

# ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРАВА НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ ЗАКЛЮЧЕННЫХ В БЕЛАРУСИ

## АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОТЧЕТ<sup>1</sup>

Для нужд настоящего документа под понятием *заклученный* подразумевается человек, содержащийся в следственном изоляторе (подозреваемый, обвиняемый, осужденный), а также человек, отбывающий наказание по приговору суда в любом другом пенитенциарном учреждении

Под понятием *пенитенциарное учреждение* подразумеваются находящиеся в ведении Департамента исполнения наказаний МВД Республики Беларусь следственные изоляторы, тюрьмы, исправительные колонии и воспитательные колонии. Исправительные колонии-поселения, исправительные учреждения открытого типа в данном отчете не затрагиваются, так как медицинская помощь в них обеспечивается, как правило, территориальными организациями Министерства здравоохранения.

В тексте в качестве равнозначных словосочетанию «пенитенциарное учреждение» используются также слова «тюрьма», «тюремный».

Понятие *медицинской помощи (медицинского обеспечения)* в документе соответствует определению, данному в статье 1 Закона Республики Беларусь “О здравоохранении” - это комплекс медицинских услуг, направленных на сохранение, укрепление и восстановление здоровья пациента, изменение и поддержание эстетического вида пациента, включающий медицинскую профилактику, диагностику, лечение, медицинскую абилитацию, медицинскую реабилитацию и протезирование, осуществляемый медицинскими работниками.

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ДИН – департамент исполнения наказаний  
ИК – исправительная колония  
ИУ – исправительное учреждение  
КПЧ – Комитет по правам человека ООН  
МВД – министерство внутренних дел  
МПГПП – Международный Пакт о гражданских и политических правах  
МПЭСК – Международный Пакт об экономических, социальных и культурных правах  
НПА – нормативно-правовой акт  
ОЗ – организация здравоохранения  
ТОЗ – территориальная организация здравоохранения  
ПВР – правила внутреннего распорядка  
СИЗО – следственный изолятор  
УИК – уголовно-исполнительный кодекс  
УИС – уголовно-исполнительная система

---

<sup>1</sup> Отчет основан на результатах мониторинга информационных ресурсов, содержащих сведения по теме медицинской помощи заключенным в пенитенциарных учреждениях Беларуси в течение последних лет, на личном профессиональном опыте, а также на собственных источниках информации автора.

## СОДЕРЖАНИЕ

1. НОРМАТИВНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЗАКЛЮЧЕННЫМ В БЕЛАРУСИ
  - 1.1 МЕЖДУНАРОДНЫЕ НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ АКТЫ В СФЕРЕ ПЕНИТЕНЦИАРНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
  - 1.2 НАЦИОНАЛЬНОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО, РЕГУЛИРУЮЩЕЕ ОРГАНИЗАЦИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЗАКЛЮЧЕННЫМ
  
2. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЗАКЛЮЧЕННЫМ
  - 2.1 СЛУЧАИ СМЕРТЕЙ ЗАКЛЮЧЕННЫХ
    - 2.2.1 ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
    - 2.2.2 КВАЛИФИКАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ. КРУГ ОБЯЗАННОСТЕЙ ПЕНИТЕНЦИАРНОГО ВРАЧА
    - 2.2.3 СКОРАЯ И НЕОТЛОЖНАЯ, КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ ЗАКЛЮЧЕННЫМ
    - 2.2.4 ПОЛУЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВ СО СВОБОДЫ, ОБМЕН МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ
    - 2.2.5 ПРАВОВЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ МЕДИЦИНЫ
  
3. ВЫВОДЫ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ

# 1. НОРМАТИВНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЗАКЛЮЧЕННЫМ В БЕЛАРУСИ

## 1.1 МЕЖДУНАРОДНЫЕ НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ АКТЫ В СФЕРЕ ПЕНИТЕНЦИАРНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Право на здоровье относится к основополагающим правам человека, тесно связанным с правом на жизнь.

В современной истории здоровье человека как часть права на удовлетворительный уровень жизни впервые упоминается во Всеобщей декларации прав человека 1948 года.<sup>2</sup> В дальнейшем произошло развитие и детализация темы права на здоровье в других международных и национальных НПА. Следует подчеркнуть, что ни на международном, ни на национальном уровне нет ни одного нормативно-правового положения, которое ограничивало бы право заключенного на здоровье по сравнению с таковым у свободного человека. Напротив, зафиксирована норма о том, что заключенным должны обеспечиваться те же стандарты медико-санитарного обслуживания, которые существуют в обществе. Подробнее мы поговорим об этом ниже.

В настоящее время медицинское обеспечение заключенных в Беларуси регулируется рядом международных и национальных нормативно-правовых актов, основные из которых перечислены в отчете.

Общепринятым подходом к перечислению НПА является их изложение в иерархическом порядке. Будем придерживаться такого подхода и мы, однако начнем всё же с цитирования Конституции Республики Беларусь<sup>3</sup>. Среди сотрудников белорусской пенитенциарной системы много специалистов и работников, не имеющих юридического образования или юридических знаний. Автор из личного опыта знает, что многие сотрудники не имеют понимания о том, что ряд международных НПА имеют обязательный для Беларуси характер и, более того, имеют приоритет перед национальным законодательством. Именно об этом говорится в части 1 статьи 8 Конституции Республики Беларусь: «*Республика Беларусь признает приоритет общепризнанных принципов международного права и обеспечивает соответствие им законодательства*».

Подчеркнув данное положение Конституции страны, вернёмся к документам международного права.

Основным международным документом по теме прав заключенных признается документ ООН «Минимальные стандартные правила Организации Объединенных Наций в отношении обращения с заключенными»<sup>4</sup> (2015 г.), которые еще называют «Правилами Нельсона Манделы». Теме здоровья заключенных в ее разных аспектах (личная гигиена, санитарно-гигиенические нормы и правила питания, проживания, освещения и т.д.) посвящена значительная часть «Правил Нельсона Манделы», здесь мы процитируем только один пункт:

*Правило 31. Врач или, если это применимо, другие квалифицированные медицинские специалисты должны иметь ежедневный доступ ко всем больным заключенным, ко всем заключенным, которые жалуются на проблемы с физическим или психическим здоровьем или на травмы, и к любому заключенному, на которого было обращено их особое внимание. Все медицинские осмотры должны проводиться в условиях полной конфиденциальности.*

Представляется важным подчеркнуть, что Правилом 31 установлена обязанность медицинских работников «иметь ежедневный доступ ко всем [...] заключенным» – этот

---

<sup>2</sup> [https://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/declarations/declhr.shtml](https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/declhr.shtml)

<sup>3</sup> <https://etalonline.by/document/?regnum=v19402875>

<sup>4</sup> [https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson\\_Mandela\\_Rules-R-ebook.pdf](https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-R-ebook.pdf)

постулат имеет важное значение в условиях белорусских тюрем, на чем мы еще остановимся.

Тема права на здоровье заключенных представлена также в таком документе ООН, как «Свод принципов защиты всех лиц, подвергаемых задержанию или заключению в какой бы то ни было форме»<sup>5</sup> (1988 г.), например:

*Принцип 6*

*Ни одно задержанное или находящееся в заключении лицо не должно подвергаться пыткам или жестоким, бесчеловечным или унижающим достоинство видам обращения или наказания.*

*Никакие обстоятельства не могут служить оправданием для пыток или других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения или наказания.*

*Принцип 24*

*Задержанному или находящемуся в заключении лицу предоставляется возможность пройти надлежащее медицинское обследование в возможно кратчайшие сроки после его прибытия в место задержания или заключения; впоследствии ему предоставляется медицинское обслуживание и лечение всякий раз, когда в этом возникает необходимость. Обслуживание и лечение предоставляются бесплатно.*

Прямое отношение к рассматриваемой теме имеет также документ ООН «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»<sup>6</sup> (1982 г.) Уже из самого названия понятно, что этот документ должен быть настольной книгой для каждого медицинского работника пенитенциарной системы. Документ лаконичен, поэтому цитируем основную его часть целиком:

*Принцип 1*

*Работники здравоохранения, в особенности 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.*

*Принцип 2*

*Работники здравоохранения, в особенности врачи, совершают грубое нарушение медицинской этики, а также преступление, в соответствии с действующими международными документами, если они занимают активно или пассивно действиями, которые представляют собой участие или соучастие в пытках или других жестоких, бесчеловечных или унижающих человеческое достоинство видах обращения и наказания, или подстрекательство к их совершению, или попытки совершить их.*

*Принцип 3*

*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.*

*Принцип 4*

*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;*

*б) удостоверяют или 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*

---

<sup>5</sup> [https://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/conventions/detent.shtml](https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/detent.shtml)

<sup>6</sup> [https://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/conventions/medical\\_ethics\\_principles.shtml](https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/medical_ethics_principles.shtml)

*психическое здоровье и которое не согласуется с соответствующими международными документами, или в любой другой форме участвуют в применении любого такого обращения или наказания, которое не согласуется с соответствующими международными документами.*

#### *Принцип 5*

*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.*

#### *Принцип 6*

*Не может быть никаких отклонений от вышеизложенных принципов ни на каких основаниях, включая чрезвычайное положение.*

Важное значение для рассматриваемой темы имеет также принятая Генеральной Ассамблеей ООН в 1975 году «Декларация о защите всех лиц от пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания»<sup>7</sup>. В документе даётся определение пыток, имеется ссылка на упомянутые выше «Правила Нельсона Манделы». На данную Декларацию ссылаются также некоторые другие международные документы, о которых говорится в отчете.

«Правила Нельсона Манделы», «Свод принципов защиты всех лиц, подвергаемых задержанию или заключению в какой бы то ни было форме», «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», «Декларация о защите всех лиц от пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания» - документы так называемого «мягкого права», то есть на данный момент не имеют обязательной юридической силы для государства. Это, скорее, рекомендации к исполнению, ориентир. С нашей точки зрения, любое государство, претендующее называться цивилизованным, должно соблюдать положения этих документов по умолчанию.

Другое дело - Международный Пакт об экономических, социальных и культурных правах<sup>8</sup> и Международный Пакт о гражданских и политических правах<sup>9</sup>. Эти документы ратифицированы Указом Президиума Верховного Совета Белорусской ССР от 5 октября 1973 г. МПЭСКП вступил в силу для Белорусской ССР 3 января 1976 года, а МПГПП - 23 марта 1976 года. То есть положения обоих Пактов Беларусь соблюдать обязана (см. упомянутую выше цитату из ст. 8 Конституции Беларусь о верховенстве международного права).

Статья 12 МПЭСКП закрепляет право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья и обязывает государства создать условия, которые обеспечивали бы всем медицинскую помощь и медицинский уход в случае болезни.

Приведём также выдержки из статей МПГПП, имеющих прямое отношение к теме:

#### *Статья 6*

*1. Право на жизнь есть неотъемлемое право каждого человека. Это право охраняется законом. Никто не может быть произвольно лишен жизни.*

---

<sup>7</sup> [https://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/declarations/torture.shtml](https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/torture.shtml)

<sup>8</sup> [https://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/conventions/pactecon.shtml](https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/pactecon.shtml)

<sup>9</sup> [https://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/conventions/pactpol.shtml](https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/pactpol.shtml)

*Статья 7.*

*Никто не должен подвергаться пыткам или жестокому, бесчеловечному или унижающему его достоинство обращению или наказанию.*

*Статья 10.*

*1. Все лица, лишенные свободы, имеют право на гуманное обращение и уважение достоинства, присущего человеческой личности.*

Договорные органы ООН в рамках своих компетенций дают толкование отдельных положений Пактов. Так, например, Комитет по правам человека ООН в Замечаниях общего порядка № 20<sup>10</sup> даёт толкование статьи 7, в Замечаниях общего порядка № 21<sup>11</sup> – статьи 10, в Замечаниях общего порядка № 36<sup>12</sup> – статьи 6 МПГПП. Замечания общего порядка ценны тем, что являются источником международных стандартов в области прав человека. Поэтому на некоторые заключения, данные в Замечаниях общего порядка КПЧ, мы будем ссылаться в нашей работе.

## 1.2 НАЦИОНАЛЬНОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО, РЕГУЛИРУЮЩЕЕ ОРГАНИЗАЦИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЗАКЛЮЧЕННЫМ

Обзор национального законодательства, регулирующего организацию медицинской помощи заключенным, начинаем с Конституции Республики Беларусь<sup>13</sup>.

Ниже приводим выдержки из статей Конституции, имеющих отношение к теме.

*Статья 21.*

*Обеспечение прав и свобод граждан Республики Беларусь является высшей целью государства.*

*[...]*

*Государство гарантирует права и свободы граждан Беларуси, закрепленные в Конституции, законах и предусмотренные международными обязательствами государства.*

*Статья 24.*

*Каждый имеет право на жизнь.*

*Государство защищает жизнь человека от любых противоправных посягательств.*

*Смертная казнь до ее отмены может применяться в соответствии с законом как исключительная мера наказания за особо тяжкие преступления и только согласно приговору суда.*

*Статья 34.*

*Гражданам Республики Беларусь гарантируется право на получение, хранение и распространение полной, достоверной и своевременной информации о деятельности государственных органов, о политической, экономической, культурной и международной жизни, состоянии окружающей среды.*

*Государственные органы, должностные лица обязаны предоставить гражданину Республики Беларусь возможность ознакомиться с материалами, затрагивающими его права и законные интересы.*

*Пользование информацией может быть ограничено законодательством в целях защиты чести, достоинства, частной и семейной жизни граждан и полного осуществления ими своих прав.*

*Статья 45.*

*Гражданам Республики Беларусь гарантируется право на охрану здоровья, включая бесплатное лечение за счет государственных средств в порядке, установленном законом. Граждане заботятся о сохранении собственного здоровья.*

*Государство создает условия доступного для всех граждан медицинского обслуживания.*

*Право граждан Республики Беларусь на охрану здоровья обеспечивается также развитием физической культуры и спорта, мерами по оздоровлению окружающей среды,*

<sup>10</sup> <http://surl.li/wnahup>

<sup>11</sup> <http://surl.li/jzyypu>

<sup>12</sup> <http://surl.li/vkwdri>

<sup>13</sup> <https://etalonline.by/document/?regnum=v19402875>

возможностью пользования оздоровительными учреждениями, совершенствованием охраны труда.

Статья 46.

Каждый имеет право на благоприятную окружающую среду и на возмещение вреда, причиненного нарушением этого права.

Статья 62.

Каждый имеет право на юридическую помощь для осуществления и защиты прав и свобод, в том числе право пользоваться в любой момент помощью адвокатов и других своих представителей в суде, иных государственных органах, других организациях и в отношениях с должностными лицами и гражданами. [...]

Противодействие оказанию правовой помощи в Республике Беларусь запрещается.

Статья 63.

Осуществление предусмотренных настоящей Конституцией прав и свобод личности может быть приостановлено только в условиях чрезвычайного или военного положения в порядке и пределах, определенных Конституцией и законом.

При осуществлении особых мер в период чрезвычайного положения не могут ограничиваться права, предусмотренные в статье 24, части третьей статьи 25, статьях 26, 31 Конституции.

Следующим в иерархической цепочке НПА по теме права на здоровье заключенных является Уголовно-исправительный кодекс Республики Беларусь<sup>14</sup>. Тема медицинской помощи заключенным затрагивается в нескольких статьях УИК, наиболее подробно – в ст. 96:

Статья 96. Медико-санитарное обеспечение осужденных

1. В исправительных учреждениях организуются медицинские части, больницы, лечебные исправительные учреждения. В исправительных учреждениях могут создаваться в качестве структурного подразделения реабилитационные центры для прохождения осужденными к лишению свободы, страдающими хроническим алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией, программ комплексной медицинской и социальной реабилитации. Порядок создания и деятельности таких центров определяется Советом Министров Республики Беларусь.

2. Оказание медицинской помощи, санитарно-противоэпидемические мероприятия в исправительных учреждениях организуются и проводятся в соответствии с законодательством о здравоохранении. Порядок оказания медицинской помощи, проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий в исправительных учреждениях устанавливается Министерством внутренних дел совместно с Министерством здравоохранения. Оказание медицинской помощи осужденным и обеспечение их лекарственными средствами осуществляются бесплатно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством о здравоохранении.

3. Администрация исправительных учреждений несет ответственность за выполнение в исправительных учреждениях установленных санитарно-эпидемиологических требований, обеспечивающих охрану здоровья осужденных.

4. Оказание медицинской помощи осужденным, а также государственный санитарный надзор в исправительных учреждениях осуществляются в соответствии с законодательством.

5. При отсутствии в исправительных учреждениях возможности оказания скорой или плановой медицинской помощи необходимая медицинская помощь оказывается осужденным в государственных организациях здравоохранения.

6. Осужденным, больным активной формой туберкулеза, при наличии бактериовыделения длительные свидания не предоставляются. Краткосрочные свидания с близкими родственниками таким осужденным предоставляются отдельно от других категорий осужденных с обязательным использованием средств индивидуальной защиты.

7. Осужденные, имеющие по результатам проведенной диагностики, лечебных и реабилитационных мероприятий стойкие нарушения функций органов или систем организма, обусловленные заболеванием и приведшие к ограничениям жизнедеятельности, для решения вопроса об установлении инвалидности направляются на медико-социальную

---

<sup>14</sup> <https://etalonline.by/document/?regnum=HK0000365>

экспертизу в порядке, установленном Министерством здравоохранения. Освидетельствование (переосвидетельствование) осужденных при проведении медико-социальной экспертизы проводится в порядке, установленном Министерством здравоохранения.

8. Администрация исправительных учреждений обеспечивает условия для осуществления реабилитации, абилитации, в том числе для пользования техническими средствами социальной реабилитации, предусмотренных индивидуальными программами реабилитации, абилитации инвалидов, в отношении осужденных, являющихся инвалидами.

Соответствующие положения относительно оказания медицинской помощи заключенным содержат и некоторые другие НПА, например, Закон «О порядке и условиях содержания лиц под стражей»<sup>15</sup>, но существенных особенностей в контексте рассматриваемой темы эти акты не имеют.

Как можно видеть, в вопросах организации медицинской помощи в пенитенциарных учреждениях УИК адресуется к законодательству о здравоохранении. Основные нормы, имеющие значение для реализации заключенными права на здоровье, перечислены в Законе Республики Беларусь «О здравоохранении»<sup>16</sup>. Ниже приведены выдержки из некоторых статей Закона, имеющих прямое отношение к теме отчета.

#### *Статья 14. Организация оказания медицинской помощи*

*Оказание медицинской помощи пациентам осуществляется по профилям заболеваний, состояниям, синдромам на основании клинических протоколов, а также иных нормативных правовых актов Министерства здравоохранения, устанавливающих порядок организации и оказания медицинской помощи по профилям заболеваний, состояниям, синдромам (далее – порядок оказания медицинской помощи по профилям заболеваний), или методов оказания медицинской помощи, указанных в статье 18 настоящего Закона.*

*[...]*

*Организации здравоохранения обеспечивают оказание пациентам медицинской помощи в соответствии со своими лечебно-диагностическими возможностями, а также в случае необходимости направляют их для получения медицинской помощи в другие организации здравоохранения в порядке, определяемом Министерством здравоохранения.*

*В целях своевременного оказания медицинской помощи граждане Республики Беларусь закрепляются за государственными учреждениями здравоохранения по их месту жительства (месту пребывания), а при наличии ведомственных организаций здравоохранения – также и по месту работы (учебы, службы). [...]*

*Граждане Республики Беларусь также имеют право на получение медицинской помощи в государственных учреждениях здравоохранения вне их места жительства (места пребывания). Порядок оказания медицинской помощи гражданам Республики Беларусь вне их места жительства (места пребывания) определяется Министерством здравоохранения.*

*[...]*

*Лицам, находящимся под следствием, отбывающим наказание в виде ареста, ограничения свободы, лишения свободы, пожизненного заключения, а также осужденным к смертной казни, гарантируется оказание необходимой медицинской помощи. При поступлении в учреждения уголовно-исполнительной системы Министерства внутренних дел каждый осужденный подлежит обязательному медицинскому освидетельствованию.*

#### *Статья 18. Методы оказания медицинской помощи*

*При оказании медицинской помощи применяются методы, утвержденные Министерством здравоохранения.*

*В исключительных случаях, установленных Министерством здравоохранения, в интересах пациента допускается применение научно обоснованных, но еще не утвержденных к применению в установленном законодательством порядке методов оказания медицинской помощи. Решение об их применении принимается с письменного согласия пациента, а в отношении:*

<sup>15</sup> <http://surl.li/ifujoq>

<sup>16</sup> <https://pravo.by/document/?guid=3871&p0=v19302435>

несовершеннолетних – с письменного согласия одного из законных представителей; лиц, признанных в установленном порядке недееспособными, – с письменного согласия их опекунов; лиц, не способных по состоянию здоровья к принятию осознанного решения, – с письменного согласия супруга (супруги) или одного из близких родственников.  
[...]

Статья 45. Отказ пациента от оказания медицинской помощи, в том числе медицинского вмешательства

Пациент либо лица, указанные в части второй статьи 18 настоящего Закона, имеют право отказаться от оказания медицинской помощи, в том числе медицинского вмешательства, за исключением случаев, предусмотренных настоящим Законом.  
[...]

Статья 46. Предоставление информации о состоянии здоровья пациента. Врачебная тайна

Информация о состоянии здоровья пациента предоставляется лечащим врачом пациенту или лицам, указанным в части второй статьи 18 настоящего Закона. Совершеннолетний пациент вправе определить лиц, которым следует сообщать информацию о состоянии его здоровья, либо запретить ее сообщение определенным лицам.

Информация о состоянии здоровья пациента излагается лечащим врачом в форме, соответствующей требованиям медицинской этики и деонтологии и доступной для понимания лица, не обладающего специальными знаниями в области здравоохранения.  
[...]

По желанию пациента, уполномоченных им лиц или лиц, указанных в части второй статьи 18 настоящего Закона:

организации здравоохранения выдают выписки из медицинских документов, медицинские справки о состоянии здоровья и другие документы, содержащие информацию о состоянии здоровья пациента, в порядке, установленном законодательством;  
[...]

Информация о факте обращения пациента за медицинской помощью и состоянии его здоровья, сведения о наличии заболевания, диагнозе, возможных методах оказания медицинской помощи, рисках, связанных с медицинским вмешательством, а также возможных альтернативах предлагаемому медицинскому вмешательству, иные сведения, в том числе личного характера, полученные при оказании пациенту медицинской помощи, а в случае смерти – и информация о результатах патологоанатомического исследования составляют врачебную тайну.  
[...]

Обязанность сохранять врачебную тайну наравне с медицинскими, фармацевтическими работниками распространяется также на лиц, которым в установленном настоящим Законом порядке стали известны сведения, составляющие врачебную тайну.  
[...]

К теме медицинской помощи заключенным прямое отношение имеет также и Закон «Об оказании психиатрической помощи»<sup>17</sup>. Однако проблема психиатрической и наркологической помощи заключенным очень обширная, многогранная, нуждается в отдельном детальном изучении и изложении, поэтому предметом рассмотрения данного документа не является.

Общие принципы и порядок организации медицинской помощи заключенным установлены «Инструкцией по медицинскому обеспечению лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы Министерства внутренних дел Республики Беларусь», утвержденной Постановлением Министерства внутренних дел и Министерства здравоохранения Республики Беларусь 27 августа 2003 г. № 202/39<sup>18</sup> (далее в данном документе – Инструкция). На сегодняшний день Инструкция является основным

<sup>17</sup> <https://etalonline.by/document/?regnum=h11200349>

<sup>18</sup> <https://doctorsby.com/wp-content/uploads/2022/08/postanovlenie-mvd-i-minzdrava-n-202-39.pdf>

документом, на основании положений которого строится вся работа медицинских подразделений пенитенциарных учреждений Беларуси.

Важное значение для рассматриваемой темы имеет такой документ, как Постановление Министерства внутренних дел и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16 февраля 2011 г. N 54/15 «О медицинском освидетельствовании осужденных и перечне заболеваний, препятствующих отбыванию наказания».<sup>19</sup> Мы остановимся на некоторых аспектах данной проблемы ниже.

Теме организации оказания медицинской помощи заключенным посвящены также отдельные разделы Правил внутреннего распорядка пенитенциарных учреждений (ПВР СИЗО, ПВР ИУ и т.д.) Например, в ПВР ИУ<sup>20</sup> главы 69-73 детализируют порядок «медико-санитарного обеспечения» осужденных. Положения указанных глав в основном дублируют нормы УИК и Инструкции.

## 2. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЗАКЛЮЧЕННЫМ

В период в середины 2021 года и до настоящего времени автор задокументировал из открытых информационных источников более 240 сообщений, касающихся темы права на здоровье заключенных. Результаты мониторинга сгруппированы в 2 блока, в первом из которых представлен авторский анализ известных случаев смертей заключенных за указанное время, во втором проанализированы и представлены в обобщенном виде наиболее характерные, по мнению автора, примеры, раскрывающие проблемы с получением заключенными медицинской помощи.

Следует подчеркнуть, что все выводы и заключения автора по результатам мониторинга, приведенные в разделе 2.1 отчета, имеют предварительный характер. Хотя в большинстве случаев автор имеет внутреннюю убежденность в объективности сделанных выводов, всё же всегда нужно иметь в виду возможность получения с течением времени дополнительных сведений, которые потребуют внесения коррективов в эти выводы. Мы еще будем говорить в документе о закрытости пенитенциарной системы Беларуси от контроля со стороны профильного ведомства, о «злоупотреблении законом» со стороны государственных структур, когда под предлогом защиты врачебной тайны или защиты служебной информации обществу отказывают в информировании о наличии проверок по случаям смертей заключенных, по фактам других резонансных случаев нанесения вреда здоровью людей, а чаще всего такая обязанность (см. ст. 34 Конституции) просто игнорируется государственными структурами. Данная оговорка не касается других частей отчета – представленные там выводы и предложения имеют объективный характер.

### 2.1 СЛУЧАИ СМЕРТЕЙ ЗАКЛЮЧЕННЫХ

#### **Витольд Ашурок, 1970 г. рожд.**

О смерти Витольда Ашурка в шкловской колонии № 17 стало известно 21 мая 2021 года. В. Ашурок находился в камере штрафного изолятора (ШИЗО).

Имеющиеся в открытом доступе материалы, в частности, зафиксированные на видеозаписях эпизоды, дают основания утверждать, что физическое состояние В. Ашурка требовало его немедленной госпитализации в медицинскую часть учреждения или в гражданский стационар для установления причин такого состояния. В нарушение установленных правил первичную медицинскую помощь Витольду Ашурку после его первого падения оказывали в камере штрафного изолятора, а не в медицинской части. Медицинский работник имел возможность и поэтому был обязан вывести пациента в медицинскую часть, чтобы, как минимум, сделать обработку раны в асептических условиях. С большой долей уверенности можно предполагать, что медицинские работники ИК-17 неправильно оценили

---

<sup>19</sup> <https://doctorsby.com/wp-content/uploads/2022/08/postanovlenie-mvd-i-minzdrava-n-54-15.pdf>

<sup>20</sup> <http://surl.li/fwnmrx>

тяжесть состояния Витольда Ашурка после его первого падения и не обеспечили надлежащий контроль за состоянием его здоровья после этого эпизода.

#### **Николай Климович, 1961 г. рожд.**

О смерти Николая Климовича в ИК-3 (пос. Витьба Витебского района) стало известно 7 мая 2023 года. Известно, что Николай Климович имел инвалидность II группы из-за заболевания сердечно-сосудистой системы, перенес операцию на сердце.

Общей проблемой пенитенциарной системы является отсутствие в учреждениях врачей-специалистов узкого профиля, а также оборудования для обеспечения надлежащего динамического контроля за состоянием здоровья и его корректировки при необходимости у больных, имеющих тяжелые заболевания. Например, в случае с Николаем Климовичем требовалось динамическое наблюдение врача-кардиолога и своевременное выполнение его рекомендаций по обследованию, корректировке лечения в случае необходимости, обеспечению непрерывности лечения с использованием специфических медикаментов. Трагический исход болезни Николая Климовича дает основания предполагать, что эти требования в условиях ИК-3 выполнены не были.

#### **Алесь Пушкин, 1965 г. рожд.**

Алесь Пушкин умер в ночь с 11 на 12 июля 2023 года в городской больнице Гродно. Доступные в информационном пространстве сведения позволяют с большой долей уверенности предполагать, что медицинские работники тюрьмы № 1 не сумели своевременно и правильно диагностировать острую хирургическую патологию у Алесья Пушкина, в результате произошла поздняя госпитализация в хирургический стационар в запущенном состоянии, что и привело к трагическому исходу – смерти Алесья.

#### **Вадим Храсько, 1973 г. рожд.**

Вадим Храсько умер в ИК-3 (пос. Витьба Витебского района) в ночь с 8 на 9 января 2024 года. По имеющимся данным, Вадим Храсько до заключения имел ряд хронических заболеваний. В колонии провел около двух месяцев, заболел пневмонией, которая и стала причиной смерти.

В данном случае следует говорить об отсутствии в медицинской части пенитенциарного учреждения надлежащих условий (квалифицированных специалистов, диагностического и лечебного оборудования, соответствующим образом оснащенных палат и др.) для лечения тяжелых пневмоний. При наличии такого заболевания больной нуждался в своевременном переводе в гражданскую больницу соответствующего профиля (подобные лечебные учреждения в г. Витебске, центр которого находится на расстоянии 10 км от колонии, безусловно имеются).

#### **Игорь Ледник, 1960 г. рожд.**

Игорь Ледник умер 20 февраля 2024 года в тюремной больнице в пос. Колядичи Минского района. Игорь Ледник имел ряд серьезных заболеваний и 2-ю группу инвалидности еще на свободе. По имеющейся в открытом доступе информации, состояние его здоровья в заключении прогрессивно ухудшалось, он перенес сложную операцию на желудочно-кишечном тракте. Можно с большой долей вероятности предполагать наличие у Игоря Ледника заболеваний, входящих в «Перечень заболеваний, препятствующих отбыванию наказания». Сведения, имеющиеся в отношении состояния здоровья Игоря Ледника и оказанной ему медицинской помощи, не дают оснований говорить о каких-либо нарушениях со стороны медицинских работников, однако очевидно, что гуманный акт освобождения человека с такими серьезными и прогрессирующими заболеваниями дал бы ему шансы получить более полноценное лечение на свободе или, во всяком случае, провести последние дни своей жизни в окружении родных, в цивилизованных, приемлемых для умирающего человека условиях, если случай был инкурабельным.

## **Александр Кулинич, 1972 г. рожд.**

Александр Кулинич умер 9 апреля 2024 года в СИЗО № 6 г. Бреста.

По имеющимся скудным сведениям, Александр Кулинич скончался скоропостижно, причина смерти – ишемическая болезнь сердца. Каких-либо других сведений о состоянии здоровья А. Кулинич до заключения и во время заключения не имеется. Однако известно, что с момента помещения в СИЗО и до дня смерти он провел в заключении более месяца, следовательно, должен был пройти медицинский осмотр и первичное общее обследование при поступлении в СИЗО. Мужчины в возрасте 45-50 лет находятся в группе риска по сердечно-сосудистым заболеваниям, поэтому медицинские работники СИЗО как минимум имели возможность и должны были записать электрокардиограмму А. Кулинич. Однако из-за недостатка информации делать какие-либо выводы и даже предположения в данном случае в настоящее время не представляется возможным.

В данный перечень включены только документально подтвержденные случаи смертей заключенных, зафиксированные в период мониторинга. Имеются также сведения о смертях других осужденных в этот период, однако отрывочность и недостаточность информации не дают возможности ее систематизации.

Факты смерти заключенных надлежит оценивать не только с точки зрения своевременности, полноты и качества медицинской помощи в каждом конкретном случае. В дополнение к такой оценке каждый случай смерти должен быть расследован на предмет обеспечения должностными лицами пенитенциарной системы права заключенного на жизнь. Комитет по правам человека ООН в уже упомянутых Замечаниях общего порядка КПЧ № 36 (пункт 3) даёт важное пояснение, что «Право на жизнь – это право, не подлежащее узкому толкованию. Речь идет о праве физических лиц не подвергаться действиям или бездействию, которые имеют своей целью или ожидаемо могут вызвать их неестественную или преждевременную смерть, а также о праве на достойную жизнь. Статья 6 Пакта гарантирует это право всем людям без какого бы то ни было различия, включая лиц, подозреваемых или осужденных в связи с даже самыми тяжкими преступлениями».

Кроме того, в п. 29 Замечаний общего порядка КПЧ № 36 сказано: «Факт смерти, наступившей во время содержания под стражей при неестественных обстоятельствах, порождает презумпцию произвольного лишения жизни государственными властями, которая может быть опровергнута только на основе надлежащего расследования, в ходе которого устанавливается соблюдение государством своих обязательств по статье 6».

### **2.2.1 ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Доступность медицинской помощи является одним из важнейших показателей обеспечения права на здоровье и, в свою очередь, состоит из нескольких компонентов.

К штатному расписанию медицинских частей пенитенциарных учреждений больших вопросов нет: в каждом из них имеются штатные должности начальника медицинской части и врача-терапевта. В зависимости от лимита наполнения учреждения и его профиля в штате могут быть должности начальника терапевтического отделения, врача-психиатра (психиатра-нарколога), рентгенолога, дерматовенеролога (полные ставки или часть ставки). Должности среднего медперсонала представлены фельдшерами и медицинскими сестрами – количество таких должностей в штате также зависит от лимита наполнения каждого учреждения. О должностях врача-стоматолога (зубного врача/фельдшера), которые имеются в каждом учреждении (при небольшом наполнении может быть 0,5 ставки), ниже мы скажем подробнее.

Таким образом, с формальной точки зрения пенитенциарные учреждения медицинскими кадрами обеспечены, однако эта оценка серьезно меняется, если учесть традиционные проблемы с укомплектованием медицинских кадров, особенно врачебных. Объективная картина с укомплектованием медицинских кадров в пенитенциарных учреждениях неизвестна – Департамент исполнения наказаний традиционно отказывает в представлении такой информации, ссылаясь на её служебный характер.

Па пытаннях названым у лісце ад 17.12.2018 № 6, паведамляем наступнае: звесткі аб рабоце органаў і ўстаноў крымінальна-выканаўчай сістэмы Міністэрства ўнутраных спраў пры арганізацыі выканання і адбывання пакаранняў, выканання меры стрымання ў выглядзе заключэння пад варту, актаў амністыі і памілавання, ажыццяўлення вышуку асоб, якія ўхіляюцца ад адбыцця пакарання, з'яўляюцца службовай інфармацыяй абмежаванага распаўсюджвання.

Азначанае патрабаванне замацавана ў пункце 40 Пераліку звестак, якія адносяцца да службовай інфармацыі абмежаванага распаўсюджвання дадатку да пастановы Савета Міністраў Рэспублікі Беларусь ад 12.08.2014 № 783 «Аб службовай інфармацыі абмежаванага распаўсюджвання», а таксама артыкулах 17, 18-1 главы 3 Закона Рэспублікі Беларусь ад 10.11.2008 № 455-3 «Аб інфармацыі, інфарматызацыі і абароне інфармацыі».

На падставе вышэйпададзенага, прадставіць запытаную інфармацыю аб колькасці медыцынскага персаналу ва ўстановах крымінальна-выканаўчай сістэмы ў цяперашні час не ўяўляецца магчымым.

Фрагмент ответа ДИН МВД на запрос правозащитной организации о штатах и укомплектованности должностей медицинского персонала.

Однако из рассказов освобожденных заключенных и из других источников известно, что в некоторых пенитенциарных учреждениях длительное время остаются вакантными должности врачей и среднего медперсонала, в том числе и руководителей медицинских частей. Нередки даже случаи, когда должности начальника медицинской части замещаются специалистами, не имеющими высшего медицинского образования. В таком положении нет ничего удивительного: на момент подготовки документа только на сайте Государственной службы занятости (ГСЗ) сообщается более чем о 4600 вакансиях<sup>21</sup> врачей в стране. Работа медика в пенитенциарном учреждении имеет серьезную специфику, поэтому трудно мотивировать специалистов лечить заключенных, если имеется множество вакансий в гражданском секторе, а уровень заработной платы практически не отличается<sup>22</sup>.

О проблемах с посещением врачей медчасти говорят многие бывшие заключенные, например, Артём Задруцкий про ИК-1<sup>23</sup>, Леонид Судаленко – про ИК-3<sup>24</sup>, и другие. Особенно это касается занятых на производстве (то есть абсолютного большинства) людей – графики работы врачей и производственных смен часто совпадают. Ситуация становится еще более проблематичной, когда накладывается еще и отсутствие по какой-либо причине врача. В этой связи важно еще раз подчеркнуть требование правила 31 «Минимальных стандартных правил Организации Объединенных Наций в отношении обращения с заключенными», а именно той его части, в которой подчеркивается обязанность именно медицинских работников иметь ежедневный доступ к заключенным, но не обязанность заключенных добиться осмотра врача: *«Врач или, если это применимо, другие квалифицированные медицинские специалисты должны иметь ежедневный доступ ко всем больным заключенным, ко всем заключенным, которые жалуются на проблемы с физическим или психическим здоровьем или на травмы, и к любому заключенному, на которого было обращено их особое внимание»*.

Понятно, что отсутствие специалиста затрудняет доступ к медицинской помощи. Однако если отсутствующего врача-терапевта может в некоторой степени заменить

<sup>21</sup> <http://surl.li/ovupkl>

<sup>22</sup> По данным ГСЗ, врачу-специалисту в гражданском секторе предлагают зарплату 1600-2000 рублей, тогда как врачу-специалисту (терапевту) в ИК-11 – 1800 рублей.

<sup>23</sup> <https://doctorsby.com/2024/06/25/13100/>

<sup>24</sup> <https://doctorsby.com/2023/10/31/12562/>

руководитель, в худшем случае – врач другого профиля, то отсутствие врача-стоматолога становится непреодолимой проблемой для заключенных.

Потребность заключенных в стоматологической помощи значительно выше, чем у гражданского населения. Тому есть ряд причин, рассмотрение которых выходит за рамки данного исследования. Отсутствие стоматолога случается и в гражданских лечебных учреждениях, но условный сельский пациент в таком случае имеет возможность обратиться в районную больницу или к специалисту частной практики. Для заключенного отсутствие стоматолога часто значит необходимость терпеть сильные, изнуряющие и продолжительные зубные боли, что дает основания говорить о бесчеловечном, унижающем человеческое достоинство отношении администрации к заключенному, ведь именно на руководстве учреждения лежит обязанность обеспечить доступность медицинской помощи. Кроме того, редкие визиты стоматолога приводят к повышенным нагрузкам на специалиста, в результате чего они вынужденно или умышленно нередко прибегают к удалению зубов вместо их лечения, о чем свидетельствует, например, рассказ Даниила Скипальского<sup>25</sup>. Здесь уместно процитировать пункт 3 Замечаний общего порядка КПЧ № 21: «Пункт 1 статьи 10 налагает на государства-участники позитивное обязательство по отношению к лицам, находящимся в особо уязвимом положении в силу того, что они лишены свободы, и дополняет для них содержащиеся в статье 7 Пакта положения, запрещающие пытки или иное жестокое, бесчеловечное или унижающее достоинство обращение или наказание.

*Таким образом, лица, лишённые свободы, не только не могут подвергаться обращению, противоречащему статье 7, включая медицинские или научные опыты, но и не должны испытывать иных лишений или тягот помимо тех, которые являются результатом лишения свободы; достоинство этих лиц должно уважаться в той же степени, что и достоинство лиц, находящихся на свободе. Лица, лишённые свободы, пользуются всеми правами, провозглашенными в Пакте, с учетом ограничений, неизбежных для жизни в неволе».*

Конечно же, данное толкование применимо не только к стоматологической помощи.

## 2.2.2 КВАЛИФИКАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ. КРУГ ОБЯЗАННОСТЕЙ ПЕНИТЕНЦИАРНОГО ВРАЧА

Врач пенитенциарного учреждения в своей работе сталкивается с самыми разнообразными заболеваниями и проявлениями этих заболеваний у пациентов. Фактически каждый врач учреждения в большей или меньшей степени выполняет функции врача общей практики, нередко сталкиваясь с необходимостью диагностировать не только обычные терапевтические заболевания, но и разбираться в неотложных состояниях, в том числе и острых хирургических или, например, гинекологических, если речь идет о СИЗО или женской колонии. Во многих случаях врачи не имеют соответствующей углубленной подготовки. Если врачи на свободе имеют возможности проконсультироваться у профильных специалистов или своих более опытных коллег, тюремные врачи такой возможности не имеют. Да, пенитенциарные медики проходят плановые курсы усовершенствования раз в пять лет, но такое двухнедельное обучение по узкой теме не способно дать нужные знания. Гражданские врачи, даже работающие в небольших участковых больницах, не предоставлены сами себе – они принимают участие в патологоанатомических конференциях, консилиумах, заседаниях лечебно-контрольных комиссий и в других совместных мероприятиях по обучению, разбору сложных случаев, врачебных ошибок, обмену опытом работы. Пенитенциарные медики таких возможностей не имеют (за исключением больниц).

Отдельно нужно подчеркнуть отсутствие обучения специфике работы медика в пенитенциарном учреждении. Это комплексная тема, речь идет как о специфике заболеваемости, симптоматики некоторых болезней у заключенных, так и о психологических особенностях пациентов-заключенных. В силу ряда причин, часто жизненно для них важных, некоторые заключенные заинтересованы в получении освобождения от работы или других предпочтений от врачей, прибегая при этом к

---

<sup>25</sup> <http://surl.li/uaoggn>

симуляции или аггравации<sup>26</sup> симптомов болезни. Коллеги на свободе сталкиваются с подобными явлениями гораздо реже, но всё же для квалифицированного врача не составляет большой проблемы выявить такие случаи. Однако при недостатке квалификации некоторые медики пенитенциарных учреждений идут по пути формирования своего рода «презумпции симуляции», видя чуть ли не в каждом обратившемся за помощью симулянта. Во всяком случае, свидетельств такого отношения врачей к пациентам от бывших заключенных поступает множество<sup>27</sup>. Подобные ситуации приводят к определенному противостоянию между врачом и пациентом – вместо комплементарного контакта и доверия, которые необходимы для эффективной помощи, формируют негативное отношение к врачу, вплоть до восприятия его как врага, что еще больше усугубляет проблему.

Поэтому проблему профессиональной деформации медицинских работников и взаимоотношений врач-пациент в тюрьмах – а она не ограничивается только формированием «презумпции симуляции» – мы также считаем необходимым включить в число требующих своего решения.

Говоря о специфике работы пенитенциарного медика, нужно иметь в виду еще один немаловажный ее аспект, который абсолютно не характерен для гражданского коллеги. Каждое пенитенциарное учреждение, даже самое небольшое – это своего рода «государство в государстве»: кроме специфических вопросов безопасности заключенных и сотрудников, обеспечения режимных требований, администрации приходится организовывать материально-бытовое, жилищно-коммунальное (обустройство жилых и режимных помещений, водоснабжение, канализация, банно-прачечное хозяйство), продовольственное, медицинское обеспечение в учреждении. В колониях к этому списку добавляется еще и производство со своими требованиями к производственной гигиене, безопасности труда, профилактике травматизма. Действующие нормативные документы все эти направления тоже относят к сфере ответственности пенитенциарных медиков. Пункт 9 упомянутой выше Инструкции гласит:

*«Медицинские части учреждений уголовно-исполнительной системы осуществляют санитарный контроль за выполнением требований санитарно-противоэпидемического законодательства:*

*по санитарному состоянию и содержанию жилых, служебных и производственных помещений, коммунально-бытовых, пищевых объектов, источников водоснабжения, очистке территории;*

*по проведению мероприятий, направленных на улучшение санитарно-гигиенического содержания и санитарно-технического состояния всех объектов;*  
*по соблюдению санитарно-гигиенических норм и правил размещения, условий труда, питания, водоснабжения и банно-прачечного обеспечения спецконтингента;*

*по своевременному и полному проведению организационных, инженерно-технических, санитарно-гигиенических, противоэпидемических и других мероприятий в целях предупреждения возникновения и недопущения распространения инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) спецконтингента и их ликвидации».*

Санитарно-противоэпидемическому обеспечению посвящен 2-й раздел Инструкции, который включает в себя пункты с 10-го по 217-й, то есть 207 пунктов. Раздел «Лечебно-диагностическое обеспечение» применительно к медицинской части включает в себя только 97 пунктов – с 218-го по 315-й. Речь, разумеется, не о том, что теме санитарии и гигиены нужно уделять меньше внимания. Чтобы осуществлять санитарно-эпидемический контроль, нужно как минимум владеть достаточными знаниями в данной области. На свободе все эти вопросы решают имеющие специальное образование врачи региональных центров гигиены и эпидемиологии, а пенитенциарный врач, получается, кроме лечебных компетенций, должен владеть еще и знаниями промышленной и коммунальной гигиены, гигиены питания и т.д. На практике это означает, что контроль осуществляют во время редких (1 раз в

---

<sup>26</sup> Аггравация (от лат. *aggravatio* — отягощение, утяжеление) — преувеличение больным какого-либо симптома или болезненного состояния.

<sup>27</sup> <http://surl.li/opshhi>

квартал) визитов специалиста ведомственной санитарно-эпидемиологической службы, а пенитенциарные медики в дополнение к основной работе занимаются оформлением текущей документации вроде проставления подписей в меню-раскладках или участием в проверках качества текущей уборки в отрядах (для чего определенно не требуется заканчивать медицинские университеты).

В задачи врачей и фельдшеров пенитенциарных учреждений входит также сопровождение спортивных мероприятий, стрельб, проведение занятий по медицинской подготовке с личным составом, обучение на занятиях по физической, огневой, идеологической подготовке сотрудников, конвоирование заключенных при вывозе в гражданские лечебные учреждения и ряд других функций – все эти факторы существенно снижают доступность медицинской помощи заключенным.

В задачи медицинских работников пенитенциарных учреждений входит также и проведение первичных и периодических медосмотров на предмет пригодности заключенных к труду в соответствии с потребностями производства каждого учреждения. Такая работа также требует специальных знаний, а также детального обследования потенциального работника. На свободе профпригодность работника на основании комплекса обследований определяют комиссии врачей в специальных поликлиниках, подготовленные специалисты, которые несут серьезную ответственность за свои выводы. Тюремные врачи, не имеющие специальной подготовки, дают такие заключения, почти буквально едва взглянув на человека. Многие колонии имеют вредные производства. В соответствии с Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29.07.2019 № 74 «О проведении обязательных и внеочередных медицинских осмотров работающих»<sup>28</sup>, для допуска ко многим видам профессиональной деятельности требуется комиссионный осмотр потенциального работника, а в состав комиссии часто должны входить врачи-специалисты, которые отсутствуют в штатах медицинских частей.

Говоря о медицинских осмотрах заключенных, следует особо остановиться на обязанности пенитенциарных медиков осматривать заключенных перед их помещением в ШИЗО или ПКТ и давать письменное подтверждение, что «осужденный способен перенести такое взыскание» (часть 9 статьи 113 УИК): «Применение мер взыскания в виде водворения в штрафной изолятор, перевода в помещение камерного типа или одиночную камеру осуществляется только после осмотра осужденного медицинским работником, который должен письменно подтвердить, что осужденный способен перенести такое взыскание. Медицинский работник ежедневно навещает осужденных, отбывающих указанное взыскание. Медицинский работник обязан незамедлительно сообщать письменно начальнику исправительного учреждения о необходимости приостановления исполнения данного взыскания по причине физического или психического состояния осужденного». При этом критерии возможности или невозможности «перенести такое взыскание» не установлены (и не могут быть установлены по определению!) ни одним нормативным документом, равно как не определено и содержание подобного медицинского осмотра. Учитывая условия ШИЗО и ПКТ в белорусских пенитенциарных учреждениях, реальные сроки нахождения там заключенных, можно утверждать, что последствия содержания в них для здоровья заключенного могут быть и бывают крайне негативными. С нашей точки зрения, вынуждая врача выносить заключение «о способности осужденного перенести такое взыскание», его толкают как минимум на совершение нарушения профессиональной этики. Вот что гласит Принцип 4b «Принципов медицинской этики, относящихся 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»<sup>29</sup>:

*«Работники здравоохранения, в особенности врачи, совершают нарушение медицинской этики, если они:*

*b) удостоверяют или участвуют в удостоверении того, что состояние здоровья заключенных или задержанных лиц позволяет подвергать их любой форме обращения или*

<sup>28</sup> <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=W21934675&p1=1>

<sup>29</sup> [https://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/conventions/medical\\_ethics\\_principles.shtml](https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/medical_ethics_principles.shtml)

*наказания, которое может оказать отрицательное воздействие на их физическое или психическое здоровье и которое не согласуется с соответствующими международными документами, или в любой другой форме участвуют в применении любого такого обращения или наказания, которое не согласуется с соответствующими международными документами».*

Действующие нормативные документы предусматривают проведение диспансеризации населения страны, и заключенные не являются в данном отношении исключением. Проведению диспансеризации посвящена отдельная глава Инструкции, п. 303 этого документа гласит: «Диспансерный метод работы является одним из основных разделов в деятельности медицинских частей и заключается в активном наблюдении за состоянием здоровья спецконтингента, изучении и улучшении условий труда и быта, а также в предупреждении заболеваний путем проведения соответствующих лечебно-профилактических и санитарно-гигиенических мероприятий». Однако диспансеризация в большинстве случаев не может быть осуществлена без участия узких специалистов, которых нет в штате медчасти, а также без лабораторных и других исследований, для проведения которых в медчастях нередко нет соответствующего оборудования, поэтому диспансерная работа в пенитенциарных учреждениях фактически не проводится. При этом именно заключенные относятся к той управляемой группе населения, диспансеризацию которой организовать достаточно просто.

Таким образом, доступность первичной медицинской помощи заключенным в настоящее время не обеспечивается в полной мере.

### 2.2.3 СКОРАЯ И НЕОТЛОЖНАЯ, КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ ЗАКЛЮЧЕННЫМ

В связи с различиями в штатном расписании, укомплектованностью штатов, другими аспектами универсального варианта организации скорой и неотложной помощи в пенитенциарных учреждениях нет. Где-то эта проблема решается организацией круглосуточного графика работы, где-то – дежурствами медиков на дому. Имеются и смешанные варианты. Однако надо понимать, что организация круглосуточных дежурств не представляет собой оптимального решения вопроса доступности медицинской помощи, а чаще даже усложняет его: для организации круглосуточных дежурств необходимо иметь в штате не менее четырех врачебных или фельдшерских должностей без учета отпусков и временной нетрудоспособности по болезни. Однако востребованность медицинского работника серьезно зависит от времени суток: в ночное время обращений за медицинской помощью может быть несколько случаев в месяц, а в дневное – несколько десятков, а то и сотен в день. Но и ночью, и днем дежурный медработник один. А в дневное время, когда обращений больше всего, медик часто бывает занят другими («парамедицинскими») обязанностями, которых нет в другое время суток (см. выше).

Однако не всегда даже присутствующий на рабочем месте врач способен купировать возникшую острую патологию, и в таких случаях сотрудники обязаны вызывать гражданскую скорую помощь или обеспечить экстренную транспортировку больного заключенного в ближайшую гражданскую или тюремную больницу (последнее применимо для близлежащих колоний или СИЗО). В общем-то, этот механизм работает, однако надо понимать, что в силу как объективных (режимные требования), так и субъективных (недостаток сотрудников, небрежное или безответственное отношение к исполнению своих обязанностей) оба этих варианта часто сопряжены с большими временными затратами, что может привести (по некоторым данным, и приводит) к тяжелым последствиям для здоровья или даже жизни заключенных.

В отношении квалифицированной и специализированной медицинской помощи ситуация складывается системно еще более сложно. Как мы уже указывали, штаты пенитенциарных учреждений (кроме больниц) не имеют должностей узких специалистов, равно как и оборудования и условий для оказания такой помощи. Понятно, что вводить должности узких специалистов, закупать и устанавливать узкоспецифическое оборудование нецелесообразно – всё-таки больных, требующих такой помощи, в пенитенциарной системе

немного. Однако они есть, пенитенциарная система обязана обеспечить им медицинскую помощь в том же объеме и того же качества, что и больным на свободе, и с этой задачей тюремная администрация очевидно не справляется, что подтверждается множеством примеров как из числа приведенных выше, так и свидетельствами бывших заключенных или их близких: тяжелая патология у Дмитрия Сончика<sup>30</sup>, сахарный диабет у Леонида Судаленко, которому в колонии ни разу не проверили уровень глюкозы в крови<sup>31</sup> (эндокринология); прогрессирование онкологического процесса у Павла Кучинского, которому в условиях колонии отказывают в пересадке костного мозга<sup>32</sup> (онкология), нарушения жизненно важных функций у Елены Ефременко<sup>33</sup> (неврология), отказ заниматься лечением меланомы у Вадима Ермашука<sup>34</sup> (онкодерматология) и многие другие примеры.

Приказом Минздрава от 18.01.2017 года № 35<sup>35</sup> за учреждениями УИС закреплены региональные государственные организации здравоохранения (как правило, районные больницы или поликлиники) для, как сказано в документе, «проведения врачебных консультаций врачами-специалистами, а также плановых диспансерных осмотров» заключенных на «договорной безвозмездной основе». Прогрессивный по своей сути документ, по свидетельствам как пенитенциарных медиков, так и бывших заключенных, не работает в полной мере – по нашей оценке, в основном из-за отсутствия у гражданских медиков необходимой мотивации для его выполнения. И речь не только о «безвозмездной основе» – как мы покажем ниже, система пенитенциарного здравоохранения в целом находится вне сферы контроля и заинтересованности Минздрава.

Говоря о теме сложной и тяжелой патологии у заключенных, остановимся на проблеме освобождения от отбывания оставшейся части наказания по состоянию здоровья. П. 6 статьи 186 УИК называет тяжелое заболевание или инвалидность у осужденного в качестве основания освобождения от наказания. Детально этот процесс регламентирует Постановление Министерства внутренних дел и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16.02.2011 г. N 54/15 «О медицинском освидетельствовании осужденных и перечне заболеваний, препятствующих отбыванию наказания».<sup>36</sup> В представленном в постановлении перечне перечислен ряд серьезных и тяжелых заболеваний, но, к сожалению, в таких стадиях и формах, которые с полным основанием можно назвать терминальными. Таким образом, по мнению автора, документ выхолащивает гуманитарную составляющую самой идеи возможности освобождения заключенных по состоянию здоровья, оставляя только формальную ее сущность – уменьшение показателя смертности заключенных.

#### 2.2.4 ПОЛУЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВ СО СВОБОДЫ, ОБМЕН МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ

Еще одной из актуальных проблем заключенных в последнее время стало получение лекарств от близких. По объективным причинам аптеки медицинских частей просто не могут иметь в наличии весь спектр медикаментов, которые требуются больным заключенным. По установленным правилам, учреждения закупают медикаменты отечественного производства, и только в случае, если лекарства в Беларуси не производятся, возможны закупки импортных. Однако известны многочисленные случаи, когда лекарства одного производителя плохо переносятся пациентом, имеют выраженные побочные явления, вызывают аллергические реакции, а аналоги таких явлений не вызывают. Замена лекарств в таких ситуациях – не прихоть больного, а необходимость, и как раз задача врача – предложить замену страдающему пациенту. Вместо этого едва ли не каждый бывший заключенный сообщает, что добиться получения лекарств со свободы в передаче или бандероли очень сложно, если вообще возможно<sup>37</sup>. Препятствия в получении медикаментов

<sup>30</sup> <https://doctorsby.com/2023/05/30/12332/>

<sup>31</sup> <https://doctorsby.com/2023/10/31/12562/>

<sup>32</sup> <https://spring96.org/be/news/114794>

<sup>33</sup> <https://news.zerkalo.io/life/71915.html?tg=4>

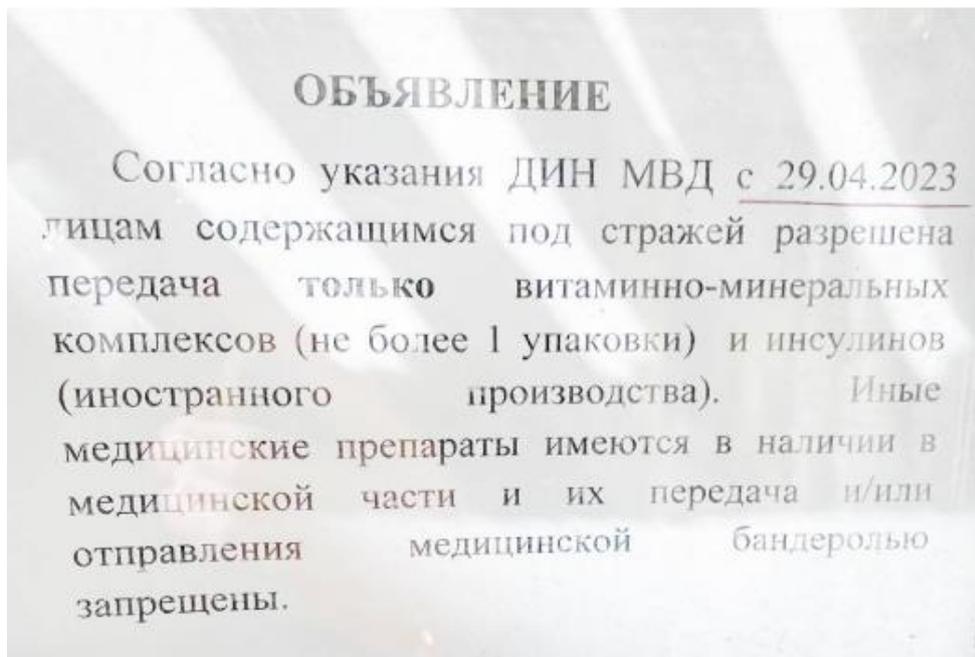
<sup>34</sup> [https://news.zerkalo.io/life/75240.html?tg=3#google\\_vignette](https://news.zerkalo.io/life/75240.html?tg=3#google_vignette)

<sup>35</sup> <http://surl.li/fuzclv>

<sup>36</sup> <https://doctorsby.com/wp-content/uploads/2022/08/postanovlenie-mvd-i-minzdrava-n-54-15.pdf>

<sup>37</sup> <https://spring96.org/be/news/114563>

со свободы выглядят тем более неоправданно, что право получать лекарства прописано в ст. 84 УИК Беларуси, часть 3 которой гласит: «Больным осужденным и осужденным, являющимся инвалидами I и II группы, разрешается получение дополнительной бандероли или мелкого пакета с лекарственными средствами по заключению врача-специалиста, которые хранятся и выдаются медицинской частью исправительного учреждения, а также дополнительной посылки или передачи в течение трех месяцев с продуктами питания, рекомендованными врачом-специалистом».



Скрин объявления в СИЗО-1

Еще одним препятствием для получения необходимой медицинской помощи в заключении нередко становится отсутствие полного комплекта меддокументации больного у пенитенциарных медиков. Проблема должна решаться предельно просто – направлением соответствующего запроса в гражданское лечебное учреждение, в котором до заключения наблюдался больной. Часто такие документы готовы получить и передать в медчасть СИЗО или колонии родственники, но имеется много примеров, когда медики отказываются принимать эти документы. Между тем отсутствие медицинской информации может иметь тяжелые последствия. Здесь уместно снова привести пример Вадима Ермашука, который, несмотря на все свои усилия, за три года заключения так и не получил консультации онколога (онкодерматолога), хотя перед самым заключением готовился к хирургическому удалению родимого пятна. Родинку бывшему заключенному удалили уже после освобождения, как показал анализ, это была меланома – одна из самых злокачественных опухолей, причем в случае Вадима – уже в 3-й стадии. Очевидно, если бы медики пенитенциарной системы запросили информацию об обследованиях и диагнозе Вадима, полученных им до заключения, операция по удалению меланомы могла бы быть сделана гораздо раньше, на более ранних стадиях заболевания.

Отдельный вопрос – предоставление информации о состоянии здоровья заключенного его близким. В настоящее время эта проблема практически не решается. П. 260 Инструкции прямо запрещает выдачу медицинской документации как заключенным, так и их близким: «медицинская документация ... на руки спецконтингенту и их родственникам не выдается». В предоставлении ее близким заключенного, как показывает практика, отказывают под предлогом сохранения врачебной тайны, ссылаясь на статью 46 Закона о здравоохранении. Такую ситуацию мы склонны назвать «злоупотреблением законом» со стороны сотрудников пенитенциарного учреждения, в частности потому, что у заключенного в таких случаях, как правило, никто не спрашивает согласия, а часто его не ставят в известность, что его близкие запрашивают такую информацию. Кроме того, п. 260 Инструкции вступает в противоречие со ст. 46 Закона «О здравоохранении», где устанавливается, что «...по желанию пациента, уполномоченных им лиц или лиц, указанных

*в части второй статьи 18 настоящего Закона, организации здравоохранения выдают выписки из медицинских документов, медицинские справки о состоянии здоровья и другие документы, содержащие информацию о состоянии здоровья пациента, в порядке, установленном законодательством».*

## 2.2.5 ПРАВОВЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ МЕДИЦИНЫ

Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» дает такое определение организации здравоохранения: *«организация здравоохранения – юридическое лицо, основным видом деятельности которого является осуществление медицинской и (или) фармацевтической деятельности».* Уже исходя из данного определения, ни медицинские части, ни даже больницы пенитенциарной системы Беларуси, не будучи юридическими лицами, организациями здравоохранения не являются. Статья 11 указанного Закона дает право «другим организациям» осуществлять медицинскую деятельность «в порядке, установленном законодательством»:

*«Непосредственное оказание медицинской помощи осуществляют, если иное не установлено Президентом Республики Беларусь, организации здравоохранения, включающие:*

*государственные организации здравоохранения, в том числе государственные учреждения здравоохранения и государственные унитарные предприятия, осуществляющие в установленном законодательством порядке медицинскую деятельность; негосударственные организации здравоохранения, осуществляющие в установленном законодательством порядке медицинскую деятельность.*

*[...]*

*Другие организации наряду с основной деятельностью могут также осуществлять медицинскую, фармацевтическую деятельность в порядке, установленном законодательством».*

Вероятно, пенитенциарные учреждения и следует отнести к «другим организациям», которые могут осуществлять медицинскую и фармацевтическую деятельность. При этом отметим, что для организаций здравоохранения, подчиненных Минздраву, Закон устанавливает достаточно жесткие условия, например, аккредитацию – *«в целях установления соответствия государственных организаций здравоохранения базовым критериям медицинской аккредитации, включающим минимальные требования к видам оказываемой ими медицинской помощи по профилям заболеваний, состояниям, синдромам»* (статья 12-прим «Закона о здравоохранении»), то по отношению к ведомственным лечебным подразделениям такого требования нет. Последнее следует, видимо, понимать так, что в отношении медицинских частей и больниц УИС обязательность соответствовать «минимальным требованиям к видам оказываемой ими медицинской помощи по профилям заболеваний, состояниям, синдромам» отсутствует.

«Закон о здравоохранении» (статья 14) содержит еще одно важное требование, которое распространяется на все организации, осуществляющие медицинскую помощь: *«Оказание медицинской помощи пациентам осуществляется по профилям заболеваний, состояниям, синдромам на основании клинических протоколов, а также иных нормативных правовых актов Министерства здравоохранения, устанавливающих порядок организации и оказания медицинской помощи...»* Требование важное, оно устанавливает хоть какие-то нормативы и критерии оценки полноты и качества медицинской помощи. Но если мы обратимся на сайт Министерства здравоохранения, который содержит вкладку «Клинические протоколы»<sup>38</sup>, и посмотрим для примера клинические протоколы при болезнях системы кровообращения, то найдем всего 9 клинических протоколов лечения данной патологии у взрослых. Это при том, что размещенная на этом же сайте Международная классификация болезней МКБ-10<sup>39</sup> насчитывает 79 наименований патологии системы кровообращения, требующих специфического лечения.

Это еще одно подтверждение высказанного выше тезиса, что врачи пенитенциарной системы предоставлены сами себе и вынуждены заниматься лечением и профилактикой

<sup>38</sup> <https://minzdrav.gov.by/ru/dlya-spetsialistov/standarty-obsledovaniya-i-lecheniya/index.php>

<sup>39</sup> <https://minzdrav.gov.by/ru/dlya-spetsialistov/klassifikatory/index.php>

заболеваний у заключенных, исходя из собственных знаний, собственного понимания лечебного процесса, возможностей и ресурсов своего учреждения, а также требований контролирующих инстанций.

Вопрос контроля за качеством, полнотой и эффективностью медицинской помощи заключенным требует отдельного рассмотрения. Такие проверки, как правило, проводятся специалистами медицинской службы ДИН МВД и управления медицинского обеспечения Департамента финансов и тыла МВД, то есть ведомственными службами. О проверках в этой сфере, организованными Министерством здравоохранения или его региональными структурами, нет сведений уже в течение ряда лет. Как и ДИН МВД, в предоставлении информации о проводимых проверках, о статистических показателях работы пенитенциарной медслужбы Минздрав отвечать отказывается.

г. Республика Беларусь».

Считаем необходимым разъяснить, что на основании статьи 15 Закона Республики Беларусь от 10.11.2008 № 455-3 «Об информации, информатизации и защите информации» (далее – Закон) в зависимости от категории доступа информация делится на общедоступную информацию и информацию, распространение и (или) предоставление которой ограничено.

В соответствии с абзацем 4 части 1 статьи 17 Закона, к информации, распространение и (или) предоставление которой ограничено, относится служебная информация ограниченного распространения.

Исходя из требований частей 1 и 2 статьи 18 Закона:

к служебной информации ограниченного распространения относятся сведения, касающиеся деятельности государственного органа, распространение и (или) предоставление которых могут причинить вред национальной безопасности Республики Беларусь, общественному порядку, нравственности, правам, свободам и законным интересам физических лиц, в том числе их чести и достоинству, личной и семейной жизни;

сведения относятся к служебной информации ограниченного распространения в соответствии с перечнем сведений, относящихся к служебной информации ограниченного распространения, определяемым Советом Министров Республики Беларусь.

В данной связи, для предоставления Министерством здравоохранения и МВД запрашиваемых Вами сведений, отсутствуют правовые основания.

Взаимодействие с ДИН МВД осуществляют специалисты главного управления организации медицинской помощи, экспертизы, обращений граждан и юридических лиц Министерства здравоохранения.

В соответствии со статьей 20 Закона Республики Беларусь «Об обращениях граждан и юридических лиц» настоящий ответ может быть обжалован в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь.

Первый заместитель Министра



Д.Л. Пиневич

Фрагмент ответа Минздрава на запрос правозащитной организации о предоставлении информации о контроле за качеством и эффективностью медицинской помощи заключенным и статистических показателях работы медслужбы пенитенциарной системы

В соответствии с Законом о здравоохранении, именно Министерство здравоохранения проводит единую государственную политику в области здравоохранения, организует оказание населению Республики Беларусь медицинской помощи, координирует и (или) контролирует деятельность других республиканских органов государственного управления и иных государственных организаций.

Положением о Министерстве здравоохранения<sup>40</sup> к основным задачам Минздрава отнесены и такие, как проведение единой государственной политики в области здравоохранения; организация оказания медицинской помощи населению Республики Беларусь, а также осуществление координации деятельности других республиканских органов государственного управления и иных государственных организаций в области здравоохранения и (или) контроля за такой деятельностью.

При этом именно Минздрав определён государственным органом, ответственным за результаты медицинской и фармацевтической деятельности организаций здравоохранения, находящихся в ведении других республиканских органов государственного управления и иных организаций, и обязан принимать меры по совершенствованию качества оказания медицинской помощи, осуществлять контроль, оценку качества оказания медицинской помощи, а также осуществлять методологическое руководство медицинской и фармацевтической деятельностью организаций здравоохранения, в том числе находящихся в ведении других республиканских органов государственного управления, координировать и контролировать такую деятельность.

Минздрав не контролирует и не анализирует основные показатели и результаты деятельности пенитенциарной медицины, в том числе и такие, как заболеваемость, инвалидизация, смертность, летальность. Все эти показатели в учреждениях учитываются, однако Минздрав получает уже сводную ежегодную статистику за МВД в целом, в итоге оценить работу каждого отдельного учреждения невозможно.

Негативное влияние на работу пенитенциарных медиков оказывает также прямая подчиненность по службе руководству учреждения. Пенитенциарное учреждение – не лечебное, результаты деятельности администрации колоний оцениваются по ряду специфических критериев, среди которых нет места оценке качества, полноты и эффективности медицинской помощи. Именно поэтому в приоритете для руководителей учреждений остаются обеспечение режима, производственных показателей, выполнение требований вышестоящего руководства, даже если это вступает в противоречие с должностными обязанностями и моральными императивами медицинского работника.

### 3. ВЫВОДЫ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ

С точки зрения автора, основными выводами из изложенного являются следующие:

- в пенитенциарных учреждениях Беларуси в настоящее время не обеспечиваются требуемые законодательством стандарты медико-санитарного обслуживания, равные существующим в обществе, особенно что касается специализированной и квалифицированной медицинской помощи
- нормативно-правовое регулирование организации медицинской помощи заключенным в Беларуси не имеет комплексного характера, противоречиво, не отвечает современному уровню развития медицинской науки и практики;
- медицинские подразделения белорусских пенитенциарных учреждений не имеют статуса организаций здравоохранения или структурных подразделений организаций здравоохранения, что приводит к серьезным негативным последствиям для обеспечения права заключенных на здоровье, а также не позволяет применять соответствующие нормативы оказания медицинской помощи и критерии оценки ее качества, полноты и эффективности;
- отсутствует необходимое взаимодействие и координация между медицинскими подразделениями УИС и региональными организациями здравоохранения Минздрава, деятельность медицинских подразделений УИС в настоящее время не оценивается и не контролируется Министерством здравоохранения;
- действующие нормативно-правовые акты, регулирующие организацию медицинской помощи заключенным, обязывают медицинских работников пенитенциарной системы в ущерб лечебной работе выполнять целый ряд обязанностей, для которых у них нет соответствующего образования, компетенций, технических, организационных и ресурсных возможностей;

---

<sup>40</sup> <https://etalonline.by/document/?regnum=c21101446>

- не обеспечивается право заключенных на добровольное информированное согласие на медицинскую помощь или право на отказ от нее. По действующему законодательству, отказ заключенного от медицинской помощи может расцениваться как нарушение режима отбывания наказания и влечь за собой серьезные правовые последствия для него.

## ПРЕДЛОЖЕНИЯ

Основной документ, регулирующий организацию медицинской помощи заключенным – Инструкция по медицинскому обеспечению лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы Министерства внутренних дел Республики Беларусь – разработан и принят в 2003 году. Автор настоящего отчета был в числе разработчиков Инструкции. Документ создавался на основе приказа МВД СССР от 17 ноября 1989 г. N 285 «Об утверждении руководства по медицинскому обеспечению лиц, содержащихся в следственных изоляторах и исправительно-трудовых учреждениях МВД СССР». Собственно говоря, приказ МВД СССР № 285 действовал до принятия Инструкции, о чем и говорится в п. 2 её преамбулы. Понятно, что за истекшее время произошли серьезные изменения и законодательства, в том числе законодательства о здравоохранении, и медицинской науки и практики, поэтому очевидна необходимость разработки и принятия современного нормативного документа, регулирующего эту сферу. Учитывая комплексный характер проблемы, автор видит целесообразность увязать реформирование организации медицинской помощи заключенным с реформированием пенитенциарной системы страны в целом. Вероятно, назрела необходимость разработки специального законодательного акта об уголовно-исполнительной системе страны.

В целях приведения организационной структуры медицинской службы пенитенциарных учреждений в соответствие с требованиями законодательства о здравоохранении видится целесообразным создание в структуре ДИН юридического лица – организации (учреждения) здравоохранения с передачей ему больниц и медицинских частей пенитенциарных учреждений в качестве структурных подразделений. Такая мера, кроме юридического упорядочения, способствовала бы разработке и унификации норм и порядка оказания медицинской помощи, штатного состава, ресурсного обеспечения, перечня и оборудования кабинетов, отделений, облегчила бы работу по подбору и манёвру кадрами, повышению их квалификации и др. Немаловажно, что при таком подходе медицинские работники учреждений стали бы сотрудниками организации здравоохранения, а не пенитенциарного учреждения, что существенно снизило бы их зависимость от администрации учреждения.

В целях приведения организационной структуры медицинской службы пенитенциарных учреждений в соответствие с требованиями законодательства о здравоохранении видится целесообразным создание в структуре ДИН юридического лица – организации (учреждения) здравоохранения с передачей ему больниц и медицинских частей пенитенциарных учреждений в качестве структурных подразделений. Такая мера, кроме юридического упорядочения, способствовала бы разработке и унификации норм и порядка оказания медицинской помощи, штатного состава, ресурсного обеспечения, перечня и оборудования кабинетов, отделений, облегчила бы работу по подбору и манёвру кадрами, повышению их квалификации и др. Немаловажно, что при таком подходе медицинские работники учреждений стали бы сотрудниками организации здравоохранения, а не пенитенциарного учреждения, что существенно снизило бы их зависимость от администрации учреждения.

Вероятно, пришло время детально изучить возможность и целесообразность введения обязательного медицинского страхования заключенных за счет бюджетных средств.

Для решения проблемы доступа заключенных к квалифицированной и специализированной медицинской помощи считаем целесообразным сформировать при Республиканской общесоматической больнице специализированное отделение (отделения) – назовём его диспансерным, в котором сконцентрировать заключенных, имеющих серьезные заболевания и нуждающихся в такой помощи. Еще раз подчеркнем, что

региональные учреждения не имеют организационных и ресурсных возможностей для оказания квалифицированной и специализированной медпомощи, в Республиканской же больнице такие условия должны быть созданы.

В соответствии со ст. 14 Закона о здравоохранении, *«в целях своевременного оказания медицинской помощи граждане Республики Беларусь закрепляются за государственными учреждениями здравоохранения по их месту жительства (месту пребывания), а при наличии ведомственных организаций здравоохранения – также и по месту работы (учебы, службы)»*. Следуя букве и духу данного положения Закона, видится целесообразным закреплять заключенных за организациями здравоохранения, на территории обслуживания которых размещаются исправительные учреждения. В рамках реализации единой государственной политики в сфере здравоохранения целесообразно обязать руководителей ТОЗ оценивать и контролировать основные показатели результатов, качества и эффективности медицинской помощи заключенным (таких, как заболеваемость, летальность и смертность, наличие заключенных с инвалидностью и работа по их медико-социальной реабилитации, выход заключенных на инвалидность и другие). Каждый случай смерти заключенного должен быть предметом рассмотрения патологоанатомической конференции и/или лечебно-контрольной комиссии ТОЗ. Медицинский персонал пенитенциарных учреждений необходимо включать для участия во всех образовательных мероприятиях, проводимых ТОЗ.

Целесообразно разработать локальные правовые документы, предписывающие на постоянной основе привлечение специалистов ТОЗ для оказания лечебно-консультативных и диагностических услуг заключенным в случае временного или постоянного отсутствия такого специалиста или необходимого оборудования в пенитенциарном учреждении. Должен быть создан специальный фонд оплаты таких услуг, если они будут оказываться сверх основного рабочего времени привлеченного специалиста. Такой подход следует использовать и при проведении диспансеризации заключенных – в пенитенциарных учреждениях диспансеризация должна проводиться в обязательном порядке.

По нашему мнению, назрела необходимость внесения изменений в «Перечень заболеваний, препятствующих отбыванию наказания». В настоящее время в «Перечень ...» входят почти исключительно болезни в терминальной или субтерминальной стадии, поэтому под действие постановления от 16.02.2011 г. № 54/15 подпадают только с негативным прогнозом развития заболевания. Следовательно, государство при этом не преследует цели проявления гуманности к больным заключенным: не ставится задачи облегчения доступа больных к получению эффективной квалифицированной и специализированной, а также высокотехнологичной медицинской помощи, которая могла бы дать им надежду на сохранение жизни.

Мы убеждены, что понятие «заболевания, препятствующего дальнейшему отбыванию наказания» следует трактовать не только в юридическом (режимном) понимании термина, но в первую очередь – в медицинском. По нашему мнению, вопрос о возможности освобождения осужденного от дальнейшего отбывания наказания или замены наказания более мягким должен ставиться в первую очередь с целью сохранения жизни и улучшения здоровья осужденного, облегчения ему доступа к получению эффективной квалифицированной и специализированной, а также высокотехнологичной медицинской помощи, которого он лишен в местах заключения по объективным причинам.

Для реализации указанного подхода рекомендуется внести такие изменения в рассматриваемое Постановление, которые бы предоставляли возможность освобождения осужденного от дальнейшего отбывания наказания или замены наказания более мягким уже на этапе фиксации неблагоприятной динамики заболевания, если это угрожает его переходу в терминальную или субтерминальную стадию.

В программы профессионального обучения и повышения квалификации медицинских работников пенитенциарной системы должно быть включено обучение как минимум базовым правам человека, в том числе предоставляться знания о запрещении пыток, жестокого, унижающего человеческое достоинство обращения или наказания, как это указано в пункте 10 Замечаний общего порядка КПЧ № 20: *«Сотрудники правоохранительных органов, медицинский персонал, сотрудники полиции и любые другие лица, имеющие отношение к*

*содержанию под стражей любого лица, подвергнутого аресту, задержанию или лишению свободы в какой бы то ни было форме или к обращению с ним, должны пройти соответствующий инструктаж и получить надлежащую подготовку».*

В данном контексте видится необходимым исключение помещения в одиночные камеры, в том числе ШИЗО и ПКТ, в качестве наказания, особенно учитывая, что предусмотренные статьёй 114 УИК условия содержания заключенных в ШИЗО сами по себе являются бесчеловечными, унижающими человеческое достоинство. Следует также помнить, что пункт 6 Замечаний общего порядка КПЧ № 20 содержит такое толкование: «Комитет отмечает, что продолжительное одиночное заключение содержащегося под стражей или лишенного свободы лица может приравниваться к актам, запрещенным статьей 7», то есть к пыткам, жестокому, бесчеловечному или унижающему достоинство человека обращению или наказанию.

Тем более, врачи пенитенциарных учреждений должны быть освобождены от унижительной и нарушающей моральные принципы медицинского работника обязанности выносить заключение о способности осужденного по состоянию здоровья переносить какое бы то ни было наказание.

Решением этих проблем могло бы стать реформирование условий содержания таким образом, чтобы максимально исключить их негативное влияние на здоровье заключенных, а также устранение или минимизация факторов, ставящих медиков в зависимость от руководства пенитенциарных учреждений.

Заключенные в белорусских пенитенциарных учреждениях не имеют права самостоятельно, в удобное для себя время посещать медчасть, поэтому именно на медицинских работниках лежит обязанность обеспечить доступ медика к пациенту. Графики и порядок работы врачей должны быть сформированы таким образом, чтобы заключенные, в том числе работающие на производстве или изолированные по любой причине от других, имели возможность получить врачебную консультацию или осмотр в максимально короткое время после возникновения такой необходимости. Вероятно, обязанность сопроводить заболевшего заключенного к врачу должна быть включена в должностные инструкции каждого сотрудника пенитенциарного учреждения.

С целью обеспечения обмена медицинской информацией и преемственности в оказании медицинской помощи необходимо перевести ведение медицинской документации, медицинский учет и отчетность в пенитенциарных учреждениях в электронные формы, унифицированные с гражданским здравоохранением, но с учетом специфики пенитенциарной медицины.

В медицинскую документацию заключенного в обязательном порядке следует включить пункт с ответом на вопрос, согласен ли пациент на предоставление информации о его здоровье третьим лицам и, при наличии такого согласия, с указанием таких лиц. Данный пункт должен заполняться при первом поступлении заключенного в пенитенциарное учреждение.

Заключенному должно быть предоставлено бесспорное право на получение полной и достоверной информации о состоянии своего здоровья и оказываемой ему медицинской помощи, а также право определять круг лиц, кому указанная информация может быть предоставлена.

Запрет на получение и хранение заключенным медицинских документов должен быть отменен.

В медицинской документации заключенного обязательно должны отражаться сведения о добровольном информированном согласии на медицинскую помощь или об отказе от нее. Должно быть реализовано на практике право заключенного на отказ от медицинской помощи. Следует законодательно исключить любые медицинские действия принудительного характера, равно как и наказание за отказ от них. Допустимыми являются только такие принудительные действия, которые имеют целью обеспечение физической безопасности больного заключенного или окружающих.

Запрет заключенным иметь при себе любые лекарства, за исключением жизненно необходимых и только по разрешению лечащего врача, в современных условиях устарел. Видится целесообразным разрешить заключенным иметь при себе медикаменты, которые

продаются в аптеках Беларуси на безрецептурной основе, а любые другие – при наличии рецепта или разрешения врача. Разрешить получение безрецептурных лекарств в бандеролях (пакетах), посылках или передачах. Разрешенное количество таких лекарств может быть ограничено объемам курсового лечения или другими разумными критериями.

*Об авторе*

*Василий Завадский – врач-психиатр, организатор здравоохранения, имеющий почти 25-летний опыт работы врачом в пенитенциарной системе Беларуси.*

*В 1998-2010 году возглавлял медицинскую службу Департамента исполнения наказаний МВД Беларуси.*

*Правозащитник.*