

**СОБЛЮДЕНИЕ ПРИНЦИПОВ
МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ
В ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЕ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**



Москва • 2009

Издание подготовлено в рамках проекта МХГ
«Борьба с пытками через правовую поддержку, образование и защиту»,
реализуемого при содействии Европейской комиссии



Автор
Надежда Раднаева,
эксперт фонда «В защиту прав заключенных»,
юрист Общероссийского движения «За права человека»

Редакторы: Николай Костенко, Нина Таганкина, Сергей Шимоволос

**Взгляды и мнения, высказанные в данной брошюре,
не обязательно отражают позицию Европейского союза**

ISBN 978-5-98440-047-3

ПРЕДИСЛОВИЕ

В данном докладе представлены результаты оценки национальной практики по соблюдению общепризнанных принципов и норм, определяющих роль, функции и ответственность медицинского персонала в местах содержания под стражей.

В качестве основы для оценки использованы следующие международные акты: Принципы медицинской этики, относящиеся к роли работников здравоохранения, в особенности врачей, в защите заключенных или задержанных лиц от пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания, ООН, 37/194, 18 декабря 1982 г.; Европейские пенитенциарные правила (ЕПП), Рекомендация Rec(2006)2 Комитета министров Совета Европы, январь 2006 г., и др. международные документы. В докладе дана сравнительная оценка медицинской этики в сфере как законодательства, так и правоприменительной практики в проблемных вопросах обеспечения защиты прав и свобод заключенных, обеспечения их здоровья, а также эффективности работы самих медицинских служб в местах лишения свободы в России.

Оценка национальной практики по соблюдению общепризнанных принципов и норм, определяющих роль, функции и ответственность медицинского персонала в местах содержания под стражей, дана на основе опыта правозащитников, имеющих большой объем фактического материала, базирующегося на жалобах заключенных¹. Кроме того, были опрошены бывшие заключенные, исследованы материалы выступлений должностных лиц ФСИН России, аппарата Уполномоченного по правам человека в РФ, статистические данные, опубликованные на официальных сайтах государственных органов.

Доклад содержит рекомендации по совершенствованию национального законодательства и улучшению ситуации и рассчитан как на обсуждение в медицинских государственных службах, так и на практическое использование в системе государственного и общественного контроля.

¹ Все приведенные в докладе примеры, не имеющие ссылок на источник, взяты из жалоб заключенных в Фонд «В защиту прав заключенных».

ЧАСТЬ 1

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Согласно принципу 1 (Принципы медицинской этики) врачи, обеспечивающие медицинское обслуживание заключенных или задержанных лиц, обязаны охранять их физическое и психическое здоровье и обеспечивать лечение заболеваний такого же качества и уровня, какое обеспечивается лицам, не являющимся заключенными или задержанными.

Согласно правилу 40.1 ЕПП медицинские службы в пенитенциарных учреждениях организуются в тесном сотрудничестве с общегражданскими органами здравоохранения общины или страны.

Охрана здоровья и обеспечение заключенных необходимой медицинской помощью гарантировано российским законодательством (ст. 12 ч. 6 Уголовно-исполнительного кодекса (УИК) РФ). Кроме того, констатируется, что лечебно-профилактическая и санитарно-профилактическая помощь оказываются осужденным к лишению свободы в соответствии с общегражданским законодательством — Основами законодательства РФ от 22 июля 1993 г. «Об охране здоровья граждан».

Основная особенность России в рассматриваемом вопросе заключается в том, что медицинская служба в уголовно-исполнительной системе (УИС) отделена от общегражданской системы здравоохранения. Необходимо отметить, что в советский период она развивалась довольно эффективно и по многим аспектам не уступала общегражданской. Однако в период кризиса лишилась многих квалифицированных специалистов, а с введением системы медицинского страхования перестала отвечать новым стандартам оказания медицинских услуг, так как не может предоставлять столь широкие и качественные специализированные услуги в диагностике и лечении, как общегражданская.

После издания совместного приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Министерства юстиции Российской Федерации от 17 октября 2005 г. № 640/190 «О порядке организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключенным под стражу» сложилось впечатление, что Минздравсоцразвития России взяло на себя ответственность за состояние дел с медицинским обеспечением в УИС. Однако в министерстве пока нет даже соответствующего структурного подразделения.

Приказ № 640/190 теоретически предусматривает, что в случаях когда медицинское учреждение УИС не может оказать необходимую заключенному медицинскую помощь и лечение, больной может быть направлен в учреждения государственной или муниципальной систем здравоохранения, располагающие специалистами и техническими возможностями для оказания необходимой медицинской помощи.

Однако на практике данная норма применяется крайне редко и зачастую неэффективно. Так, для конвоирования заключенного в больницу необходимо предоставить транспорт и обеспечить сопровождение сотрудниками УИС (врачом, конвоиром). Однако специальных средств в бюджете Федеральной службы исполнения наказаний (ФСИН) России на это не предусмотрено, поэтому экстренный перевод заключенного в больницу зависит прежде всего от возможностей и средств, которыми располагает начальник учреждения, в котором содержится заключенный.

Ставропольский край, ФБУ ИК-6, 2009 год: осужденный Е. болен остеомиелитом челюсти (инфекционный процесс, который сопровождается разложением, гниением кости). На неоднократные обращения к начальнику медсанчасти с просьбой направить в больницу на лечение получал отказ, тогда как согласно п. 100 приказа № 640/190 больные с таким диагнозом должны направляться в больницу.

Республика Коми, ФБУ КП-46, 2008 год, осужденный А.: «...лечение в санчасти колонии не помогало, а лишь усугубило болезнь ноги, боль и опухоль ноги усилились, вдобавок открылись незаживающие кровоточащие раны. Предлагаемую санчастью госпитализацию запрещал начальник колонии — он собственноручно трижды меня вычеркнул из списка направляемых в госпиталь в г. Ухту».

Москва, СИЗО № 2, ноябрь 2009 года: «В середине лета Сергей Магнитский [юридический консультант инвестиционного фонда «Hermitage»] был переведен в Бутырку. Месяцем ранее врачи «Магросской тишины» обнаружили у него камни в желчном пузыре. Был поставлен диагноз — «калькулезный холецистит». Врачи советовали «оперативное вмешательство» и непрерывное лечение. При отсутствии необходимых условий лечения подобный диагноз может характеризоваться «рвотой, тяжкими режущими болями, переходящими в непереносимые» и привести к некрозу поджелудочной железы (именно этот диагноз и сообщили адвокатам Магнитского в СИЗО).

Согласно правилам внутреннего распорядка, которыми регулируется деятельность СИЗО, медицинское обследование обязательно для каждого вновь прибывшего подследственного. По прибытии в Бутырку в медицинском обследовании Магнитскому было отказано. На неоднократные письменные и устные обращения к начальнику медчасти Бутырки, фельдшеру и администрации об ухудшении состояния здоровья, по свидетельству Сергея Магнитского, ему отвечали: «Выйдете на волю, там и полечитесь, тут вам никто не обязан ничего предоставлять».

В августе состояние его здоровья ухудшилось настолько, что он «не мог даже лежать». Тем не менее в проведении планового медицинского обследования ему по-прежнему отказывали, ссылаясь на «проблемы с транспортом и конвоем». А следователь по делу майор юстиции Сильченко уведомил о полном отказе на ходатайство о проведении УЗИ, сославшись на то, что «действующее законодательство не возлагает на следователя обязанность контролировать состояние здоровья содержащихся под следствием подозреваемых».

Однако для других оперативных действий проблем подобного рода никогда не возникало. За время пребывания в Бутырке Магнитского неоднократно вывозили на судебные слушания или же для продления срока содержания под стражей, не считая «свиданий» со следователем»¹.

16 ноября Магнитский скончался в больнице СИЗО.

Когда государство лишает человека свободы, оно берет на себя ответственность за его здоровье. Администрация пенитенциарного учреждения обязана не только обеспечить медико-санитарную помощь, но и создавать условия, способствующие сохранению здоровья как заключенных, так и персонала. Одним из принципов медицинской службы должен быть следующий: заключенный не должен выходить из исправительного учреждения в состоянии худшем, чем до поступления.

Следует отметить, что в последние годы показатели успешности лечения туберкулезных больных в лечебно-исправительных учреждениях (ЛИУ) значительно улучшились. В то же время сохраняется высокая опасность заболевания заключенных туберкулезом и гепатитом в изоляторах временного содержания (ИВС), следственных изоляторах (СИЗО), а также во время конвоирования. Медицинское управление ФСИН России не может серьезно влиять на практику содержания заключенных и не имеет полномочий выносить решения о закрытии тех учреждений, которые наносят явный вред здоровью заключенных.

¹ Бутырский кошмар / Новая газета. 2009. 20 нояб. URL: <http://www.novayagazeta.ru/data/2009/129/01.html>.

Нельзя признать соответствующим международным требованиям установленный порядок врачебного приема и осмотра заключенных, проверки пригодности пищи и санитарного состояния помещений¹. Более того, в Правилах внутреннего распорядка исправительных учреждений (ПВР ИУ) 2005 года последние две функции вообще не упоминаются². Таким образом, медицинская служба на сегодня далеко не в полном объеме достигает стоящие перед ней цели.

Подчиненность медицинской службы УИС ФСИН России не отвечает интересам не только заключенных, но и интересам всего населения, в особенности когда речь идет о мерах по борьбе с инфекционными заболеваниями, которые могут распространяться из мест лишения свободы. Поэтому исправительные учреждения нельзя рассматривать как не связанные с обществом объекты здравоохранения.

По мнению уполномоченного по правам человека в РФ В. П. Лукина, одной из серьезных проблем является то, что медицинская служба УИС находится вне сферы медицинского контроля по линии профильного ведомства — Минздравсоцразвития России. Находясь в прямом подчинении руководителей исправительных учреждений, медицинские работники УИС сталкиваются с трудностями при выполнении возложенных на них задач по охране здоровья осужденных³. Такое подчинение порой идет вразрез с целями и принципами деятельности медицинского работника, препятствует оказанию эффективной медицинской помощи заключенному, особенно в конфликтных ситуациях.

Республика Чувашия, ИК-4, июль 2008 года, осужденный Р.: «...наш сын инвалид I группы пожизненно — перелом шейных и поясничных позвонков, деформация и смещение тазовых костей, парализованы ноги и правая рука. Стоять и ходить он не может, любое движение для него болезненно. На наше обращение в медсанчасть колонии с просьбой оформить направление на медицинскую экспертизу о необходимости освобождения в связи с болезнью был дан ответ, что медсанчасть никаких действий предпринимать не будет, и чтобы мы никуда не жаловались, что все равно все зависит от них».

Пункт 9 Основных принципов обращения с заключенными ООН⁴: «Заключенные пользуются медицинским обслуживанием, имеющимся в данной стране, без дискриминации в связи с их юридическим положением».

Правило 40.3 ЕПП: «Заключенные должны иметь доступ к медицинским услугам, имеющимся в стране без дискриминации на основании их правового положения».

Данное положение означает, что медицинские работники — сотрудники пенитенциарной системы должны всегда помнить, что их первой обязанностью по отношению к любому заключенному, который становится их пациентом, является беспристрастность, обращение в рамках профессиональной этики.

На практике дело обстоит иначе. Имеет место личностное негативное отношение врачей к заключенным. Известны случаи, когда при выдаче медицинского заключения

¹ См. правила 24—26, 32 Минимальных стандартных правил обращения с заключенными ООН.

² Часть XIX ПВР ИУ, утвержденных приказом Минюста РФ от 3 ноября 2005 г. № 205.

³ Доклад уполномоченного по правам человека в Российской Федерации в 2007 году / Уполномоченный по правам человека в РФ. [М.], 2008. URL: <http://ombudsman.gov.ru/doc/ezdoc/07.shtml#j> (дата обращения 23.11.2009).

⁴ Приняты резолюцией 45/111 Генеральной Ассамблеи от 14 декабря 1990 г.

о состоянии здоровья осужденного для представления в суд при решении вопроса о досрочном освобождении в связи с болезнью врач смотрит, по какой статье был осужден человек, и это влияет на характер медицинского заключения. То есть врач может намеренно сфальсифицировать медицинское заключение, чтобы не понравившийся ему осужденный не смог выйти на свободу.

Дискриминационным можно также признать то обстоятельство, что доступ к бесплатным услугам обеспечивается исключительно в рамках медицинской службы ФСИН России, тогда как сфера медицинских услуг в гражданском секторе значительно шире.

Владимирская область, ФБУ ИК-3, ноябрь 2007 года, М.: «...я инвалид 2 группы (без обеих ног) с 2004 г. После ампутации прошло более трех лет. До сих пор я передвигаюсь на коленях, которые стерты до мяса, не заживают. Куда только не обращался по поводу протезов, отовсюду приходят отказы. Мне было сказано в присутствии прокурора начальником больницы колонии, что я зек и никто, нас просто не существует, нас нет. И это правда»¹.

Правило 40 ЕПП: «4. Медицинские службы пенитенциарных учреждений выявляют и лечат физические и психические заболевания или дефекты, которыми могут страдать заключенные.

5. Для этого заключенному оказываются все необходимые медицинские, хирургические и психиатрические услуги, в том числе, имеющиеся в собственных учреждениях».

Правило 43.1 ЕПП: «Врач заботится о физическом и психическом здоровье заключенных, осматривает, в условиях и с частотой, соответствующим стандартам здравоохранения в обществе, всех больных заключенных, всех, кто обращается с недопомощью или травмой, и любого заключенного, на которого специально обращено внимание».

Перечисленные правила предусматривают прямую обязанность медицинских работников выявлять и лечить заболевания у заключенных в соответствии с национальными стандартами, с использованием всех известных эффективных средств. Лица, содержащиеся в местах лишения свободы, сохраняют свое фундаментальное право на здоровье как физическое, так и психическое и на такой уровень медицинского обслуживания, который получают люди в обществе в целом.

Между тем, качество оказания медицинской помощи и лечения в пенитенциарной системе оставляет желать лучшего. Общей с национальной системой здравоохранения можно признать проблему ограниченного перечня поставляемых лекарств, значительную часть из которых нельзя признать лучшими и эффективными препаратами. Кроме того, медслужбе ФСИН России (особенно в отдельных регионах) не хватает современного диагностического оборудования (к примеру, томографов), что создает условия для ошибочных и поверхностных диагнозов, сказывается на установлении группы инвалидности.

Республика Мордовия, ФБУ ИК-7, осужденный С. при наличии целого букета заболеваний — парализованных нижних конечностей (передвигается на самодельно сконструированной инвалидной коляске), межпозвоноч-

¹ После вмешательства правозащитной организации осужденному М. были бесплатно изготовлены протезы (прим. авт.).

вая грыжа, киста правой почки, недержание органов малого и большого таза, туберкулез правого легкого, отсутствие хрусталика и роговица одного глаза — не имеет группы инвалидности. Объясняется это тем фактом, что направление осужденных на медико-социальную экспертизу дает лечебно-профилактическое учреждение, которое умышленно занижает степень заболеваний. Что, безусловно, играет роль при принятии решения об установлении группы инвалидности. В результате неустановления группы инвалидности и реального состояния здоровья С. не может получить адекватную медицинскую помощь в соответствии с имеющимися заболеваниями ¹.

Отметим также наличие проблемы недостаточного влияния психологической службы в исправительных учреждениях. УИС все еще чужды принципы индивидуальной работы с осужденными и по-прежнему доминируют стереотипы об эффективности принудительно-воспитательного воздействия. Во многих ИУ в штатном расписании должность психолога либо вовсе не предусмотрена, либо ее занимает неквалифицированный сотрудник. На практике работа такого психолога сводится исключительно к тестированию осужденных с целью создания «психологических портретов» в помощь воспитательной службе.

¹ Занижение или неустановление группы инвалидности объясняется тем, что с инвалидов первой и второй групп за содержание в учреждении не производится удержания в доход учреждения, а значит, таких заключенных содержать невыгодно (прим. авт.).

ЧАСТЬ 2

НЕДОПУСТИМОСТЬ УЧАСТИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ПЫТКАХ И ЖЕСТОКОМ ОБРАЩЕНИИ

Принцип 2 (Принципы медицинской этики): «Работники здравоохранения, в особенности врачи, совершают грубое нарушение медицинской этики, а также преступление, в соответствии с действующими международными документами, если они занимают-ся активно или пассивно действиями, которые представляют собой участие или со-участие в пытках или других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания, или подстрекательство к их совершению, или попытки их совершить».

Работники медицинской службы УИС играют очень важную роль в борьбе с практикой применения пыток и жестоко обращения. Так, в случаях насилия в отношении заключенного медицинский работник обязан по долгу службы оказать медицинскую помощь и зафиксировать телесные повреждения.

Пытки в пенитенциарной системе России приобрели практически всеобъемлющий характер. И приходится констатировать, что сотрудники медицинской службы имеют к этому непосредственное отношение. У правозащитников есть сотни примеров применения насилия к заключенным как в СИЗО, так и в исправительных учреждениях, когда медики, покрывая преступные действия, фактически соучаствуют в пытках.

Основная причина такой практики — второстепенная роль врача в УИС. Медицинского работника привлекают к осмотру избитого осужденного лишь по решению режимных сотрудников администрации. При этом его роль сводится лишь к оказанию первой помощи, но не к освидетельствованию травм. Медицинский работник обязан уведомить о случившемся непосредственное руководство, но телесные повреждения не документируются.

Особенно критично то обстоятельство, что для медицинского персонала задача защиты жизни и здоровья заключенного сводится лишь к регистрации травм, тогда как она должна определять активную роль врача в недопущении практики жестокого обращения и в обеспечении безопасности жизни и здоровья осужденного. Фактически правовой статус врача в УИС России прямо допускает бездействие в случаях применения пыток и жестокого обращения. Такое положение способствует безнаказанности сотрудников администрации в случае неправомерного применения силы и спецсредств.

Из письма матери осужденного: «...встретилась с сыном на длительном свидании, обнаружила пробитую голову в трех местах и сломанные ребра, он во сне стонал, был избит. По указанию должностных лиц увечья не регистрируют. Не оказав медицинской помощи, сажают в ПКТ, чтоб скрыть преступления».

Челябинская область, ФБУ ИК-1. 31 мая 2008 г. в колонии были жестоко избиты четверо заключенных, после чего их осмотрел медик колонии и сказал, что их жизни ничего не угрожает. Через несколько часов все заключенные скончались¹.

¹ Медики: Одновременная смерть четырех эзков вызывает сомнения // Грани.ру. 2008. 4 июня. URL: <http://www.grani.ru/Politics/Russia/m.137449.html>.

Кировская область, КП-26, 2008 г., осужденный К.: «...капитан и ст. лейтенант И. поставили меня лицом к стене, подошли сзади и начали распылять мне в лицо газ из баллончиков. Я упал от удушья, тогда они втроем стали избивать меня резиновыми дубинками. Начальник медицинской части отказался делать освидетельствование нанесенных мне побоев».

В связи с проблемой жестокого обращения необходимо отметить, что в некоторых учреждениях условия содержания в помещениях камерного типа (ПКТ) и штрафных изоляторах (ШИЗО) невыносимы и далеки от приемлемых. Кроме того, существует практика помещения осужденных в камеры ШИЗО и ПКТ с превышением лимита их наполнения, что создает по сути пыточные условия содержания, опасные для здоровья. Очевидно, что в такой ситуации врач должен реагировать незамедлительно и требовать от руководителя учреждения создания надлежащих условий содержания заключенных. Однако в то время как правило 18.4 ЕПП предписывает включить в национальное законодательство механизмы, не допускающие нарушения минимальных требований при переполнении пенитенциарных учреждений, ничего подобного в нормативных актах Российской Федерации не содержится. Кроме того, отсутствует положение, что наказание выбирается и применяется с учетом заключения врача. Возможно, по этой причине автору доклада не известно ни одного примера вмешательства врача в практику недопустимого дисциплинарного наказания. Сложившееся положение является нетерпимым.

Приморский край, ИК-41, август 2008 года, осужденный Е.: «...водворили меня в ШИЗО с температурой и высоким давлением. Врач не мог что-либо предпринять, так как ему запретил нач. медсанчасти. Начальник медчасти К. в присутствии начальника ИК-41 Б. порвал мое освобождение от физзарядки, от хозработ, от строевой ходьбы, от проверок. При этом К. заявил, что я никакой не больной, а симулянт, и что он меня давно вылечил. А если я не долечился, то он будет меня долечивать в ШИЗО».

На утренней проверке у меня произошел гипертонический приступ. Мне помогли дойти до медчасти. Там я пробыл около часа. Мои жалобы начальник медчасти К. проигнорировал и в грубой форме выгнал. К врачу я попал только в 2 часа дня. Врач прописал лечение, но в освобождении отказал. Он сказал, что освобождение запретил давать тебе начальник ИК-41 и начальник медчасти, иди к ним сам. К. сказал: «Можешь написать расписку, что начальник медчасти К. берет на себя обязательство, что будет тебя умерщвлять».

Волгоградская область, ФБУ ИЗ-34/1. 17 октября 2005 г. Н. был заключен под стражу в ФБУ ИЗ-1 г.Волгограда. Заключенный страдал прободной язвой 12-перстной кишки. Н. отказывали в медицинской помощи и лечении, требуя признательных показаний. В результате у Н. развился перитонит и 26 октября в возрасте 24 лет он скончался. Попытки родственников возбудить уголовное дело по факту неоказания своевременной медицинской помощи оказались безрезультатны.

ЧАСТЬ 3

НЕОТСТУПНОСТЬ ОТ ВРАЧЕБНЫХ ЗАДАЧ

Принцип 3 (Принципы медицинской этики): «Работники здравоохранения, в особенности врачи, совершают нарушение медицинской этики, если они вовлечены в любые другие профессиональные отношения с заключенными или задержанными лицами, целью которых не является исключительно обследование, охрана или улучшение их физического или психического здоровья».

В настоящее время медицинская служба УИС комплектуется медицинскими работниками, которым присваиваются специальные звания начальствующего состава, аналогичные воинским званиям. Несмотря на то что со времени передачи УИС из МВД РФ в ведение Минюста России прошло более десяти лет, прохождение службы в УИС, в т. ч. и медицинским персоналом, регулируется Положением о службе в органах внутренних дел Российской Федерации, что противоречит целям, принципам организации медицинской службы и здравому смыслу.

Так, например, в целях определения служебного соответствия сотрудника предъявляемым требованиям проводится аттестация, осуществляемая при заключении контракта о службе и его продлении. Аттестацию готовит начальник учреждения или органа УИС. Таким образом, аттестацию медицинских работников готовит должностное лицо, не имеющее, как правило, медицинского образования, а право назначать на работу врачей в учреждения УИС закреплено за территориальными управлениями исполнения наказаний. Статья 11 Положения о службе в органах внутренних дел Российской Федерации гласит, что в случае служебной необходимости сотрудник органов внутренних дел может привлекаться для выполнения обязанностей, не предусмотренных контрактом, на срок до одного месяца в течение календарного года. Это относится и к медицинскому работнику, который находится в непосредственном подчинении у начальника учреждения, т. е. медицинский работник может привлекаться и для охраны заключенных с оружием и их конвоя.

Саратовская область, ФБУ ИЗ-64/1: «...у врача 5 дежурств в месяц по 29 часов (с 8 ч. до 13 ч следующего дня) без отсыпных, оплаты и отгулов.

Кроме этого, 4 дежурства в месяц «по сектору» — это режимная работа (обыски, исполнение обязанностей младшего инспектора и прочие репрессивные мероприятия). При этом своими должностными обязанностями заниматься некогда.

...В наших подразделениях тоже такое практикуется, а так же привлечение медперсонала на сельхозработы и переборку картофеля, многие привыкли, бурчат про себя, но выполняют. Можно ли сломать такую практику - большой вопрос, это культивировалось годами...»¹

Статья 7 Кодекса поведения должностных лиц по поддержанию правопорядка ООН от 17 декабря 1979 г.: «Должностные лица по поддержанию правопорядка не совершают какие-либо акты коррупции. Они также всемерно препятствуют любым таким актам и борются с ними».

¹ Форум медицинских сотрудников УИС. URL: <http://lepila.tyurem.net/topic328.html>.

Факты коррупции, к которым причастны медицинские работники, тоже имеют место. В частности, врачи, берут взятки за помещение в медицинский стационар, за передачу денежных средств, мобильных телефонов и пр.

Смоленская область, ФБУ ИК-1, 2009 год: врач терапевт получила взятку от осужденного, в обмен на помещение его в медицинский стационар и в дальнейшем за продление срока содержания в стационаре ¹.

Можно отметить, что закрытость медицинской службы во многом способствует подобной практике. Безальтернативность получения медицинской помощи усиливает зависимость заключенных от медицинского персонала.

Правило 48 ЕПП: «1. Заключенные не должны подвергаться никаким экспериментам без их согласия.

2. Эксперименты на заключенных, которые могут привести к физическим травмам, психическим страданиям или вызывать иной ущерб здоровью, запрещены».

Международные принципы и нормы права категорически запрещают проведение экспериментов над людьми и заключенными. Пункт 3 статьи 12 УИК РФ также определяет: «Осужденные независимо от их согласия не могут быть подвергнуты медицинским и иным опытам, которые ставят под угрозу их жизнь и здоровье».

По сообщениям, получаемым правозащитными организациями, существующие методы обращения с заключенными можно отнести к экспериментам над ними. В частности, методы воспитательного воздействия на тех заключенных, которые не согласны с режимными ограничениями. Такое поведение заключенных подпадает под санкции дисциплинарного нарушения и предполагает наказание, предусмотренное УИК РФ. Однако на практике нередко применяются такие методы, как избиение, унижение человеческого достоинства и т. п. Их можно отнести не только к грубым нарушениям прав человека, но и по своему замыслу — к жестоким опытам.

Челябинская область, центральная больница при ФБУ ИК-2, 2009 год: «Больных заключенных, которые находятся в ШИЗО, избивают ежедневно утром и вечером во время проверок... Их заставляют выходить из камеры, раздеваться догола, и потом избивают. Более того, заключенным ставят уколы и дают таблетки неизвестной этимологии, не объясняют, что это и для чего. На вопросы заключенных не отвечают. И состояние у них после таблеток плохое, один заключенный потерял сознание и пришел в себя только после того, как прибыл в другое исправительное учреждение» ².

Следует отметить, что инициативы в экспериментах такого рода не исходят и не могут исходить от медперсонала, а организуются сотрудниками охраны и воспитательной работы учреждений. Врачебный персонал в таких случаях занимает позицию невмешательства, что также не может быть признано приемлемым.

¹ Перед судом предстанет врач исправительной колонии за получение взяток / Следственное упр. Следственного ком. при прокуратуре РФ по Смоленской обл. URL: <http://www.susk.ru/news.php?cid=1010&id=413> (дата обращения 24.11.2009).

² «Возможна ли гуманизация ФСИН на фоне пыточных условий?»: Стеногр. круглого стола, проведенного Фондом «В защиту прав заключенных» // Вестн. «В защиту прав заключенных». 2009. июнь—июль. № 5—6. С. 8. URL: http://zashita-zk.org/images/editor/avgust2009_web.pdf.

ЧАСТЬ 4

НЕДОПУСТИМОСТЬ УЧАСТИЯ ВРАЧЕЙ В ФОРМАХ ОБРАЩЕНИЯ И НАКАЗАНИЯ, КОТОРЫЕ МОГУТ ПОВЛЕЧЬ УХУДШЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЗАКЛЮЧЕННЫХ

Принцип 4 (Принципы медицинской этики): «Работники здравоохранения, в особенности врачи, совершают нарушение медицинской этики, если они:

а) применяют свои знания и опыт для содействия проведению допроса заключенных и задержанных лиц таким образом, что это может отрицательно повлиять на физическое или психическое здоровье или состояние таких заключенных или задержанных лиц и не согласуется с соответствующими международными документами».

Одной из сложных проблем медицинской этики, связанных с соблюдением прав человека, является совмещение гуманного предназначения врача с его работой в пенитенциарных учреждениях, в частности с его участием в следственной и дознавательной деятельности.

Известно, что в этих видах деятельности традиционно применялись пытки с целью получения признательных показаний. В таких случаях привлекается врач, в обязанность которого входит следить за тем, чтобы допрашиваемый не умер во время пыток, измерять пульс, наблюдать за другими его жизненными показателями и т. д. Когда пытаемый теряет сознание, врач приводит его в чувство, чтобы пытки продолжились. Врач может приложить усилия, чтобы прекратить пытки. Однако это требует настойчивости и даже смелости. Не все врачи на это способны.

Республика Удмуртия, ФБУ ИК-1, 2006 год. От избиений осужденный Ф. потерял сознание, когда пришел в себя увидел врача В., который говорил, что состояние критическое и избиения пора прекратить. Тогда замначальника дал Ф. лезвие, и Ф. нанес себе глубокие раны на животе. Врач В. настаивал на немедленной отправке Ф. в центральную больницу, но начальник ИК-1 приказал зашить Ф. на месте, что врач и сделал. После чего на осужденного Ф. надели наручники и продержали так в течение 52 дней.

Принцип 4, продолжение: «б) удостоверяют и участвуют в удостоверении того, что состояние здоровья заключенных или задержанных лиц позволяет подвергать их любой форме обращения или наказания, которое может оказать отрицательное воздействие на их физическое или психическое здоровье и которое не согласуется с соответствующими международными документами».

При решении различных вопросов, касающихся возможности применения к заключенному взысканий, участия в следственных действиях, возможности выполнять режимные требования и пр. роль медицинского работника чрезвычайно важна. Поскольку именно врач может дать заключение о том, что к заключенному можно применить определенные меры воздействия или наказания. В каждом конкретном случае врач должен исходить из принципа минимального причинения вреда заключенному. Однако на

практике указанный принцип грубейшим образом нарушается, и, как правило, это происходит по воле и непосредственному указанию администрации учреждения.

Тульская область, ФБУ ИК-4, 2009 год. Осужденный Р. имеет ряд серьезных заболеваний: истерическое расстройство личности, органическое поражение ЦНС; частичная атрофия дисков зрительных нервов, гиперметропия обоих глаз; хронический орхоэпидидимит и простатит; варикозное расширение вен нижних конечностей; остеохондроз позвоночника, деформация желчного пузыря; хронический фаринготрахеит; шиповидная пяточная шпора, перелом плюсневой кости (передвигается на костылях). Несмотря на имеющиеся заболевания, администрация исправительного учреждения вносит в суд представление о переводе Р. на тюремный режим сроком на один год. В судебном заседании врач констатировал, что состояние Р. ближе к удовлетворительному.

На медицинский персонал учреждений УИС не возлагается обязанность ежедневного контроля состояния заключенных. Исключение составляют СИЗО, где врач участвует в утренних проверках. Вместе с тем во многих изоляторах эти проверки носят формальный характер, что, в частности, объясняется большой загруженностью медперсонала. В этой связи необходимо принимать во внимание правило 43.2 ЕПП, согласно которому медицинские работники должны ежедневно посещать заключенных, находящихся в условиях одиночного заключения. Однако такая задача законодательно не предусмотрена. Особенно прискорбно, что и сами врачи не выказывают инициативы в посещении одиночных заключенных, полагаясь на уведомления дежурных сотрудников в записи на прием заключенных.

ЧАСТЬ 5

НЕДОПУСТИМОСТЬ УЧАСТИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ДИСЦИПЛИНАРНОМ НАКАЗАНИИ

Принцип 5 (Принципы медицинской этики): «Участие работников здравоохранения, в особенности врачей, в любой процедуре смиренного характера в отношении заключенного или задержанного лица является нарушением медицинской этики, если только оно не продиктовано сугубо медицинскими критериями как необходимое для охраны физического, или психического здоровья, или безопасности самого заключенного или задержанного лица, других заключенных или задержанных лиц или персонала охраны и не создает угрозы его физическому или психическому здоровью».

Неоспоримо доказано, что изоляция заключенного в дисциплинарном порядке вредит его здоровью. По закону осужденного за нарушение режима можно наказать, поместив не более чем на 15 суток в ШИЗО и не более чем на три месяца в ПКТ. Однако, как показывает практика, заключенный, отбывший взыскание, может быть вновь наказан, в т. ч. по сфабрикованному нарушению. Таким образом, нахождение в жестких условиях может длиться годами, с непродолжительными перерывами. И каждый раз заключение о возможности по состоянию здоровья содержаться в ШИЗО или ПКТ дает врач, делая это, как правило, формально. Подобная практика, безусловно, является грубейшим нарушением, и врач выступает соучастником воздействия на заключенного, создающего угрозу его жизни и здоровью. То же самое относится и к формальному обследованию физического состояния осужденных, содержащихся в ШИЗО и ПКТ.

В реалиях пенитенциарной системы России врач выносит заключение о возможности содержания заключенного в условиях изолятора под влиянием уже принятого административной учреждения решения. Автору неизвестны случаи, когда врач смог убедить начальника учреждения снизить срок наказания в связи с тем, что длительное содержание в изоляторе будет иметь риски в последствиях для здоровья заключенного.

Ярославская область, ФБУ ИК-1, 2009 год. Осужденный Г. имеет последствия спинальной травмы с нижним парализмом, передвигается в инвалидной коляске; нуждается в посторонней помощи при посещении туалета; имеют место непроизвольные мочеиспускание и опорожнения; является инвалидом первой группы. 30 декабря 2008 г. осужденный Г. был водворен в ШИЗО на 15 суток на основании сфальсифицированного рапорта и заключения сотрудника медсанчасти о том, что Г. может содержаться в ШИЗО. После вмешательства правозащитников данное взыскание было снято.

Согласно пункту 47 вышеупомянутого приказа № 640/190 лицам, содержащимся в ШИЗО, ДИЗО, ПКТ, ЕПКТ, запираемых помещениях, а также в карцерах СИЗО медицинский осмотр и помощь проводятся на месте медработниками при ежедневной проверке санитарного состояния этих помещений, а также при обращениях. В случаях, когда имеется угроза здоровью или жизни лиц, содержащихся в указанных помещениях, медицинский работник принимает меры к срочной доставке такого лица в медицинскую часть. Однако при существующем статусе врача все сказанное является не более чем декларацией и на практике не отражается.

ЧАСТЬ 6

НЕОТСТУПНОСТЬ ОТ ПРИНЦИПОВ, ВКЛЮЧАЯ РЕЖИМ ЧРЕЗВЫЧАЙНОГО ПОЛОЖЕНИЯ

Принцип 6 (Принципы медицинской этики): «Не может быть никаких отклонений от вышеизложенных принципов ни на каких основаниях, включая чрезвычайное положение».

Как показали приведенные выше примеры, медицинские работники пенитенциарной системы России повсеместно отступают от Принципов медицинской этики. Можно констатировать, что у системы исполнения наказаний остался прежним доставшийся по наследству от ГУЛАГа карательный характер, поэтому и статус врача и методы его работы не изменились с советских времен. И это не может не вызывать озабоченности, потому что представляет серьезную угрозу национальной безопасности в сфере здравоохранения.

Отдельно следует упомянуть ситуацию в Чеченской республике, где до последнего времени существовали нелегальные места лишения свободы. В частности, помещения оперативно-розыскного бюро № 2 Северокавказского оперативного управления Главного управления МВД России в Южном федеральном округе (ОРБ-2)¹. Такие места использовались как пыточные тюрьмы, и при помещении туда заключенных даже не подразумевалась задача сохранения здоровья заключенных, равно как и оказание им медицинской помощи.

¹ Места содержания под стражей / Фонд «Общественный вердикт». 2006. 21 нояб. URL: <http://www.publicverdict.org/topics/library/78211106.html> (дата обращения 25.11.2009).

ВЫВОДЫ

Следует признать, что работа медицинской службы УИС России неэффективна. Об этом свидетельствуют результаты анализа жалоб заключенных, поступающих в правозащитные организации и в аппарат Уполномоченного по правам человека в РФ. Имеют место грубейшие нарушения прав заключенных на получение квалифицированной помощи. Так, например, в ИК-2 Костромской области в течение полутора лет должность фтизиатра занимал стоматолог, который своих обязанностей не исполнял, лечебной и профилактической работы с осужденными не проводил, зато исправно получал заработную плату¹. И это в то время, когда заболеваемость заключенных туберкулезом является одной из острейших проблем в России.

Помимо наличия профессионализма не менее важно гуманное отношение к людям, пусть и преступившим закон и понесшим за это наказание, но нуждающимся в медицинской помощи. Каждый сотрудник УИС, должен осознавать, что условия СИЗО или мест отбывания наказания сказываются на здоровье, понимать, что каждому заключенному необходимо оказывать медико-санитарные услуги.

Следует отметить, что большинство врачей относятся к своим обязанностям добросовестно и не допускают тех нарушений, о которых говорилось в настоящем докладе. Однако представленные примеры выявляют системные проблемы, решение которых требует принятия срочных мер.

В связи с этим хотелось бы привести еще одну трагическую историю о неоказании медицинской помощи заключенному.

21 января 2009 года в печально известной исправительной колонии № 3 Калужской области скончался осужденный Н. Согласно медицинскому заключению смерть наступила в результате самоубийства, причина — острая кровопотеря, резаная рана верхней конечности². По сведениям, полученным правозащитной организацией, были избиты все осужденные, прибывшие этапом вместе с Н. Однако вопреки здравому смыслу, но согласно устоявшейся практике, уголовное дело было возбуждено в отношении медицинского работника, которая якобы не оказала медицинской помощи Н., а не в отношении тех лиц, которые избивали заключенного.

Главная обязанность медицинских работников в ИУ заключается в предоставлении лицам, содержащимся под стражей, надлежащей медицинской помощи. Однако эта обязанность порой идет вразрез с интересами администрации ИУ. Как показали приведенные примеры, медицинские работники зачастую вынуждены идти на нарушение принципов медицинской этики по прямому указанию руководства учреждения.

Врачи, стремящиеся честно выполнять свой служебный долг и неукоснительно следовать этическим принципам, рискуют вступить в конфликт не только с администрациями ИУ, но и со сложившимися в данном учреждении негласными правилами и традициями.

¹ Устроил жену на хорошую должность: Майору медицинской службы предъявлено обвинение в злоупотреблении полномочиями и подлоге / Следственное упр. Следственного ком. при прокуратуре РФ по Костромской обл. URL: <http://www.sledstvie44.ru/news/47a1ed18-64b0-43a3-9099-c9339b739bc6.aspx> (дата обращения 27.11.2009).

² Заключенный сам нанес себе телесные повреждения (прим. авт.).

Основная проблема — включенность медицинской службы в общую иерархию ФСИН России, причем с незначительным по возможности влиянием на принятие решений статусом. Начальники учреждений воспринимают врачей исключительно как своих подчиненных со всеми вытекающими последствиями.

Уполномоченный по правам человека в РФ В. П. Лукин в своем докладе за 2008 год отметил, что качество медицинских услуг в учреждениях пенитенциарной системы по-прежнему невысоко. Одна из причин подобного положения в том, что вопросы оказания медицинской помощи в этих учреждениях по-прежнему остаются в прямом ведении ФСИН. Такая организация медицинской помощи нередко приводит к тому, что задачи исполнения наказаний начинают превалировать над задачами охраны здоровья осужденных. Также имеют место и случаи участия медицинских работников в незаконных действиях должностных лиц пенитенциарных учреждений в отношении осужденных или в сокрытии таких действий. Руководствуясь опытом других стран, а также соответствующими рекомендациями ООН, уполномоченный неоднократно призвал передать медицинскую службу пенитенциарных учреждений в прямое подчинение Минздравсоцразвития РФ. Эти призывы пока, к сожалению, не услышаны ¹.

В этом случае охрана здоровья в пенитенциарной системе станет частью общей службы здравоохранения страны, обеспечивающей общую политику в области здравоохранения и имеющей прямой доступ ко всем специализированным услугам, методам и средствам профилактики, диагностики и лечения.

Первыми мерами для обеспечения эффективной работы медицинской службы могли бы стать следующие:

1. Внесение изменений в УИК РФ, подведомственные нормативные акты, повышающие возможности медицинского персонала по соображениям охраны здоровья влиять на принятие решений.

2. В обязанности врача должна быть включена оценка пригодности помещений для содержания подсудимых, подсудимых и осужденных. Врач должен обладать правом запрета на использование непригодного помещения.

3. Назначение и аттестация врачей должна проводиться исключительно квалифицированными медиками ФСИН России или привлекаемыми экспертами из гражданских медицинских учреждений (специализированных, научных, учебных).

4. В УИК РФ и в Закон «Об учреждениях и органах, исполняющих уголовные наказания в виде лишения свободы» необходимо внести нормы обязательного и незамедлительного осмотра осужденного, подвергшегося физическому насилию, врачом учреждения, а также документирования результатов медицинского освидетельствования.

5. Необходимо принять и реализовать специальную программу по обеспечению помощи ВИЧ-инфицированным осужденным в соответствии с принципами врачебной этики.

¹ Доклад Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации за 2008 год / Уполномоченный по правам человека в РФ. URL: <http://ombudsman.gov.ru/doc/ezdoc/08.shtml#y> (дата обращения 28.12.2009).

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	3
ЧАСТЬ 1	
ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ.	4
ЧАСТЬ 2	
НЕДОПУСТИМОСТЬ УЧАСТИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ПЫТКАХ И ЖЕСТОКОМ ОБРАЩЕНИИ	9
ЧАСТЬ 3	
НЕОТСТУПНОСТЬ ОТ ВРАЧЕБНЫХ ЗАДАЧ	11
ЧАСТЬ 4	
НЕДОПУСТИМОСТЬ УЧАСТИЯ ВРАЧЕЙ В ФОРМАХ ОБРАЩЕНИЯ И НАКАЗАНИЯ, КОТОРЫЕ МОГУТ ПОВЛЕЧЬ УХУДШЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЗАКЛЮЧЕННЫХ	13
ЧАСТЬ 5	
НЕДОПУСТИМОСТЬ УЧАСТИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ДИСЦИПЛИНАРНОМ НАКАЗАНИИ	15
ЧАСТЬ 6	
НЕОТСТУПНОСТЬ ОТ ПРИНЦИПОВ, ВКЛЮЧАЯ РЕЖИМ ЧРЕЗВЫЧАЙНОГО ПОЛОЖЕНИЯ	16
ВЫВОДЫ	17

**СОБЛЮДЕНИЕ ПРИНЦИПОВ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ
В ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Редактор, верстка Н. Костенко

Формат 70×100/16. Тираж 1000 экз.
Московская Хельсинкская группа. 107045, Москва, Б. Головин пер., д. 22, стр. 1.
Тел./факс (495) 607-6069. E-mail: mhg-main@utmail.ru. Адрес в Интернете: www.mhg.ru.
Отпечатано ООО «ЛБ-Контракт» по заказу Московской Хельсинкской группы.
Распространяется бесплатно.