

Специальный доклад

**Уполномоченного по правам человека в
Московской области**

**«О соблюдении прав граждан, содержащихся
в местах принудительного содержания, на
медицинскую помощь»**

2012 г.

Доклад подготовлен в соответствии с пунктом 2 статьи 11 Закона Московской области от 12.01.2001 №4/2001-ОЗ «Об Уполномоченном по правам человека в Московской области».

Около 750000 человек содержатся под стражей и отбывают наказание в учреждениях уголовно-исполнительной системы Российской Федерации (УИС). На территории Московской области действуют 10 следственных изоляторов (СИЗО), одно помещение, функционирующее в режиме следственного изолятора (ПФРСИ) при исправительной колонии, 6 исправительных учреждений (ИУ): 3 исправительных колонии общего режима (две из них для женщин), 2 колонии-поселения и 1 воспитательная колония. В них содержатся около 6700 человек, среди которых 140 несовершеннолетних и более 1200 женщин. В Доме ребёнка при Можайской женской исправительной колонии ИК-5 находятся в течение года от 70 до 100 детей осужденных женщин в возрасте до трёх лет.

Содержащиеся в учреждениях УИС люди чаще других болеют социально-опасными заболеваниями и особо нуждаются в медицинской помощи. Представление Генеральной прокуратуры Российской Федерации в адрес директора ФСИН России «Об устранении нарушений законодательства об обеспечении права осуждённых и лиц, заключённых под стражу, на получение квалифицированной медицинской помощи» свидетельствует, что свыше 90 процентов заключённых под стражу и осуждённых имеют различные заболевания, включая туберкулёз, гепатит, ВИЧ-инфекцию.

Статистический показатель заболеваемости туберкулёзом в учреждениях Управления Федеральной службы исполнения наказаний по Московской области (УФСИН) составил в 2011 году 1116,7 на 100 тысяч «тюремного» населения, что в 27,5 раза больше, чем среди населения Московской области (40,59 на 100 тысяч). Смертность от этого заболевания выше общеобластных показателей почти в 5 раз (36,1 на 100 тысяч против 7,55).

В 2011 году в учреждениях УФСИН содержалось 459 ВИЧ-инфицированных граждан. Для сравнения во всей Московской области зарегистрирован 2591 инфицированный. Показатель психических расстройств составил в 2011 году: в СИЗО - 1181,7 на 100 тысяч, в ИУ - 1533,8 на 100 тысяч, что почти в 6 раз больше, чем среди населения Московской области (247,0 на 100 тысяч).

Сохранение здоровья людей в местах принудительного содержания является важным звеном в системе национальной безопасности Российской Федерации. От организации медицинского обеспечения в следственных изоляторах и колониях зависит здоровье подозреваемых, обвиняемых, осуждённых и в немалой степени самочувствие населения страны в целом.

По мнению Генеральной прокуратуры России, изложенном в вышеуказанном представлении, состояние медицинских частей ФСИН не позволяет организовать лечебный процесс надлежащим образом; оснащение

медицинским оборудованием не соответствует существующим стандартам. Посещение Уполномоченным и сотрудниками аппарата учреждений УФСИН, рассмотрение обращений позволяют назвать основные причины жалоб людей, содержащихся под стражей и отбывающих наказание в виде лишения свободы (заключенных), в сфере здравоохранения: неоказание медицинской помощи; отказ в направлении на стационарное лечение; низкая доступность специализированной и узкоспециализированной медицинской помощи; недостаток лекарственных средств; нарушение санитарных норм и правил; трудности в прохождении медико-социальной экспертизы на предмет установления инвалидности; невозможность реализовать право на освобождение по болезни.

Наибольшее количество жалоб на недоступность либо низкое качество медицинской помощи связано с отсутствием в учреждениях пенитенциарной системы в необходимом объеме соответствующего медицинского оборудования, медикаментов, специалистов, бездушным отношением персонала. Жалобы поступали от граждан, содержащихся в СИЗО-1 (г. Ногинск), СИЗО-2 (г. Волоколамск), СИЗО-3 (г. Серпухов), СИЗО-10 (г. Можайск), СИЗО-12 (г. Зеленоград), ПФРСИ при исправительной колонии ИК-1 (п. Новогришино) и других учреждений. В большинстве случаев проверки показали их обоснованность.

Например, сотрудники аппарата Уполномоченного совместно с членами Общественной наблюдательной комиссии Московской области по общественному контролю за обеспечением прав человека в местах принудительного содержания и содействия лицам, находящимся в местах принудительного содержания, изучили соблюдение прав людей на медицинскую помощь в СИЗО-12. Заключённые в личных беседах пояснили, что медицинский работник не производит ежедневный обход. Заявления об оказании медицинской помощи реализуются с задержкой в несколько дней, только после приезда врача из УФСИН, или не исполняются совсем. Необходимые лекарства зачастую отсутствуют. При жалобах на ухудшение самочувствия или болевые симптомы лекарственные препараты выдаются не медицинскими работниками, а контролёрами режимного корпуса. Выданные таким образом лекарства не всегда соответствуют заболеванию, как например, аспирин, полученный «язвенником» заключенным Р. Врач-стоматолог не оказывает медицинскую помощь в полном объёме. Больные зубы вместо лечения стоматолог удаляет, ссылаясь на отсутствие в учреждении условий для лечения и исправного оборудования. Здравпункт медицинскими работниками не укомплектован. Из десяти штатных должностей шесть вакантны, ряд сотрудников осуществляет свою деятельность по совместительству. При посещении учреждения из медицинского персонала был замечен лишь один фельдшер, а приём пациентов вёл врач, прибывший из медицинского отдела УФСИН.

Условия проживания в учреждении не способствуют здоровому образу жизни и предупреждению заболеваемости. Реальная наполняемость камер на 12 процентов выше нормативной. Не все заключённые обеспечены спальными местами и посудой.

Рассмотрение обращения родственников Ш., содержащегося под стражей в СИЗО-10, показало, что жалобы заключённого на состояние здоровья персоналом игнорировались. Ш. не мог получить врачебную помощь и лекарства. После вмешательства Уполномоченного Ш. был осмотрен врачом-специалистом, получил необходимую медицинскую помощь и лекарства.

В общепризнанных международных актах - таких как Всеобщая Декларация прав человека, Международный пакт о гражданских и политических правах, Конвенция о правах ребёнка и Конвенция против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания, Минимальные стандартные правила обращения с заключёнными ООН от 1957 года, Свод принципов по защите всех лиц, находящихся под любой формой задержания или заключения 1980 года, Основные принципы обращения с заключёнными 1990 года, Минимальные стандартные правила ООН по отправлению правосудия для несовершеннолетних (известные как Пекинские правила), Правила ООН, касающиеся защиты несовершеннолетних, лишённых свободы, (известные как Гаванские правила) 1990 года - признаётся, что политика пенитенциарных учреждений в области здравоохранения должна быть неотъемлемой частью национальной политики здравоохранения, совместимой с ней. Заключённые должны иметь доступ к услугам в области здравоохранения, имеющимся в стране, без какой-либо дискриминации на основании их правового положения, все необходимые медицинские, хирургические и психиатрические услуги.

К сожалению, в полной мере требования международного сообщества не выполняются. За непредоставление в местах изоляции соответствующего медицинского обслуживания Европейским Судом по правам человека неоднократно принимались решения в отношении Российской Федерации о выплате пострадавшим денежных компенсаций (Кожокар против России, № 33099/08; Гладкий против России, № 3242/03; Ромохов против России, № 4532/04 и другие).

Изучение международного опыта стран СНГ, Европы, США свидетельствует о наличии разных подходов в организации медицинского обслуживания в пенитенциарных службах.

Так, реализацию функции медицинского обслуживания можно условно разделить на три модели:

1. Ведомственную, при которой персонал, оказывающий медицинскую помощь в исправительных учреждениях, находится в штате и управлении уголовно-исполнительной системы. Концентрация кадровых, материальных, финансовых активов системы пенитенциарного здравоохранения находится в распоряжении системы исполнения наказаний. Нормативное правовое сопровождение порядка медицинского обеспечения и оценки его качества, как правило, также закреплено за системой исполнения наказаний. В настоящее время данная система существует в России, странах СНГ, Азии, некоторых странах Европы (Ирландия, Албания). Основным преимуществом ведомственной системы являются относительно низкие финансовые затраты. Также имеются преимущества в соблюдении

режимных мероприятий в учреждениях и в более высокой социальной защищённости медицинского персонала УИС. Например, во многих странах с целью привлечения и сохранения медицинского персонала, в уголовно-исполнительной системе предусмотрен ряд мотивационных мер (предоставление служебного жилья, осуществление медицинского страхования медицинских работников и другие).

При всех положительных моментах ведомственная система имеет серьёзные недостатки. Так, наличие аттестованных медицинских сотрудников, закрытость системы, недостаток внешнего контроля за медицинским обеспечением надзорными органами и независимыми общественными организациями обуславливает так называемую «двойную лояльность», то есть, необходимость соблюдения интересов руководства учреждений и органов УИС во вред интересам больного, содержащегося в местах лишения свободы, а также возможное использование болезни и отказ в лекарствах в качестве метода воздействия. Отмечается также низкая преемственность медицинской помощи и активной диспансеризации больных с социально-значимыми заболеваниями после освобождения.

2. Вневедомственную – оказание медицинской помощи осуществляется сторонними организациями (коммерческими или гражданской системой здравоохранения). Помощь оказывают медицинские учреждения, не находящиеся в подчинении пенитенциарной системы. Финансирование может быть организовано по различным схемам, при этом чем ближе объём медицинского обеспечения к национальным стандартам, тем дороже он обходится государству и превышает аналогичные затраты в гражданском здравоохранении. Данная модель успешно существует в Норвегии, Англии, Франции, Австралии.

В переходном периоде Испания и Шотландия. При наличии такой системы создаются условия для повышения качества медико-санитарной помощи заключённым, появляются возможности дальнейшего развития и совершенствования системы защиты прав заключённого на оказание качественной медицинской помощи. Заключённые имеют такой же статус, как и все граждане страны. Медицинские работники взаимодействуют с администрацией исправительных учреждений, но независимы от нее. При такой системе предоставляется более качественная медико-санитарная помощь в местах лишения свободы, обеспечивается преемственность в оказании медицинской помощи освобожденным заключённым.

К её недостаткам можно отнести сложность управления, утрату специфических знаний, которые имелись у тюремных медицинских работников, и высокую стоимость медицинского обеспечения осуждённых относительно других граждан.

3. Смешанный вариант – применяемый в США, характеризующийся сочетанием организационных компонентов обеих вышеуказанных систем. Исправительные учреждения федерального уровня финансируются из бюджета государства, медицинские работники находятся в подчинении федерального органа исполнительной власти (например, Министерства юстиции), являются государственными служащими, имеющими соответствующие звания, что

гарантирует их высокую социальную защищённость. Медицинское обеспечение осуждённых в исправительных учреждениях в некоторых штатах (округах) построено так же, как и на федеральном уровне, но финансирование осуществляется из бюджета штата. Медицинскую помощь оказывают коммерческие организации, взявшие обязательства по медицинскому обеспечению в рамках выделяемых средств. К достоинствам данной системы, в какой-то мере, можно отнести указанные выше преимущества ведомственной и вневедомственной системы. Аналогичная картина обстоит и с недостатками. В докладе Комитета против пыток ООН от 23 ноября 2006 года были даны рекомендации для Российской Федерации о создании медицинской службы мест лишения свободы, независимой от Министерства внутренних дел и Министерства юстиции. В России до настоящего времени сохраняется ведомственная система здравоохранения. Медицинская помощь осуждённым организована через систему лечебных и лечебно-исправительных учреждений. В следственных изоляторах, исправительных учреждениях в качестве структурных подразделений функционируют медицинские части. Длительное время российская система исполнения наказания не менялась, декларировалась как исправительная. Задачи исполнения наказаний всегда превалировали над интересами охраны здоровья осуждённых. Вопрос о человеческом достоинстве не ставился, так как он противоречил всей исправительной модели. Численность заключённых в Российской Федерации несоизмеримо больше, чем в западноевропейских странах: в 6-8 раз, чем в большинстве стран Западной Европы и в 9-13, чем в Скандинавии. Основная проблема пенитенциарной системы России - перенаселённость мест заключения. Люди попадают за решётку за преступления, которые в большинстве стран мира не предполагают лишения свободы. Эта система дорого обходится государству и представляет опасность для всего общества, в которое из тюрем возвращаются физически и нравственно больные люди.

В сознании большинства российских граждан само по себе лишение свободы не является основным содержанием наказания. Оно ассоциируется главным образом с нахождением заключённого в физически и психологически тяжёлых условиях. В настоящее время ФСИН России разработана и проходит экспериментальное опробование модель внутриведомственного совершенствования организационно-структурного построения медицинской службы. Модель предполагает создание единой, централизованной системы, включающей в себя: структурное подразделение ФСИН России, осуществляющее прямое руководство всем медико-санитарным обеспечением, и непосредственно подчиненные ему многопрофильные лечебно-профилактические учреждения. При этом медицинские подразделения выводятся из подчинения начальников следственных изоляторов и исправительных учреждений. Люди, попавшие в места изоляции, ограничены законодательством только в строго определённом перечне прав. Такие конституционные права, как право на жизнь, здоровье, личную неприкосновенность и другие неотъемлемые права человека и гражданина, закреплённые международно-правовыми актами и Конституцией России, не могут быть ограничены.

Вместе с тем ряд прав и гарантий людям, попавшим в учреждения УФСИН, не доступен.

Конституционное право граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь детализировано в Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Закон провозглашает гарантии охраны здоровья для всех граждан без дискриминации, независимо от пола, расы, возраста, национальности, языка, наличия заболеваний, состояний, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям и других обстоятельств.

Одним из основных принципов охраны здоровья в соответствии с законом является доступность и качество медицинской помощи, которые обеспечиваются в первую очередь наличием необходимого количества медицинских работников и уровнем их квалификации; возможностью выбора медицинской организации и врача.

Каждый имеет право как на бесплатную помощь в соответствии с программой государственных гарантий, так и на получение платных медицинских услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования.

Для получения медицинской помощи граждане Российской Федерации имеют право на выбор врача и медицинской организации, свободно приобретать лекарства без ограничений либо по рецепту врача. При оказании медицинской помощи основной приоритет - интересы пациента. Права осуждённых и лиц, содержащихся под стражей, в сфере здравоохранения регулируются как отраслевым законодательством об охране здоровья, так и в рамках уголовно-исполнительного права. Наряду с вышеуказанным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» они закреплены рядом законодательных актов, среди которых Федеральный закон № 103-ФЗ «О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений», Уголовно-исполнительный кодекс Российской Федерации, совместный приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 640 и Министерства юстиции Российской Федерации № 190 от 17 октября 2005 г. «О порядке организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключённым под стражу», приказ Министерства юстиции Российской Федерации от 16 августа 2006 г. № 263 «Об утверждении перечней лечебно-профилактических и лечебных исправительных учреждений уголовно-исполнительной системы для оказания медицинской помощи осуждённым» и ряд других нормативных правовых актов. На практике приоритетно используются нормы уголовно-исполнительного права.

Основными принципами деятельности медицинских служб УИС является обеспечение:

- соблюдения прав подозреваемых, обвиняемых и осуждённых на охрану здоровья и государственных гарантий на бесплатную медицинскую помощь;
- приоритета профилактических мер в области охраны здоровья;
- доступности медицинской помощи.

В отличие от основных принципов охраны здоровья, закреплённых Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», не упомянут приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи. Не удивительно, что он системно нарушается. Особенностью реализации заключёнными права на охрану здоровья в системе исполнения уголовных наказаний является власть субъекта, обязанного оказывать медицинскую помощь; подчинённость системы здравоохранения режимным требованиям и оперативным службам; закрытость учреждений УИС; невозможность выбора медицинского учреждения, лечащего врача и медицинских препаратов.

Значительная часть врачей и все руководители медицинских частей являются кадровыми сотрудниками Федеральной службы исполнения наказаний. В своих действиях наряду с профессиональным долгом они вынуждены руководствоваться приказами тюремного начальства. Объективные медицинские показатели о неудовлетворительном состоянии здоровья недостаточны для самостоятельного принятия врачом решения о лечении заключенного, которое необходимо согласовывать с руководством.

Ведомственное правовое регулирование допускает привлечение медицинских работников к исполнению иных обязанностей, кроме лечения заключённых. Назначение на врачебные должности в места изоляции осуществляется руководством УИС, что ставит врача в зависимое положение и ведёт к необходимости выбора между соблюдением служебных интересов с одной стороны и прав пациента - с другой.

Тайна диагноза не соблюдается – любая медицинская информация о заключённых доступна без их согласия третьим лицам. В числе приоритетов «тюремной медицины» не находится места качеству и доступности медицинской помощи, поскольку они не могут быть реализованы при существующей системе.

Лица, содержащиеся в учреждениях УИС, отлучены от системы обязательного медицинского страхования, не могут лично осуществить выбор страховой медицинской организации, медицинского учреждения, врача и объёма медицинской помощи. Нет чётко прописанного гарантированного объёма бесплатной медицинской помощи, что обусловлено невовлечённостью медицинской службы УИС и обслуживаемого ею контингента в систему обязательного и добровольного медицинского страхования.

Договор о добровольном медицинском страховании в отношении лиц, отбывающих наказание в учреждениях уголовно-исполнительной системы, расторгается. Уголовно-исполнительное законодательство допускает право на дополнительные медицинские услуги. Но они ограничены и зависят от дозволения начальства. Правила внутреннего распорядка исправительных учреждений устанавливают возможность осуждённым получать дополнительную лечебно-профилактическую помощь, оплачиваемую за счёт собственных средств. Такие медицинские услуги предоставляются специалистами лечебно-профилактических учреждений государственной или муниципальной систем здравоохранения в медицинской части ИУ, в условиях лечебно-

профилактических учреждений или лечебных исправительных учреждений уголовно-исполнительной системы. В исключительных случаях, когда невозможно предоставить необходимую медицинскую услугу в указанных условиях, она может быть выполнена в соответствующем учреждении здравоохранения. Для этого заключённый обращается с заявлением к начальнику учреждения, в котором указывает вид дополнительной лечебно-профилактической помощи. Её объём ограничен. При оплате данных услуг за счёт средств, находящихся на лицевом счете осуждённого, стоимость, указываемая в договоре, не может превышать суммы, имеющейся на лицевом счёте заключённого. На каждое посещение медработника требуется отдельное разрешение администрации учреждения или следствия (суда), если больной находится в следственном изоляторе. В отдельных случаях, даже оплатив дополнительные медицинские услуги, люди не могут их получить. Например, подозреваемый Г. в СИЗО-10 (г. Можайск), около трёх месяцев не мог добиться проведения оплаченных им лабораторного, инструментального обследования и осмотра врачами-специалистами в Можайской ЦРБ.

В приказе Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Министерства юстиции Российской Федерации от 17 октября 2005 года № 640/190 «О порядке организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключённым под стражу» определено, что предоставляемая медицинская помощь оказывается в объёмах, предусмотренных программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. По смыслу данная норма предусматривает ограничение объёмов медицинской помощи осужденным и лицам, заключённым под стражу. Существенная проблема пенитенциарных медчастей — нехватка лекарств даже для лечения самых распространенных болезней: простуды, гриппа, ревматизма, зубной боли. Лекарства, купленные родственниками заключённых, до них доходят не всегда. Им может быть разрешено приобретение (получение) необходимых для лечения медикаментов при согласовании с лечащим врачом и начальником медицинской части.

Существующая модель российской ведомственной пенитенциарной медицины и её состояние обуславливают основные ограничения прав заключённых на медицинскую помощь:

- недоступность различных видов клинических исследований и врачебной помощи как следствие недостатка ресурсов в учреждениях УФСИН;
- ограничение лекарственного обеспечения, что связано как с недостатком финансирования медицинских учреждений УФСИН, так и с недоступностью для заключённых гарантированного бесплатного обеспечения препаратами и ограничениями при передаче медикаментов;
- сокращение объёма стационарного лечения в медучреждениях УФСИН, поскольку их ресурсы значительно уступают возможностям иных государственных, муниципальных, частных лечебно-профилактических учреждений, а критерии направления на стационарное лечение ограничены;

– препятствия в доступе специалистов для консультаций, обследования и коррекции лечения;

– несоответствие условий содержания медицинским требованиям к режиму и диете больных.

Общие проблемы, характерные для российского здравоохранения в целом, в местах изоляции присутствуют в концентрированном виде. Одна из причин неукомплектованности врачами учреждений УИС – низкий уровень заработной платы. Даже с надбавкой за особые условия работы она значительно ниже, чем в муниципальных и государственных учреждениях здравоохранения. Средний возраст медицинского работника в местах принудительного содержания приближается к пенсионному, и желающих посвятить себя пенитенциарному здравоохранению становится всё меньше. Медицинская служба УФСИН представлена четырнадцатью медицинскими частями следственных изоляторов и исправительных учреждений, двумя здравпунктами колоний-поселений. В основном, врачебная помощь лицам, содержащимся в учреждениях УИС, оказывается специалистами муниципального здравоохранения по совместительству.

Из 16 медицинских учреждений УФСИН штатные врачи работают: - терапевты только в трёх учреждениях; стоматологи – в трёх; фтизиаторы – в восьми. По совместительству работают: хирурги в трёх учреждениях; окулист – только в одном. Штатных врачей-инфекционистов, дерматологов, венерологов, кардиологов нет ни в одном учреждении. Проблемы связаны в первую очередь с финансовым обеспечением. В 2011 году на медицинское обслуживание заключённых было предусмотрено лишь 24 процента средств от необходимого объёма. Во многих учреждениях отсутствует самый необходимый медицинский инструментарий. Например, рентгеновских и флюорографических аппаратов нет в пяти СИЗО и обеих колониях-поселениях. Там же отсутствуют врач-лаборанты. До 60 процентов эксплуатируемого медицинского оборудования произведено в 70-80-х годах прошлого века. Отсутствие врачей в единственном в Московской области Доме ребёнка при женской исправительной колонии ИК-5 (г. Можайск) привело в 2011 году к трагедии - в ЦРБ г. Можайска умерло двое малолетних детей, доставленных из Дома ребёнка. Когда в Доме ребёнка возникла вспышка вирусных заболеваний, оказать им помощь в колонии было некому из-за отсутствия врачей-педиатров. Дом ребёнка был временно закрыт. При поддержке Правительства Московской области, глав муниципальных образований 60 детей с диагнозами ОРЗ, бронхит, пневмония были госпитализированы в детские отделения ряда муниципальных больниц.

Проверка, проведённая сотрудниками аппарата Уполномоченного совместно с Московской прокуратурой по надзору за соблюдением законов в исправительных учреждениях Московской области, Управлением Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Московской области, показала, что трагедия не была случайна. Наряду с неукомплектованностью медицинскими специалистами выявлены многочисленные нарушения, включая: отсутствие лицензии на ведение

медицинской деятельности по педиатрии; отсутствие специального карантинного помещения и изолятора; несоблюдение санитарных норм и другие. В адрес начальника УФСИН прокуратурой Московской области направлено представление с требованием устранить нарушения законодательства и привлечь к ответственности лиц, по вине которых допущены нарушения закона. Устранить основную проблему – неукомплектованность Дома ребёнка врачами-педиатрами - удалось с трудом. Один врач был прикомандирован из другого учреждения УФСИН. Второй - назначен на должность только в апреле 2012 года.

Положение осложняется отсутствием вневедомственного контроля за медицинской службой уголовно-исполнительной системы и соблюдением санитарных норм. Закрытость ведомственной медицины ФСИН не предусматривает возможности независимой проверки. Жалобы на медицинские части СИЗО и ИУ рассматриваются вышестоящими медицинскими управлениями ФСИН России и УФСИН, где к рассмотрению обращений привлекаются медицинские работники уголовно-исполнительной системы. Жалобы, как правило, признаются необоснованными с формулировками: «недобросовестно относился к лечению»; «выписан за нарушение режима содержания в больнице»..... и тому подобное – то есть на первый план выходят режимные требования к заключенному, а не состояние его здоровья. Медицинской организации, имеющей функции контроля над ведомственной медицинской службой уголовно-исполнительной системы, нет. Проверки органами прокуратуры сводятся, как правило, к рассмотрению вопросов правового и организационного характера с использованием мнения медицинских работников уголовно-исполнительной системы. Очень редко к ним привлекаются консультанты из учреждений других органов здравоохранения. Принцип гуманности по отношению к заключённым не допускает содержание под стражей и в местах лишения свободы тяжелобольных людей. По медицинским показателям они подлежат освобождению. Нормативно-правовая база для этого имеется: УИК РФ, УК РФ, Федеральный закон от 15 июля 1995 г. № 103-ФЗ «О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений», постановления Правительства Российской Федерации от 14.01.2011 № 3 «О медицинском освидетельствовании подозреваемых или обвиняемых в совершении преступления» и от 06.02.2004 № 54 «О медицинском освидетельствовании осуждённых, представляемых к освобождению от отбывания наказания в связи с болезнью». Однако реализация этого права на практике существенно затруднена. В первую очередь неоправданно затягивается проведение врачебной комиссии, призванной установить возможность больных людей находиться в местах лишения свободы. Направление на медицинское освидетельствование осуществляется по ходатайству руководителя медицинского подразделения с одобрения лица (органа), в производстве которого находится уголовное дело, начальника учреждения.

Дефицит врачебных кадров, зависимость медицинских решений от администрации учреждений приводят к тому, что право на освобождение из-под стражи или из мест лишения свободы своевременно реализовать не удаётся.

Например, к Уполномоченному поступило обращение в защиту обвиняемого С. о неоказании в СИЗО-6 (г. Коломна) квалифицированной медицинской помощи. После вмешательства Уполномоченного было организовано и проведено медицинское обследование С., которое установило у него наличие заболевания, включённого в перечень тяжёлых, препятствующих содержанию под стражей и отбыванию наказания в виде лишения свободы. К сожалению, было уже поздно, С. скончался в следственном изоляторе.

Развитию заболеваний способствуют ненадлежащие условия содержания. Проверки показывают, что практически во всех следственных изоляторах санитарная площадь на одного человека ниже предусмотренной федеральным законом нормы. Так, в СИЗО-1 (г. Ногинск), СИЗО-6 (г. Коломна) и СИЗО-8 (г. Сергиев-Посад) она практически в 2 раза меньше нормы и составляла на момент проверки около 2 кв.м на одного человека. Данное нарушение приводит к нахождению подследственных в стеснённых, зачастую нечеловеческих условиях (духота, сырость, неприятные запахи, отсутствие места для стирки и сушки белья), а также является причиной других нарушений: расположение кроватей в 3 яруса (СИЗО-1, СИЗО-2, СИЗО-4, СИЗО-5), наличие «грибка» на стенах в камерах (СИЗО-1, СИЗО-7, СИЗО-8, СИЗО-10), отсутствие достаточной вентиляции в камерах (СИЗО-1, СИЗО-6) и карцерах (СИЗО-5, СИЗО-10). Во многих следственных изоляторах отмечена недостаточная освещённость в камерах (СИЗО-1, СИЗО-5, СИЗО-6, СИЗО-7, СИЗО-10) и карцерах (СИЗО-5).

В отношении ряда санитарных нормативов контроль практически отсутствует. Проверки сотрудниками аппарата Уполномоченного условий содержания граждан в местах лишения свободы и следственных изоляторах выявили отсутствие единых нормативов освещённости камер. Управление Роспотребнадзора по Московской области - территориальный орган государственного санитарно-эпидемиологического надзора - не уполномочено проверять объекты Федеральной службы исполнения наказаний. Санитарно-эпидемиологический контроль в подведомственных учреждениях должна осуществлять сама ФСИН.

Однако данная функция выполняется не эффективно. Уполномоченный указывал руководству УФСИН на необходимость проверки и приведения к общепринятым нормативам показателей освещённости в камерах ещё в 2008 году. Однако до настоящего времени это не сделано. Не лучшим образом организовано медицинское обеспечение самих сотрудников уголовно-исполнительной системы. Они, по образному выражению, «сидят вместе с заключёнными».

В системе ФСИН России в соответствии с законодательством осуществляется только государственное страхование жизни и здоровья сотрудников. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (письмо от 03.03.2000 № 1089/30-3и) не рекомендовал территориальным фондам использовать средства обязательного медицинского страхования для оплаты за оказанную медицинскую помощь сотрудникам УИС в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения.

Сотрудникам уголовно-исполнительной системы, при нахождении их вдали от своих ведомственных медицинских учреждений, персонал муниципальных поликлиник может отказать в медицинской помощи, ссылаясь на отсутствие у них полисов ОМС. Положение осложняется ещё и тем, что в ФСИН отсутствуют такие медицинские учреждения, как женские консультации и родильные дома. Правила оказания медицинской помощи (медицинского обслуживания) сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации, Государственной противопожарной службы Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (МЧС России), уголовно-исполнительной системы, лицам начальствующего состава федеральной фельдъегерской связи и сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации, Государственной противопожарной службы МЧС России, уголовно-исполнительной системы, лицам начальствующего состава федеральной фельдъегерской связи, уволенным со службы, лицам, уволенным со службы в федеральных органах налоговой полиции, утвержденные постановлением Правительства Российской Федерации от 31.12.2004 № 911 выполняются не полностью. Пункт 5 Правил гласит, что «при отсутствии по месту службы, месту жительства (проживания) или иному месту нахождения сотрудников медицинских учреждений УИС России, а также в неотложных случаях медицинская помощь оказывается в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения с возмещением расходов по оказанию медицинской помощи этим учреждениям здравоохранения соответствующими федеральными органами исполнительной власти».

На практике сотрудники подмосковных СИЗО и ИУ, находящиеся на значительном расстоянии от единственной ведомственной поликлиники в Москве, в случае болезни вынуждены обращаться в муниципальные лечебно-профилактические учреждения по месту жительства, с которыми соответствующими службами УИС договоры не заключены. В учреждениях УФСИН нарушается основополагающий принцип равенства прав граждан на получение безопасной, эффективной и качественной медицинской помощи как в отношении заключённых, так и персонала. Существующая система медицинского обеспечения в местах принудительного содержания Московской области не удовлетворяет в полном объёме потребностям сохранения здоровья людей.

Основные причины бедственного положения пенитенциарной медицины:

- изолированность от общегосударственной системы здравоохранения;
- недостаточное финансирование;
- невключение до настоящего времени осуждённых в систему обязательного медицинского страхования;
- отсутствие вневедомственного медицинского контроля;
- ограничение объёмов оказания медицинской помощи подозреваемым, обвиняемым и осуждённым;
- недостаточное обеспечение кадрового состава пенитенциарной медицины.

В качестве мер по выходу из создавшегося положения можно предложить:

- обеспечение цивилизованных условий содержания людей в местах изоляции. Уменьшение численности и плотности «тюремного населения». Применение видов уголовного наказания, альтернативных лишению свободы;
- изменение практики массового заключения подозреваемых и обвиняемых под стражу. Применение иных мер пресечения, не связанных с лишением свободы;
- введение независимой медицинской экспертизы, выводы которой учитывал бы суд при принятии решения о мере пресечения в отношении граждан, страдающих тяжёлыми заболеваниями;
- передача медицинской службы пенитенциарных учреждений в прямое подчинение Министерству здравоохранения Российской Федерации;
- в качестве первоочередных мер, до принятия решения о передаче ведомственной медицины, - обеспечение способности медицинских учреждений УИС оказывать качественную медицинскую помощь;
- возложение санитарно-эпидемиологического надзора в учреждениях УИС на Роспотребнадзор;
- расширение участия гражданского общества в решении задач здравоохранения УИС в рамках Федерального закона от 10 июня 2008 г. № 76-ФЗ «Об общественном контроле за обеспечением прав человека в местах принудительного содержания и о содействии лицам, находящимся в местах принудительного содержания»;
- обеспечение сотрудникам уголовно-исполнительной системы гарантированного права на бесплатное получение медицинской помощи в объёме, предусмотренном базовой программой обязательного медицинского страхования.

Уполномоченный по правам человека
в Московской области,
Заслуженный юрист Российской Федерации
А.Е. Жаров,