το σύστημα υγείας στις πολωνικές φυλακές δεν είναι άσχημο. Σύμφωνα με την αναφορά οι κρατούμενοι περίμεναν την ιατρική διάγνωση και συμβουλή 14 ημέρες, χρόνος κατά πολύ λιγότερος αν επρόκειτο για το εθνικό σύστημα υγείας. Σύμφωνα με το ελεγκτικό όργανο το 2010 κάθε κρατούμενος απέκτησε κατά μέσο όρο 10 γνωματεύσεις της πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας. Στη γενική εικόνα όμως, πολλά καταστήματα κράτησης δεν τηρούν τις προθεσμίες διεξαγωγής εξετάσεων πρωτοβάθμιας φροντίδας και αυτή προκύπτει και από τα περιστατικά φυματίωσης το 2010 388 περιστατικά και το 2011 445 περιστατικά. Πρόσφατα πραγματοποιήθηκε ένα διετές πρόγραμμα εκτίμησης της κατάστασης των Φυλακών το οποίο αρχικά ανέδειξε το πρόβλημα έλλειψης εμπιστοσύνης μεταξύ κρατουμένων και ιατρικού προσωπικού και έκανε λόγο για ένα « μαγικό χάπι », που χορηγούνταν σε όλους τους ασθενείς κρατούμενους, το ίδιο για όλα τα προβλήματα υγείας. Ένα δεύτερο πρόβλημα είναι ότι όλες οι εξετάσεις των κρατουμένων από τους γιατρούς, γίνονται παρουσία ενός διοικητικού υπαλλήλου των φυλακών που υποδεικνύει την έλλειψη εμπιστοσύνης. Η παρουσία του σίγουρα θίγει τα προσωπικά δεδομένα. Επιπλέον παρατηρήθηκε ότι αν και τα κελιά τους είναι ειδικά διαμορφωμένα στις ανάγκες των κρατουμένων, αυτοί αποκλείονται από την χρήση κοινόχρηστων χώρων όπως η βιβλιοθήκη και η αίθουσα αναψυχής. Τέλος το προσωπικό των φυλακών μετατοπίζει την ευθύνη φροντίδας των κρατουμένων με κινητικά προβλήματα στους άλλους κρατούμενους, γεγονός που δεν ενδείκνυται για την αποθεραπεία τους.</p>

Πορτογαλία	<p>Η εθνική νομοθεσία προβλέπει το δικαίωμα πρόσβασης των κρατουμένων, όπως αυτό των πολιτών στο εθνικό σύστημα υγείας. Ο νόμος προβλέπει το δικαίωμα οι κρατούμενοι με δικά τους έξοδα να παρακολουθούνται από γιατρό της επιλογής τους. Το 2007 θεσπίστηκε η ενσωμάτωση των υπηρεσιών υγείας των φυλακών με αυτές του εθνικού συστήματος υγείας. Αυτό δεν προχώρησε και αντ' αυτού σήμερα οι φυλακές για τις υπηρεσίες υγείας έχουν συμβάσεις με ιδιωτικές εταιρείες παροχής υπηρεσιών υγείας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην υπάρχει σταθερός αριθμός ιατρικού προσωπικού στις φυλακές, αφού οι προσλήψεις και οι μετακινήσεις του προσωπικού επιβαρύνουν τον ιδιώτη πάροχο. Συνέπεια τούτου η έλλειψη σταθερότητας και ο αρνητικός αντίκτυπος στη σχέση εμπιστοσύνης ασθενή γιατρού αφού με τις συνεχείς αλλαγές προσωπικού είναι δύσκολο να επιτευχθεί.</p>
Ισπανία	<p>Το 2003 δια νόμου η φροντίδα υγείας κρατουμένων που μέχρι τότε εξαρτιόνταν από τη διοίκηση της φυλακής, ενσωματώθηκε στο γενικό σύστημα υγείας την κάθε αυτόνομης κοινότητας. Στην Καταλονία αυτό έγινε το 2006.</p>
Αγγλία	<p>Οι κρατούμενοι κάνουν χρήση του εθνικού συστήματος υγείας συμπεριλαμβανομένων και των ψυχικά ασθενών. Καταξιωμένοι γιατροί και νοσοκόμες παρέχουν υπηρεσίες υγείας στη φυλακή. Σε περίπτωση θεμάτων υγείας που είναι αδύνατο να εξυπηρετηθούν στην φυλακή, εξειδικευμένος ιατρός θα μπει στη φυλακή ή ο κρατούμενος θα μεταφερθεί στο νοσοκομείο. Οι κρατούμενοι ελέγχονται από το προσωπικό της φυλακής.</p>
Γερμανία	<p>Σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία η φροντίδα υγείας των φυλακών ανατίθεται σε ανθρώπους που έχουν άδεια νοσοκόμου ή στο προσωπικό της φυλακής που έχει εκπαιδευτεί σαν νοσοκόμος. Το προσωπικό της φυλακής δεν έχει άδεια να εκτελεί καμία ιατρική πράξη, αλλά έχει ολοκληρώσει την εκπαίδευση νοσοκόμου. Παραϊατρικοί, βοηθοί ιατρών και φυσικοθεραπευτές, έχουν ολοκληρώσει τέτοια εκπαίδευση.</p> <p>Στις περιοχές Bavary, Lower Saxony, Saxony- Anhalt και Schleswing-Holstein, σε αντίθεση με την υπόλοιπη Γερμανία, ο νόμος προβλέπει ότι οι αρχές είναι υποχρεωμένες να διασφαλίσουν Γιατρό. Στην πράξη οι γιατροί αυτή είναι ή μερικής απασχόλησης ή με συμβόλαιο πρόσληψης. Το 2004 ένα γιατρός αναλογούσε σε 261 κρατούμενους. Η αναλογία αυτή όμως δεν είναι έμπιστη, καθ' όσον οι θέσεις των γιατρών στις φυλακές δεν είναι μόνιμες και στους γιατρούς των φυλακών έχουν ανατεθεί και άλλα καθήκοντα.</p>
Αυστρία	<p>Οι υπηρεσίες υγείας εντός της φυλακής είναι ακριβώς ίσης ποιότητας και ίσης μεταχείρισης με αυτή του κοινού πληθυσμού. Σε κάθε φυλακή υπάρχει ένα επιβλέπων γενικός ιατρός, ο οποίος εξασφαλίζει ότι τηρούνται οι συνθήκες υγιεινής εντός των κελιών και των φυλακών και εξασφαλίζει ότι τουλάχιστον μια φορά κάθε έτος κάθε κρατούμενος θα εξεταστεί και θα ελεγχθεί από τον Γενικό Ιατρό Παθολόγο Γενικής Ιατρικής. Η κριτική στο σύστημα αυτό είναι ότι υπάρχει έλλειψη αμεσότητας του ασθενή με τον γιατρό και ότι στη φυλακή δεν υπάρχουν επίσημοι μεταφραστές για τους κρατούμενους μη ομιλούντες τα γερμανικά.</p>

ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΤΟΣ 2019 (Έκθεση Συνθηκών Κράτησης στην Ευρωπαϊκή Ένωση έτους 2019) European Prison Observatory			
ΧΩΡΕΣ	ΓΕΝΙΚΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	ΙΑΤΡΟΣ ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ	ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΣ
	ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ	(ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ)	ΟΠΤΙΚΟΣ
ΙΤΑΛΙΑ	<p>Ως πραγματικό γεγονός γιατροί, χειρουργοί και ψυχολόγοι, δεν επαρκούν. Δεν υπάρχουν γιατροί όλο το 24ωρο στα καταστήματα κράτησης. Σε κάποιες φυλακές υπάρχουν μονάδες μικροεπεμβάσεων, που όμως δεν λειτουργούν σωστά. Η φροντίδα υγείας είναι μεγάλο πρόβλημα για τις Ιταλικές Φυλακές. Δεν υπάρχει επαρκής πρόγνωση, διάγνωση και θεραπεία.</p>	<p>Σε κάθε κατάσταση κράτησης υπάρχει τουλάχιστον ένας Γενικός Ιατρός, υπεύθυνος της Φυλακής για την Ιατρική Φροντίδα.</p>	<p>Οι οδοντίατροι και οι οπτικοί περιστασιακά βρίσκονται στη φυλακή, όταν τους καλούν οι γενικοί ιατροί. Η συχνότητα επίσκεψης τους, δεν είναι ικανοποιητική για τους κρατούμενους. Ειδικά για κρατούμενους που είχαν εθισμό με ναρκωτικά, τα οδοντιατρικά προβλήματα είναι μεγάλα.</p>
ΓΑΛΛΙΑ	<p>Στο θεσμικό πλαίσιο προβλέπεται ισότητα πρόσβασης. Προβλέπονται μέσα στις φυλακές ιατρικές μονάδες με βασική ιατρική φροντίδα, γενικής ιατρικής, οδοντιατρικής, εργαστήρια και ακτινογραφικά. Στην πραγματικότητα, οι ιατρικές αυτές</p>	<p>Υπάρχει ένας ιατρός σε κάθε φυλακή. Κατά μέσο όρο αντιστοιχούν αναλογικά 3,5 ιατροί πλήρους απασχόλησης για κάθε 1.000 κρατούμενους. Σε κάποιες όμως φυλακές αντιστοιχούν 2 ιατροί κάθε 1.000 κρατούμενους.</p>	<p>Θεσμικά, οδοντίατροι θα έπρεπε να υπάρχουν σε κάθε κατάστημα. Στην πραγματικότητα κατά μέσο όρο υπάρχει 1,5 οδοντίατρος πλήρους απασχόλησης για κάθε 1.000 κρατούμενους. Σε μερικές φυλακές δεν υπάρχει οδοντίατρος και αναγκάζονται να μεταφέρονται στα νοσοκομεία. Δεν υπάρχουν αρκετοί οδοντίατροι στις ιατρικές δομές των φυλακών.</p>

	<p>μονάδες είναι υποστελεχωμένες. Γίνεται λόγος για μεγάλους χρόνους αναμονής, ακόμη και μηνών. Στην ψυχιατρική και Ψυχολογική διάγνωση, ο χρόνος αναμονής είναι πάνω από 6 μήνες, που δείχνει την έλλειψη προσωπικού συγκριτικά με τον πληθυσμό της φυλακής. Όταν η ιατρική φροντίδα δεν μπορεί να παρασχεθεί στη φυλακή, οι κρατούμενοι επιτηρούμενοι μεταφέρονται στα νοσοκομεία. Η μεταφορά τους απαιτεί οργάνωση που καθυστερεί την όλη διαδικασία.</p>		<p>Σύμφωνα με έκθεση του Υπουργείου Υγείας ο μέσος χρόνος αναμονής επείγοντος οδοντιατρικού περιστατικού είναι μια εβδομάδα. Οι οπτικοί είναι πολύ λιγότεροι. Σε φυλακές 700 κρατουμένων, εξετάσεις οφθαλμών είναι διαθέσιμες μια φορά το μήνα και συνήθως οι κρατούμενοι μεταφέρονται στο νοσοκομείο με σημαντικούς χρόνους αναμονής.</p>
ΕΛΛΑΔΑ	<p>Παρά το γενικό κανόνα ίσης πρόσβασης στην υγεία , μετά τις καταδικαστικές αποφάσεις της Ελλάδας από διεθνή δικαστήρια Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, δεν είναι ο κανόνας. Το νοσοκομείο φυλακών Κορυδαλλού της Ελλάδας που ήταν υπό τη διοίκηση των φυλακών, πρόσφατα</p>	<p>Όχι δεν υπάρχει. Στις περισσότερες φυλακές δεν υπάρχει καν μόνιμος ιατρός καμία ειδικότητας. Οι κρατούμενοι εξετάζονται από εξωτερικούς ιατρούς που μπαίνουν στην φυλακή, 2 ώρες κάθε εβδομάδα. Οι κρατούμενοι έχουν τη δυνατότητα να καλέσουν γιατρό εξωτερικό της επιλογής τους να τους εξετάσει αν έχουν τη δυνατότητα να τον πληρώσουν. Πρόσφατα γίνονται προσπάθειες να</p>	<p>Με δεδομένη την άσχημη κατάσταση των τελευταίων ετών, πρέπει να σημειωθεί ότι τα τελευταία χρόνια έγιναν αρκετές προσλήψεις ιατρικού προσωπικού στις φυλακές .Οι έλλειψη πόρων, εμποδίζει τη μονιμότητα των ιατρών. Αξιοπρόσεκτο ότι ακόμη και όταν γίνονται προσλήψεις πολλοί γιατροί παραιτούνται.</p>

	εντάχθηκε στο εθνικό σύστημα υγείας. Ακολουθεί σε λίγους μήνες και η ενσωμάτωση της ψυχιατρικής κλινικής κορυδαλλού. Σε κάθε περίπτωση το υπουργείο δικαιοσύνης υπέγραψε συμφωνίες συνεργασίας με νοσοκομεία και ιατρικές υπηρεσίες.	καλυφθούν όλα τα κενά,, από γιατρούς του εθνικού συστήματος υγείας που θα επισκέπτονται τακτικά τις φυλακές.	
ΠΟΛΩΝΙΑ	Όχι δεν υπάρχουν. Ελλείψεις υπάρχουν και στην Ψυχιατρική Φροντίδα και στις διαγνωστικές εξετάσεις. Σύμφωνα με την Ανώτατη Ελεγκτική Αρχή, τα περισσότερα από τα διαγνωστικά έχουν αναβαθμιστεί τεχνολογικά, αλλά ένας κρατούμενος με αναπηρία, που έπρεπε να μεταφερθεί στο νοσοκομείο για θεραπεία, είχε χρόνο αναμονής 2 ετών.	Ναι σε κάθε κατάσταση θα έπρεπε να υπάρχει ένας γενικός ιατρός. Οι περισσότεροι όμως γενικοί ιατροί δεν εκπληρώνουν τη θεσμοθετημένη και απαιτούμενη συνεχή επιμόρφωση.	Ναι. Υπηρεσίες έγκριτων οδοντιάτρων και οπτικών θα έπρεπε να είναι διαθέσιμοι σε κάθε φυλακή. Σύμφωνα με την Ανώτατη Ελεγκτική Αρχή, οι κρατούμενοι έχουν πρόσβαση στον οδοντίατρο. Το 2012 κάθε κρατούμενος είχε κατά μέσο όρο 3 επισκέψεις από οδοντίατρο.
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	Εξειδικευμένες ιατρικές θεραπείες, θεωρητικά είναι διαθέσιμες, αλλά στην πράξη οι κρατούμενοι έχουν μεγάλη δυσκολία και διοικητικών εμποδίων πρόσβασης σε αυτές.	Θεωρητικά υπάρχει ένας γιατρός σε κάθε σωφρονιστικό κατάστημα. Παρ όλα αυτά τη νύχτα ή τα σαββατοκύριακα ίσως να μην υπάρχει πρόσβαση. Υπάρχει όμως πάντα νοσηλευτικό προσωπικό.	Υπό φυσιολογικές συνθήκες ναι για τους οδοντίατρους. Οπτικοί δεν υπάρχουν. Για τους οδοντίατρους υπάρχει λίστα αναμονής τουλάχιστον 3 μηνών. Οι έχοντες την οικονομική δυνατότητα να πληρώσουν γυαλιά και

			οδοντικά προθέματα, εξυπηρετούνται αμεσότερα.
ΙΣΠΑΝΙΑ	<p>Νομικά στα κείμενα υπάρχει ισότητα πρόσβασης. Συνηθώς οι φυλακές είναι επανδρωμένες με ιατρικό προσωπικό. Πολλά όμως τα παράπονα για τους χρόνους αναμονής και για τους κρατούμενους με σοβαρές ασθένειες. Πρόβλημα ο υπερπληθυσμός των φυλακών. Το μεγάλο πρόβλημα όμως είναι οι ψυχικά ασθενείς κρατούμενοι που είναι σε ποσοστό πάνω από 40% του γενικού πληθυσμού των φυλακών και το 2% εξ αυτών σε σοβαρές διανοητικές ασθένειες, σύμφωνα με έκθεση του 2010. Υπάρχουν Ψυχιατρικά νοσοκομεία και ειδικά προγράμματα που δεν επαρκούν.</p>	<p>Κάθε φυλακή έχει μια ομάδα πρωτογενούς φροντίδας υγείας που αποτελείται από γιατρό, νοσοκόμους και βοηθούς νοσοκόμων. Το 2001 είχαμε 43 γιατρούς, 388 νοσοκόμους και 387 βοηθητικό ιατρικό προσωπικό.</p>	<p>Ναι, υπάρχουν.</p>
ΑΓΓΛΙΑ	<p>Μερικές από τις Φυλακές είχαν καλή αξιολόγηση και επίσημες εκθέσεις του 2011, αναφέρουν επαρκείς, καθαρές και καλά επανδρωμένες δομές. Παρ όλα αυτά</p>	<p>Ναι, αλλά πολλές αξιολογικές εκθέσεις αναφέρουν λίστες αναμονής σε ιατρική πρόσβαση, ανάλογα με όρους χρονικούς και διαθεσιμότητας ιατρικού προσωπικού.</p>	<p>Πολλές αξιολογικές εκθέσεις κάνουν λόγο για μεγάλη λίστα αναμονής για να δει ο κρατούμενος ένα γιατρό ή έναν οδοντίατρο.</p>

	<p>υπάρχει θέμα με το υψηλό ποσοστό κρατουμένων με διανοητικές διαταραχές και για αυτό το θέμα οι δομές δεν έχουν την ανάλογη οργάνωση. Έκθεση του 2013 αναφέρει τη αργή πρόοδο στην αξιολόγηση κρατουμένων με διανοητικά προβλήματα, ένα από τους κυριότερους παράγοντες θανάτων μέσα στη φυλακή.</p>		
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	<p>Εάν ο γιατρός δεν είναι διαθέσιμος μέσα στην φυλακή ή σε νοσοκομείο της φυλακής, θα μεταφερθεί σε νοσοκομείο του εθνικού συστήματος υγείας, για να λάβει την κατάλληλη θεραπεία. Ακόμη και μετά το 2016, η έλλειψη ιατρών εξειδικευμένων γνώσεων, αναγνωρίζεται σε κάποιες φυλακές.</p>	<p>Στα περισσότερα κρατίδια οι κρατούμενοι είναι ελεύθεροι να αποφασίσουν ποιος γιατρός θα τους παρακολουθεί. Είτε ολικής είτε μερικής απασχόλησης, είτε ειδικά συμβεβλημένη ιατρική βοήθεια είναι δυνατή. Θα πρέπει να εξασφαλιστεί ότι τουλάχιστον ένα εξειδικευμένος γιατρός είναι διαθέσιμος κάθε φορά.</p>	<p>Θα πρέπει να εξασφαλιστεί ότι τουλάχιστον ένα ειδικευμένος οδοντίατρος είναι διαθέσιμος. Εξ αιτίας της ειδικεύσης, η θεραπεία μπορεί να προσφερθεί μόνο σε εξειδικευμένες κλινικές ή σε ειδικές δομές.</p>
ΑΥΣΤΡΙΑ	<p>Εάν η απαραίτητη ιατρική φροντίδα δεν δύναται να παρασχεθεί από τον γενικό ιατρό της Φυλακής, οι κρατούμενοι μεταφέρονται σε</p>	<p>Παρά τη νομοθετική απαίτηση να υπάρχει γενικός γιατρός σε κάθε κατάσταση, εξ αιτίας της έλλειψης οικονομικών πόρων υπάρχει έλλειψη ιατρικού προσωπικού, γενικών ιατρών συμπεριλαμβανομένων των</p>	<p>Εκ του νόμου οι κρατούμενοι πρέπει να έχουν πρόσβαση σε οδοντιατρική φροντίδα. Οδοντίατροι και οπτικοί με συχνότητα επισκέπτονται τις φυλακές.</p>

	νοσοκομεία και ψυχιατρικές κλινικές. Πολλά καταστήματα έχουν μεγάλο αριθμό κενών θέσεων ιατρών και ψυχιατρικού προσωπικού. Η ψυχιατρική φροντίδα είναι προσβάσιμη στους κρατούμενους μόνο 9 ώρες την εβδομάδα για αντιστοιχία 700 κρατουμένων.	ψυχιάτρων και των ψυχιατρικών θεραπειών.	
--	--	--	--

ΧΩΡΑ	ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΕΙΔΙΚΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (Έκθεση Συνθηκών Κράτησης στην Ευρωπαϊκή Ένωση έτους 2019) European Prison Observatory			
	ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ (α)	ΕΞΙΔΙΚΕΥΜΕΝΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ (β)	ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ (γ)	ΧΡΗΣΤΕΣ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ (δ)
ΙΤΑΛΙΑ	<p>(α) Η απομόνωση για ζητήματα υγείας προβλέπεται από το νόμο και εξασφαλίζεται στην πράξη. Υπάρχουν ειδικές δομές υγείας προοριζόμενες για την απομόνωση για θέματα υγείας.</p> <p>(β) Η νομοθεσία τη μεταφορά στο νοσοκομείο των κρατουμένων, όταν αυτό είναι δυνατό. Μέσα στη φυλακή, κατά κοινή ομολογία δεν υπάρχουν αρκετές υπηρεσίες υγείας (σπανίως μικροχειρουργική, ακτίνες) σε καταστήματα όπου υπάρχουν κλινικά κέντρα. Η μεταφορά των κρατουμένων στα νοσοκομεία έχει μεγάλες καθυστερήσεις και αυτό δικαιολογείται από την έλλειψη αστυνομικού προσωπικού. Τις περισσότερες φορές η καθυστέρηση στη μεταφορά των κρατουμένων, προκαλεί μεγαλύτερα προβλήματα υγείας ακόμη και θάνατο. Σε μερικές πόλεις στα δημόσια νοσοκομεία, υπάρχουν ειδικές πτέρυγες για κρατούμενους.</p> <p>(γ) Οι εγκληματίες με διανοητική στέρηση δεν δικάζονται από την πολιτεία, αλλά όποιος κριθεί από το νόμο επικίνδυνος, κρατείται σε ειδικές δομές που λέγονται REMS. Κρατούμενοι που αναπτύσσουν διανοητικό στρες, ενώ είναι στη φυλακή, μεταφέρονται σε</p>			

	<p>ειδικές μονάδες της φυλακής, όπου τους προσφέρεται μη ικανοποιητική βοήθεια. Τα ψυχοφάρμακα χρησιμοποιούνται σε μεγάλες ποσότητες.</p> <p>(δ)Οι κρατούμενοι που είναι εθισμένοι στα ναρκωτικά κρατούνται σε ειδικές δομές υγείας. Η μεδαδώνη δίδεται ως θεραπεία. Δίδονται προληπτικές πληροφορίες για τα ναρκωτικά και τη ζημία που προκαλούν. Δεν διανέμουμε σύριγγες.</p>
ΓΑΛΛΙΑ	<p>(α)Όταν ο κρατούμενος πάσχει από μια μεταδοτική ασθένεια ή υπάρχει η υποψία ότι πάσχει, τότε ο γιατρός της φυλακής, ενημερώνει τον διευθυντή και ο κρατούμενος απομονώνεται σε ειδικό κελί απομόνωσης, όπου του χορηγείται η κατάλληλη θεραπεία. Η απομόνωση χρησιμοποιείται μόνο για λόγους ασφαλείας της υγείας.</p> <p>(β)Όταν πρέπει στον κρατούμενο να γίνει κάποια ειδική θεραπεία που δεν μπορεί να γίνει μέσα στη φυλακή, τότε αυτός μεταφέρεται με συνοδεία προσωπικού φύλαξης της φυλακής στο πλησιέστερο νοσοκομείο. Από το 2004 σε κάποια νοσοκομεία δημιουργήθηκαν πτέρυγες ασφαλείας για κρατούμενους, οι οποίες φυλάσσονται από το προσωπικό της φυλακής. Στη χώρα υπάρχουν 7 τέτοιες πτέρυγες με χωρητικότητα 162 κλινών και είναι διαθέσιμες για κρατούμενους που πρέπει να παραμείνουν εκεί πάνω από 48 ώρες.</p> <p>(γ)Κρατούμενοι με διανοητική στέρηση κρίνονται ανίκανοι από το νόμο για φυλάκιση και πρέπει να νοσηλεύονται σε ειδικές δομές. Θεσμικά οι δομές αυτές είναι ψυχιατρικές ειδικά για κρατούμενους και εδρεύουν στα όρια δημόσιων ψυχιατρικών νοσοκομείων. Προς το παρόν υπάρχουν μόνο 3 σε λειτουργία και η πρώτη εξ αυτών ιδρύθηκε το 2010. Συνεπώς λόγω της έλλειψης, πολύ συχνά οι κρατούμενοι με διανοητική στέρηση κρατούνται στα δημόσια νοσοκομεία, σε απομονωμένες πτέρυγες, κλειδωμένες, χωρίς έπιπλα, μόνο με στρώματα για λόγους ασφαλείας. Σε πολλές πτέρυγες δεν υπάρχουν τουαλέτες και τοποθετείται ένας κουβάς για το σκοπό αυτό. Εκεί δεν μένουν μεγάλα χρονικά διαστήματα, μόνο λίγες εβδομάδες, καθώς τα νοσοκομεία προτιμούν να μην τους κρατάνε, πάρα μόνο για να περάσουν περίοδο που βρίσκονται σε κρίση. Οι περισσότεροι πηγαиноέρχονται από τη φυλακή στο νοσοκομείο, σε τακτά διαστήματα. Το μεγαλύτερο διάστημα που τους φιλοξενούν τα δημόσια νοσοκομεία είναι 2 ή 3 μήνες.</p> <p>(δ)Η συμβουλευτική για τα ναρκωτικά θα πρέπει να παρέχεται συνεχώς στους χρήστες κρατούμενους, αλλά αυτό δεν γίνεται πάντα λόγω έλλειψης πόρων. Για τους εξαρτημένους στα οπιούχα, θεραπείες με βουπρεφίνη και μεθαδόνη θα πρέπει να είναι πάντα διαθέσιμες, αλλά στην πράξη μόνο ένα από τα δύο προϊόντα είναι διαθέσιμα και πολλά καταστήματα αρνούνται να τα χορηγήσουν (το 13% σύμφωνα με έρευνα), ενώ η χορήγηση τους σταματάει αν τεστ ούρων βγουν θετικά σε ναρκωτικά. Παρ'όλο που υπάρχει χρήση συρίγγων μέσα στην φυλακή, δεν υπάρχει προβλέψει για να μην επαναχρησιμοποιούνται οι σύριγγες. Το υπουργείο Υγείας και Δικαιοσύνης θα εισάγει πειραματικά πρόγραμμα μη επανάχρησης συρίγγων.</p>
ΕΛΛΑΔΑ	<p>(α)Ο διευθυντής των φυλακών μετά τη γνωμάτευση του ιατρού των φυλακών, κρατούμενους με μεταδιδόμενα νοσήματα θα τους μεταφέρουν είτε στο νοσοκομείο Κορυδαλλού των Φυλακών, είτε θα απομονωθούν σε ειδικές μονάδες – κελιά, αποκλειστικά για ασφάλεια υγείας για όσο διάστημα χρειαστεί για τη θεραπεία τους.</p> <p>(β)Οι κρατούμενοι που θα χρειαστούν επεμβάσεις ή ειδικές θεραπείες θα μεταφερθούν είτε στο νοσοκομείο Κορυδαλλού των Φυλακών, είτε σε δημόσια νοσοκομεία. Για να</p>

	<p>εγκριθεί η μεταφορά τους απαιτούνται περίπου 20 ημέρες πλέον της περαιτέρω διοικητικής μετά την έγκριση διαδικασίες, συνεπώς είναι χρονοβόρες. Οι κρατούμενοι με αναπηρία, δεν έχουν πρόσβαση στα δημόσια νοσοκομεία, εκτός του νοσοκομείου Κορυδαλλού και αρκετές φορές φροντίζονται από τους συγκρατούμενους τους.</p> <p>(γ)Κρατούμενοι με διανοητικές αναπηρίες και ψυχικά θέματα μεταφέρονται είτε στην Ψυχιατρική Κλινική Κορυδαλλού είτε σε άλλα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Ο χρόνος παραμονής τους κρίνεται αποκλειστικά από την ιατρική γνωμάτευση. Εγκληματίες με σοβαρά ψυχικά προβλήματα, δεν δικάζονται από το νόμο και δεν φυλακίζονται, αλλά στέλνονται στις κλινικές για θεραπεία και εξαρτάται από το βαθμό επικινδυνότητάς τους.</p> <p>(δ)Τα ναρκωτικά είναι χρόνιο πρόβλημα στις φυλακές. Βρίσκονται εύκολα και πολλοί κρατούμενοι γίνονται χρήστες μετά τον εγκλεισμό τους. Το υπουργείο δικαιοσύνης έχει χρηματοδοτήσει πολλά προγράμματα απεξάρτησης των Κρατουμένων που υλοποιούνται μέσα στην φυλακή. Σε ένα από αυτά στη Φυλακή Διαβατών Θεσσαλονίκης οι χρήστες κρατούμενοι κρατούνται ξεχωριστά από τους υπόλοιπους κρατούμενους.</p>
ΠΟΛΩΝΙΑ	<p>(α)Σε περίπτωση επιβεβαιωμένου κρούσματος ή ακόμη και υποψίας ασθένειας που θέτει σε κίνδυνο τη δημόσια υγεία, οι γιατροί είναι υποχρεωμένοι να λάβουν μετρά για να μην εξαπλωθεί και οι κρατούμενοι μεταφέρονται σε ειδικές νοσοκομειακές μονάδες όπου προβλέπεται η απομόνωση και η χορηγία θεραπείας. Το 2018, σε ένα από τα καταστήματα, ήταν χρονιά επιδημίας σαλμονέλλας και πέθαναν 68 κρατούμενοι. Διακόπηκαν όλες οι δραστηριότητες των κρατουμένων και οι επισκέψεις. Συχνή ήταν και η απολύμανση των κελιών.</p> <p>(β)Το εθνικό σύστημα υγείας συνεργάζεται με τις κλινικές μονάδες των φυλακών και σε περίπτωση αδυναμίας να παράσχουν ιατρική βοήθεια εντός των φυλακών μεταφέρονται στα νοσοκομεία για εξειδικευμένες θεραπείες. Σε αυτές τις περιπτώσεις ο κρατούμενος μπορεί αν επιλέξει γιατρό της αρεσκείας του, μετά τη σύμφωνη γνώμη διευθυντή φυλακών και ιατρού φυλακών, αλλά με δικά του έξοδα. Αυτός ο θεσμός δεν λειτουργεί.</p> <p>(γ)Οι κρατούμενοι με διανοητικές διαταραχές κρατούνται σε ειδικές θεραπευτικές μονάδες. Εκτίουν την ποινή τους ακολουθώντας ένα ειδικό πρόγραμμα. Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία το 2012 3.044 κρατούμενοι, δηλαδή το 4% των κρατουμένων εκτίαν την ποινή τους σε τέτοιες μονάδες. Το τελευταίο έτος το κράτος αύξησε τον αριθμό του προσωπικού σε αυτές τις θεραπευτικές μονάδες.</p> <p>(δ)Στον γενικό πληθυσμό οι άνθρωποι που είναι εθισμένοι στο αλκοόλ ή τα ναρκωτικά, οδηγούνται σε ένα θεραπευτικό δίκτυο 46 θεραπευτικών μονάδων. Περίπου 7.000 κρατούμενοι κάθε έτος συμπεριλαμβάνονται στα προγράμματα αυτά. Η θεραπεία διαρκεί 3 με 6 μήνες. Για κάθε 10 εθισμένους κρατούμενος αντιστοιχεί ίτουλάχιστον ένας εργαζόμενος στο πρόγραμμα. Οι κρατούμενοι συμμετέχουν σε συναντήσεις, μαθαίνουν για τον εθισμό και τις επιπτώσεις καθώς και αν κρατάνε αντίσταση.</p>
ΠΟΡΤΟ-ΓΑΛΛΙΑ	<p>(α)Θεσμικά προβλέπεται μια διαδικασία αξιολόγησης και δημιουργία εγκαταστάσεων όπου τηρούνται εξειδικευμένα μέτρα για μεταδοτικές ασθένειες. Στην πράξη όμως αυτά δεν τηρούνται και σπανίως οι άρρωστοι κρατούμενοι απομονώνονται. Στην καλύτερη περίπτωση ως μέθοδο προστασίας ελέγχονται τα κελιά όσων νοσούν.</p> <p>(β)Αυτοί μεταφέρονται σε κλινικές μονάδες των φυλακών. Σπανίως και σε πολύ εξαιρετικές περιπτώσεις μεταφέρονται στα δημόσια νοσοκομεία.</p>

	<p>(γ)ο νόμος προβλέπει ότι κρατούμενοι με νοητικές ταραχές, θα μεταφέρονται είτε σε δημόσιες κλινικές είτε σε κλινικές των φυλακών. Στην πράξη δεν προσέχουν ιδιαίτερα αυτή την κατηγορία κρατουμένων, παρά μόνο όταν η συμπεριφορά τους περνά τα αποδεκτά όρια και δημιουργεί προβλήματα στο προσωπικό των φυλακών τους στέλνουν για κάποιες ημέρες στην κλινική των φυλακών και με φάρμακα τους ηρεμούν. Αυτές οι δομές δεν έχουν τουαλέτες και θέρμανση, ούτε σύστημα κουδουνιού για να καλούν το προσωπικό.</p> <p>(δ)Το κράτος θεσμοθέτησε προγράμματα μεθαδώνης για εξαρτημένους κρατουμένους, τα οποία θα προσαρμόζονται στη φυλακή. Αυτά τα προγράμματα όμως, σύμφωνα με στατιστικές του 2012, σε 3 φυλακές που τα ακολουθούσαν, επέφεραν αποτελέσματα, παρά να δίνουν ηρεμιστικά φάρμακα. Το 70% κάνουν χρήση ναρκωτικών και το 30% εξαρτημένοι.</p>
ΙΣΠΑΝΙΑ	<p>(α)Σε περίπτωση που κάποιος κρατούμενος μολυνθεί από μεταδοτικό νόσημα, απομονώνεται και του χορηγείται η κατάλληλη θεραπεία.</p> <p>(β)Σε περιπτώσεις εξειδικευμένων θεραπειών και μόνο όταν υπάρχει ανάγκη, οι κρατούμενοι μεταφέρονται σε δημόσια νοσοκομεία με επίβλεψη προσωπικού των φυλακών.</p> <p>(γ)Η ίδια απάντηση με το παραπάνω ερώτημα (β)</p> <p>(δ)Προγράμματα μείωσης των ναρκωτικών στις φυλακές υπάρχουν στις φυλακές. Σκοπός τους η μείωση μεταδοτικών ασθενειών μέσω των συριγγών και η χορήγηση καθαρών συριγγών. Χορηγείται μεθαδώνη και συμβουλευτική υποστήριξη για τη χρήση ουσιών.</p>
ΑΓΓΛΙΑ	<p>(α)Όταν βρεθεί ύποπτο κρούσμα σε κάποια φυλακή το νοσηλευτικό προσωπικό ενημερώνει και ακολουθείται ένα πρωτόκολλο για την καταπολέμηση της ασθένειας. Οι έλεγχοι για μεταδοτικές ασθένειες δεν είναι συχνοί. Ο Εθνικός Μηχανισμός πρόβλεψης το 2012, σε μια από τις φυλακές της Αγγλίας (MaghberryNIPrison), εντόπισε την έλλειψη ελέγχων.</p> <p>(β)Αν ο διευθυντής λάβει γνώση από το ιατρικό προσωπικό πως ο κρατούμενος έχει ανάγκη από εξειδικευμένη ιατρική φροντίδα, τότε μεταφέρεται σε δομές εκτός της φυλακής. Εδώ προκύπτουν τα προβλήματα που προαναφέρθηκαν για τους ψυχιατρικά ασθενείς, ήτοι την έλλειψη οργανωμένων δομών που τηρούν τις προδιαγραφές.</p> <p>(γ)Οι χώρα παρουσιάζει έλλειψη δομών για τους ψυχικά ασθενείς κρατούμενους, εξ αιτίας του μεγάλου αριθμού ασθενών. Στις περισσότερες φυλακές υπάρχουν δομές με εξειδικευμένες θεραπείες στους ψυχικά ασθενείς. Ο μεγάλος αριθμός των ψυχικά ασθενών, δημιουργεί προβλήματα. Παρ όλη τη λειτουργία τους και την πρόσβαση σε όλους τους κρατούμενους, έκθεση του 2012, σε ένα κατάστημα (StyalPrison), κρίθηκε ακατάλληλο θεραπευτικά. Ο χρόνος παραμονής στις κλινικές αυτές συνυπολογίζεται στην έκτιση ποινής. Μετά την έκτιση της ποινής αν ο κρατούμενος δεν έχει θεραπευτεί παραμένει σε αυτές τις δομές όσο χρειαστεί.</p> <p>(δ)Παρ όλου που όλες οι φυλακές έχουν ειδικό προσωπικό για τους χρήστες ναρκωτικών, ο αριθμός τους παραμένει υψηλός και η αντιμετώπιση τους προβληματίζει λόγω των περιορισμών πόρων. Η μεθαδώνη χρησιμοποιείται σε αντικατάσταση της ηρωίνης. Τα προγράμματα εντός των φυλακών, δεν είναι μακροπρόθεσμα, αλλά υπάρχουν φυλακές με ειδικά προγράμματα. Αν η ανάγκη θεραπείας παραμένει, ο γιατρός της φυλακής μπορεί να ζητήσει την παρεμβολή ιδιωτικών φορέων, όπως οι Ανώνυμοι για Ναρκωτικά και Αλκοολικούς. Οι μετακινήσεις των κρατουμένων, λόγω του υπερπληθυσμού των φυλακών,</p>

	δεν βοηθάν στη ροή αυτών των προγραμμάτων. Οι κρατούμενοι που τα παρακολουθούν θα πρέπει να κάνουν τεστ ούρων συχνά και να συμφωνήσουν σε αυτό.
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	(α) Ο νόμος περί μεταδοτικών ασθενειών του γενικότερου κράτους εφαρμόζεται και μέσα στις φυλακές. Ο γιατρός της φυλακής είναι υποχρεωμένος να αναφέρει το περιστατικό και ο κρατούμενος χωρίζεται από τους υπόλοιπους και απομονώνεται με σκοπό την θεραπεία. Απολυμαίνονται χώροι και το περιβάλλον του κρατούμενου ελέγχεται.
	(β) Οι κρατούμενοι μεταφέρονται σε δημόσιες δομές , όταν η θεραπεία δεν είναι εφικτή μέσα στις ιατρικές δομές της φυλακής. Το προσωπικό φύλαξης όμως δεν επαρκεί πάντα και αυτό είναι πρόβλημα. Αν ο κρατούμενος διαγνωσθεί με κάποια πολύ βαριά ασθένεια μεταφέρετε στο νοσοκομείο και η ποινή του διακόπτεται και ο χρόνος θεραπείας δεν προσμετράτε, οπότε δεν υπάρχει ανάγκη φύλαξης. Μετά τη θεραπεία θα συνεχίσει την έκτιση της ποινής.
	(γ) Οι κρατούμενοι έχουν το δικαίωμα θεραπείας. Στη φυλακή δεν υπάρχει επαρκής χωρητικότητα για την απαιτούμενη θεραπεία και οι ασθενείς μεταφέρονται σε εξωτερικούς ψυχιάτρους και σε εξωτερικές ψυχιατρικές κλινικές. Οι μεταφορά τους και ο χρόνος θεραπείας, δεν διακόπτει την έκτιση της ποινής.
	(δ) Προγράμματα συμβουλευτικής θεραπείας πραγματοποιούνται στις περισσότερες φυλακές. Συνεργασία με εξωτερικούς συμβουλευτικούς φορείς δεν αποκλείεται. Στη Γερμανία η πρακτική αντικατάσταση των ναρκωτικών ουσιών με φάρμακα δεν είναι ο κανόνας. Μόνο επιλεγμένες φυλακές προσφέρουν προγράμματα με φαρμακευτική αντικατάσταση των ναρκωτικών ουσιών και αυτό προσφέρεται μονάχα σε κρατούμενος με μικρές ποινές.
ΑΥΣΤΡΙΑ	(α) Οι κρατούμενοι με μεταδιδόμενα νοσήματα, απομονώνονται την περίοδο της θεραπείας τους.
	(β) Οι κρατούμενοι με σοβαρές ασθένειές μεταφέρονται σε ειδικές δομές ή δημόσια νοσοκομεία.
	(γ) Οι κρατούμενοι με ψυχικές ασθένειες μεταφέρονται σε κάποια ειδική δομή. Παρ όλα αυτά ο υπερπληθυσμός αυτών των δομών και οι υλικές συνθήκες δεν είναι σε ικανοποιητικό επίπεδο και για το λόγο αυτό μένουν περισσότερο χρόνο από αυτόν που χρειάζονται για τη θεραπεία.
	(δ) Υπάρχουν εξειδικευμένες φυλακές για χρήστες ναρκωτικών. Σκοπός της δημιουργία των φυλακών αυτών είναι να σταματήσουν οι κρατούμενοι να κάνουν χρήση ουσιών. Ως κανόνας, δίδονται υποκατάστατα ναρκωτικών και ψυχολογική υποστήριξη. Η χωρητικότητα αυτών των φυλακών δεν είναι μεγάλη , που σημαίνει ότι πολλοί κρατούμενοι χρήστες εκτίουν την ποινή τους σε κοινές φυλακές.

Συμπεράσματα – Προτάσεις

Σε παγκόσμιο επίπεδο περί τα 11 εκ. άνθρωποι βρίσκονται σε καταστήματα κράτησης σε οπουδήποτε χρονική στιγμή και πάνω από 30 εκατομμύρια μπεινοβγαίνουν σε καταστήματα κράτησης κάθε χρόνο (Walmsley, 2013). Οι

κρατούμενοι αποτελούν έναν σημαντικό πληθυσμό που δεν έχει μελετηθεί εκτενώς στη βιβλιογραφία. Οι ανάγκες της υγείας τους είναι πολύ μεγαλύτερες από τις ανάγκες του γενικού πληθυσμού, καθώς οι συνθήκες διαβίωσης τους είναι δυσχερείς και η κατάσταση της υγείας τους συνήθως αρκετά χειρότερη από αυτή του γενικού πληθυσμού (Kouyoumdjian et. al 2016).

Η διαχείριση της υγείας των κρατουμένων επηρεάζεται από περιβαλλοντολογικούς, πολιτικούς, κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες, αλλά και από την ίδια τη σωματική και ψυχική κατάσταση των κρατουμένων, λόγω της κατάστασης εγκλεισμού που βιώνουν. Η διαχείριση των θεμάτων υγείας στα σωφρονιστικά καταστήματα αποτελεί θέμα αυξημένης βαρύτητας και θα πρέπει να εναρμονίζεται με τους στόχους του ευρύτερου δημοσίου συστήματος υγείας, δηλαδή να επικεντρώνεται όχι μόνο στην παροχή ιατρονοσηλευτικής φροντίδας, αλλά και στην διασφάλιση της μελλοντικής αποκατάστασης της υγείας των κρατουμένων, ακόμη και μετά την αποφυλάκιση τους.

Η εν λόγω εργασία ανέλυσε την πρόσβαση στην υγεία κρατουμένων εννέα ευρωπαϊκών χωρών, για το έτος 2019 στο γενικότερο πλαίσιο της βιοηθικής και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Η ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων 7 χωρών ανέδειξε πως όσες χώρες έχουν ενσωματώσει την φροντίδα υγείας των κρατουμένων στο εθνικό σύστημα υγείας τους, μπορούν να εγγυηθούν και ίση μεταχείριση και ισότητα πρόσβασης των κρατουμένων στην υγεία, ίδια με εκείνη των ελεύθερων πολιτών. Οι χώρες αυτές είναι η Γαλλία, Ιταλία, Ισπανία, Αγγλία και πρόσφατα η Ελλάδα. Χώρες όπως η Ελλάδα με αρκετές μεν καταδικαστικές αποφάσεις από το Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, πρόσφατα και προκειμένου να ανατρέψουν την άσχημη αυτή εικόνα ενσωμάτωσαν τις Φυλακές στο εθνικό σύστημα υγείας. Άξιο προσοχής, η Γερμανία, που ενεργεί με δύο μέτρα και σταθμά, καθ' όσον σε μερικά μόνο από τα κρατίδια της, υπάρχει υποχρεωτική παρουσία γιατρού, ενώ στα υπόλοιπα από μη εξειδικευμένο προσωπικό, χωρίς ιδιαίτερες ιατρικές γνώσεις και με μια τυπική εκπαίδευση είναι υπεύθυνοι για την υγεία των κρατουμένων. Από την άλλη πλευρά, η εκτέλεση των υπηρεσιών υγείας από Ιδιωτικούς Φορείς και η σύναψη συμβάσεων των φορέων αυτών με το κράτος, όπως γίνεται στην Πορτογαλία, δεν μπορεί να εγγυηθεί την εξασφάλιση των δικαιωμάτων και την πρόσβαση στην Υγεία των κρατουμένων, καθ' όσον το σύστημα αυτό δεν δίνει σταθερότητα και εγγυήσεις για το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών. Στη χειρότερη δε θέση όλων η Πολωνία, που η υγεία των Φυλακών είναι αυστηρά ακόμη υπό τη διοίκηση των φυλακών και υπάγεται στο

υπουργείο Δικαιοσύνης, με κλινικές και νοσοκομεία που προορίζονται μόνο για κρατούμενους, υπό τη διοίκηση του υπουργείου Δικαιοσύνης.

Αντιλαμβανόμαστε μετά την εξέταση των δεδομένων, ότι κοινή συνισταμένη σε όλα τα ευρωπαϊκά κράτη, είναι ότι όπως και να είναι οργανωμένες οι υπηρεσίες υγείας των Φυλακών και όπου και αν υπάγονται διοικητικά αυτές, οι ελλείψεις και η ισότητα πρόσβασης των κρατουμένων σε αυτές είναι κοινή συνισταμένη. Παρατηρούνται σε όλα τα κράτη, ελλείψεις ιατρικού προσωπικού σε σχέση με τον αριθμό των κρατουμένων. Έντονα και τα ιατρικά θέματα που αφορούν την ψυχική υγεία των κρατουμένων, με αυξημένα ποσοστά ασθενών καθώς και ελλείψεις σε εξειδικευμένες υπηρεσίες όπως οδοντίατροι και οπτικοί. Ως γενική εικόνα, στα περισσότερα ευρωπαϊκά καταστήματα υπάρχει ένα γενικός ιατρός, αλλά αυτός δεν επαρκεί λόγω του υπερπληθυσμού. Δεν επαρκεί επίσης και στα εξειδικευμένα ανά ιατρική ειδικότητα προβλήματα υγείας, όποτε συνήθως είναι απαραίτητη η μεταφορά των κρατουμένων σε ειδικές κλινικές για να τους παρασχεθούν οι υπηρεσίες. Στην περίπτωση αυτή ο χρόνος αναμονής είναι μεγάλος και δυσχεραίνεται από την οργάνωση και τα διοικητικά προβλήματα που προκύπτουν για την μεταφορά τους. Σίγουρα από τα παραπάνω δεδομένα γίνονται ζητήματα Βιοηθικής, αφού σε καμία περίπτωση δεν μπορούμε να κάνουμε λόγο για ελεύθερη και ίση πρόσβαση των κρατουμένων σε παροχές υγείας. Το ζήτημα απασχολεί περισσότερο όταν παρατηρείται σε κράτη, με οικονομική ευρωστία, όπως η Γερμανία, η Αυστρία κ.α. Θεσμικά υπάρχουν κανόνες που λύνουν τα Βιοηθικά ζητήματα της ευπαθούς αυτής ομάδας, τα οποία όμως στην πράξη υπάρχουν και όπως επιτάσσει ο νομοθέτης πρέπει να επιλυθούν και να αντιμετωπιστεί το ζήτημα με ανθρωπιστική σκοπιά.

Γενικό συμπέρασμα σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες αναφορικά με τα μεταδιδόμενα νοσήματα, είναι η τήρηση των ευρωπαϊκών και διεθνών κανόνων και η απομόνωση των κρατουμένων σε ειδικά διαμορφωμένους χώρους, μέχρι να θεραπευτούν και με μοναδικό σκοπό της απομόνωσης την θεραπεία τους. Επιπλέον γενικά μέτρα που λαμβάνονται η απολύμανση και η καθαριότητα. Μοναδική εξαίρεση στον κανόνα η Πορτογαλία, ειδική περίπτωση όπου δεν προβλέπεται η απομόνωση και δεν δίδεται ιδιαίτερη βαρύτητα στις μεταδοτικές νόσους.

Αναφορικά δε με τις βαριές ασθένειες (χειρουργεία κ.ά.), ο κανόνας σε όλα τα ευρωπαϊκά κράτη, είναι πως αυτοί σε περίπτωση που οι δομές υγείας εντός των φυλακών αδυνατούν να τους παράσχουν ιατρική φροντίδα, η μεταφορά τους σε εξωτερικά νοσοκομεία και κλινικές, πάντοτε φυλασσόμενοι. Η οργάνωση της

μεταγωγής τους στις εξωτερικές κλινικές, όμως καθυστερεί λόγω έλλειψης προσωπικού φύλαξης και γενικά λόγω γραφειοκρατικών θεμάτων μέχρι να οργανωθεί η μεταγωγή. Ακόμη μια φορά εξαίρεση αποτελεί η Πορτογαλία η οποία αναφέρει πως οι κρατούμενοι έστω και με βαριές ασθένειες, σπανίως μεταφέρονται εκτός των φυλακών. Παρατηρούμε στον τομέα αυτό, ελλιπή πρόσβαση των κρατουμένων στον τομέα της υγείας, λόγω έλλειψης πόρων και οργάνωσης. Αν επιλυθεί και η αμεσότητα πρόσβασης στην υγεία, μειωθούν οι χρόνοι αναμονής, τότε με ασφάλεια θα μπορούσαμε να πούμε πως α κράτη συμμορφώνονται με τα ευρωπαϊκά και διεθνή πρωτόκολλα.

Αναφορικά δε με τους κρατούμενους που έχουν ψυχιατρικά προβλήματα, αν αυτοί τα είχαν πριν εγκληματήσουν σε βαθμό ώστε να κριθούν ακατάλληλοι για δικαστική κρίση (ακαταλόγιστο), δεν δικάζονται αλλά οδηγούνται απ ευθείας σε ψυχιατρικές μονάδες. Κρατούμενοι που κρίθηκαν από τη Δικαιοσύνη, εκτίουν την ποινή τους στη φυλακή και αν επιδεινωθούν, μεταφέρονται σε ειδικές ψυχιατρικές μονάδες εκτός των φυλακών, φρουρούμενοι. Εδώ παρατηρείται έλλειψη υποδομών, αφού στις περισσότερες χώρες οι δομές αυτές δεν έχουν θέρμανση, κοιμούνται στο πάτωμα σε στρώματα για να μην αυτοτραυματιστούν για λόγους ασφαλείας και δεν υπάρχουν στα κελιά τουαλέτες. Συνεπώς είναι εμφανές ότι δεν ακολουθούνται οι ενδεδειγμένη μέθοδοι θεραπείας. Όλες οι χώρες κάνουν λόγο για έντονη χορήγηση ψυχοφαρμάκων, προκειμένου να ηρεμήσουν τους κρατούμενους και να καλύψουν το πρόβλημα υγείας. Εξ αίρεση προς το χειρίστο για ακόμη μια φορά η Πορτογαλία, η οποία αναφέρει ότι κρατούμενοι με ψυχιατρικά θέματα συνεχίζουν αν συμβιώνουν με άλλους κρατούμενους στη φυλακή και σπανίως και μόνο σε βαρύτατες περιπτώσεις οδηγούνται σε ειδικές ψυχιατρικές κλινικές.

Τέλος ως προς τους χρήστες ναρκωτικών παρατηρείται ότι μόνο η Ιταλία,, η Πολωνία και η Αυστρία διαθέτουν ειδικές φυλακές προσαρμοσμένες στους χρήστες ναρκωτικών ουσιών. Κοινή πρακτική πάντως όλων των κρατών, με εξαίρεση τη Γερμανία, είναι όπου και αν κρατούνται οι χρήστες, η χρήστη υποκατάστατων φαρμακευτικών ουσιών που χορηγούνται στους χρήστης με την πιο κοινή χρήση της μεθαδόνης και η υλοποίηση συμβουλευτικών προγραμμάτων. Η μετακίνηση των κρατουμένων, λόγω του υπερπληθυσμού πολλές φορές διακόπτει το πρόγραμμα και ο χρήστης δεν ευνοείται. Εξαίρεση στον παραπάνω κανόνα η Γερμανία, η οποία λειτουργεί μόνο συμβουλευτικά και δεν κάνει χρήση υποκατάστατων φαρμακευτικών ουσιών, παρά μόνο σε ακραίες περιπτώσεις. Παρατηρείται επίσης κοινό πρόβλημα με

την επανάχρηση συρίγγων ανάμεσα στους κρατούμενους χρήστες, γεγονός που εφιστά την προσοχή για μεταδιδόμενα νοσήματα.

Τα θέματα που αναπτύσσονται στην παρούσα εργασία καταδεικνύουν την περιπλοκότητα που παρουσιάζει ο κόσμος των φυλακών και την ανάγκη τήρησης των οικουμενικών κανόνων για τα ανθρώπινα δικαιώματα στα οποία συμπεριλαμβάνεται και το δικαίωμα στην Υγεία και την ισότητα πρόσβασης σε αυτή. Η άσκηση Ιατρικής στα Σωφρονιστικά Καταστήματα θα πρέπει να πραγματώνεται μέσα σε ένα ηθικό πλαίσιο. Αυτό το ηθικό πλαίσιο πρέπει να εφαρμόζεται οικουμενικά και αυτή η οικουμενικότητα εξασφαλίζεται από τα διεθνή κείμενα για τα ανθρώπινα δικαιώματα. Χωρίς ένα τέτοιο ισχυρό πλαίσιο, η παροχή σε μια ομάδα ανθρώπων μεγάλης εξουσίας πάνω σε μια άλλη ομάδα είναι κάτι που μπορεί εύκολα να οδηγήσει σε κατάχρηση εξουσίας. Η άσκηση της Ιπποκρατικής Επιστήμης εντός των φυλακών, χωρίς να έχει προηγηθεί η εξέταση ηθικών παραμέτρων, μπορεί να οδηγήσουν σε σοβαρή έλλειψη ανθρωπισμού.

Το δικαίωμα στην υγεία είναι ευρύτερο και ποσοτικά διαφορετικό από το δικαίωμα στη σωματική ακεραιότητα, διότι αναφέρεται στη συνολική κατάσταση της ψυχοσωματικής ισορροπίας του ατόμου. Η ψυχοσωματική ισορροπία του έγκλειστου βλάπτεται λόγω των άσκημων σκέψεων, των αισθημάτων και των εμπειριών του μέσα στη φυλακή και εμφανώς επηρεάζει την κατάσταση της υγείας του και τον κατατάσσει στις ευάλωτες ομάδες.

Συμπερασματικά και με αποκλειστικό σκοπό τη διασφάλιση των δικαιωμάτων υγείας που επιτάσσουν οι Διεθνείς Κανονισμοί και η Εθνική μας νομοθεσία θα πρότεινα την αποσυμφόρηση του πληθυσμού των φυλακών, την στελέχωση τους με μόνιμο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, την υιοθέτηση νέων τεχνολογιών διάγνωσης ασθενειών με τη μέθοδο της τηλεϊατρικής, την αυστηρή τήρηση ηλεκτρονικών ιατρικών φακέλων για όλους τους κρατούμενους και την άμεση πρόσβαση του ιατρικού προσωπικού σε αυτούς, την διατήρηση της ψυχοσωματικής τους υγείας με την μέθοδο της πρόληψης όπως ψυχαγωγία και εκγύμναση και ψυχολογική παρακολούθηση, την βελτίωση των συνθηκών σίτισης και διαβίωσης σε θέματα υποδομών και τέλος τη δημιουργία Σχολής Εκπαίδευσης του προσωπικού του Σωφρονιστικού Συστήματος.

Κλείνοντας, παραθέτω τη ρήση ενός φημισμένου πρώην κρατούμενο και πρώην Πρόεδρο της Νοτίου Αφρικής, τον NelsonMandela « Λένε ότι κανείς δεν γνωρίζει πραγματικά μια χώρα, αν δεν βρεθεί πρώτα μέσα στις φυλακές της. Μια χώρα πρέπει

να κρίνεται με βάση τη μεταχείριση την οποία επιφυλάσσει όχι στους πλέον ευυπόληπτους πολίτες της, αλλά στους πλέον ανυπόληπτους ».

Βιβλιογραφία

[1] E. Sakelliadis, S. Papadodima, G. Leon and x. Spiliopoulou. Medical practice in Greek prisons: Ethical and legal aspects ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2008, 25(5):566-576

[2] Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, Ν 3418/2005

[3] International covenant on economic, social and cultural rights. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (<http://www.ohchr.org/english/law/cescr.htm>, accessed 15 September 2006)

[4] Committee of Ministers of the Council of Europe (2006). Recommendation R(2006)2 of the Committee of Ministers to Member States on the European Prison Rules (adopted 11 January 2006). Strasbourg, Council of Europe.]

[5] Σύνταγμα της Ελλάδος

[6] Σωφρονιστικός Κώδικας. Ν 2776/1999 (άρθρο 4, παρ. 1, 2)

[7] Ίδρυση Οργανισμού Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία Ν. 4715/2020 ΦΕΚ 149 Α

[8] Cheliotis, L. K. (2012, forthcoming) 'Suffering at the Hands of the State: Conditions of Imprisonment and Prisoner Health in Contemporary Greece', *European Journal of Criminology* 9(1).

[9] Κ. Καβάφης Τείχη (Ποιήματα 1897-1933)

[10] «Οργάνωση και λειτουργία των ιατρείων των σωφρονιστικών ιδρυμάτων: Μελέτη περίπτωσης του ιατρείου του κλειστού καταστήματος κράτησης Πατρών. Γιαννοπούλου Παναγιώτα Α.Μ 2009032 Επιβλέπων καθηγητής :Ιωάννης Παπουτσής. Δεκέμβριος 2017

[11] 1469/2015 ΔΕΦ ΑΘ (Τμήμα 20^ο Τριμελές) Τράπεζα Νομικών Πληροφοριών ΝΟΜΟΣ

[12] ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ 23.5.2017 ΚΟΙΝΩΝΙΑ Χαρτογράφηση Κρατούμενων στις Φυλακές

[13] Συνήγορος του Πολίτη Θέμα: Νοσοκομείο Κρατουμένων Κορυδαλλού «Ο ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ», 26 Οκτωβρίου 2012 /Αριθμ. Πρωτ.: 146252/37894/2012

- [14] Συνήγορος του Πολίτη Θέμα: Ανθρώπινες συνθήκες διαβίωσης και αποφόρτιση των φυλακών 22 Μαΐου 2013/Αριθμ. Πρωτ.: 149963/20277/2013
- [15] Βιοηθική Προβληματισμοί στην Ιατρική Δεοντολογία. Αρχιμανδρίτης Μακάριος Γρινιεζακής – Άννα Μαυροφόρου- Γιαννούκα Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας
- [16] Ιατρική ευθύνη και ηθική Άννα Μαυροφόρου- Γιαννούκα Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας
- [17] COVID-19 Cases and Deaths in Federal and State Prisons - 602 JAMA August 11, 2020 Volume 324, Number 6/ Published online July 8 2020 doi :10.1001/jama.2020.12528 Brendan Saloner, PhD Kalind Parish, MA Julie A. Ward, MN, RN Grace DiLaura, JD Sharon Dolovich, JD, PhD
- [18] Flattening the Curve for Incarcerated Populations — Covid-19 in Jails and Prisons Matthew J. Akiyama, M.D., Anne C. Spaulding, M.D., and Josiah D. Ric - The New England Journal of Medicine / n engl j med 382;22 nejm.org May 28, 2020/ From the Department of Medicine, Divisions of General Internal Medicine and Infectious Diseases, Albert Einstein College of Medicine and Montefiore Medical Center, Bronx, NY (M.J.A.); the Department of Epidemiology, Rollins School of Public Health, Emory University, Atlanta (A.C.S.); and the Departments of Medicine and Epidemiology, Division of Infectious Diseases, Brown University and the Miriam Hospital, Providence, RI (J.D.R.).
- [19]FREESUNDAY 19.04.2020 «Μάχη με τον χρόνο να μείνει ο κορονοϊός έξω από τις φυλακές»
- [20]ΤΟ ΒΗΜΑ ΣΑΒΒΑΤΟ 31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2020 “ Κορωνοϊός: Η... κανονικότητα επιστρέφει και στις φυλακές”.
- [21] « Η Διερεύνηση της Αποδοχής του νέου Συστήματος Τηλεϊατρικής στην Κρήτη από τους Εμπλεκόμενους Φορείς και τους Ασθενείς », Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου Σχολή Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητα ζωής Τμήμα Νοσηλευτικής Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών « Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων » Μπαλτά Σοφία Νοσηλεύτρια Τ.Ε. Επιβλέπουσα Καθηγήτρια Αθηνά Λαζακίδου
- [22] Title: Improving care quality with prison telemedicine: the effects of context and multiplicity on successful implementation and use- First authors: Chantal Edge, UCL Collaborative Centre for Inclusion Health Correspondence details: c.edge@ucl.ac.uk 2019 - journals.sagepub.com

- [23] Ευρωπαϊκή Επιτροπή για την Πρόληψη των Βασανιστηρίων και της Απάνθρωπης ή Ταπεινωτικής Μεταχείρισης ή Τιμωρίας (ΕΠΒ) CPT στο Απόσπασμα από τη 3η Γενική Έκθεση, δημοσιεύθηκε το 1993 με θέμα Υγειονομικές υπηρεσίες στις φυλακές (*CPT/Inf(93)12-patr*)
- [24] Η με αριθμ. Πρωτ. 2610-11/09/2018 εισήγηση της ομάδας εργασίας, η οποία συγκροτήθηκε με την Κ/Υ.Α. 3506οικ./21-2-2017 (Α.Δ.Α. 6 ΦΨΘΩ-ΑΘΞ), με αντικείμενο τη μελέτη και την παρακολούθηση ζητημάτων που αφορούν την υγειονομική κάλυψη των καταστημάτων κράτησης στην Ελλάδα.
- [25] Εγχειρίδιο για το σωφρονιστικό προσωπικό «Η διοίκηση των φυλακών. Μια θεώρηση υπό το πρίσμα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων ».Συγγραφέας Andrew Coyle - Επιστημονική επιμέλεια: Νικόλαος Κ. Κουλούρης
- [26] Διπλωματική Εργασία «Ηλεκτρονική Υγεία-Προστασία των δεδομένων του ασθενή- Νομικά και Ηθικά Ζητήματα» Αναστασιάδου Μαριάννα - Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Ε. Συμεωνίδου -Καστανίδου Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης Σχολές Ιατρικής – Οδοντιατρικής και Τμήματα Νομικής και Θεολογίας. Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών « Σύγχρονες Ιατρικές Πράξεις. Δικαική Ρύθμιση και Βιοηθική Διάσταση ».
- [27](Επιστημονικά Χρονικά 2012;17(1):32-35)Ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος: η σύγχρονη μέθοδος αρχειοθέτησης και διαχείρισης των διδόμενων του ασθενήΑ. Μαρίνης, Ε. Ευσταθίου, Τάμμο-ΡόζενΜαρίνου, Σ. Ρίζος /Α΄ Χειρουργική Κλινική, «Τζάνειο» ΓΝΠ
- [28]Τα Οικονομικά του Εγκλήματος Στέργιος Αλεξιάδης 2010 Εκδόσεις ΣάκκουλαΑθήνα- Θεσσαλονίκη
- [29]Contextualising the pervasive impact of macroeconomic austerity on prison health in England: a qualitative study among international policymakers Ismail BMC Public Health (2019) 19:1043 <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7396-7>
- [30]Θέματα Υγείας στα Καταστήματα Κράτησης. Η περίπτωση διαχείρισης του Σακχαρώδη Διαβήτη. Ναυσικά Μπελλαλή. Νοσηλεύτρια MSc Π.Γ.Ν. Λάρισας. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 2014, 7(3) :6-16
- [31]Σωφρονιστική μεταχείριση και δικαιώματα των τελούντων υπό κράτηση προσώπων Μαρία Ανδρ. Γαλανού Εκδόσεις Σάκκουλα Αθήνα- Θεσσαλονίκη 2011
- [32] Σχολή Κοινωνικών Επιστημών ΠΜΣ Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής Κατεύθυνση Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας Διπλωματική Εργασία. Θέμα: "Οι

πολιτικές υγείας και η υγειονομική περίθαλψη στα καταστήματα κράτησης": Θεσμικό πλαίσιο - δομές και τρόποι εφαρμογής. Σπυρίδων Καταγής -Κόρινθος, Οκτώβριος, 2018

[33]Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Καβάλας Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Οικονομίας Τμήμα Λογιστικής Πτυχιακή Εργασία Θέμα Αξιολόγηση Ελληνικών Ιστοχώρων Μοναδών Υγείας – Ζλάτκου Δήμητρα Εισηγητής Σταυρός Βαλσαμίδης Καβάλα 2006

[34] Council of Europe Ref DC 061 (2020) Greece: Reforming prison system and ending police ill treatment are urgent priorities, says Council of Europe anti-torture committee CPT STRASBOURG 9 APRIL 2020

[35] WHO Prisons and health: Partnership for Health in the Criminal Justice System[<https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/2020/fact-sheet-health-in-prisons-2020>]

[36] World Health Organization Regional Office for Europe WHO Leaving no one behind in prison health: the Helsinki conclusions (2020).(6th Prison Health Conference. Prison health systems: the interface with wider national health systems. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019) (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/405870/Report-HIPP-6th-Conference-March-2019-Finalto-publish.pdf)

[37] (Resolution adopted by the General Assembly on 21 December 2010 [on the report of the Third Committee (A/65/457)] 65/229. United Nations Rules for the Treatment of Women Prisoners and Non-custodial Measures for Women Offenders (the Bangkok Rules) Sixty-fifth session Agenda item 105 Distr.: General 16 March 2011 General Assembly United Nations).

[38] <https://www.prisonstudies.org/> World Prison Brief Data

[39](Οι αυτοκτονίες στις φυλακές και η πρόληψη | Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ <https://www.kathimerini.gr> 20.02.2018)

[40] Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention: interim guidance, 8 February 2021. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

[41] Aebi, M. F. & Tiago, M. M. (2020). Prisons and Prisoners in Europe in Pandemic Times: An evaluation of the shortterm impact of the COVID-19 on prison populations. Strasbourg: Council of Europe. © Council of Europe & University of Lausanne, 2020

Reproduction is authorised, except for commercial purposes, provided that the source is acknowledged.

[42] (Observatoriobalcani § caucasotranseuropa «Greece and COVID-19, in prisons isolation is not enough »Greece's overcrowded prison system provides poor protection for prisoners against the coronavirus epidemic. At the moment, there are no cases reported in prisons, but late intervention is likely to prove useless and harmful09/04/2020 - Elvira Krithari Atene)\

[43] Αποστολάκης Ι, 2002: Πληροφοριακά Συστήματα Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

[44] (Braun Virginia& Clark Victoria (2006) Usingthematicanalysisinpsychology. QualitativeResearchinPsychologypp77-101.ISSN 1478-0887.),

[45] (Π.ΓαλάνηςΑνάλυσηδεδομένωνστηνποιοτικήέρευναΘεματικήανάλυσηData analysis in qualitative research: Thematic analysis www.mednet.gr/archives ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE: ISSN 11-05-3992, 35(3):416-421 ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2018, 35(3):416-421)

[46] Επιστημονικό Περιοδικό TheArtofCrime Τεύχος Μάϊος 2017 Νομολογία Οι ελληνικές φυλακές ως πεδίο παραβίασης του ά. 3 της ΕΣΔΑ Ελένη Τσουνάκου – Ρουσιά Μ.Δ.Ε. Ποινικού Δικαίου ΕΚΠΑ).

[47] Αδαμόπουλος, Δ, 2002: Τηλεματική, Διαδίκτυα και Κοινωνία, Τόμος Α, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο Σχολή Θετικών Επιστημών και Τεχνολογίας, Πρόγραμμα σπουδών Πληροφορικής, Πάτρα.

[48] (<http://ar2004.emcdda.europa.eu>).
<http://coe.int>

[49] Walmsley R. World prison population list. 10th ed. London, UK: International Centre for Prison Studies; 2013.

[50] Fiona Kouyoumdjian, Andrée Schuler, Flora I. Matheson and Stephen W. Hwang Canadian Family Physician March 2016, 62 (3) 215-222;

[51] Fazel, S. & Baillargeon, J. (2011). The health of prisoners. Lancet, 377(9769), 956-65

[52] Marshall, T., Simpson, S. & Stevens, A. (2000). Health in Prisons: A health Care needs assessment. Department of Public Health & Epidemiology, Public Health Building University of Birmingham.

[53] Moore, J. (2005). Public Health behind Bars: Health Care for Jail Inmates. PopylarGovernment.