УПОЛНОМОЧЕННЫЙ
ПО ПРАВАМ ЧЕЛОВЕКА
В ХАБАРОВСКОМ КРАЕ

МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ КАК ФАКТОР РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ ОСУЖДЕННЫХ И ЛИЦ, ОСВОБОЖДАЮЩИХСЯ ИЗ МЕСТ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ В ДАЛЬНЕВОСТОЧНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ

СПЕЦИАЛЬНЫЙ ДОКЛАД

г. ХАБАРОВСК
2021

«Когда государство лишает людей свободы, оно берет на себя ответственность за их здоровье как с точки зрения условий, в которых они содержатся под стражей, так и с точки зрения индивидуального лечения, которое может потребоваться»

(Из руководства Всемирной организации здравоохранения по основным аспектам охраны здоровья в местах лишения свободы.)

Медицинское обеспечение в местах принудительного содержания, на первый взгляд, – просто инструмент поддержания жизни и здоровья в условиях пребывания человека вне воли. В то же время, потребность современного общества в развитии гуманизма, возлагает на медицину в уголовно-исполнительной системе и иную, не менее важную функцию. Полученный подозреваемыми, обвиняемыми и осужденными комплекс медицинских услуг призван, насколько это возможно, упростить и обезопасить их последующую жизнь в обществе, тем самым повысив эффективность ресоциализации.

Российской пенитенциарной медицинской службе насчитывается почти две сотни лет.
14 апреля 1829 года доктор Федор Гааз обратился к учредителю Попечительского о тюрьмах общества князю Голицыну с просьбой уполномочить его оценить состояние здоровья всех находящихся в Москве арестантов. По прошествии многих лет медико-санитарное обеспечение подследственных и осужденных стало неотъемлемой частью механизма принудительного содержания.

Один из главных принципов организации медицинской помощи в правовом государстве – ее доступность.

В связи с этим вопрос качества медицины в учреждениях уголовно-исполнительной системы имеет особую актуальность.

В 2010 году российским Правительством была утверждена Концепция развития уголовно-исполнительной системы Российской Федерации до 2020 года (далее – Концепция), в которую были заложены гарантии соблюдения прав и законных интересов лиц, отбывающих наказание в виде лишения свободы, в том числе в части их медицинского обслуживания.

В основу Концепции были положены требования международных стандартов по обращению с заключенными, в особенности положения Европейских пенитенциарных правил, рекомендованных Комитетом министров Совета Европы, и Минимальных стандартных правил обращения с заключенными, принятых Организацией Объединенных Наций.

Так, в соответствии с Европейскими пенитенциарными правилами каждое пенитенциарное учреждение должно обслуживаться хотя бы одним врачом общей практики. Организация медицинского обслуживания должна осуществляться в тесном контакте с администрацией местной или национальной службы здравоохранения. Оно должно включать психиатрическую службу, обеспечивающую диагностику и, если необходимо, лечение психических расстройств. Заключенные, нуждающиеся в специализированной медицинской помощи, переводятся в специализированные учреждения или общегражданские больницы. В тех случаях, когда в месте лишения свободы имеется стационар, он должен быть оснащен оборудованием и фармацевтическими средствами, позволяющими обеспечить должные заботу и лечение больным заключенным, а соответствующий персонал должен обладать достаточной профессиональной подготовкой. Медицинские службы мест лишения свободы прилагают необходимые усилия для выявления и лечения любых физических или психических заболеваний и отклонений от нормы, которые могут помешать заключенному вернуться к нормальной жизни после освобождения. В этих целях заключенному оказывается необходимая медицинская, хирургическая и психиатрическая помощь, включая и ту, которая предоставляется за пределами мест лишения свободы.

В сфере оказания медицинской помощи Концепцией предполагалось:

- приведение деятельности медицинской службы уголовно-исполнительной системы в соответствие с основными концептуальными направлениями развития системы здравоохранения Российской Федерации;

- участие в реализации государственных

программ, приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения;

- увеличение финансирования на медицинское обеспечение лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы, до уровня подушевого норматива финансирования, устанавливаемого программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи;

- приведение материально-технического оснащения медицинских частей, лечебно-профилактических учреждений, учреждений, обеспечивающих государственный санитарно-эпидемиологический надзор на объектах уголовно-исполнительной системы, в соответствие с условиями и требованиями, установленными в сфере здравоохранения, укрепление и развитие сети санитарно-гигиенических и бактериологических лабораторий;

- при участии ведущих научно-исследовательских организаций в области здравоохранения разработка и внедрение современных методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации наиболее распространенных заболеваний среди лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы, с целью снижения уровня их заболеваемости, инвалидности и смертности;

- формирование системы мер для повышения мотивации здорового образа жизни, создание для этого необходимых условий.

Между тем, в Концепции имелись изъяны. Как отметил в своих рекомендациях Совет при Президенте Российской Федерации по развитию гражданского общества и правам человека, «упущения и недостатки при проведении пенитенциарной реформы были связаны в первую очередь с отходом от принципов комплексности и системности при разработке и проведении реформ; в частности, так и не были созданы соответствующие потребностям общества и государства критерии оценки деятельности УИС и хода реформ...»[1].

Действительно, не все пункты раздела «Медицинская помощь» в Плане мероприятий по реализации положений Концепции, утвержденном приказом Минюста России от 28.11.2016 № 265, имели четкие критерии и объемы ежегодного исполнения. Такое несовершенство разработанного подхода отнюдь не способствует формированию объективной оценки эффективности проведенных мероприятий.

Однако стоит отметить, что Минюстом России во взаимодействии с ФКУ НИИ ФСИН России разработана новая концепция, рассчитанная до 2030 года, которая 29.04.2021 была утверждена Правительством РФ[2]. В то же время, медицинскому обеспечению в ней отведено не так много положений, а мероприятия в этом направлении обозначены весьма абстрактно. Стоит надеяться, что нормативные акты, в дальнейшем принятые в соответствии с Концепцией, будут достаточно информативны и конкретны по существу планируемых мероприятий и учтут выявленные недостатки предыдущей концепции.

Между тем, делать выводы об уровне обеспечения права осужденных и следственно-арестованных на медицинскую помощь, о ее доступности для спецконтингента и о ее качестве, опираясь лишь на данные о результатах исполнения мероприятий Концепции, невозможно.

Для получения объективной картины необходим комплексный анализ, в частности, данных о заболеваниях в учреждениях уголовно-исполнительной системы, материально-техническом оснащении объектов медицинского обслуживания, обеспеченности медицинским персоналом, доступности медицинских услуг в учреждениях государственной системы здравоохранения, а также об основных нарушениях прав граждан на медицинскую помощь, фиксируемых правозащитным институтом, надзорными органами и общественными организациями.

Анализ наиболее актуальных и значимых проблем в сфере реализации прав граждан на медицинское обеспечение в учреждениях уголовно-исполнительной системы на территории Дальневосточного федерального округа, а также возможных путей их решения представлены в настоящем докладе.

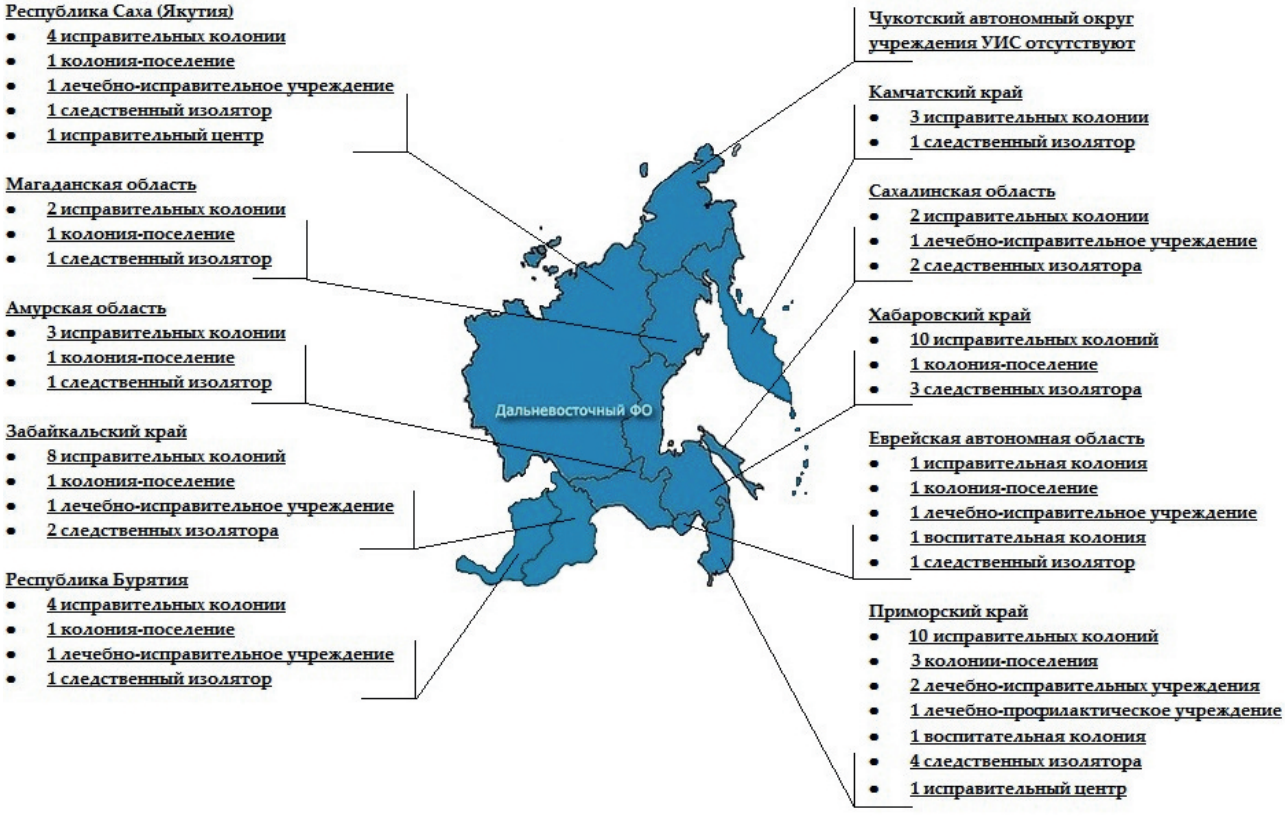
---

[1] Доклад Постоянной комиссии по содействию ОНК и реформе пенитенциарной системы Совета при Президенте Российской Федерации по развитию гражданского общества и правам человека «О ходе реформы уголовно - исполнительной системы России и необходимости внесения изменений в концепцию реформы, создания институтов пробации и ресоциализации», г. Москва 05 апреля 2013 г.

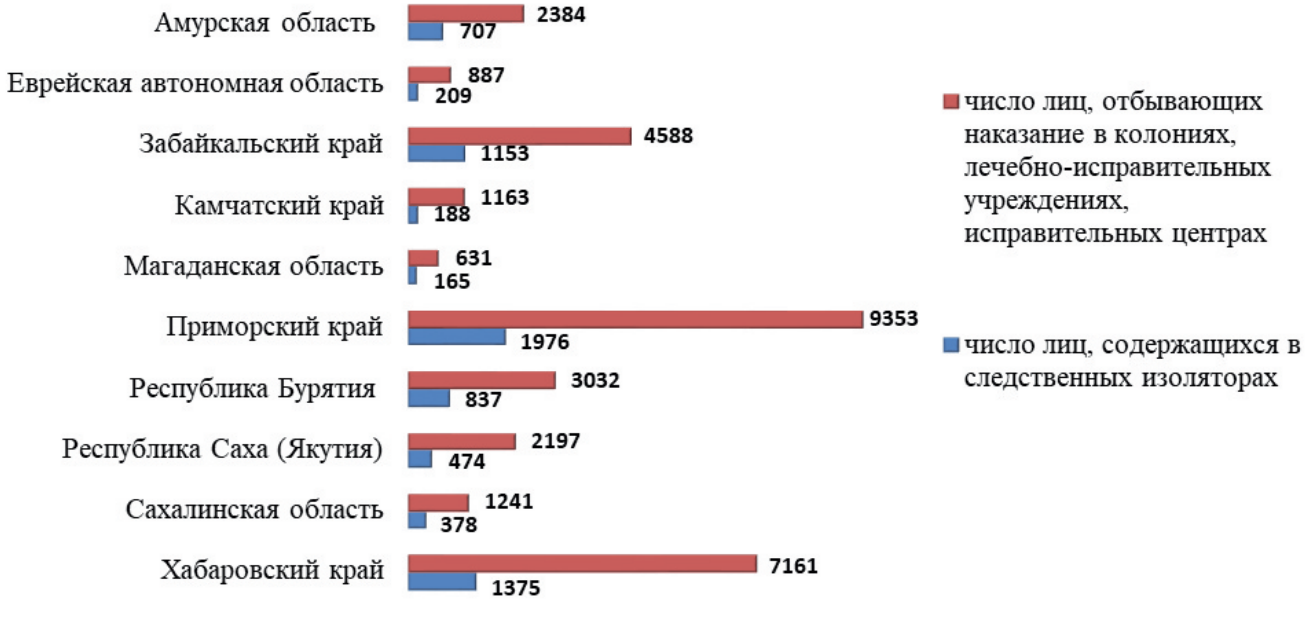
[2] Распоряжение Правительства РФ от 29.04.2021 № 1138-р «О Концепции развития уголовно-исполнительной системы Российской Федерации на период до 2030 года».

Общая характеристика учреждений УИС и медицинских подразделений

В Дальневосточном федеральном округе (далее – ДФО) функционируют 86 учреждений уголовно-исполнительной системы (далее – УИС), из них: 47 исправительных колоний, 10 колоний-поселений, 2 воспитательные колонии, 7 лечебно-исправительных учреждений, 1 лечебно-профилактическое учреждение, 2 исправительных центра, 17 следственных изоляторов.



На начало 2021 года в этих учреждениях содержалось 40,1 тыс. человек: почти 7,5 тыс. – в следственных изоляторах и более 32,5 тыс. – в колониях, лечебно-исправительных учреждениях и исправительных центрах.



Для медицинского обслуживания подозреваемых (обвиняемых) и осужденных при учреждениях УИС в ДФО действуют 69 медицинских подразделений, являющихся филиалами соответствующих медико-санитарных частей ФСИН России (18 больниц, 51 медицинская часть). В структуре некоторых из них также имеются здравпункты, оказывающие первичную медико-санитарную помощь.

Число подразделений медико-санитарных частей ФСИН России в ДФО

Амурская область	▪ 1 больница ▪ 3 медицинские части
Еврейская автономная область	▪ 1 больница ▪ 1 медицинская часть
Забайкальский край	▪ 3 больницы ▪ 7 медицинских частей
Камчатский край	▪ 1 больница ▪ 3 медицинские части
Магаданская область	▪ 1 больница ▪ 2 медицинские части
Приморский край	▪ 3 больницы ▪ 14 медицинских частей
Республика Бурятия	▪ 3 больницы ▪ 4 медицинские части
Республика Саха (Якутия)	▪ 1 больница ▪ 6 медицинских частей
Сахалинская область	▪ 2 больницы ▪ 2 медицинские части
Хабаровский край	▪ 2 больницы ▪ 9 медицинских частей

* в ряде учреждений уголовно-исполнительной системы функционируют здравпункты, подконтрольные филиалам медико-санитарных частей

Виды медицинской помощи, оказываемой подозреваемым (обвиняемым) и осужденным

Представленные выше медицинские подразделения осуществляют свою деятельность по основным направлениям медицины, оказывая первичную (доврачебную, врачебную и специализированную) медико-санитарную помощь и специализированную медицинскую помощь.

Говоря о видах медико-санитарной помощи, определенных Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», стоит отметить, что, помимо скорой медицинской помощи, оказание которой отнесено к компетенции медицинских организаций государственной системы здравоохранения, в учреждениях УИС в ДФО не оказывается специализированная высокотехнологичная медицинская помощь.

Ее отсутствие в учреждениях УИС видится объективно обоснованным, ввиду понимания уровня финансирования и кадрового обеспечения, необходимого для подобного рода медицинских услуг, а также представляется не особо критичным, с учетом возможности получения такой помощи в организациях государственной системы здравоохранения, в том числе в передовых узкопрофильных центрах.

В свою очередь, такой вид медико-санитарной помощи как паллиативная помощь на начало 2021 года также остается недоступным в стенах исправительных учреждений и следственных изоляторов большинства регионов ДФО – территориальные управления ФСИН и медико-санитарные части только начинают работу в этом направлении.

Между тем, отсутствие паллиативной помощи в учреждениях УИС уже давно вы-

зывало вопросы, в частности, у представителей правозащитных и благотворительных организаци.[3]

Еще в 2012 году вступили в действие положения статьи 36 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», определившие паллиативную помощь как один из видов медицинской помощи.

Федеральным законом от 06.03.2019 № 18-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи» в указанную статью были внесены изменения, расширившие понятие паллиативной помощи и определившие условия ее оказания.

Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс мероприятий, включающих медицинские вмешательства, мероприятия психологического характера и уход, осуществляемые в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан и направленные на облегчение боли, других тяжелых проявлений заболевания.

Паллиативная медицинская помощь оказывается в амбулаторных условиях, в том числе на дому, и в условиях дневного стационара, стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи.

На основании принятых изменений приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 345н, Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 372н от 31.05.2019 было утверждено Положение об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья.

На первый взгляд, необходимость создания условий для паллиативной помощи в УИС ставится под сомнение возможностью подследственного быть освобожденным из-под стражи, а осужденного – от отбывания наказания в связи с тяжелыми заболеваниями, включенными в соответствующие перечни, утвержденные Правительством Российской Федерации.

Однако следует учитывать время освидетельствования на наличие у лица заболевания, препятствующего отбыванию наказания или содержанию под стражей, а также длительность рассмотрения вопроса о его освобождении судом.

Этот аспект повлиял на позицию руководства ФСИН России по данному вопросу. Так еще в феврале 2019 года заместитель директора ФСИН России Валерий Максименко в интервью информационному агентству «Интерфакс» рассказал о планах по созданию ведомственных хосписов для тяжелых больных: «…Директор Службы Геннадий Корниенко отдал распоряжение организовать в медико-санитарных частях колоний и СИЗО паллиативные палаты – для тяжелых больных, которые ждут решение суда об освобождении от наказания по состоянию здоровья».

«Когда врачи констатируют неизлечимую болезнь у осужденного и неблагоприятный прогноз, что означает вероятную смерть, мы, в соответствии с постановлением правительства, готовим его к освобождению – направляем документы в суд. Однако, зачастую, пока проходит вся эта процедура человек умирает. Так, в прошлом году у нас умерло 732 таких заключенных, не дождавшихся судебного решения об освобождении. Надо понимать, насколько тяжелыми были их последние часы, и как морально тяжело было видеть их агонию сокамерникам. Поэтому с этого года при всех наших больницах будут введены отдельные паллиативные палаты, куда больные будут помещаться сразу при направлении в суд документов об освобождении», – сообщил Валерий Максименко.[4]

Данные, представленные медико-санитарными частями ФСИН России, функционирующими на территории ДФО, позволяют сделать вывод, что работа по исполнению обозначенного выше плана в отдельных регионах находится на начальном этапе.

Лишь УФСИН России по Сахалинской области сообщается о наличии двух палат паллиативной помощи в стационаре больницы при одной из колоний.

В то же время, в Магаданской области подобрано помещение для паллиативной палаты, но

[3] Интервью руководителя многопрофильного центра паллиативной помощи департамента здравоохранения Москвы и Фонда помощи хосписам «Вера» Нюты Федермессер, Российская газета - Спецвыпуск № 65(7823)

[4] https://www.interfax.ru/interview/648948

медицинские работники еще не проходили обучение на соответствующих курсах. В Приморском крае персонал уже обучен по направлению «Паллиативная медицинская помощь», но работа по получению лицензии для оказания такой помощи не завершена. В Забайкальском крае получена лицензия на право оказания паллиативной помощи в одном из филиалов медико-санитарной части, однако осуществление такой деятельности предполагается в амбулаторных условиях, и паллиативные палаты не предусмотрены.

В свою очередь, в Камчатском крае по итогам анализа потребности в паллиативной помощи среди спецконтингента работа в данном направлении не была организована вовсе. В Хабаровском крае в учреждениях УИС паллиативных палат также не имеется, не предусмотрены штатным расписанием и соответствующие медицинские должности.

Однако стоит заметить, что ситуацию с доступностью паллиативной помощи в учреждениях УИС в ближайшее время ждут изменения, а руководство ряда медико-санитарных частей ФСИН России будет вынуждено пересмотреть свою позицию по данному вопросу.

28.07.2020 Правительством Российской Федерации был утвержден План мероприятий («дорожная карта») «Повышение качества и доступности паллиативной медицинской помощи» до 2024 года.

В соответствии с указанным планом ФСИН России был разработан 29.12.2020 утвержден Комплексный план мероприятий по совершенствованию оказания паллиативной медицинской помощи осужденным и лицам, заключенным под стражу, на 2021-2024 годы.

В штатные расписания медико-санитарных частей предполагается внести изменения, предусматривающие увеличение коечного фонда с расчетом на предоставление паллиативной помощи.

Освобождение от отбывания наказания по состоянию здоровья

Процедура освобождения от отбывания наказания в связи с болезнью предусмотрена статьей 81 Уголовного кодекса Российской Федерации. К сожалению, зачастую она оказывается весьма длительной, и осужденный, имеющий стойкое функциональное расстройство организма вынужден до нескольких месяцев ожидать судебное решение без должного ухода.

В ДФО за 2018-2020 годы специальными медицинскими комиссиями по освобождению от отбывания наказания в связи с тяжелой болезнью освидетельствовано 1005 осужденных. 405 из них были освобождены судом от отбывания наказания, то есть всего 40,3% (с учетом лиц, воспользовавшихся правом на обращение в суд, несмотря на заключение комиссии об отсутствии соответствующих заболеваний).

Следует отметить, что срок медицинского освидетельствования по регионам ДФО в основном не превышает 10 дней, что согласуется с требованиями Правил медицинского освидетельствования осужденных, представляемых к освобождению от отбывания наказания в связи с болезнью.[5] Однако нередки случаи затягивания данной процедуры: в Сахалинской области средний срок освидетельствования составляет 15 дней, в Магаданской области – 28 дней, а в Приморском крае достигает 45-50 дней.

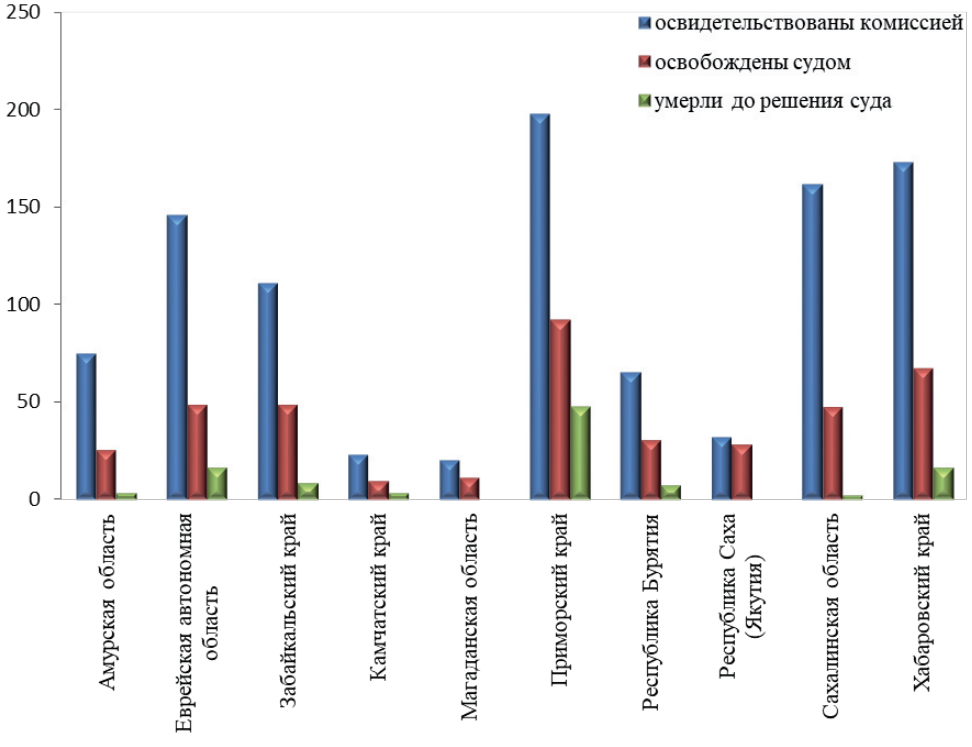
В целом, территориальные органы ФСИН России заинтересованы в скорейшем рассмотрении судами ходатайств осужденных об освобождении в связи с болезнью, в связи с чем, находятся в постоянном контакте со всеми участниками данной процедуры, включая суд. Однако такая работа не всегда приносит положительный результат.

Так, средний срок рассмотрения судом ходатайств об освобождении от отбывания наказания в связи с болезнью в целом по федеральному округу составляет 24 дня, а в отдельных регионах (Приморский край, Сахалинская область) – 30 дней.

В 2020 году, так и не дождавшись рассмотрения своих ходатайств судом либо вступления в силу судебного решения, в Хабаровском крае умерло 7 осужденных (11 % от числа обратившихся в суд), в Приморском крае – 10 осужденных (13 %), в Республике Бурятия – 3 осужденных (15 %).

[5] Постановление Правительства Российской Федерации от 06.02.2004 № 54 «О медицинском освидетельствовании осужденных, представляемых к освобождению от отбывания наказания в связи с болезнью».

Число осужденных, освидетельствованных медицинскими комиссиями на предмет наличия заболеваний, препятствующих отбыванию наказания, осужденных, обратившихся в суд с ходатайством об освобождении от наказания в связи с болезнью, и осужденных, умерших до рассмотрения ходатайства судом либо вступления в силу решения суда, за 2018, 2019 и 2020 годы



Определяющее значение в данном случае имеет численность спецконтингента и общая загруженность судов.

Вместе с тем, поскольку освобождение от наказания в связи с болезнью является актом гуманизма по отношению к тяжелобольным, целесообразным представляется четкое закрепление сроков судебного рассмотрения ходатайств, поданных в соответствии со статьей 81 Уголовного кодекса Российской Федерации (далее – УК РФ).

В свою очередь, в мае 2021 года состоялось рабочее совещание Минюста России по обсуждению замечаний и предложений, поступивших по результатам рассмотрения проекта федерального закона «О внесении изменений в статью 81 Уголовного кодекса Российской Федерации и Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации», касающегося вопросов освобождения осужденных от отбывания наказания в связи с тяжелой болезнью. Стоит надеяться, что планируемые изменения затронут и проблему сроков рассмотрения ходатайств осужденных судом.

Нельзя не отметить тот факт, что в удовлетворении значительной части ходатайств об освобождении от наказания в связи с болезнью судом отказывается.

В 2020 году среди 62 осужденных, отбывавших наказание на территории Хабаровского края и обратившихся в суд с такими ходатайствами, лишь 29 были освобождены от наказания.

По большому счету, согласно данным ФКУЗ МСЧ-27 ФСИН России, было отказано в удовлетворении ходатайств лицам, обратившимся в суд вопреки результатам медицинского освидетельствования.

Тем не менее, в последние годы уполномоченными по правам человека в ДФО отмечаются и иные причины отказа. Среди наиболее распространенных:

- характеристика осужденного (тяжесть преступления, длительный срок наказания, рецидив, отрицательное поведение при отбывании наказания);

- улучшение состояния здоровья осужденного к моменту судебного рассмотрения ходатайства;

- несоблюдение медицинских рекомендаций в период отбывания наказания;

- отсутствие лиц (близких, родственников), готовых осуществлять уход за больным осужденным.

И это, судя по всему, общероссийская тенденция. Так, выступая в вышеупомянутом интервью в 2019 году, Валерий Максименко привел статистику: «В прошлом году ФСИН представила в суды ходатайства об освобождении 4202 человек, положительные решения были приняты по 2438 заключенным. А в 2017 году таких документов направили 4191. Было освобождено 2341 человек».

Действительно, если в соответствии с частью 1 статьи 81 УК РФ лицо, у которого после совершения преступления наступило психическое расстройство, лишающее его возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, освобождается от наказания, то положения части 2 указанной статьи, касающиеся иных тяжелых заболеваний, носят диспозитивный характер и предоставляет суду право отказать осужденному в освобождении.

Как указывает Верховный Суд Российской Федерации в постановлении Пленума от 21.04.2009 № 8 «О судебной практике условно-досрочного освобождения от отбывания наказания, замены неотбытой части наказания более мягким видом наказания», рассматривая соответствующее ходатайство осужденного, суд оценивает медицинское заключение специальной медицинской комиссии или учреждения медико-социальной экспертизы с учетом Перечня заболеваний, препятствующих отбыванию наказания, а также принимает во внимание иные обстоятельства, имеющие значение для разрешения ходатайства по существу.

Таким образом, даже при наличии заболевания, препятствующего в соответствии с нормативными актами отбыванию наказания, осужденному может быть отказано в освобождении.

В такой ситуации потребность в паллиативной помощи видится еще более актуальной и не терпит отлагательств.

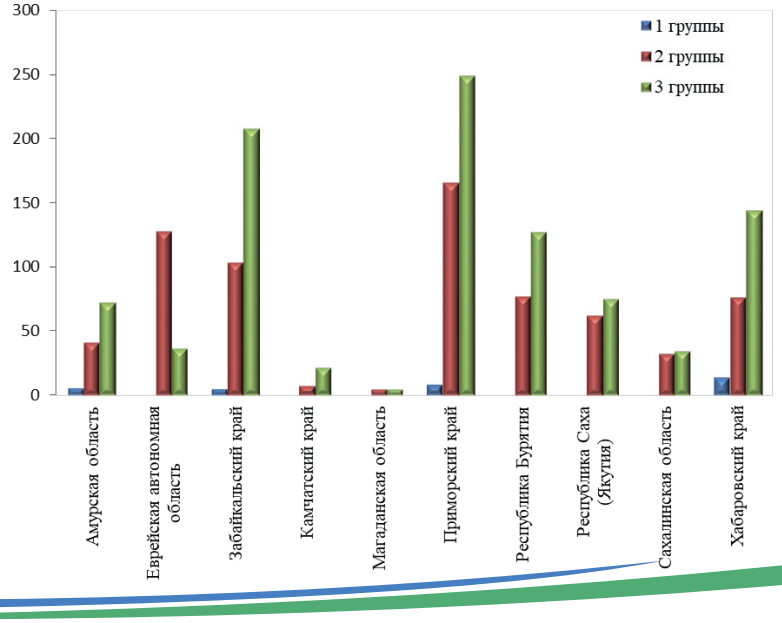
Условия содержания инвалидов в учреждениях УВС

Не стоит забывать и о лицах, также имеющих серьезные заболевания, однако не отнесенные к болезням, препятствующим содержанию под стражей или дающим право на освобождение от отбывания наказания.

Имея стойкие функциональные расстройства организма, такие люди нередко вынуждены столкнуться с трудностями своего пребывания в учреждениях УИС, обусловленными неприспособленностью зданий и помещений для людей с ограниченными возможностями, проблемами в использовании средств реабилитации.

На конец 2020 года в учреждениях УИС на территории ДФО 1,7 тыс. человек имели инвалидность. Эти лица составляют более 4% от всего спецконтингента в федеральном округе. Из них 34 человека – инвалиды 1 группы, 693 – 2 группы, 970 – 3 группы.

Число инвалидов в учреждениях УИС на 31.12.2020



Распоряжением ФСИН России от 30.09.2015 № 128-р был утвержден План мероприятий («дорожная карта») по повышению значений показателей доступности для инвалидов объектов Федеральной службы исполнения наказаний, в рамках которого в учреждениях УИС выполняются мероприятия по созданию безбарьерной среды для маломобильных граждан, в частности, оборудуются санитарные узлы с учетом эргономики лиц с ограниченными возможностями, устанавливаются пандусы для беспрепятственного доступа осужденных-инвалидов в зданиях.

Однако указанные мероприятия подразумевают определенные финансовые затраты, в связи с чем не везде их реализация проходит с должной оперативностью.

Так, ГУФСИН России по Приморскому краю сообщается о финансовой потребности для создания благоприятных условий для инвалидов около 5,6 млн рублей.

Актуальна и проблема обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации. Если в учреждениях УИС в Магаданской и Сахалинской областях на начало 2021 года 100% нуждающихся лиц обеспечены средствами реабилитации, то в учреждениях пенитенциарной системы в Республике Саха (Якутия) и Забайкальском крае этот показатель составил соответственно 80% и 86,3%. В Еврейской автономной области только 50% инвалидов, имеющих потребность в средствах реабилитации, обеспечены ими, а в Хабаровском крае вовсе – 35,3%. Причина тому – также недостаток финансирования.

И хотя плановые показатели в данной сфере большинством территориальных управлений ФСИН выполняются, сам факт организации безбарьерной среды для людей с ограниченными возможностями здоровья не в полном объеме свидетельствует о несоблюдении должных условий содержания таких лиц в учреждениях УИС в целом.

Это, в частности, показала комплексная проверка прокуратуры, проведенная в 2020 году по запросу Уполномоченного по правам человека в Еврейской автономной области в защиту прав осужденных-инвалидов. По итогам проверочных мероприятий меры прокурорского реагирования были приняты в отношении руководителей большинства учреждений УИС, а также Управления ФСИН России по ЕАО.[6]

С учетом актуальных направлений государственной политики в социальной сфере видится целесообразным, если бы ФСИН России при распределении бюджетных ассигнований рассматривала обозначенную выше сферу деятельности в качестве одной из приоритетных, поскольку обеспеченность осужденных с ограниченными возможностями здоровья средствами реабилитации и создание для них безбарьерной среды напрямую влияет на их дальнейшую возможность адаптироваться в обществе и не испытывать моральных страданий.

Медицинская помощь, оказываемая медицинскими организациями государственной системы здравоохранения

Говоря о медицинском обслуживании осужденных и лиц, содержащихся под стражей, стоит отметить, что законодателем, в целях обеспечения доступности медицинской помощи, предусмотрена возможность ее получения в учреждениях государственной системы здравоохранения либо специалистами этих учреждений, в случае если соответствующая меди-цинская услуга не может быть оказана в учреждении УИС.

Такой порядок медико-санитарного обеспечения отражен в пункте 2 Порядка организации оказания медицинской помощи лицам, заключенным под стражу или отбывающим наказание в виде лишения свободы, утвержденного приказом Министерства юстиции Российской Федерации от 28.12.2017 № 285, а также в пункте 125 Правил внутреннего распорядка исправительных учреждений, утвержденных приказом Министерства юстиции Российской Федерации от 16.12.2016 № 295.

В связи с отсутствием в большинстве медицинских подразделений УИС узкопрофильных медицинских специалистов и усовершенствованной в соответствии с современными стандартами материально-технической базы, спецконтингент имеет возможность получить медицинские услуги в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохра-

[6] Письмо Уполномоченного по правам человека в Еврейской автономной области от 16.03.2021 № 01-06/21/79.

нения по таким направлениям как кардиология, эндокринология, онкология, неврология, гинекология, хирургия и другие, в частности, пройти обследования, проводимые с исполь-зованием дорогостоящего медицинского оборудования, – компьютерную томографию, эхокардиографию сердца, исследование сетчатки глаз с помощью компьютерного анализатора, дуплексное сканирование сосудов, эластометрию печени.

Оказывается подследственным и осужденным также высокотехнологичная медицинская помощь – аортокоронарное шунтирование, клапанная бронхоблокация, эндоскопические реконструктивные операции на суставах, литоприпсия.

В соответствии с пунктом 6 Правил оказания лицам, заключенным под стражу или отбывающим наказание в виде лишения свободы, медицинской помощи в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения, а также приглашения для проведения консультаций врачей-специалистов указанных медицинских организаций при невозможности оказания медицинской помощи в учреждениях уголовно-исполнительной системы, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2012 № 1466 (далее – Правила оказания медицинской помощи в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения), медицинская помощь оказывается в медицинских организациях лицам, лишенным свободы, в соответствии с договором об оказании медицинской помощи, заключаемым между учреждением уголовно-исполнительной системы и медицинской организацией.

Кроме того, территориальными управлениями ФСИН России и региональными органами власти в сфере здравоохранения заключаются соглашения о взаимодействии, совместно с медицинскими учреждениями вырабатываются и реализуются планы мероприятий по профилактике социально-значимых заболеваний.

На практике осужденные и подследственные при реализации своего права на получение медицинской помощи в учреждениях государственной системы здравоохранения нередко сталкиваются с рядом проблем.

Одна из главных причин этого связана с этапированием спецконтингента в медицинские организации. В частности, некоторыми медико-санитарными частями ФСИН России отмечаются трудности с определением сроков нахождения осужденных и подследственных в учреждениях здравоохранения, выделением помещений для размещения, как больного, так и караула с целью выполнения требований изоляции, охраны и надзора.

Более того, организация и доставка больного в медицинское учреждение специальным транспортом, в условиях ограниченных материально-технической базы и штатной численности сотрудников учреждения УИС, порой занимает продолжительный период времени.

Проблема своевременности оказания медицинской помощи в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения в некоторых случаях связана с объективными причинами, как например, убытие лица в иной населенный пункт для проведения следственных действий.

Однако зачастую она вызвана несоблюдением такими учреждениями сроков обследования и консультаций, определенных Правилами оказания медицинской помощи в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения. Так, согласно полученным сведениям, подразделения ФКУЗ МСЧ-28 ФСИН России на территории Амурской области сталкиваются с такой проблемой, в том числе по причине несвоевременного выезда, а также отказа от выезда специалистов медицинского учреждения государственной системы здравоохранения в учреждения УИС.

Несоблюдение медицинскими организациями вышеуказанных правил двумя годами ранее отмечалось и УФСИН России по Сахалинской области. В учреждениях УИС области проблема также затрагивала проведение консультативной медицинской помощи спецконтингенту специалистами учреждений здравоохранения г. Южно-Сахалинска и области на территории охраняемых объектов УИС. Областным управлением ФСИН России в министерство здравоохранения Сахалинской области неоднократно направлялась просьба оказать содействие в данном вопросе. Судя по последним данным, представленным УФСИН, ситуацию все же удалось урегулировать.

Выходом из подобных ситуаций могла бы стать выработка четкого механизма вза-

имодействия пенитенциарной и государственной систем здравоохранения на уровне ФСИН и Минздрава России.

Помимо этого, в вопросе оказания медицинской помощи спецконтингенту в учреждениях государственной системы здравоохранения, а также специалистами этих учреждений при выезде в учреждения УИС видится не до конца сформированным механизм возмещения соответствующих расходов за медицинские услуги.

Во всех региональных управлениях ФСИН на территории ДФО для этих целей предусмотрены бюджетные ассигнования, в соответствии с которыми с медицинскими учреждениями заключаются государственные контракты.

Так в 2020 году УФСИН России по Хабаровскому краю таких контрактов было заключено на сумму 1,1 млн руб., УФСИН России по Сахалинской области – на 1,75 млн руб., УФСИН России по Приморскому краю – на 2,7 млн руб., территориальными управлениями ФСИН по Магаданской области и по Республике Саха (Якутия) – на 4,3 млн руб. и 4,45 млн руб. соответственно.

При этом, как сообщается УФСИН России по Хабаровскому краю, стоимость медицинских услуг для лиц, застрахованных в системе обязательного медицинского страхования (далее – ОМС), учреждениям государственной системы здравоохранения возмещается страховыми организациями.

В связи с этим назревает вопрос, достаточно ли в УИС реализуются возможности медицинского страхования спецконтингента. Очевидно, что оказание медицинской помощи в рамках ОМС также исключает ряд длительных процедур, в том числе согласование условий контракта.

В соответствии со статьей 10 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» застрахованными лицами являются граждане Российской Федерации, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства (за исключением высококвалифицированных специалистов и членов их семей в соответствии с Федеральным законом от 25.07.2002 № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации»), а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах».

Как отмечалось Федеральным фондом обязательного медицинского страхования,[7] лица, задержанные, отбывающие наказание в виде ограничения свободы, ареста, заключенные под стражу, отбывающие наказание в местах лишения свободы либо административный арест, законом не отнесены к категории граждан, не подлежащих обязательному медицинскому страхованию, и имеют право на выбор и замену страховой медицинской организации путем подачи заявления в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования.

Согласно Правилам обязательного медицинского страхования, утвержденным приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н, для выбора или замены страховой медицинской организации лицо может обратиться в выбранную им страховую медицинскую организацию с заявлением о выборе (замене) страховой медицинской организации как лично, так и через своего представителя.

Так, еще в 2015 году УФСИН России по Республике Саха (Якутия) сообщалось о том, что в пенитенциарных учреждениях республики на постоянной основе ведется работа по оформлению медицинских полисов для содержащихся в них граждан.[8]

В Хабаровском крае, по информации ФКУЗ МСЧ-27 ФСИН России, при поступлении письменного заявления осужденного, отделом социальной защиты исправительного учреждения в кратчайшие сроки проводятся мероприятия по его обеспечению полисом ОМС. Доля застрахованных в системе ОМС осужденных достигает 96%. Среди следственно-арестованных, с учетом меньшей стабильности их состава, этот показатель составляет порядка 85%.

Работа в данном направлении представляется весьма полезной, поскольку не только расширяет механизм реализации подозреваемыми, обвиняемыми и осужденными права на получение дополнительной

[7] Письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.08.2011 № 5472/30-и.
[8] https://fsin.gov.ru/news/detail.php?ELEMENT_ID=192108&sphrase_id=1466484

медицинской помощи в организациях государственной системы здравоохранения, но гарантирует их обеспечение бесплатной медицинской помощью после освобождения из учреждений УИС.

Анализ общей заболеваемости в учреждениях УИС

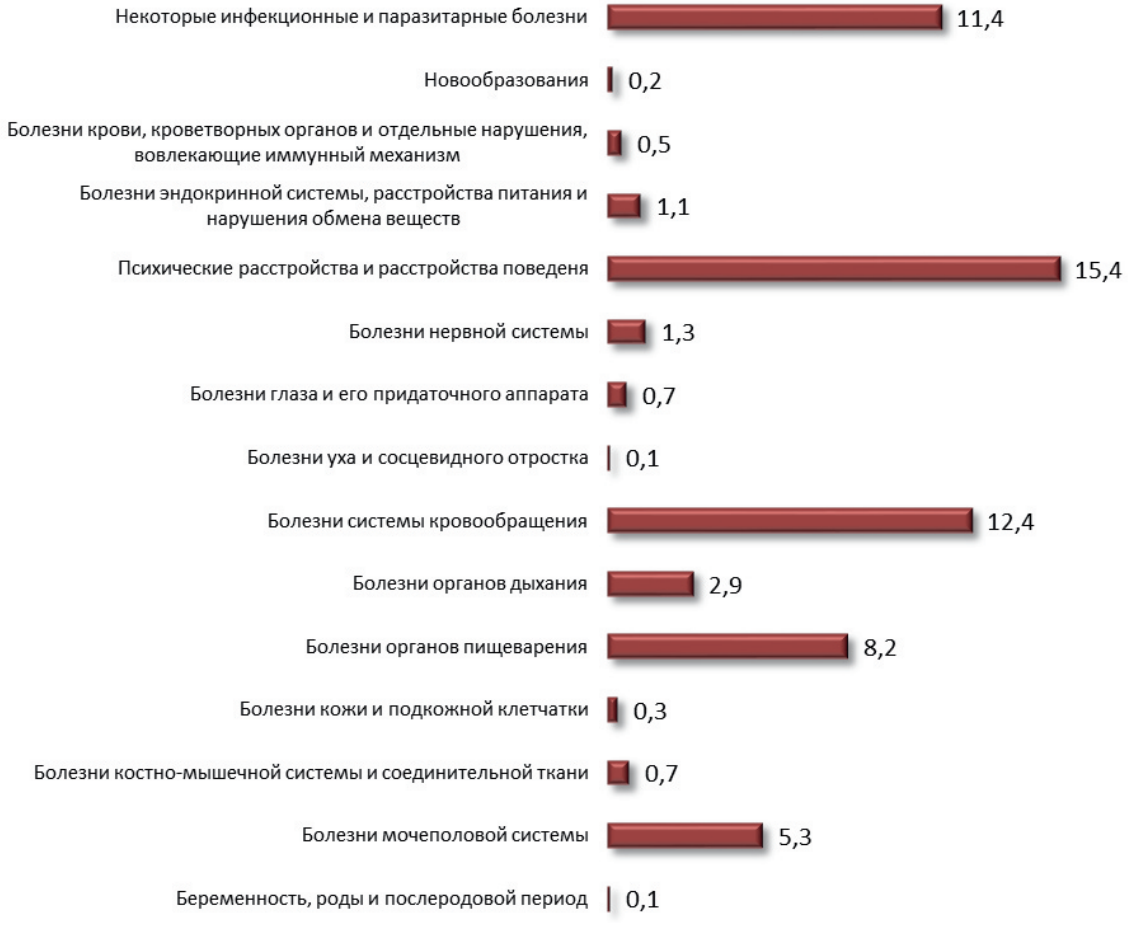
Поступающие в следственные изоляторы подозреваемые (обвиняемые) проходят углубленное медицинское обследование.

Проводимая в этом направлении работа показывает, что большинство лиц, попадающих в места лишения свободы, страдают различными заболеваниями, в том числе социально значимыми. Многие из них, находясь на свободе, не обращались за медицинской помощью в учреждения здравоохранения и не состояли на учете.

Так за 2020 год в учреждениях УИС Хабаровского края зарегистрировано 14603 заболевания. В 4477 случаях диагноз был установлен впервые в жизни. На конец прошлого года из 8,5 тыс. лиц из числа спецконтингента почти 5,2 тыс. человек состояли под медицинским наблюдением ввиду болезни.

Более других распространены диагнозы, отнесенные в соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ-10) к следующим группам: психические расстройства и расстройства поведения, болезни системы кровообращения, некоторые инфекционные и паразитарные болезни, болезни органов пищеварения, болезни мочеполовой системы, болезни органов дыхания.правонарушениях приведена ниже.

Доля лиц, имеющих заболевания (состояния) в соответствии с МКБ-10 и состоящих под наблюдением в медицинских подразделениях, от общего числа спецконтингента в Хабаровском крае по состоянию на 01.01.2021, %



Особого внимания заслуживают социально-значимые заболевания.

Часто медработники УИС слышат от пациентов, что те узнали о наличии у них туберкулеза, гепатита, ВИЧ или иного серьезного заболевания, только попав в места принудительного содержания.

Лечение и профилактика туберкулеза в пенитенциарной системе

К сожалению, данные учреждений ФСИН свидетельствуют, что некоторые заключенные проходят флюорографическое обследование впервые за много лет именно в учреждениях исполнения наказания.

По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно в мире заболевают туберкулезом 10 миллионов человек, и каждый десятый – это ребенок. Туберкулез остается основной инфекционной причиной смертности в мире, унося ежедневно почти 4,4 тыс. жизней.[9]

В 2020 году в России было зарегистрировано 47 тыс. новых случаев заболевания, показатель заболеваемости составил 32,07 на 100 тыс. человек.[10]

Стоит помнить, что наиболее высокий риск заразиться туберкулезом имеют люди, находящиеся в тесном контакте с больным его активной формой.

Противодействие распространению этого заболевания среди подозреваемых, обвиняемых и осужденных имеет принци-пиальное значение, ведь значительная часть больных туберкулезом в России пребывает в местах принудительного содержания.

К началу 2021 года среди 482,888 тыс. человек, содержащихся в учреждениях ФСИН России, активный туберкулез был диагностирован у 11,6 тыс., то есть у 2,4 % спецконтингента.[11]

В учреждениях УИС ДФО этот показатель на начало 2021 года составил 3,8 % – туберкулез имелся более чем у 1,5 тыс. осужденных и подследственных из 40,1 тыс. человек спецконтингента.

Значительно превышен средний показатель, к примеру, в учреждениях УИС Приморского края (4,8 %), Республики Саха (Якутия) (6,2 %), Еврейской автономной области (25,9 %). Причина главным образом заключается в наличии в указанных регионах лечебно-исправительных учреждений, в которые осужденные поступают для стационарного лечения туберкулеза в том числе из других регионов. Так, в ФКУ ЛИУ-2 УФСИН России по Еврейской автономной области дислоцируется туберкулезная больница, куда для лечения направляются, в том числе и осужденные из Хабаровского края. Учитывая число отбывающих наказание в других исправительных учреждениях (исправительной колонии, колонии-поселении и воспитательной колонии), а также относительно небольшую наполняемость следственного изолятора, больные туберкулезом составляют существенную часть от всего спецконтингента в регионе.

Говоря о новых случаях заражения, следует понимать, что общую картину заболеваемости в значительной мере определяет частота выявления туберкулеза у лиц, поступающих «с воли» в следственные изоляторы, в связи с чем показатели заболеваемости в учреждениях УИС в ряде регионов нестабильны.

В свою очередь, объективнее оценить ситуацию, в частности, проанализировать эффективность мер, направленных на недопущение распространения туберкулеза среди спецконтингента, позволяет показатель заболеваемости отдельно в исправительных учреждениях, где состав содержащихся лиц более статичен.

Так, заболеваемость туберкулезом среди осужденных в России по итогам 2020 года снизилась в соотношении с предыдущим периодом с 464,9 до 382,4 случаев на 100 тыс. человек, то есть на 17,7%. Смертность от туберкулеза также сократилась – с 7 до 6,8 случаев на 100 тыс. человек или на 2,9%.[12]

---

[9] https://www.rosminzdrav.ru/news/2019/03/21/11119-v-tass-sostoyalas-press-konferentsiya-priurochennaya-ko-vsemirnomu-dnyu-borby-protiv-tuberkuleza

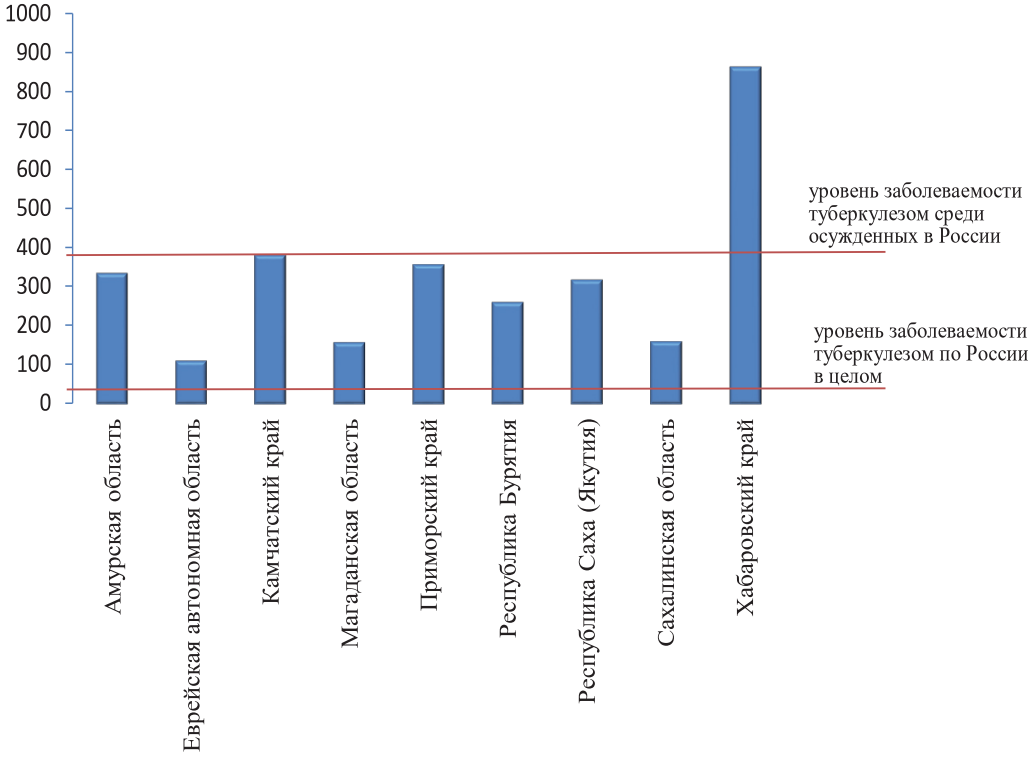
[10] https://www.rospotrebnadzor.ru/about/info/news/news_details.php?ELEMENT_ID=17144

[11,12] https://fsin.gov.ru/budget/info.php

Тем не менее, уровень заболеваемости в местах лишения свободы остается крайне высоким, почти в 12 раз превосходя общероссийскийв целом по населению.

На территории ДФО средний показатель заболеваемости туберкулезом среди осужденных составил примерно 442 случая на 100 тыс. человек.

Уровень заболеваемости туберкулезом среди осужденных в 2020 году по ДФО, на 100 тыс. человек



*данные по Забаикальскому краю получить не представилось возможным

Между тем, в последнее время появились основания для осторожного оптимизма. Большинством управлений ФСИН в ДФО сообщается как о снижении показателя первичной заболеваемости, так и о сокращении общего количества лиц, имеющих диагноз «туберкулез».

Численность больных туберкулезом, содержащихся в учреждениях УИС по России, снизилась на 20,4% по сравнению с 2019 годом – с 14,4 тыс. до 11,6 тыс. человек.[13]

В учреждениях УИС на территории ДФО снижение составило порядка 16%.

Этому способствует стопроцентный охват обследования среди спецконтингента, как следствие – своевременное выявление заболевания и изоляция его носителей, полное оснащение медицинских подразделений необ-ходимым оборудованием, а также профи-лактическая работа.

По итогам Всероссийского совещания руководителей медико-санитарных частей уголовно-исполнительной системы в 2019 году во ФСИН озвучили сумму затрат на борьбу с туберкулезом в местах лишения свободы – около 4 млрд рублей.

«На приобретение медицинского оборудования (для выявления и лечения туберкулеза) в 2014-2018 годах израсходовано 3 млрд 292 млн рублей (в том числе в 2017 году – 621,3 млн, в 2018 году – 642,4 млн рублей). За 2018 год в медико-санитарные части ФСИН для лечения туберкулеза поставлено противотуберкулезных препаратов на 605 млн рублей», – сообщили в ведомстве.[14]

При поступлении в следственные изоляторы все подозреваемые и обвиняемые проходят флюорографическое исследование органов грудной клетки и, в случае выявле-

[13] https://fsin.gov.ru/budget/info.php
[14] https://tass.ru/obschestvo/6331056

ния туберкулеза либо при подозрении на наличие данного заболевания, переводятся в туберкулезные отделения медицинских подразделений.

Дважды в год, в соответствии с требованиями приказа Минюста России от 28.12.2017 № 285[15], проводится флюорографическое исследование осужденных, содержащихся в исправительных учреждениях.

Пациенты с клиническим излеченным туберкулезом впоследствии получают периодическое контролируемое противорецидивное лечение, а лица, состоявшие в контакте с больным туберкулезом, – однократное профилактическое лечение.

В учреждениях УИС для профилактики заболеваемости туберкулезом также проводится регулярная дезинфекция помещений, транспорта для перевозки осужденных, обработка белья и постельных принадлежностей.

В целях совершенствования организации работы по борьбе с туберкулезом управления ФСИН взаимодействуют и с медицинскими организациями государственной системы здравоохранения. Так, в Республике Саха (Якутия) врачи-фтизиатры ФКУЗ МСЧ-14 ФСИН России регулярно обучаются на семинарских занятиях, посвященных клиническим рекомендациям по диагностике и лечению туберкулеза, на базе ГБУ «Научно-практический центр «Фтизиатрия».

Однако срок отбывания наказания подходит к концу и, зачастую, системное лечение, к сожалению, заканчивается тоже.

К примеру, в Еврейской автономной области среди осужденных, освободившихся из мест лишения свободы в 2020 году, 237 на момент освобождения имели диагноз «туберкулез», в Приморском крае за минувший год было освобождено 245 больных туберкулезом.

Медико-санитарные части ФСИН ведут Федеральный регистр лиц, больных туберкулезом, тем самым давая субъектам государственной системы здравоохранения доступ к информации о носителях заболевания в учреждениях УИС. В ряде регионов сведения также передаются непосредственно в соответствующий противотуберкулезный диспансер для постановки больных на учет и последующего лечения.

Однако нет никакой гарантии, что осужденный, получавший в учреждении УИС необходимое противотуберкулезное лечение, продолжит курс терапии, не завершившийся к моменту освобождения. Прежде всего, это касается социально дезадаптивного контингента.

Эпидемическая опасность и необходимость контроля за полнотой курса противотуберкулезного лечения освобождающихся из учреждений УИС – это еще один аргумент за скорейшее создание систем ресоциализации в каждом регионе страны. При должном межведомственном взаимодействии такая система может стать гарантией продолжения лечения социально значимых заболеваний бывшими осужденными.

Усугубляется преждевременное прекращение лечения и вероятностью выработки бактериальной резистентности, то есть устойчивости болезни к применяемым препаратам. В условиях УИС, где в общей массе применяются стандартные схемы лечения, подбор индивидуальной программы может быть осложнен ограниченным спектром препаратов. Если препараты первого ряда (основные средства, подавляющие активность микобактерии с минимальной токсичностью для организма) широко представлены на отечественном фармацевтическом рынке, то препараты второго ряда (применяемые при невозможности приема препаратов первого ряда, в том числе при проявлении устойчивости к ним), как отмечалось Минздравом России,[16] – в основном импортного производства.

Между тем, в начале 2019 года на пресс-конференции, приуроченной ко Всемирному дню борьбы против туберкулеза, представитель Министерства здравоохранения Российской Федерации сообщил, что новый препарат, разработанный специалистами из

[15] Приказ Минюста России от 28.12.2017 № 285 «Об утверждении Порядка организации оказания медицинской помощи лицам, заключенным под стражу или отбывающим наказание в виде лишения свободы».

[16] https://www.rosminzdrav.ru/news/2014/03/24/1768-minzdrav-rossii-sovmestno-s-predstavitelyami-vsemirnoy-organizatsii-zdravoohraneniya-proveli-press-konferentsiyu-posvyaschennuyu-voprosam-borby-s-tuberkulezom

Национального исследовательского центра эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи, показал превосходные результаты во время доклинических исследований и сейчас проходит второй этап, после которого можно будет говорить о массовой вакцинации взрослого населения.[17]

В феврале 2021 года информационное агентство ТАСС со ссылкой на материалы Роспатента сообщило, что созданная вакцина обладает двойным эффектом, с одной стороны, защищает от заражения туберкулезом, с другой стороны, позволяет вылечиться от туберкулеза уже заболевшему человеку.[18]

Остается надеяться, что в случае успешных клинических испытаний новый препарат будет доступен и для лиц, пребывающих в учреждениях УИС.

Лечение и профилактика ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов в учреждениях УИС

Менее обнадеживающе складывается ситуация с заболеваемостью ВИЧ в местах принудительного содержания, что в большой степени вызвано общероссийской обстановкой в данной сфере.

В мире проживает более 38 млн человек с ВИЧ-инфекцией.[19]

С начала регистрации ВИЧ-инфекции в 1987 году умерли более 300 тыс. ВИЧ-инфицированных. Ведущей причиной летальных исходов среди инфицированных ВИЧ остается туберкулез.[20]

В России, как сообщила заместитель председателя Правительства Российской Федерации Татьяна Голикова на очередном заседании Совета по вопросам попечительства в социальной сфере, на начало 2021 года проживает 1,1 млн человек с ВИЧ.

По данным Роспотребнадзора, ВИЧ по-прежнему остается одним из наиболее распространенных инфекционных заболеваний. В 2020 году уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией в среднем по России составил 40,77 случаев на 100 тыс. человек.[21]

Между тем, в 2018 году, впервые за последние 14 лет, количество новых случаев ВИЧ-инфекции снизилось на 2,2% по сравнению с предыдущим годом. Об этом сообщалось в государственном докладе Росздравнадзора «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2018 году».[22] Эта тенденция сохраняется.

Помимо снижения темпов прироста новых случаев, в 2020 году в сравнении с 2019 годом на 4,3 % снизилось число умерших инфицированных ВИЧ.

Однако говорить об устойчивом снижении темпа распространения ВИЧ-инфекции пока преждевременно. Эпидемиологическая ситуация остается напряженной как в России в целом, так и в пенитенциарной системе.

К началу текущего года в учреждениях УИС России содержалось 52,531 тыс. ВИЧ-инфицированных лиц[23], что составляет около 11 % от общего количества спецконтингента и почти 4,8 % от числа всех зарегистрированных носителей ВИЧ в стране.

В ДФО в местах принудительного содержания УИС к началу 2021 года находилось порядка 1,6 тыс. человек с ВИЧ-инфекцией – 4 % от числа всех подследственных и осужденных к лишению свободы в федеральном округе.

Наименьший удельный вес носителей ВИЧ – в учреждениях УИС Республики Саха (Якутия) (1,5%).

Напротив, высокий процент ВИЧ-инфицированных – в учреждениях УИС Сахалинской области (5,2%), Приморского края (5,6%), Камчатского края (6,4%).

Доля ВИЧ-положительных лиц в пенитенциарных учреждениях в Хабаровском крае примерно равна среднему показателю по спецконтингенту в ДФО – 3,3%.

---

[17] https://www.rosminzdrav.ru/news/2019/03/21/11119-v-tass-sostoyalas-press-konferentsiya-priurochennaya-ko-vsemirnomu-dnyu-borby-protiv-tuberkuleza

[18] https://tass.ru/obschestvo/10718829

[19] https://www.unaids.org/ru/resources/fact-sheet

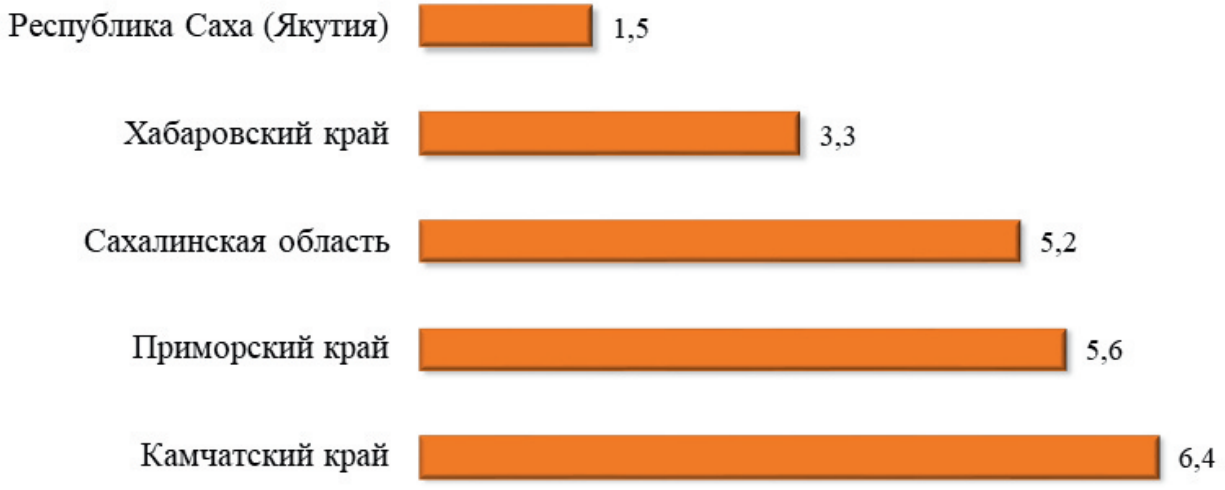
[20] https://tass.ru/obschestvo/6445999

[21] https://popechitely.ru/news/informatsionnye-soobshcheniya/vich-v-rossii-pervye-itogi-realizatsii-gosstrategii-/

[22] https://www.rospotrebnadzor.ru/upload/iblock/798/gosudarstvennyy-doklad-o-sostoyanii-sanitarno_epidemiologicheskogo-blagopoluchiya-naseleniya-v-rossiyskoy-federatsii-v-2018-godu.pdf

[23] https://fsin.gov.ru/budget/info.php

Доля ВИЧ-инфицированных от общего числа спецконтингента, %



При этом в учреждениях УИС в Камчатском крае, Магаданской и Сахалинской областях, Хабаровском крае в 2020 году отмечен рост числа ВИЧ-инфицированных.

В соответствии с Государственной стратегией противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 20.10 2016 № 2203-р, предполагается увеличение охвата антиретровирусной терапией (АРВТ) лиц, зараженных ВИЧ, а также переход на раннее начало ее применения.

При этом нахождение ВИЧ-инфицированных лиц в местах принудительного содержания, при должной разъяснительной работе с ними, можно считать предпосылкой к максимальному охвату их необходимым лечением.

Так, в учреждениях ФСИН по России АРВТ принимают 47,051 тыс. человек. Таким образом, удалось обеспечить необходимым лечением 90% носителей ВИЧ из числа спецконтингента. Еще в 2019 году этот показатель составлял 59,5%.[24]

В части регионов ДФО случаи отказа подследственных и осужденных от АРВТ – единичны: так, на начало этого года в учреждениях УИС в Сахалинской области 2 человека не получали АРВТ ввиду отказа от лечения (2,3% от числа ВИЧ-инфицированных), в Забайкальском крае – 4 человека (также 2,3% от числа ВИЧ-инфицированных). В учреждениях УИС Магаданской области больных ВИЧ-инфекцией, отказавшихся от лечения, на начало года не числилось вовсе.

Статистика по другим субъектам ДФО позволяет сделать вывод, что у значительной части спецконтингента сформировалась приверженность к отказу от лечения ВИЧ-инфекции. Так, среди 86 носителей вируса, пребывавших на 01.01.2021 в учреждениях ФСИН в Камчатском крае, 9 (то есть 10,5%) отказались от терапии. А в Приморском крае на указанную дату из 640 ВИЧ-инфицированных от АРВТ отказались 64 человека (10%).

Подобные цифры должны стать для руководства ряда территориальных управлений ФСИН сигналом о недостатках в методике борьбы с распространением ВИЧ, в частности, о невысокой эффективности разъяснительной работы со спецконтингентом. Следует активней использовать и потенциал взаимодействия с профильными учреждениями и общественными организациями.

Так, УФСИН России по Хабаровскому краю и Хабаровским краевым отделением «Российского Красного Креста» в 2019 году был реализован совместный проект «Профилактика ВИЧ-инфекции в пенитенциарных учреждениях Хабаровского края». В рамках проекта в пяти исправительных колониях в течение года велась разъяснительная работа

[24] https://fsin.gov.ru/budget/info.php

с осужденными. Численность охваченных проектом лиц составила 1109 человек.

В результате проделанной работы из 94 пациентов с ВИЧ-инфекцией, отказывавшихся от лечения, 57 возобновили терапию.

Кроме того, из 52 осужденных было подготовлено пять команд добровольцев, которые прошли обучение по программе первичной профилактики ВИЧ и туберкулеза и уже сами владеют навыками ведения тренингов.

Стоит заметить, что на приверженность лечению ВИЧ влияет и непосредственно форма терапии – дозировка лекарств, периодичность их приема. Необходимость ежедневного потребления немалого числа медикаментов зачастую подталкивает больного к отказу от лечения либо несоблюдению врачебных рекомендаций. В связи с этим все чаще звучит идея необходимости разработки препаратов пролонгированного действия.

Заместитель председателя правительства Российской Федерации Татьяна Голикова в ходе упомянутого выше заседания Совета по вопросам попечительства в социальной сфере обратилась к Минпромторгу с просьбой проработать тему локализации производства в России новейших пролонгированных и комбинированных форм антиретровирусных лекарственных препаратов и учесть ее в плане мероприятий Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции на период до 2030 года.[25]

Как отметил главный внештатный специалист по ВИЧ/СПИД Минздрава России Алексей Мазус, необходимо наладить производство инъекционных лекарств последнего поколения. «В год нашему пациенту надо выпивать примерно 1,5 тысячи таблеток, а препараты пролонгированного действия – это 6-12 уколов в год. Повышается приверженность лечению со стороны пациентов и его эффективность», - подчеркнул Мазус.[26]

Говоря об охвате терапией максимального количества больных, необходимо иметь в виду, что исполнение данной стратегии возможно лишь при условии полного удовлетворения потребности учреждений УИС в соответствующих лекарственных препаратах, а также недопустимости перебоев с их поставкой.

В апреле 2016 года Генеральный прокурор Российской Федерации Юрий Чайка, выступая с докладом на пленарном заседании Совета Федерации, констатировал ухудшение состояния законности в учреждениях уголовно-исполнительной системы, затронув при этом вопрос поддержания жизни заключенных с ВИЧ-инфекцией. Он отметил, что Минздравом в 2015 году была ненадлежащим образом проведена закупка необходимых антивирусных препаратов: пять наименований из них не поступили больным арестованным и осужденным. Тогда Генеральный прокурор РФ подчеркнул, что в правительство было внесено предложение кардинально изменить организацию закупок лекарств и медоборудования для системы исполнения наказаний.[27]

С 01 марта 2019 года в законную силу вступило постановление Правительства Российской Федерации от 29.12.2018 № 1743,[28] согласно которому Минфин России должен был перераспределить ФСИН России бюджетные ассигнования, ранее предусмотренные Минздраву России на закупку для нужд УИС диагностических средств для выявления и мониторинга лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С, а также антивирусных лекарственных препаратов для медицинского применения, предназначенных для обеспечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С.

Судя по всему, ФСИН России, с учетом возможности оперативной корректировки данных о потребности в лекарственных препаратах, удалось организовать их своевременную закупку и бесперебойную поставку в подведомственные учреждения. Во всяком случае, об этом свидетельствуют данные, предоставленные территориальными управлениями ФСИН по ДФО.

[25] https://popechitely.ru/news/informatsionnye-soobshcheniya/vich-v-rossii-pervye-itogi-realizatsii-gosstrategii-/

[26] https://rg.ru/2021/02/02/v-rossii-za-god-na-25-upala-zabolevaemost-vich.html

[27] http://www.spid.ru/spid/ru/news/o_4654

[28] Постановление Правительства РФ от 29.12.2018 № 1743 «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации».

Между тем, достаточное количество лекарств не всегда является залогом получения пациентом с ВИЧ надлежащей медицинской помощи.

Всем известный факт, что во многом успех терапии зависит от момента начала лечения. Однако в учреждениях УИС подследственные и осужденные зачастую сталкиваются с проблемами, в частности, организационного характера, препятствующими скорейшему началу терапии.

Так, в 2019 году к Уполномоченному по правам человека в Хабаровском крае обратился гражданин Р., содержавшийся в следственном изоляторе, с жалобой на неоказание ему лечения ВИЧ-инфекции. Было установлено, что назначенная Р. стандартная схема АРВТ вызвала нежелательные побочные реакции, в связи с чем была прекращена 19 марта 2019 года. Для назначения другой схемы лечения пациента должны были направить на соответствующие обследования и осмотр врачами-специалистами. В свою очередь, медицинской частью следственного изолятора было решено направить подследственных на обследование группой, а само обследование было назначено на вторую половину июня. Таким образом, заявитель, вынужденно прервавший курс АРВТ, около трех месяцев ожидал определения дальнейшей тактики лечения.

В качестве другого примера – решение Забайкальского краевого суда, летом 2019 года обсуждавшееся в средствах массовой информации.

Судебная коллегия по гражданским делам Забайкальского краевого суда постановила взыскать с ФСИН России 10 тыс. рублей моральной компенсации в пользу осужденного с диагнозом ВИЧ-инфекция. Как рассказал адвокат и партнер одной из правозащитных организаций, причиной для иска и судебного процесса послужило ненадлежащее лечение пациента.

Согласно материалам дела, осужденный состоит на учете с заболеванием ВИЧ с 1997 года. Помимо этого, мужчина страдает туберкулезом, гепатитом «С», миопатией и ангиопатией сетчатки обоих глаз.

Адвокат пояснил, что несмотря на ряд опасных заболеваний, истец не получал должного внимания и лечения в учреждениях забайкальского УФСИН. Отсутствие качественной медицинской помощи подтверждено заключениями специалиста Независимой медико-социальной экспертизы г. Новосибирска, а также результатами проверки Росздравнадзора по Забайкальскому краю. В частности, осужденному вовремя не назначали лечение ВИЧ-инфекции и в итоге болезнь неуклонного прогрессировала, усугубило положение и неэффективное лечение.[29]

Как и в данном примере, большинство заключенных с ВИЧ-инфекцией имеют также ряд других заболеваний, осложняющих проведение эффективного лечения.

При этом смертность от болезней, приобретенных уже ВИЧ-положительными лицами либо вызванных ВИЧ-инфекцией, дает возможность манипулировать официальной статистикой смертности от ВИЧ.

Среди социально-значимых заболеваний в пенитенциарной системе нельзя не выделить вирусные гепатиты В и С.

На начало текущего года в учреждениях УИС ДФО это заболевание диагностировано более чем у 2,5 тыс. человек при численности подследственных и осужденных в 40,1 тыс.

Если в Забайкальском крае, Магаданской области и Хабаровском крае доля зараженных гепатитами В и С составляет от 4 до 5% от общего числа спецконтингента в регионах, то в Камчатском крае и Сахалинской области этот показатель превысил 10%.

Большая роль в снижении темпа распространения ВИЧ и гепатита в местах принудительного содержания, учитывая схожий алгоритм передачи таких вирусов, в теории отведена профилактике распространения указанных заболеваний.

Между тем, набор средств профилактической работы в российской пенитенциар-

[29] https://zab.ru/news/117515_fsin_rf_oshtrafovana_na_10_tys_rublej_za_nenadlezhacshee_lechenie_vich_inficirovannogo_osuzhdyonnogo

ной системе весьма ограничен, и зачастую она сводится к анкетированию и информированию заключенных о возможных способах заражения и необходимости своевременной диагностики и лечения. При этом даже такая пропаганда в ряде исправительных учреждений организована не на должном уровне и представлена, к примеру, размещением соответствующих материалов на информационных стендах.

Далеко не полностью используется потенциал взаимодействия территориальных управлений ФСИН России с некоммерческими организациями, занимающимися вопросами борьбы с парентеральными (передающимися через кровь и слизистые оболочки) инфекциями и имеющими экспертный опыт в данном направлении.

Между тем, есть как российские, так и международные организации, готовые оказывать возможное содействие в профилактике ВИЧ.

Одной из них является голландская неправительственная гуманитарная организация «СПИД Фонд Восток-Запад» (AIDS Foundation East-West, AFEW), специалисты которой проводят консультирование по вопросам ВИЧ, гепатитов С и В, инфекций, передающихся половым путем, лечения наркозависимости, осложнений, связанных с инъекционным употреблением наркотиков, и передозировок. Совместно с тюремными властями AFEW постоянно осуществляет проекты в области здравоохранения в местах лишения свободы.[30]

С 2004 года AFEW в составе консорциума неправительственных некоммерческих организаций осуществлял проект ГЛОБУС («Глобальное объединение усилий против СПИДа»), направленный на стимулирование эффективной стратегии по борьбе с ВИЧ/СПИДом в России. Одним из компонентов проекта была работа в УИС: профилактика ВИЧ-инфекции в местах лишения свободы и оказание социальной поддержки людям, освобождающимся из мест лишения свободы.

В связи с продолжением проекта ФСИН России был заключен договор о сотрудничестве с AFEW в реализации комплекса профилактических мероприятий, направленных на противодействие эпидемии ВИЧ/СПИДа и других социально-значимых заболеваний в Российской Федерации в рамках проекта «Охрана здоровья в учреждениях уголовно-исполнительной системы» в 2010-2011 годы. Реализация проекта осуществлялась в нескольких субъектах Российской Федерации.

Сотрудниками учреждений (психологами, медицинскими работниками) проводилась тренинговая диагностическая работа с осужденными и сотрудниками учреждений по теме «Профилактика ВИЧ-инфекции в Российских учреждениях УИС» с использованием видеоматериалов.

В рамках основного проекта осуществляется подпроект «Мост» по индивидуальному медико-социальному сопровождению осужденных в период подготовки осужденного к освобождению и на период непосредственно после освобождения (3 месяца до освобождения и 3 месяца после освобождения).[31]

Среди регионов, входящих в состав ДФО в настоящее время, проектом ГЛОБУС была охвачена лишь Республика Бурятия.[32]

Между тем, подобный опыт видится весьма прогрессивной формой работы по профилактике социально-значимых заболеваний в УИС. И руководству ФСИН России, а также ее территориальных подразделений стоит уделять этому направлению должное внимание.

Помощь наркозависимым в учреждениях УИС

Говоря о борьбе с ВИЧ и гепатитами В, С нельзя не отметить, что основной причиной их распространения, согласно данным Сети Европейского действия по СПИДу

[30] http://www.afew.org/ru
[31] http://фсин.рф/activity/international/receptions_and_visits/Tomsk/index.php?sphrase_id=1234901
[32] http://www.ohi.ru

(AIDS Action Europe)[33] является потребление инъекционных наркотиков. Это касает- ся как населения в целом, так и заключенных.

По данным ФКУЗ МСЧ-27 ФСИН России, на начало 2021 года в учреждениях УИС на территории Хабаровского края на учете с диагнозом «наркомания» состояло 436 человек, то есть более 5% от числа спецконтингента.

Руководством исправительных учреждений в ходе общения с Уполномоченным отме- чается повышение концентрации наркозависимых среди лиц, поступающих в места лишения свободы в последние годы.

На панельной сессии в рамках проходившего в конце 2018 года IV Всероссийского форума для специалистов по профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа главный государственный санитарный врач ФСИН России Артем Галкин сооб- щил, что при эпидемиологическом рассле- довании случаев выявления ВИЧ среди поступающих в СИЗО выяснилось, что в 81 % случаев инфицирование произошло при употреблении наркотиков на свободе.[34]

Не стоит отрицать и факты инъекционного употребления наркотиков непосредственно в учреждениях УИС, где ситуация с распространением парентеральных инфекций усугубляется при совместном использовании игл и шприцов. Несмотря на массу ограничивающих факторов, наркотики доступны в местах принудительного содержания. При этом безопасные инъекционные инструменты достать намного сложнее. Усиливается эпидемиологическая опасность и использованием нестерильных приспособлений для татуировок.

Еще в 1993 году в «Руководстве по ВИЧ-инфекции и СПИДу в тюрьмах» Всемирная организация здравоохранения (далее – ВОЗ) рекомендовала «странам, где в обществе обеспечена доступность чистых шприцев и игл для потребителей инъекционных наркотиков, рассмотреть вопрос о предоставлении чистого инъекционного инструментария в заключении и при освобождении». Такая же рекомендация была сформулирована ЮНЭЙДС и многими другими национальными и международными организациями, включая Австралийскую медицинскую ассоциацию и Медицинскую ассоциацию Онтарио. В документе «Международное руководство по ВИЧ/СПИДу и правам человека» также заявлено, что руководители тюремных ведомств должны обеспечить заключенных средствами профилактики ВИЧ-инфекции, включая «чистое инъекционное оборудование».[35]

В аналитическом обзоре Управления по наркотикам и преступности ООН и Всемирной организации здравоохранения «Меры по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах: программы обеспечения иглами и шприцами, стратегии дезинфекции» указывается, что проведенные исследования, в частности, в конкретных пенитенциарных учреждениях, позволяют сделать вывод, что программы по обеспечению заключенных стерильными иглами и шприцами сокращают случаи использования нестерильного инструмента и, как следствие, заражения ВИЧ-инфекцией. Более того, такие программы ведут к снижению риска передозировки и абсцессов, а также облегчают вовлечение заключенных в программы лечения от наркотической зависимости. При этом в результатах проведенных исследований отсутствовали какие-либо свидетельства серьезных отрицательных последствий (рост наркопотребления, использование инъекционного оборудования в качестве оружия, препятствие реализации программ, основанных на отказе от наркотиков).

[33] https://www.aidsactioneurope.org/ru
[34] http://фсин.рф/news/index.php?ELEMENT_ID=433465&sphrase_id=1235277
[35] https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/3_NSP%20and%20decontomination%20strategics.pdf

СТРАНЫ, ГДЕ В ТЮРЬМАХ ФУНКЦИОНИРУЮТ ПРОГРАММЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ИГЛАМИ И ШПРИЦАМИ

Страна	Начало программы	Количество тюрем с ПИШ (на 2006 г.)
Швейцария	1992	7
Германия	1996	1 (6 ПИШ были закрыты по политическим причинам)
Испания	1997	38
Республика Молдова	1999	7
Кыргызская Республика	2002	11
Республика Беларусь	2003	1 (на 2004 г.)
Республика Армения	2004	3
Люксембург	2005	1
Исламская Республика Иран	2005	от 1 до 6 (пять программ планировалось открыть в 2006 г.)
Республика Украина	2007	2 пилотных проекта планировалось начать в 2007 г.
Шотландия	2007	Одно двухлетнее пилотное исследование планировалось начать в 2007 г.
Португалия	2007-2008	Реализация ПИШ к 2008 г.

Материал аналитического обзора «Меры по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах: программы обеспечения иглами и шприцами, стратегии дезинфекции»

https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/3_NSP

В указанном аналитическом обзоре международные организации приходят к выводу: «Тюремные ведомства в странах, которые переживают или которым угрожает эпидемия ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков, должны безотлагательно внедрить программы обеспечения иглами и шприцами и добиться их масштабного распространения как можно скорее».

Тем не менее, применение такого опыта в российской пенитенциарной системе было бы воспринято неоднозначно как органами власти, так и обществом в целом. В УИС России предоставление стерильного инъекционного оборудования все-таки по большей мере воспринимается как поощрение потребления наркотиков.

Как сообщается ФКУЗ МСЧ-27 ФСИН России, в рамках добровольного лечения наркотической зависимости в учреждениях УИС психиатром наркологом разрабатывается индивидуальный план диспансерного наблюдения и лечения пациента, включающий, с учетом показаний, медикаментозную и психотерапевтическую коррекцию. Лечение нацелено на уменьшение тяги к психотропным веществам, усиление воли, стрессоустойчивости и ответственности за собственные действия.

Однако ни для кого не секрет, что используемые при такой терапии медикаменты хоть и устраняют абстинентное состояние, притупляют тягу к психотропным веществам, но не дают гарантии дальнейшей приверженности пациента к отказу от употребления наркотиков. И после освобождения наркозависимого из учреждения УИС весь прогресс проведенного лечения зачастую сводится на нет.

Подход российских властей к профилактике распространения ВИЧ неоднократно подвергался критике международных организаций. В октябре 2017 года на конференции, проходившей в Берлине под девизом «Невидимая эпидемия», Раминта Стуйкюте, ведущий советник специального посланника ООН по ВИЧ в Восточной Европе, описала атмосферу в России как «токсичную» для эффективной профилактики ВИЧ, указав, что «для обмена опытом профилактики ВИЧ крайне важен диалог, а не самоизоляция в вопросах здравоохранения и правоприменительных практик».

По словам также выступившего на конференции главы Федерального центра СПИД Роспо-

требнадзора Вадима Покровского, в России в последнее время усилились религиозные настроения, а негативное отношение к ключевым группам мешает воплощать в жизнь профи-лактические программы, которые признаны эффективными во всем мире.[36]

Независимый подход, как в пенитенциарной системе, так и в России в целом прослеживается и в методах лечения от наркотической зависимости. Он предполагает полный отказ от употребления наркотиков, детоксикацию и реабилитацию зависимых (снятие абстинентного синдрома с последующими психологическими тренингами).

На специальном заседании Совета по правам человека при Президенте Российской Федерации в 2018 году первый заместитель директора ФСИН Анатолий Рудый высказался о необходимости применения заместительной терапии для людей, зависящих от наркотиков.[37]

Такое мнение вызвало критику со стороны государственных ведомств и ряда врачей-наркологов страны. Ранее, в 2016 году, Минздрав России уже представлял свою позицию по данному вопросу, подвергнув сомнению эффективность заместительной терапии и усмотрев в ней косвенную легализацию приема наркотиков.[38] Вместе с тем, оно нашло поддержку, в том числе у представителей некоторых общественных организаций.

По сути, это терапия опиатной (например, героиновой) наркозависимости, при которой пациенту предоставляют регулярные и бесплатные дозы более безопасного вещества (чаще всего — метадона). Такой подход не избавляет от зависимости, но позволяет человеку контролировать свое поведение, не страдать от абстинентного синдрома («ломок») и вести нормальную социальную жизнь. При этом такой вид терапии, как правило, предполагает пероральное введение препарата, что исключает необходимость инъекций.

В европейских странах заместительная опиоидная терапия применяется в рамках действующих программ «снижения вреда» наряду с предоставлением стерильных инструментов.

ООН, ссылаясь на проведенные исследования[39], констатирует, что «заместительная поддерживающая терапия – эффективный, безопасный и экономически оправданный метод лечения опиоидной зависимости. Многократные строгие оценки этого метода наглядно продемонстрировали, что такая терапия является ценным и важным компонентом эффективного ведения пациентов с опиоидной зависимостью и профилактики инфицирования ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков».

ВОЗ называет заместительную терапию лучшей из существующих мер борьбы с последствиями употребления наркотиков,[40] при этом признавая риски (передозировки при неправильном применении, возможности злоупотребления) и призывая к повышенному контролю над программами.

По данным ООН такие программы используются в 90 странах мира.

Среди 47 государств, входящих в Совет Европы, только в России запрещена заместительная терапия. Кроме Европы заместительная терапия успешно применяется в Китае, Иране, США, Канаде, Австралии. Из стран СНГ только Россия, Узбекистан и Туркменистан до сих пор не применяют заместительную терапию.[41]

В 2011 году на запрос Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации Владимира Лукина, в связи с жалобой гражданки на невозможность получения заместительной терапии, Независимой психиатрической ассоциацией России было представлено экспертное мнение.

Сообщалось, что «…необходимо широкое ознакомление с опытом комплексных программ заместительной терапии и ее отдаленными результатами за рубежом. Однако ее введение в России в современных условиях разгула коррупции было бы ее дискредитацией, тем более что оно наверняка не будет удовлетворительно профинансировано.

Помимо прочего, заместительная терапия позволяет минимизировать опасность заражения ВИЧ, это взаимосвязанные проблемы, а Российская Федерация подписала декларации по борьбе с ВИЧ/СПИДом (2001, 2006)».

Тогда ассоциация пришла к выводу, что в запросе Владимира Лукина «затронут важный вопрос доступа человека, зависимого от наркоти-

[36] https://spid.center/ru/posts/2051/

[37] https://www.interfax.ru/russia/629844

[38] https://www.rosminzdrav.ru/news/2016/03/11/2832-pozitsiya-minzdrava-rossii-v-otnoshenii-zamestitelnoy-opioidnoy-podderzhivayuschiey-terapii

[39] https://www.unodc.org/pdf/publications/report_2004-03-15_1_ru.pdf

[40] https://www.who.int/substance_abuse/publications/en/PositionPaper_English.pdf

[41] https://www.svoboda.org/a/29701844.html

ков, к новым методам социальной поддержки и снижения зависимости, применение которых в наших условиях должно активно обсуждаться и изучаться с учетом международных рекомендаций, а в отношении наиболее тяжелых соматических больных – оправдано по гуманным соображениям (но не метадоном)».[42]

Стоит отметить, что субъекты применения заместительной терапии работают над усовершенствованием схем лечения и выработкой новых препаратов. Сегодня, помимо метадона, применяются менее токсичные бупренорфин (частичный агонист) и налоксон (полный антагонист). Применение этих препаратов предусматривается новыми канадскими рекомендациями.[43]

Возможно, с учетом развития фармацевтического рынка, принимая во внимание темпы распространения ВИЧ-инфекции инъекционным путем, стоит прислушаться к ранее высказанному мнению руководства ФСИН по данной теме. **Было бы логичным вернуться к рассмотрению вопроса целесообразности введения заместительной терапии в России, в том числе в пенитенциарной системе, в современных условиях, обобщить сформировавшийся зарубежный опыт и провести необходимые исследования.**

Противодействие распространению COVID-19

В прошлом году человечество столкнулось с новой глобальной эпидемической проблемой – коронавирусной инфекцией COVID-19.

В России к началу этого года количество случаев заражения достигло 3186,3 тыс. К моменту подготовки настоящего доклада данный показатель превысил 4762 тыс.[44]

Как в случае с любыми другими инфекционными заболеваниями, высокая концентрация людей в ограниченном пространстве повышает шансы широкого распространения вируса. В связи с этим большие усилия были брошены на недопущение массовой заболеваемости в учреждениях УИС.

Приказом от 19.03.2020 № 196 ФСИН России[45] определены неотложные меры в данном направлении, создан оперативный штаб и утвержден План неотложных мероприятий по предупреждению распространения коронавирусной инфекции (COVID-19). В круглосуточном режиме была организована работа горячей линии с целью мониторинга эпидемиологической ситуации в учреждениях УИС.

В территориальные органы ФСИН России был направлен Комплексный план организационно-практических, санитарно-противоэпидемических и лечебно-диагностических мероприятий при угрозе возникновения и распространения новой коронавирусной инфекции в учреждениях и органах УИС.

В 2020 году постановлениями главного санитарного врача ФСИН России в отдельных учреждениях 53 территориальных органов ФСИН России вводились ограни-чительные мероприятия (карантин).

В течение прошлого года было проведено 10 заседаний Оперативного штаба ФСИН России по предупреждению распространения коронавирусной инфекции (COV1D-19).

Нужно отметить, что принятые меры оказались весьма результативными.

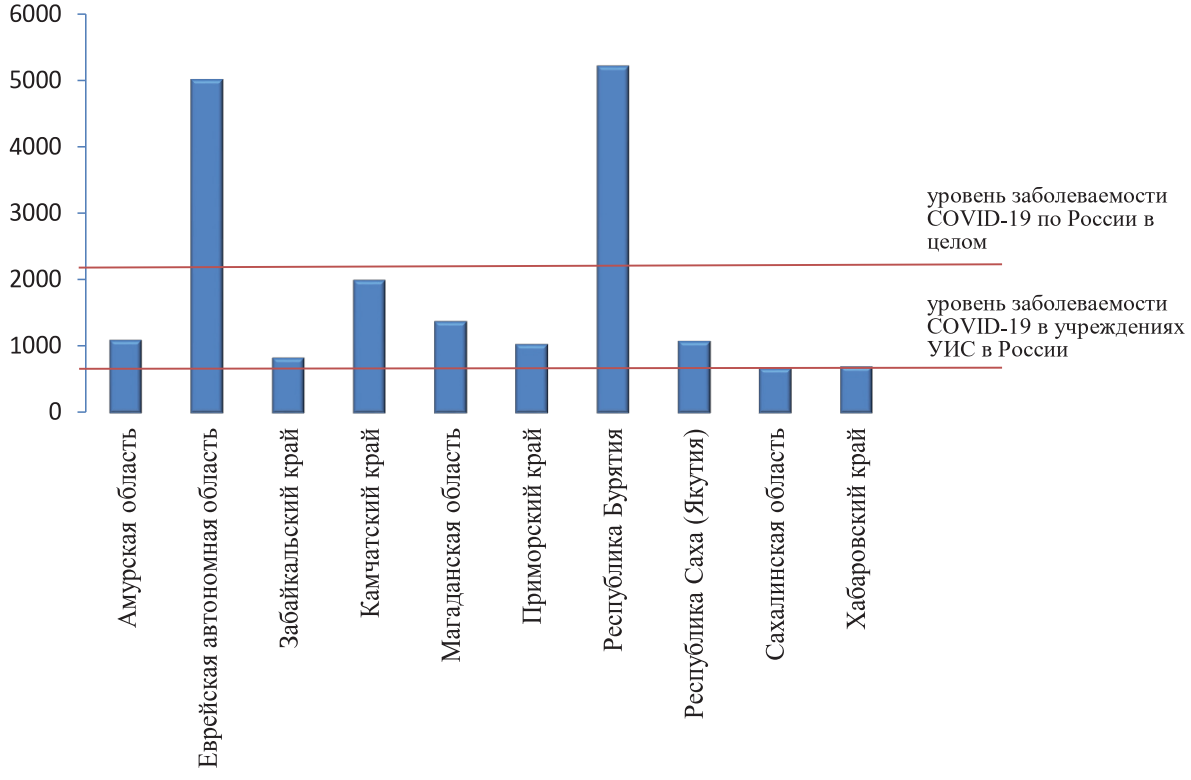
За минувший год среди подозреваемых, обвиняемых и осужденных выявлено 3 813 лабораторно подтвержденных случаев заболевания новой коронавирусной инфекцией. Показатель заболеваемости COVID-19 составил 751,1 на 100 тыс., что ниже общероссийского показателя в 2,9 раза (2169,3 на 100 тыс.).[45]

В учреждениях УИС на территории ДФО в 2020 году было зарегистрировано 595 случаев заражения коронавирусной инфекцией среди спецконтингента. Уровень заболеваемости составил 1483,8 на 100 тыс. человек. Особенно тревожной можно назвать обстановку в Еврейской автономной области, где было выявлено 55 случаев заражения COVID-19 при общей численности спецконтингента в 1,1 тыс. человек, а также в Республике Бурятия – там коронавирус обнаружили у 202 человек среди 3,9 тыс. лиц, пребывающих в учреждениях УИС.

Однако следует отметить, что за первый квартал 2021 года в Еврейской автономной области случаев заражения COVID-19 среди подозреваемых, обвиняемых и осужденных не зарегистрировано.

[42] http://npar.ru/otvet-na-zapros-upolnomochennogo-po-pravam-cheloveka-v-rf-o-zamestitelnoj-terapii
[43] https://echo.msk.ru/blog/flay/2282654-echo/
[44] https://coronavirus-monitor.info/country/russia/
[45] Приказ ФСИН России от 19.03.2020 № 196 «О неотложных мерах по предупреждению распространения коронавирусной инфекции (COVID-19) в ФСИН России».

Уровень заболеваемости COVID-19 среди спецконтингента за 2020 год, на 100 тыс. человек



Среди профилактических мероприятий по недопущению распространения новой коронавирусной инфекции, проводимых территориальными управлениями ФСИН, помимо соблюдения масочного режима и измерения температуры тела у сотрудников и посетителей учреждений УИС, была усилена работа по дезинфекционной обработке помещений, отменены культурно-массовые мероприятия.

Кроме того, на основании постановлений главных санитарных врачей медико-санитарных частей вводились ограничения в части предоставления длительных и краткосрочных свиданий, приема посылок и передач.

Между тем, опасность распространения коронавирусной инфекции в учреждениях УИС исходит и от самих сотрудников этих учреждений: в минувшем году на территории ДФО среди них почти у 2,4 тыс. человек был выявлен COVID-19.

В данных обстоятельствах очевидно, что взять под контроль эпидемическую обстановку в пенитенциарной системе возможно только путем скорейшей вакцинации подавляющего числа как спецконтингента, так и сотрудников.

Почти во всех дальневосточных регионах приступили к исполнению планов вакцинации от новой коронавирусной инфекции в УИС.

В то же время, в Амурской области наблюдается нехватка вакцины. В связи с этим к началу апреля привита была лишь часть сотрудников УИС (13,7% – первым компонентом вакцины, 10,5% – вторым компонентом). Начать вакцинацию спецконтингента планировалось после поступления необходимого количества доз вакцин.

В Камчатском крае вовсе по состоянию на середину марта вопрос получения вакцин против новой коронавирусной инфекции для сотрудников УИС находился в стадии проработки с Минздравом региона, а для вакцинации спецконтингента только подготавливалась необходимая документация.

Остается без ответа вопрос, почему число зафиксированных случаев заражения COVID-19 как среди подследственных и осужденных, так и среди сотрудников УИС в указанных регионах, не стало для управлений ФСИН и региональных властей стимулом для скорейшего решения вопроса массовой вакцинации.

В Хабаровском крае к середине апреля текущего года уже было вакцинировано

196 сотрудников УИС и 1302 человека из числа подозреваемых, обвиняемых и осужденных. Таким образом, вакцинацией охвачено более 15% спецконтингента.

Этому способствовала и активная позиция Уполномоченного по правам человека в Хабаровском крае. Проблема длительности согласования процедур обеспечения вакциной краевых учреждений ФСИН им была доведена на оперативном штабе по мониторингу ситуации и принятию экстренных мер в целях недопущения распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19. В итоге вопрос был взят на контроль Правительства края и заинтересованными ведомствами найдены приемлемые решения в его разрешении в кратчайшие сроки.

Психиатрическая помощь в пенитенциарной системе

Достаточно серьезной проблемой остается пребывание в местах лишения свободы лиц с психическими расстройствами.

К концу 2020 года в учреждениях УИС ДФО на учете у психиатра состояли около 4 тыс. человек – десятая часть от общего числа спецконтингента в федеральном округе.

В Камчатском крае, Магаданской и Сахалинской областях таких лиц в пенитенциарной системе менее 4%, в то время как в Хабаровском крае их более 15%, в Забайкальском крае – 17%, а в Еврейской автономной области – почти 27%.

При этом условия для стационарного наблюдения и лечения созданы далеко не везде. Так, стационарные психиатрические отделения отсутствуют в учреждениях УИС в Амурской области, Еврейской автономной области, Камчатском крае, Магаданской области, Сахалинской области (здесь стационарная психиатрическая помощь оказывается в условиях стоматического отделения), в Республике Саха (Якутия).

В ряде случаев медицинская помощь при психических расстройствах, а тем более при купировании состояний их обострения достаточно эффективна лишь в условиях стационара – при постоянном наблюдении пациента и возможности оперативной корректировки тактики лечения.

Поэтому важно, чтобы в учреждениях УИС любой, состоящий на учете у психиатра, при необходимости мог получить стационарную психиатрическую помощь.

Полнота и интенсивность лечения таких пациентов приобретает особую важность при их освобождении из пенитенциарных учреждений. Ведь наличие у лица психических отклонений вполне может стать причиной его последующего дезадаптивного поведения.

Кадровая обеспеченность медицинских подразделений УИС

Зачастую отсутствие в учреждении определенного вида медицинской помощи связано с нехваткой квалифицированных специалистов.

Условия труда, которые не всегда можно назвать достойными, повышенная частота контактов с носителями серьезных инфекционных заболеваний, нахождение большинства исправительных учреждений вне крупных городов – основные факторы усиливающие непривлекательность работы в медицинских подразделениях пенитенциарной системы.

Укомплектованность персоналом
медицинских подразделений УИС в Хабаровском крае на 01.01.2021

Показатель / Группа работников	Врачи и провизоры	Средний, младший медицинский и фармацевтический персонал
Количество ставок по штатному расписанию	182,75	271,75
Фактическая укомплектованность ставок	125	206
Уровень укомплектованности	68,4 %	75,8 %

Укомплектованность медицинским персоналом (в том числе гражданским) учреждений УИС Хабаровского края составляет около 72,8 % (в частности, врачами и провизорами – 68,4%, средним, младшим медицинским и фармацевтическим персоналом – 75,8%).

В иных регионах этот показатель выше: в Приморском крае – 77,9%, в Сахалинской области – 82,7%, в Амурской области – 86,5%, в Республике Саха (Якутия) – 87,2%, в Забайкальском крае – 89,9%, в Магаданской области – 98%.

Для привлечения медицинских сотрудников управления ФСИН России в субъектах Дальневосточного федерального округа взаимодействуют с центрами занятости населения, распространяют сведения об имеющихся вакансиях в сети Интернет, а также ведут агитационную работу в медицинских образовательных учреждениях.

Высокий процент укомплектованности медицинскими кадрами в нескольких регионах ДФО – свидетельство эффективной кадровой политики, проводимой, несмотря на объективные трудности. К примеру, в Сахалинской области отсутствуют высшие учебные медицинские учреждения, поэтому областное управление ФСИН ведет работу по привлечению молодых специалистов из учебных заведений материковой части страны. В таких условиях уровень укомплектованности медицинским персоналом учреждений УИС Сахалинской области (82,7 %) – весьма неплохой результат.

Однако существенные трудности с поиском медработников отмечаются в УИС даже там, где степень укомплектованности кадрами выше среднего показателя. И главная причина этого – уровень заработной платы.

Так, УФСИН России по Амурской области сообщает, что дефицит медицинского персонала обусловлен тем, что заработная плата в учреждениях государственной системы здравоохранения и в частных медицинских организациях намного выше, чем в ФКУЗ МСЧ-28 ФСИН России. Усугубляется ситуация тем, что некоторые филиалы медико-санитарной части дислоцируются в населенных пунктах со сложной демографической обстановкой, в которых наблюдается значительный отток населения.

В Камчатском крае заработная плата медработников в государственной системе здравоохранения в два раза превышает заработок их коллег из пенитенциарной системы. Как следствие – некоторые должности в ФКУЗ МСЧ-41 ФСИН России остаются вакантными уже более двух лет.

Схожее неравенство в оплате труда отмечается и в других регионах: в Забайкальском крае соотношение между средним размером заработной платы врача в УИС и врача в учреждении государственной системы здравоохранения – 52 тыс. к 73 тыс. рублей, в Приморском крае – 71 тыс. к 92,5 тыс. рублей.

Особенно актуальна в пенитенциарной системе в ДФО нехватка узких специалистов.

Так, по результатам посещений учреждений УИС Хабаровского края региональным Уполномоченным пот правам человека не раз обращалось внимание руководства краевого управления ФСИН на недоступность в ряде учреждений стоматологической помощи, причина которой – отсутствие соответствующих врачей.

Нельзя не отметить ситуацию в филиале «Краевая больница» ФКУЗ МСЧ-27 ФСИН России, дислоцирующемся в ФКУ ИК-11 УФСИН России по Хабаровскому краю. Из-за кадрового «голода» в учреждении, открытом после реконструкции в конце 2017 года, до сих пор функционируют не все отделения. Не работает хирургическое отделение с палатой интенсивной терапии, иммунологическая лаборатория по диагностике ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов, централизованная стерилизационная. Медицинская помощь в больнице оказывается лишь в терапевтическом и психиатрическом отделениях. А в настоящее время и в них, ввиду недостатка врачей, прекращено оказание помощи в стационарных условиях. Осужденные

направляются сюда исключительно для проведения обследований.

При этом в указанном учреждении нехватка кадров вряд ли связана с условиями труда сотрудников, в частности, в плане материально-технической базы. В ходе посещения больницы Уполномоченный по правам человека в Хабаровском крае отметил достойный уровень ее оснащения, чего нельзя сказать о значительной части других медицинских подразделений УИС в ДФО.

Очевидно, что в решении вопроса кадрового дефицита в медицинских подразделениях УИС в дальневосточных регионах не обойтись без содействия ФСИН России. В частности, необходимо организовать подготовку в должном объеме медицинских кадров для УИС на основании государственного заказа.

Такая процедура предусмотрена действующим законодательством.

В 2020 году ФСИН России было выделено 181 место на целевое обучение в медицинских вузах по программе специалитета и 80 мест – по программе ординатуры.

Распределение целевых мест осуществляется в соответствии с заявленной потребностью медико-санитарных частей ФСИН России.

Между тем, количество выделяемых мест на целевое обучение видится несоответствующим актуальной картине укомплектованности УИС медицинским персоналом, в особенности отдельных филиалов медико-санитарных частей.

Рассматривая пути решения сложившейся проблемы, не стоит отвергать и «радикальные» варианты. Так, не лишен смысла сценарий, при котором оказание медицинской помощи в учреждениях УИС находилось бы в ведении государственной системы здравоохранения, а медработники осуществляли свою деятельность в исправительных колониях и СИЗО на тех же условиях, что и их коллеги из обычных городских больниц. Как минимум, это решило бы проблему разницы в заработной плате, а также дало возможность участия в различных программах поддержки медработников, таких как программа «Земский доктор».

Состояние материально-технической базы медицинских подразделений УИС

Неудовлетворительное состояние материально-технической базы медицинских учреждений – одна из основных проблем пенитенциарной системы.

Так, степень износа зданий (помещений), в которых располагаются подразделения ФКУЗ МСЧ-27 ФСИН России (Хабаровский край) составляет в среднем 60%.

В Республике Саха (Якутия) полностью исчерпан ресурс здания филиала «Больница» ФКУЗ МСЧ 14 ФСИН России. Строительство нового объекта внесено в федеральную целевую программу «Развитие уголовно-исполнительной системы на 2018 – 2026 годы». Однако начало проектных и изыскательных работ запланировано только на 2024 год.

Степень износа инженерных коммуникаций в отдельных случаях достигает 100%. В Хабаровском крае в среднем – 70-80%. Также до настоящего времени не все медицинские учреждения системы исполнения наказаний в ДФО оснащены системой горячего водоснабжения, в ряде случаев горячая вода отсутствует в летний период.

Не везде выглядит оптимистично и ситуация с медицинским оборудованием. В медицинских подразделениях УИС в Магаданской области средний его износ составляет 83,3%, в Амурской области – 84%.

Полностью изношенное оборудование, как правило, продолжает эксплуатироваться. Несмотря на то, что оно еще функционирует и часто имеет технические заключения о пригодности к использованию, объем изношенного оснащения не может не беспокоить. **Налицо недостаточная работа УИС в части полного и своевременного обновления материально-технической базы медучреждений**.

Надзор в сфере медико-санитарного обеспечения в учреждениях УИС

Неблагополучие в техническом обеспечении медицинских подразделений УИС, становится очевидным и при проведении

проверочных мероприятий сотрудниками центров государственного санитарно-эпидемиологического надзора ФСИН России, регулярно фиксирующими нарушения санитарных требований. Наиболее типичные касаются технического и санитарного состояния помещений, оснащения кабинетов, соблюдения изоляции инфекционных больных, ведения медицинской документации.

Органы прокуратуры также осуществляют мониторинг соблюдения права подозреваемых (обвиняемых) и осужденных на медико-санитарное обеспечение.

В 2020 году прокуратурой Хабаровского края выявлено 350 нарушений закона в сфере медико-санитарного обеспечения осужденных и лиц, содержащихся под стражей – на 12% больше, чем годом ранее. Помимо фактов ненадлежащего оформления медицинской документации, прокуратурой фиксировались случаи невыполнения рекомендаций врачей-специалистов по проведению необходимых обследований, неисполнения обязанности по проведению профилактических и периодических осмотров. Не остались без внимания надзорного органа и факты ненадлежащего санитарно-технического состояния помещений медицинских подразделений.

Так, в связи с множественными нарушениями санитарных требований в помещениях стационарных отделений филиала «Больница» ФКУЗ МСЧ-27 ФСИН России прокуратура обратилась в суд, который обязал УФСИН России по Хабаровскому краю устранить нарушения. К настоящему времени решение суда исполнено.

Особая роль в проверке качества оказываемых медицинских услуг в учреждениях УИС отводится Росздравнадзору, являющемуся независимым специализированным органом надзора в области медицины.

Так, Территориальным органом Росздравнадзора по Хабаровскому краю и Еврейской автономной области в 2020 году было проведено 11 внеплановых проверок в отношении ФКУЗ МСЧ-27 ФСИН России, из них 7 – по обращениям граждан.

В 5 случаях были выявлены нарушения, в частности связанные с качеством оформления медицинской документации, своевременностью установления диагноза, оказанием специализированной медицинской помощи, сроками оказания плановой медицинской помощи, назначением необходимых лекарственных препаратов.

Следует отметить, что органы Росздравнадзора, как правило, проводят документарные проверки качества оказываемой медицинской помощи, при этом, не посещая учреждение УИС и не встречаясь с пациентом. Минусы в эффективности надзорной деятельности, осуществляемой в таком порядке, очевидны.

Рассмотренные в настоящем докладе нюансы и проблемные вопросы пенитенциарной медицины зачастую остаются недооцененными с точки зрения их важности для российского общества в целом.

Между тем, возможность сохранить здоровье в значительной степени влияет на то, как быстро освободившиеся из мест лишения свободы адаптируются к новой жизни, и предопределяет, не подвергнут ли они других граждан риску заражения опасными заболеваниями.

Ежегодно учреждения УИС покидают тысячи человек, становясь частью социума, и влияя на уровень благополучия населения в целом. За последние три года среди лиц, освободившихся из мест лишения свободы на территории Хабаровского края, в регионе остались проживать более 5,3 тыс. человек. С учетом численности населения в крае (1,3 млн человек) количество граждан, отбывавших наказание в учреждениях УИС, – немалая часть жителей региона.

На свободе бывшие осужденные сталкиваются с различными трудностями – поиск жилья, трудоустройство, восстановление документов. На их фоне вопросы здоровья нередко остаются без должного внимания, и в случае возникновения либо обострения заболеваний такие лица могут попросту не справиться с обрушившимися на них сложностями и, впоследствии, сойти с пути адаптации в обществе.

Потому важно, чтобы человек за время, проведенное в учреждениях уголовно-испол-

нительной системы, получил медицинскую помощь надлежащего качества и в полном объеме.

Покидая учреждение УИС, он должен обладать достаточной информацией о состоянии своего здоровья. При освобождении осужденный, как правило, озадачен множеством житейских проблем и не всегда обращается с заявлением в медицинскую часть для получения соответствующих выписок. В свою очередь, весьма полезным представляется обеспечение освобождающихся лиц документами, касающимися состояния их здоровья, в обязательном порядке.

Важно привить осужденному приверженность к лечению после освобождения. Это особенно актуально в вопросе борьбы с социально-значимыми заболеваниями. К сожалению, четкого механизма сопровождения больных, освобождающихся из мест лишения свободы, не выработано. Взаимодействие государственных органов и учреждений в данном направлении осуществляется лишь на уровне обмена информацией.

Подобная ситуация – это один из весомых аргументов в пользу создания системы ресоциализации.