

УДК 343.811

<https://doi.org/10.33619/2414-2948/44/37>

ПРАКТИКА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОСУЖДЕННЫМ К ЛИШЕНИЮ СВОБОДЫ В РОССИИ И ЗА РУБЕЖОМ

©*Лаврухина Э. А., Томский государственный университет,
г. Новосибирск, Россия, lavruhinaelina@yandex.ru*

THE PRACTICE OF MEDICAL CARE CONVICTED TO IMPRISONMENT IN RUSSIA AND ABROAD

©*Lavrukhina E., Tomsk state University, Novosibirsk, Russia, lavruhinaelina@yandex.ru*

Аннотация. Исследуется международная практика предоставления медицинской помощи осужденным к лишению свободы. На основании результатов анализа отечественного законодательства и сложившейся зарубежной практики автор делает следующие выводы. Концепция развития уголовно–исполнительной системы РФ до 2020 г. в аспекте предоставления медицинской помощи осужденным не может быть реализована в полном объеме из-за проблем в сфере материально–технического, кадрового, медикаментозного, ресурсного обеспечения исправительных учреждений. Изучение опыта зарубежных стран показывает, что уголовно исполнительной системой используются как, модель направления пациентов во внешние медицинские учреждения, так и модель, по которой лечебный персонал направляется из национальной службы в тюрьму. В ряде стран Венгрии, Дании, Ирландии, Швеции принято смешанное финансирование через национальную службу здравоохранения и тюремную администрацию, а в Англии и Уэльсе, Исландии, Кипре, Норвегии финансирование осуществляется через национальную систему здравоохранения. Анализ практики показывает, что в Бельгии, Ирландии, Литве вообще не принято переводить заключенных из мест лишения свободы в больницы на лечение, в Англии и Уэльсе, Болгарии, Дании, Нидерландах, Норвегии и Франции за безопасность при переводе заключенных отвечают сами больницы. В остальных же странах безопасность при переводе обеспечивается охраной тюрьмы или полицией. Автор статьи делает вывод о том, что внедрение в пенитенциарную систему России национальных стандартов по ведению больных, включающих в себя широкий спектр заболеваний, представляет значительные трудности. Одним из основных препятствий является структура медицинской службы уголовно-исполнительной системы, аналога которой в общественном здравоохранении не существует. При таком объеме медико–санитарного обеспечения существующая структура материально–технического оснащения, штат медицинской части, а также недостаточное финансирование не позволяют в полной мере придерживаться медико–экономических стандартов.

Abstract. Investigates the international practice of providing medical care to convicts to imprisonment. Based on the results of the analysis of domestic legislation and the current foreign practice, the author makes the following conclusions. The concept of development of the penal system of the Russian Federation until 2020 in the aspect of providing medical care to convicts cannot be implemented in full because of problems in the field of material and technical, personnel, medical, resource support of correctional institutions. The study of the experience of foreign countries shows that the penal system uses both the model of sending patients to external medical

institutions and the model by which medical personnel are sent from the national service to the prison. In a number of countries, Denmark, Hungary, Ireland, Sweden have adopted mixed funding through the national health service and prison administration, and in England and Wales, Iceland, Cyprus, Norway funding is provided through the national health system. An analysis of practice shows that in Belgium, Ireland, Lithuania, it is generally not accepted to transfer prisoners from places of detention to hospitals for treatment, in England and Wales, Bulgaria, Denmark, the Netherlands, Norway and France, the hospitals themselves are responsible for the safety of the transfer of prisoners. In the rest of the countries, the security of the transfer is ensured by prison guards or the police. The author concludes that the introduction of national standards for the management of patients, including a wide range of diseases, into the penitentiary system of Russia presents significant difficulties. One of the main obstacles is the structure of the medical service of the penitentiary system, the analogue of which does not exist in public health. With such a volume of health care, the existing structure of material and technical equipment, the staff of the medical unit, as well as insufficient funding do not allow to fully adhere to medical and economic standards.

Ключевые слова: уголовное наказание, лишение свободы, осужденные, медицинская помощь.

Keywords: criminal punishment, imprisonment, convicts, medical care.

В современных условиях гуманизации уголовно–исполнительной системы, реализации закрепленных в Конституции Российской Федерации принципов социального государства требует повышенного внимания к проблемам содержания заключенных в исправительных учреждениях.

Проблема исследования заключается в необходимости формирования эффективных механизмов оказания медицинской помощи осужденным, снижения негативных последствий для здоровья в условиях пенитенциарной системы и отсутствием должной нормативно-правовой и организационной базы для оказания медицинской помощи в исправительных учреждениях, взаимодействия с учреждениями здравоохранения.

При формировании механизмов обеспечения здоровья заключенных, в соответствии с нормами конституции, федерального законодательства, уголовно–исполнительного кодекса, необходимо обратиться к опыту зарубежных стран в данной сфере. Так, согласно ст. 12 УИК РФ п. 6 и 6.1, «осужденные имеют право на охрану здоровья, включая получение первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических или стационарных условиях в зависимости от медицинского заключения». Кроме того, осужденные имеют право на психологическую помощь, оказываемую сотрудниками психологической службы исправительного учреждения и иными лицами, имеющими право на оказание такой помощи. Участие осужденных в мероприятиях, связанных с оказанием психологической помощи, осуществляется только с их согласия.

Согласно ст. 26 Федерального Закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» — «лица, задержанные, заключенные под стражу, отбывающие наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы либо административного ареста, имеют право на оказание медицинской помощи, в том числе в необходимых случаях в медицинских организациях государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения, в соответствии с законодательством Российской Федерации». Таким образом, нормы законодательства предусматривают возможность взаимодействия уголовно-исполнительной системы и

исправительных учреждений в процессе оказания медицинской помощи, однако, существует оговорка, что оказание помощи осужденным в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения возможно лишь «при невозможности оказания медицинской помощи в учреждениях уголовно–исполнительной системы» [1, с. 21]. То есть, при наличии возможности лечения в медицинских учреждениях уголовно исполнительной системы, необходимости взаимодействия с государственными и муниципальными учреждениями — нет, что создает возможность злоупотреблений, уклонения от обязанностей по оказанию помощи со стороны администрации исправительного учреждения даже в ущерб здоровью заключенного.

Реализация направлений современной уголовно-исполнительной политики предусматривает совершенствование законодательства Российской Федерации, а также практики его исполнения в сфере соблюдения прав, законных интересов и человеческого достоинства лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы, с учетом международных стандартов, в том числе стандартов Европейского комитета по предупреждению пыток и бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания, решений Европейского суда по правам человека, а также требований Европейских пенитенциарных (тюремных) правил» [2, с. 70].

Концепцией развития уголовно-исполнительной системы до 2020 г. (Распоряжение Правительства РФ от 14.10.2010 №1772-р (ред. от 23.09.2015)) предусматривается:

–обеспечение получения лицами, содержащимися в учреждениях уголовно–исполнительной системы, информации о своем здоровье, включая ознакомление с медицинской документацией и получение консультаций врачами–специалистами медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения, исходя из положений федерального законодательства;

–разработка механизма правовой защиты осужденных инвалидов, несовершеннолетних, беременных женщин, женщин, имеющих при себе детей, а также содержащихся под стражей инвалидов, несовершеннолетних, беременных женщин, женщин, имеющих при себе детей;

–обеспечение оказания медицинской помощи и создание улучшенных условий содержания инвалидам и лицам, не способным или ограниченно способным обслуживать себя самостоятельно, в том числе техническими средствами, исходя из возможностей учреждений уголовно-исполнительной системы с учетом ограничений жизнедеятельности этих лиц.

Однако реализация концепции сталкивается со сложностями в сфере материально–технического, кадрового, медикаментозного, ресурсного обеспечения уголовно–исполнительной системы.

В целях повышения эффективности оказания медицинской помощи осужденным рассмотрим особенности решения данных проблем за рубежом. Так, Д. А. Малкин отмечает, что среди стран, в которых к лечению заключенных привлекаются специалисты общей службы здравоохранения, в трех принята модель направления пациентов во внешние учреждения (так называемая «go structure»); противоположная модель, по которой лечебный персонал направляется из национальной службы в тюрьму («come structure»), в чистом виде не принята нигде; преобладает же смешанная модель (в том числе в Англии и Уэльсе, Германии и Франции). Финансирование медицинской помощи (в том числе и психиатрической) в тюрьмах осуществляется в большинстве стран через министерство юстиции (в Испании — внутренних дел) и тюремную администрацию. В ряде стран (Венгрии, Дании, Ирландии, Швеции) принято смешанное финансирование через национальную службу здравоохранения и тюремную администрацию, в Чехии — через

министерство юстиции и медицинское страхование заключенных, во Франции — через систему социального обеспечения. В четырех странах (Англии и Уэльсе, Исландии, Кипре, Норвегии) финансирование осуществляется через национальную систему здравоохранения.

Общий тюремный бюджет в расчете на одно место оказался наиболее высоким в Швеции — 93 888 евро (к нему приближаются в диапазоне 60–70 тыс евро Дания, Ирландия, Исландия, Италия), а наиболее низким — в диапазоне 3–6 тыс евро — в Болгарии, Литве, Польше. Из них наиболее низким он оказался в Болгарии — 11 евро на место (0,3% тюремного бюджета, 0,00025% ВВП), а наиболее высоким в Люксембурге — 5684 евро (12,9% тюремного бюджета, 0,17% ВВП).

Косвенно о качестве помощи, оказываемой заключенным, и ее эквивалентности стандартам лечения больных в общей популяции можно судить, основываясь на возможной задержке перевода заключенных в тюремные больницы и во внешние психиатрические больницы. В последнем случае большее среднее время ожидания госпитализации заключенных может указывать на их дискриминацию или невнимание к ним. Однако, хотя в большинстве европейских стран перевод заключенных в общие психиатрические больницы сталкивался с проблемами, время ожидания госпитализации в большинстве случаев не выше, чем для обычных пациентов. Трудности связаны, главным образом, с нехваткой коек в отделениях с повышенными мерами безопасности в больницах системы здравоохранения, нехваткой подготовленного персонала и общей стигматизацией этих пациентов.

Перевод заключенных в учреждения, находящиеся за пределами тюрьмы, совершается ради соблюдения принципа эквивалентности лечения и дестигматизации, однако всегда учитывается, чтобы такой перевод не шел в ущерб требованиям безопасности. В связи с этим в ряде стран вообще не принято переводить заключенных из мест лишения свободы в больницы на лечение (Бельгия, Ирландия, Литва), в Англии и Уэльсе, Болгарии, Дании, Нидерландах, Норвегии и Франции за безопасность при переводе заключенных отвечают сами больницы. В остальных же странах безопасность при переводе обеспечивается охраной тюрьмы или полицией [3, с. 67].

Исследования, проведенные в США, выявили множество правовых проблем и предписаний, возникающих в случае установления у заключенного серьезного психического расстройства [4, с. 233]. Для оценки соответствия требованиям Конституции системы психиатрической помощи в тюрьмах существенную важность имеют 3 фактора: достаточность физических ресурсов (койки, пространство для лечения и проведения программ и т. п.), достаточность людских ресурсов (должным образом подготовленный персонал) и доступность этих физических и человеческих ресурсов для заключенного в течение разумного времени. Проблема доступности, таким образом, распространяется на всю тюремную психиатрическую систему. Однако, по мнению авторов, суды неохотно назначают фиксированные временные рамки, предпочитая вместо этого говорить вообще о «разумности» и «своевременности». Различные предложенные стандарты, хотя и не являются обязательными для судов, все же могут служить ориентиром в этой области. Наиболее важным представляется соблюдение временных рамок для скрининга и осмотра вновь поступивших, ориентации заключенных, кризисного вмешательства, доступа к диагностике и подходящему лечению, перевода в больницу или на программу лечения в амбулаторных условиях. Важно, чтобы вовлеченные в эти процессы врачи и администраторы определяли их временные рамки и следили за их соблюдением. Несоблюдение сроков на любом этапе может стать поводом для судебного процесса и значительно повышает риск утяжеления страдания.

В Европейских странах для тяжелобольных осужденных нет отдельного учреждения отбывания наказания. Так, в Германии существуют три вида тюрем — открытого (принцип

действия схож с нашими колониями-поселениями) и закрытого типа, а также тюрьмы с более мягкими условиями отбывания наказания, в которых содержатся лица престарелого возраста. В каждом исправительном учреждении имеются медицинские части, в штате которых состоят 1–2 врача и 5–6 медицинских работников из числа среднего персонала. Кроме этого, в более тяжелых случаях приезжают гражданские врачи–специалисты, которые проводят консультацию и лечение заключенных. Услуга таких врачей оплачивается за счет медицинской страховки заключенного. В случае тяжелой болезни и необходимости лечения в стационарных условиях (или операции) по ходатайству администрации тюрьмы суд может даже принять решение о временной отмене уголовного наказания, которое возобновляется после завершения лечения.

В Германии тюремная медицина встроена непосредственно в пенитенциарную систему. Независимость тюремных медиков обеспечена тем, что главный врач тюремной больницы непосредственно не находится в подчинении начальника тюрьмы. В своей деятельности он руководствуется только медицинскими стандартами. В отличие от России лабораторные исследования на инфекционные болезни в Германии проводятся только на добровольных началах, с 35-летнего возраста один раз в два года может пройти углубленный медицинский осмотр. Цель осмотра выявление на ранних стадиях тяжелых заболеваний. По достижению 45-летнего возраста у заключенного появляется право ежегодно быть обследованным на онкологические болезни. Обследование и лечение заключенных для них бесплатно за счет государства, а если он трудоустроен, то за счет страховки [5, с. 108].

Поэтому в ряде стран ответственность за качество и характер медицинского обслуживания в пенитенциарных учреждениях страны возложена либо на местные органы здравоохранения (Норвегия), либо на министерство здравоохранения (Франция), либо на Национальную службу здравоохранения (Англия, Уэльс). Ежегодный бюджет Королевской тюремной службы составляет 2,3 млрд евро. Прямые расходы на содержание одного заключенного в 2008 г. составляли около 100 евро в сутки. Интересно отметить, что эта цифра не включает расходы на обучение и медицинскую помощь, так как они проходят по бюджетам соответствующих ведомств, а не тюремной службы.

Необходимо отметить, что почти в каждой стране имеются национальные стандарты по ведению больных, включающие в себя широкий спектр заболеваний. Лечение пациентов в соответствии с этими стандартами приводит к снижению заболеваемости, инвалидности и смертности по многим заболеваниям. Однако внедрение данных стандартов в пенитенциарную систему России представляет значительные трудности. Одним из основных препятствий является структура медицинской службы уголовно–исполнительной системы, аналога которой в общественном здравоохранении не существует: в медицинской части исправительного учреждения осуществляется амбулаторный прием, стационарное лечение, специализированная помощь (психиатрическая, фтизиатрическая), неотложная помощь, а также ведется ведомственный санитарный надзор [6, с. 114].

При таком объеме медико–санитарного обеспечения существующая структура материально–технического оснащения, штатное расписание медицинской части, а также недостаточное финансирование не позволяют в полной мере придерживаться медико–экономических стандартов, принятых в Министерстве здравоохранения РФ. Таким образом, с учетом мирового опыта механическое перенесение существующих медико–экономических стандартов Минздрава России в деятельность медицинской службы УИС представляется нецелесообразным.

В настоящее время существует необходимость повышения уровня финансирования медицинской помощи в уголовно–исполнительной системе до показателей общественного

здравоохранения. Однако ситуация, связанная с материально-техническим обеспечением медицинской службы, в некоторых регионах остается удручающей. Это подтверждается многолетними исследованиями данной проблемы. Так, например, право на охрану здоровья осужденных женщин не всегда реализуется в местах лишения свободы по ряду причин: отсутствие необходимых для оказания медицинской помощи лекарственных препаратов и специалистов. Женские исправительные колонии получают централизованные поставки медикаментов, но их явно недостаточно, поэтому не все требования закона, направленные на охрану здоровья осужденных женщин, реализуются на практике. Медслужбы исправительных учреждений часто плохо оснащены технически и материально, а также имеют недоукомплектованный штат специалистов [7, с. 123].

Внутренних ресурсов ФСИН России не хватает для того, чтобы сразу решить все накопившиеся проблемы. Между тем гражданское здравоохранение развивается на основе государственных программ с привлечением всех доступных источников — федерального бюджета, бюджета субъектов РФ, средств фондов медицинского и социального страхования, внебюджетной деятельности. С учетом превалирования экономической составляющей в реализации проводимых программ помимо врачей участвуют специалисты в области экономики, юриспруденции, управления персоналом многочисленных департаментов Министерства здравоохранения Российской Федерации. Потенциал ФСИН России в данном направлении существенно уступает возможностям Минздрава России [6, с. 115]. Именно поэтому с 2009 года ФСИН России неуклонно проводит работу по созданию системы пенитенциарного здравоохранения, приближенной по структуре к гражданскому сектору, с целью улучшения тюремной медицины и дальнейшего ее развития в русле процессов, происходящих в сфере охраны здоровья в нашей стране.

Список литературы:

1. Эртель Л. А. Нормативно-правовое регулирование медицинского обеспечения осужденных и лиц, содержащихся в пенитенциарных учреждениях России // Социальное и пенсионное право. 2017. №1. С. 20-29.
2. Селиверстов В. И. Изменения в уголовно-исполнительной политике и уголовно-исполнительном законодательстве в сфере исполнения лишения свободы // Вестник Томского государственного университета. Право. 2016. №2 (20). С. 69-81. <https://doi.org/10.17223/22253513/20/9>
3. Малкин Д. А. Психиатрические ресурсы и принципы лечения заключенных с психическими расстройствами в зарубежных странах // Психическое здоровье. 2010. №5. С. 58-68.
4. Metzner J. L., Cohen F., Grossman L. S., Wettstein R. M. Treatment in jails and prisons // Treatment of offenders with mental disorders / Ed. Wettstein R. M. New York: The Guilford Press, 1998. P. 211-264.
5. Пестова О. Ю. Особенности судебного контроля за медицинской деятельностью уголовно-исполнительной системы // Юридическая мысль. 2014. №6. С. 106-111.
6. Нистратова И. С. Проблемы медицинского обеспечения осужденных к лишению свободы, больных социально значимыми заболеваниями // Юрист-Правовед. 2016. №5. С. 114-119.
7. Минстер М. В. Проблемы охраны здоровья женщин, содержащихся в местах лишения свободы // Вестник Читинского государственного университета. 2009. №3. С. 123-124.

References:

1. Ertel, L. (2017). Legal Regulation of Medical Support to Prisoners and Penitentiary Detainees in Russia. *Social and Pension Law*, (1), 20-29.
2. Seliverstov, V. I. (2016). Changes in Penal policy and penal Legislation in the Sphere of Enforcing imprisonment. *Tomsk State University Journal of Law*, (2), 69-81. <https://doi.org/10.17223/22253513/20/9>
3. Malkin, D. A. (2010). Psychiatric resources and principles of treatment of convicted inmates with mental disorders in foreign countries. *Psikhicheskoe zdorov'ye*, (5), 58-68.
4. Metzner, J. L., Cohen, F., Grossman, L. S., & Wettstein, R. M. (1998). Treatment in jails and prisons. In: R. M. Wettstein (Ed.). *Treatment of offenders with mental disorders*. New York, The Guilford Press, 211-264.
5. Pestova, O. Y. (2014). Features of judicial control over the medical activities of the penitentiary system. *Legal thought*, (6), 106-110.
6. Nistratova, I. S. (2016). Problems of medical support of persons sentenced to deprivation of liberty, patients with socially significant diseases. *Jurist-Pravoved*, (5), 114-119.
7. Minster, M. V. (2009). Problems of health protection of women keeping in prisons. *Bulletin of Chita State University*, (3), 123-124.

*Работа поступила
в редакцию 04.06.2019 г.*

*Принята к публикации
09.06.2019 г.*

Ссылка для цитирования:

Лаврухина Э. А. Практика оказания медицинской помощи осужденным к лишению свободы в России и за рубежом // Бюллетень науки и практики. 2019. Т. 5. №7. С. 283-289. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/44/37>

Cite as (APA):

Lavrukhina, E. (2019). The Practice of Medical Care Convicted to Imprisonment in Russia and Abroad. *Bulletin of Science and Practice*, 5(7), 283-289. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/44/37> (in Russian).