

**ПРАВО
НА ЗДОРОВЬЕ ЗАКЛЮЧЕННЫХ
В СТРАНАХ ЕВРОСОЮЗА И В БЕЛАРУСИ:
МЕЖДУНАРОДНЫЕ И НАЦИОНАЛЬНЫЕ
СТАНДАРТЫ И ПРАКТИКА**



В настоящем документе понятия *тюрьма, колония, пенитенциарное учреждение* являются синонимами и служат для обозначения места принудительного содержания человека, лишённого свободы по решению суда или заключённого под стражу до суда.

Под понятиями *заключённый, осуждённый* подразумеваются люди, содержащиеся в следственных изоляторах, а также отбывающие наказание по приговору суда в любом другом пенитенциарном учреждении.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВДПЧ – Всеобщая Декларация прав человека
ЕС – Европейский Союз
ЗОП - Замечания общего порядка
ИУ – исправительное учреждение
КПЧ – Комитет ООН по правам человека
КЭСКО – Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам
МВД - министерство внутренних дел
МЛС – места лишения свободы
МПГПП - Международный Пакт о гражданских и политических правах
МПЭСКП - Международный Пакт об экономических, социальных и культурных правах
МСПЗЗ - Минимальные стандартные правила защиты заключённых
НПА – нормативный правовой акт
ПВР – правила внутреннего распорядка
УИК – уголовно-исполнительный кодекс

СОДЕРЖАНИЕ

1.	ВВЕДЕНИЕ	3
2.	ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ	4
2.1	Нормативное регулирование сферы пенитенциарного здравоохранения в международных нормативно-правовых актах	4
2.2	Нормативное регулирование сферы пенитенциарного здравоохранения в Беларуси	6
2.3	Практические аспекты обеспечения права на здоровье в тюрьмах Западной Европы	7
2.4	Сравнительный анализ функционирования пенитенциарной медицины в Беларуси и в странах Западной Европы	11
3.	ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ	18

1. ВВЕДЕНИЕ

Право на здоровье нашло свое место среди других основных прав человека с середины прошлого века. В новейшей истории тема права на здоровье впервые отражена во Всеобщей Декларации прав человека¹, принятой в 1948 году, хотя и в контексте права на определенный жизненный уровень – словосочетание «право на здоровье» здесь еще не употребляется. В п. 1 статьи 25 Всеобщей Декларации сказано: «Каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи, и право на обеспечение на случай безработицы, болезни, инвалидности, вдовства, наступления старости или иного случая утраты средств к существованию по не зависящим от него обстоятельствам».

Дальнейшее развитие человечества потребовало и более четкого раскрытия темы прав человека, в том числе и права на здоровье. В 1966 году государства-члены ООН приняли два основополагающие документа по этой теме: Международный Пакт о гражданских и политических правах² (МПГПП), а также Международный Пакт об экономических, социальных и культурных правах³ (МПЭСКП).

Ряд положений МПГПП имеет прямое или косвенное отношение к теме права на здоровье (право на жизнь, право на гуманное обращение и уважение достоинства, право на признание правосубъектности, равенство перед законом и запрет дискриминации и др.), но определение и содержание термина «право на здоровье» дано в статье 12 МПЭСКП, из которой следует, что право на здоровье – это «...право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья». Более детально международные и национальные нормативно-правовые акты на эту тему мы рассмотрим в разделах 2.1 и 2.2 настоящего исследования, здесь же подчеркнем тесную взаимосвязь права на здоровье и права на жизнь, а также особую актуальность этой взаимосвязи для специфических условий пенитенциарной системы.

Нет ни одного нормативно-правового акта, который ограничивал бы право на здоровье заключенных по сравнению с другими гражданами страны. Напротив, ряд международных документов содержит прямое указание на обязанность государств обеспечивать для заключенных тот же уровень медико-санитарного обеспечения, который достигнут в остальном обществе. Кроме очевидных гуманистических аргументов в пользу таких требований, следует помнить и о важном практическом значении подобного подхода. Заболеваемость многими болезнями в тюрьмах имеет прямое негативное влияние на состояние здоровья остального населения, особенно если речь идет об инфекционных болезнях, таких как туберкулез, ВИЧ, венерические и ряд других заболеваний. Здесь уместно привести пример COVID-19, когда, с одной стороны, инфекция из общества легко проникла в закрытые пенитенциарные учреждения, а с другой стороны, условия тюремной скученности стали «питательным бульоном» для вспышек COVID в этой среде и обратного перетока и распространения инфекции в населенные пункты и общество в целом. В значительной степени эти рассуждения актуальны и для других, неинфекционных болезней и патологических состояний, отсутствие лечения которых или неправильное, неэффективное лечение влекут за собой дополнительную и немалую нагрузку на систему гражданского здравоохранения и бюджеты государств. Прямую взаимосвязь в таких случаях проследить сложнее, однако же она несомненно присутствует – например, запущенные случаи требуют гораздо более серьезных расходов на лечение и уход. В качестве примера можно привести и такую типичную для пенитенциарных систем проблему, как неудовлетворительная стоматологическая помощь в тюрьмах. Невозможность своевременно получить относительно недорогую и простую услугу по лечению кариеса приводит к серьезным и дорогостоящим в лечении заболеваниям желудочно-кишечного тракта, и не только его.

Надлежащий уровень здравоохранения в тюрьмах снижает общественные затраты на содержание тюрем посредством улучшения состояния здоровья общества в целом, снижения государственных расходов на здравоохранение, улучшения уровня

¹ https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/declhr.shtml

² https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/pactpol.shtml

³ https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/pactecon.shtml

ресоциализации в общество и снижения уровня рецидивов, снижения количества лиц, находящихся в местах лишения свободы.

2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

2.1 Нормативное регулирование сферы пенитенциарного здравоохранения в международных нормативно-правовых актах

Закрепление основных норм и правил, установление международных стандартов в сфере пенитенциарного здравоохранения также началось в середине прошлого столетия. Хотя Всеобщая Декларация прав человека (ВДКП), о которой мы уже упоминали, и не содержит прямых упоминаний о правах заключенных, однако закрепленные в ВДКП положения, несомненно, относятся и к этой категории граждан. ВДКП, напомним, была принята в 1948 году.

Первым из известных международных документов по теме прав заключенных стали принятые в 1955 году Организацией Объединенных Наций Минимальные стандартные правила защиты заключенных⁴ (МСПЗЗ).

Теме медицинского обслуживания заключенных в документе посвящен отдельный раздел, однако следует подчеркнуть, что и многие другие разделы МСПЗЗ в силу реального или потенциального воздействия на здоровье человека имеют важное значение в контексте рассматриваемой темы. Речь идет о таких, например, разделах, как вопросы организации питания, размещения, личной гигиены заключенных и многие другие.

Важно подчеркнуть, что в процессе развития человечества эволюционируют и права человека, в том числе и права заключенных. На основе МСПЗЗ в 2015 году ООН приняла Минимальные стандартные правила Организации Объединенных Наций в отношении обращения с заключенными – «Правила Нельсона Манделы»⁵.

Правила Нельсона Манделы на сегодня являются наиболее детальным и универсальным международным сводом положений, регламентирующим, с одной стороны, права заключенных, в том и право на здоровье, и с другой стороны – позитивные обязательства государств по обеспечению этих прав. Документ, как и перечисленные выше, относится к актам «мягкого права», то есть носит рекомендательный, а не обязательный характер, однако он очерчивает, как сказано в названии, минимальные стандарты, поэтому с нашей точки зрения, любое государство, претендующее называться цивилизованным, обязано не только принимать и исполнять их по умолчанию, но также расширять и дополнять их.

К документам «мягкого права» по исследуемой теме относятся также (представлены в хронологическом порядке в зависимости от года принятия):

Декларация о защите всех лиц от пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания⁶ (1975)

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 наказания⁷ (1982 г.)

Конвенция против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания⁸ (1984)

Минимальные стандартные правила Организации Объединенных Наций, касающиеся отправления правосудия в отношении несовершеннолетних (Пекинские правила)⁹ (1985)

⁴ https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/prison.shtml

⁵ https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-R-ebook.pdf

⁶ https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/torture.shtml

⁷ https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/detent.shtml

⁸ https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/torture.shtml

⁹ https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/beijing_rules.shtml

Свод принципов защиты всех лиц, подвергаемых задержанию или заключению в какой бы то ни было форме¹⁰ (1988 г.)

Основные принципы обращения с заключенными¹¹ (1990) и другие.

В отличие от перечисленных документов, упомянутые выше Международный Пакт об экономических, социальных и культурных правах и Международный Пакт о гражданских и политических правах в соответствии с положениями части 1 статьи 8 Конституции Республики Беларусь обязательны для исполнения нашим государством. МПЭСКП вступил в силу для Белорусской ССР 3 января 1976 года, а МПГПП - 23 марта 1976 года.

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

В задачу данного исследования не входит детальное рассмотрение и анализ нормативно-правовых актов, однако приведём некоторые 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.

Статья 7.

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

Статья 10.

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

Имеются и другие важные источники международных стандартов в области прав человека, в том числе права на здоровье. К таковым относятся Замечания общего порядка к статьям Пактов, которые разрабатывают и представляют договорные органы ООН в рамках своих компетенций. В случае МПГПП Замечания общего порядка (ЗОП) даёт Комитет ООН по правам человека (КПЧ), в случае МПЭСКП – Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам (КЭСКП).

К праву заключенных на здоровье имеют прямое отношение представленные КПЧ ЗОП № 20¹² с толкованием статьи 7 МПГПП, ЗОП № 21¹³ – статьи 10 и ЗОП № 36¹⁴ – статьи 6 МПГПП, а также представленные КСЭКП ЗОП № 14¹⁵. Учитывая, что ЗОП содержат толкование обязательных к исполнению НПА, их содержание имеет важное значение.

Например, первой же фразой ЗОП № 14 является такая:

«Здоровье является одним из основных прав человека, необходимым для реализации других прав человека». Сложно представить более важный постулат для понимания значения права на здоровье для заключенных.

В п. 11 ЗОП № 14 сказано: «...право на здоровье, определяемое в пункте 1 статьи 12, включает в себя не только право на своевременные и адекватные услуги в области здравоохранения, но и на такие основополагающие предпосылки здоровья, как доступ к безопасной питьевой воде и адекватным санитарным услугам, достаточное снабжение безопасным продовольствием, питание и жилищные условия, безопасные условия труда и окружающей среды, а также доступ к просвещению и информации в области здоровья, в том числе полового и репродуктивного здоровья...»

¹⁰ https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/detent.shtml

¹¹ https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/prisoners_treatment.shtml

¹² <http://surl.li/wnahup>

¹³ <http://surl.li/jzyypu>

¹⁴ <http://surl.li/vkwdri>

¹⁵ <http://surl.li/kgmldv>

Приведенный перечень международных нормативно-правовых актов, касающихся сферы пенитенциарного здравоохранения, не является исчерпывающим – прежде всего по той причине, что косвенное отношение к ней имеет и множество других документов, таких, например, как:

Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин¹⁶ (1979 г.)
Конвенция о правах ребенка¹⁷ (1989 г.)
Конвенция ООН о правах инвалидов¹⁸ (2006 г.)
и других.

2.2 Нормативное регулирование сферы пенитенциарного здравоохранения в Беларуси

Как указывалось выше, в данной работе не стоит задача детального рассмотрения и анализа нормативных актов, поэтому только перечислим ниже в иерархическом порядке основные национальные НПА, имеющие отношение к теме.

Итак, главным НПА в стране является Конституция Республики Беларусь¹⁹, а к рассматриваемой теме имеют отношение статьи 21, 24, 34, 45, 46, 62 и 63.

Далее в иерархической лестнице НПА по теме права на здоровье заключенных следуют:

- Уголовно-исправительный кодекс Республики Беларусь²⁰
- Закон Республики Беларусь «О здравоохранении»²¹
- Закон Республики Беларусь «О психиатрической помощи»²²
- Закон Республики Беларусь «О порядке и условиях содержания лиц под стражей»²³

и другие.

Подчеркнем наличие в каждом из перечисленных выше законодательных актов положения о первенстве международных НПА. Например, часть 2 статьи 3 Уголовно-исполнительного кодекса Беларуси гласит: «Если международным договором Республики Беларусь установлены иные правила исполнения наказания и обращения с осужденными, чем те, которые предусмотрены уголовно-исполнительным законодательством, то применяются непосредственно правила международного договора, кроме случаев, когда из международного договора следует, что для применения таких норм требуется издание внутригосударственного акта».

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. № 202/39²⁴.

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».²⁵

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 ИУ²⁶ главы 69-73 детализируют порядок «медико-санитарного обеспечения» осужденных. Положения указанных глав в основном дублируют нормы УИК и Инструкции № 202/39.

¹⁶ https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/cedaw.shtml

¹⁷ https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/childcon.shtml

¹⁸ https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml

¹⁹ <https://etalonline.by/document/?regnum=v19402875>

²⁰ <https://etalonline.by/document/?regnum=HK0000365>

²¹ <https://pravo.by/document/?guid=3871&p0=v19302435>

²² <https://pravo.by/document/?guid=3961&p0=H11200349>

²³ <http://surl.li/ifujoq>

²⁴ <http://surl.li/eutvix>

²⁵ <http://surl.li/pzqfol>

²⁶ <http://surl.li/fwnmrx>

2.3 Практические аспекты обеспечения права на здоровье в тюрьмах Западной Европы

Организация медицинской помощи заключенным в странах Западной Европы регулируется, как правило, Уголовно-исполнительным кодексом или соответствующим законом страны. Например, в Польше это *Kodeks karny wykonawczy*²⁷ и *Ustawa o Służbie Więziennej*²⁸ (Закон о Службе исполнения наказаний), в Литве - *Baudžiamojo kodekso vykdymo kodeksas*²⁹, в Эстонии - *Vangistusseadus*³⁰ (Закон о тюремном заключении). Данные нормативно-правовые акты содержат общие положения о правах заключенных на медицинскую помощь. Например, польский *Kodeks karny wykonawczy* определяет, что заключенные имеют право на медицинское обслуживание, аналогичное доступному для граждан на свободе, с учетом специфики тюремной среды. Медицинская помощь предоставляется внутри учреждений или, при необходимости, в специализированных медицинских центрах за пределами тюрьмы. Кроме того, гарантируется доступ к профилактическому лечению и лекарственным средствам. Также подчеркивается обязанность пенитенциарных учреждений обеспечивать охрану здоровья заключенных в соответствии с нормативными стандартами.

Как правило, положения, регулирующие сферу пенитенциарного здравоохранения, содержатся также в Законе о здравоохранении каждой страны.

Пенитенциарные системы европейских стран входят в состав Министерства юстиции, которое принимает подзаконные акты, регулирующие порядок оказания медицинской помощи заключенным более детально.

Таким образом, порядок регулирования этой сферы не особенно отличается от такового в Беларуси.

В большинстве стран Западной Европы в штатах пенитенциарного учреждения имеются должности медицинских работников, которые, таким образом, находятся в подчинении администрации тюрем. Только в семи странах ЕС, в том числе во Франции, Норвегии, Великобритании, Италии, Финляндии система медицинской помощи заключенным находится полностью в ведении Министерства здравоохранения³¹, причем тенденция передачи этой функции от пенитенциарных администраций Министерству здравоохранения наблюдается, начиная только с 90-х годов прошлого столетия. При этом отметим, что медицинские работники, даже входящие в штат тюрем, специальных званий не имеют, а являются гражданскими служащими.

Возможности сохранения и поддержания здоровья заключенных прямо связаны с условиями содержания. Законодательство стран ЕС содержит разные стандарты обеспеченности жилой площадью заключенных – от 3 кв. метров в Польше до 6 в Германии и до 10 в Нидерландах (в одиночной камере). Европейские пенитенциарные правила³² содержат рекомендацию обеспечить минимальную площадь на одного заключенного в размере 4 кв. м в многоместных камерах и не менее 6 кв. м в одиночных камерах.

Не во всех странах ЕС ситуация с заполненностью тюрем благополучная³³. Например, во Франции уровень переполненности тюрем достигает 119 %, в Бельгии – 118 %, в Италии – 111 %. В Эстонии и Латвии, напротив, тюрьмы заполнены менее чем на 70% от их вместимости. При этом, например, в Эстонии статья 11 упомянутого выше Закона о тюремном заключении (*Vangistusseadus*) содержит прямой запрет на превышение количества заключенных над числом жилых мест в тюрьме.

²⁷ <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19970900557/U/D19970557Lj.pdf>

²⁸ <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20100790523/T/D20100523L.pdf>

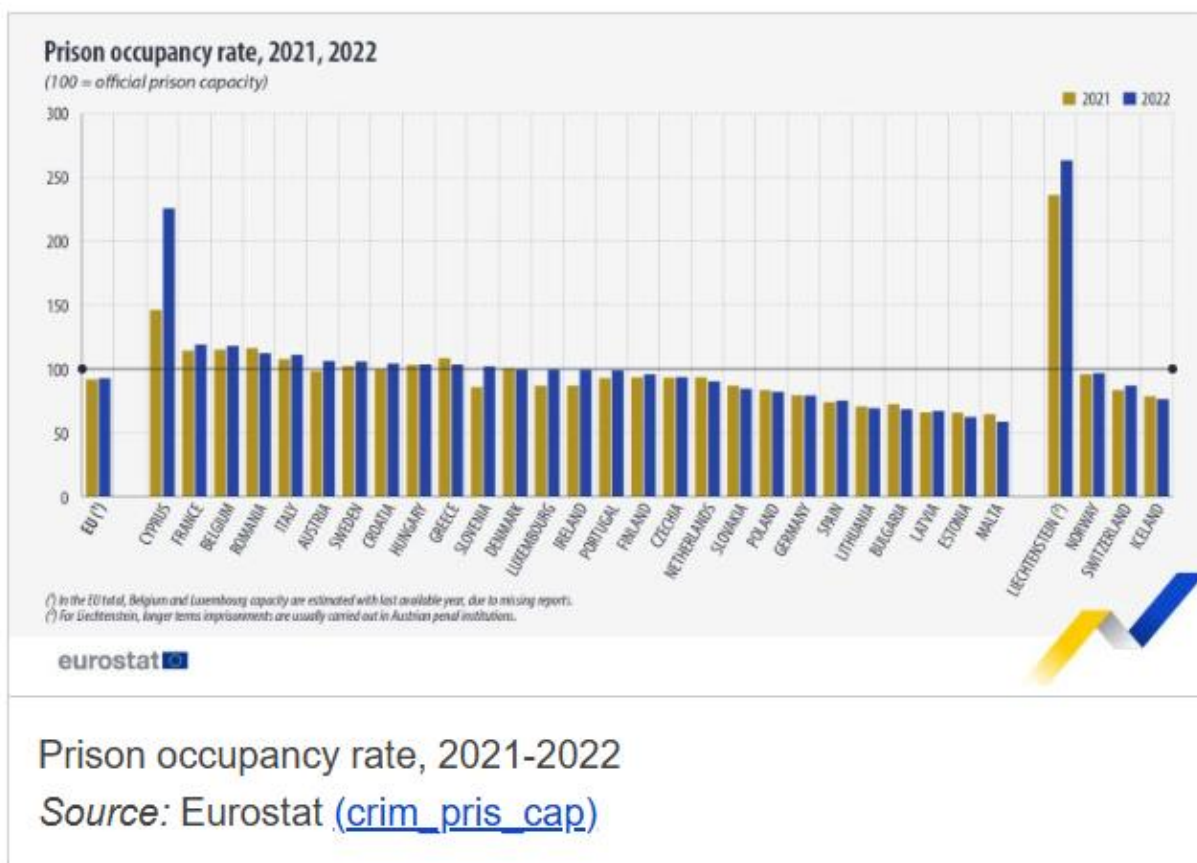
²⁹ <https://www.infolex.lt/ta/43563#>

³⁰ <https://www.riigiteataja.ee/akt/127112024002>

³¹ [https://www.who.int/data/region/europe/health-in-prisons-european-database-\(hiped\)](https://www.who.int/data/region/europe/health-in-prisons-european-database-(hiped))

³² <https://rm.coe.int/european-prison-rules-978-92-871-5982-3/16806ab9ae>

³³ <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?oldid=568124>



Переполненность тюрем оказывает серьезное негативное влияние на здоровье заключенных из-за ухудшения условий жизни (усиливается чувство стресса и агрессии из-за недостатка жизненного пространства, нарушается доступ к базовым санитарным условиям, включая чистую воду, туалеты и душевые); создает дополнительные проблемы с медицинской помощью из-за повышения нагрузки на медработников, увеличения риска распространения инфекционных заболеваний по причине скученности и плохой вентиляции; усиливает психологическую напряженность между заключенными, так как скученность и отсутствие приватности усиливают тревожность и депрессию, могут провоцировать конфликты, вспышки агрессии и насилия; снижает возможности для ресоциализации заключенных.

Для более глубокого понимания системы организации медицинской помощи заключенным в западных странах необходимо рассмотреть некоторые общие принципы организации пенитенциарных систем в Европе, которые имеют ряд принципиальных отличий от белорусских реалий.

Одно из таких отличий – камерное содержание заключенных. В типичной западной тюрьме в одной камере содержится 2-4 человека, при этом в дневное время двери камер открываются, и заключенные имеют возможность находиться в местах общего пользования, общаться с другими осужденными и персоналом.

Второе принципиально важное для темы организации медицинской помощи заключенным отличие – количество заключенных в одной тюрьме. Среднее число заключенных, содержащихся в одном пенитенциарном учреждении в странах Западной Европы, обычно находится в пределах 300-500 человек³⁴. Тюрьма, в которой содержится 800 – 1000 человек, считается на Западе очень большой, хотя имеются и исключения³⁵.

³⁴ https://en.wikipedia.org/wiki/Prisons_by_country

³⁵ В 472 камерах самой большой польской тюрьмы содержится около 1400 заключенных: <https://poznan.eska.pl/to-najwiekszy-zaklad-karny-w-polsce-we-wronkach-znajduje-sie-wielkopolskie-alcatraz-aa-D51n-QCCi-TLQc.html>

При этом в странах Западной Европы на 1,9 взрослых заключенных приходится один сотрудник³⁶. Подчеркнем, что во многих западных странах работы по обслуживанию заключенных, в том числе приготовление пищи, уборку мест общего пользования и территорий, хозяйственное обслуживание выполняют не заключенные, а вольнонаемные сотрудники.

Еще одна важная особенность – средний срок лишения свободы. В странах Евросоюза средний срок заключения составляет менее одного года (8,5 месяца в 2015 году)³⁷.

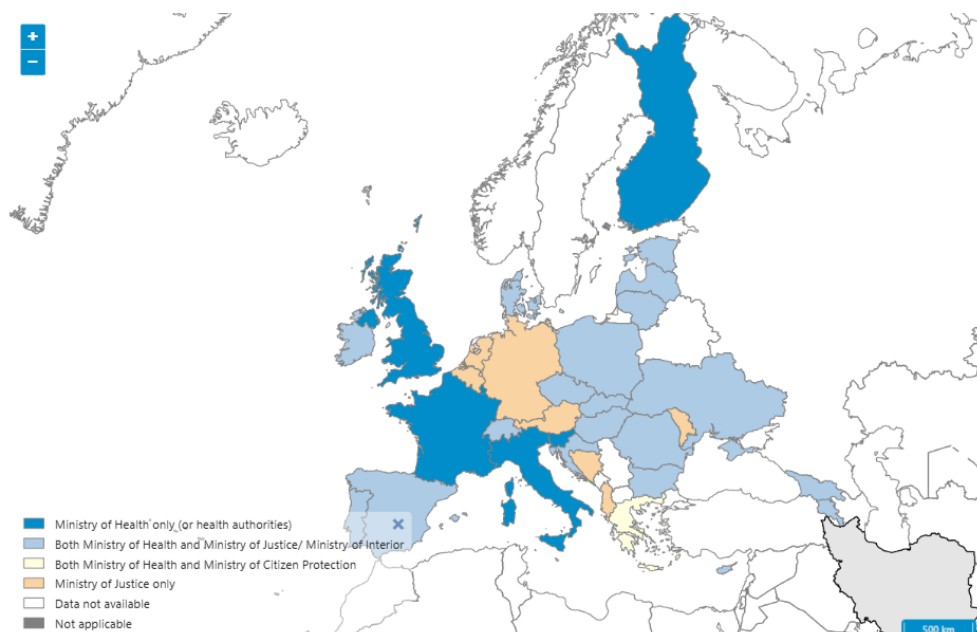
Интересна статистика, характеризующая доступность медицинской помощи в тюрьмах разных стран. Например, по данным ВОЗ³⁸ количество врачей на 1000 заключенных в Литве составляет 4,7, в Эстонии – 7,05, в Латвии – 13,25, а во Франции, где, напомним, система медицинской помощи заключенным находится в ведении Минздрава – 6,25. Количество медицинских сестер на 1000 заключенных в этих же странах соответственно: 19,98; 25,63; 15,83; 22,56. Общее количество медицинского персонала в этих же странах составляет 31,39; 46,45; 31,99 и 41,42 на 1000 заключенных соответственно (данные 2015-2017 годов).

Agencies responsible for delivering prison healthcare

FILTERS

Year

Latest



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on the map indicate approximate or provisional boundaries.



На сайте ВОЗ можно найти ряд друших статистических данных, имеющих отношение к изучаемой теме, например, такие.

³⁶ <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?oldid=568124>

³⁷ <https://www.theparliamentmagazine.eu/news/article/council-of-europe-releases-new-prison-statistics>

³⁸ [https://www.who.int/data/region/europe/health-in-prisons-european-database-\(hiped\)](https://www.who.int/data/region/europe/health-in-prisons-european-database-(hiped))

Delivery of health care**7 of 36**

European member states reported that the responsibility for the delivery of care lays solely in the Ministry of Health

Prison overcrowding**1 in every 5**

European member states reported exceeding the official prison capacity in 2020

Mortality rate**424.9**

Deaths per 100 000 people living in prison (all causes) among 36 European Member States. Suicide was the most common cause among the 35 that reported cause of death.

Mental health**32.8 %**

Of people in prison live with mental health disorders among the 15 European Member States who could report this figure

Health-care staff**36.4**

Staff cared for the health of every 1000 people in prison among the 31 European Member States who could report this figure

Psychiatrists**1.4**

Psychiatrists cared for the mental health of every 1000 people in prison among the 30 European Member States who could report this figure

Перечисленные особенности имеют важное значение для организации медицинской помощи заключенным.

Из приведенных выше сведений и статистических данных следует, что при 300-500 заключенных в одной тюрьме за учреждением будут закреплены 2-3 врача и 4-5 медицинских сестер. Мы применяем термин «закреплены», потому что в большинстве случаев врачи не имеют полной занятости в тюрьмах, на постоянной основе в типичной западной тюрьме работают, как правило, 1-2 медсестры. При таких условиях в пенитенциарном учреждении обычно нет и клиничко-диагностической лаборатории, более-менее серьезного диагностического оборудования.

Такой подход неизбежно требует тесного взаимодействия пенитенциарных медиков с их гражданскими коллегами в любом случае, требующем дополнительного обследования пациента, уточнения диагноза, не говоря уже о консультациях узких специалистов или экстренных случаях, требующих неотложной помощи. Следует учитывать, что при частичной занятости в тюрьме большинство медиков имеют основную работу в гражданском здравоохранении или частную практику, что априори означает их тесное сотрудничество с коллегами «на свободе». Другими словами, визит узкого специалиста в тюрьму или вывоз заключенного на обследование или лечение в гражданскую больницу для западного пенитенциарного учреждения – не чрезвычайное происшествие, а обычная рутинная практика. Это утверждение тем более верно, что в тюрьмах не всех западных стран создаются условия для стационарного лечения заключенных. В Германии, например, имеются специальные больницы и отделения для стационарного лечения осужденных, а в эстонских тюрьмах при медпункте имеются всего лишь одна-две койки для изоляции, наблюдения и краткосрочного, до недели, лечения больных простыми, неосложненными заболеваниями типа ОРВИ и т.п.

Относительно небольшое число заключенных в каждой тюрьме определяет и некоторые другие особенности организации медицинской помощи. Например, при таких обстоятельствах нецелесообразно оснащать тюрьмы сложным медицинским диагностическим оборудованием, что позволяет уменьшать расходы на содержание заключенных. Это же обстоятельство диктует необходимость взаимодействия пенитенциарного здравоохранения с гражданским для организации обследования заключенного, если таковое всё же понадобится.

Важное значение для обеспечения своевременной и эффективной медицинской помощи заключенным имеет обмен медицинской документацией между пенитенциарным и гражданским здравоохранением. В большинстве стран ЕС, хотя и в разной степени, внедрены системы электронного медицинского учета (EHR). Например, в Эстонии все медицинские учреждения, включая пенитенциарные, подключены к национальной электронной базе данных (E-Tervis). Это позволяет врачам из тюрем получать доступ к медицинской истории заключенных, в том числе к данным, собранным в гражданских учреждениях, и наоборот. Такая система помогает обеспечить непрерывность лечения при попадании пациента в заключение, в случае его перевода в лечебное учреждение на свободе или при освобождении заключенного. Немаловажным является также и тот аспект, что внедрение системы электронного здравоохранения в практику не только гражданской,

но и пенитенциарной медицины позволяет также заметно снизить расходы на медицинскую помощь в тюрьмах.

Необходимо подчеркнуть влияние сроков заключения на подходы к организации системы медицинской помощи заключенным. При среднем сроке лишения свободы менее года некоторые плановые и несрочные медицинские мероприятия, например, сложные диагностические обследования, оперативное лечение и другие могут быть без ущерба для здоровья пациента отложены до его освобождения. Длительные сроки заключения диктуют необходимость совершенно иной медицинской стратегии.

В законодательстве стран Западной Европы закреплена возможность освобождения заключенного от отбывания наказания по болезни, но реализуется этот принцип в разных странах по-разному. Практически повсеместно решение об освобождении принимает суд на основании заключения медицинской комиссии, однако сами медицинские комиссии при вынесении заключения руководствуются разными подходами. Например, в Литовской Республике имеется специальный нормативно-правовой акт с перечнем заболеваний, при наличии которых заключенный может быть представлен для освобождения от дальнейшего отбывания наказания по болезни³⁹. В Эстонии, как и во многих других странах ЕС, нет конкретных утвержденных на законодательном уровне перечней заболеваний, являющихся основанием для освобождения заключенных от отбывания наказания. Медицинским комиссиям предоставлено право принимать такое решение, основываясь на результатах детального обследования больного заключенного в контексте его способности отбывать уголовное наказание или способности понимать сущность и смысл наказания при наличии психического заболевания.

В разных странах Евросоюза отличаются подходы к финансированию медицинской помощи заключенным. Во многих странах, например, в Германии, Австрии, Франции все заключенные автоматически включаются в национальные программы медицинского страхования. В Польше и Литве действует смешанная система: автоматически застрахованными являются заключенные – граждане этих стран. В Швеции и Эстонии медицинская помощь в тюрьмах финансируется непосредственно из бюджета, а не через страхование. При этом в большинстве стран ЕС законодательно закреплён принцип эквивалентности, который гарантирует заключенным тот же доступ к медицинской помощи и ее уровень, что и остальным гражданам.

Еще одним важным аспектом функционирования пенитенциарных систем в государствах ЕС, а также тюремной реформы в постсоветских западных странах, является участие общественности в деятельности пенитенциарных учреждений и гражданский контроль за соблюдением прав заключенных. Законодательные акты многих стран Европы не только предусматривают возможности для гражданского контроля, но и устанавливают обязательства государственных органов сотрудничать с независимыми наблюдателями, что способствует прозрачности и защите прав человека. Например, в Уголовно-исполнительном кодексе Польши (Kodeks karny wykonalwcy) теме участия общественности в работе тюрем, помощи в ресоциализации, гражданского контроля посвящена специальная глава 7 «Uczestnictwo społeczeństwa w wykonywaniu orzeczeń, pomoc w społecznej readaptacji skazanych oraz Fundusz Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej». Такие подходы позволяют контролировать соблюдение прав человека в тюрьмах, обеспечивать прозрачность и подотчетность пенитенциарной системы, снижают риски злоупотреблений, укрепляют общественное доверие к системе исполнения наказаний, способствуют улучшению условий содержания заключенных и их ресоциализации после освобождения.

2.4 Сравнительный анализ функционирования пенитенциарной медицины в Беларуси и в странах Западной Европы

Выше мы говорили о нормах жилой площади и заполненности тюрем в странах Западной Европы. Статья 94 УИК Республики Беларусь закрепляет норму жилой площади в колониях и тюрьмах в размере не менее 2 квадратных метров на одного осужденного. Статья 13 Закона Республики Беларусь «О порядке и условиях содержания лиц под

³⁹ <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/5f323320723711e3b29084acd991add8/asr>

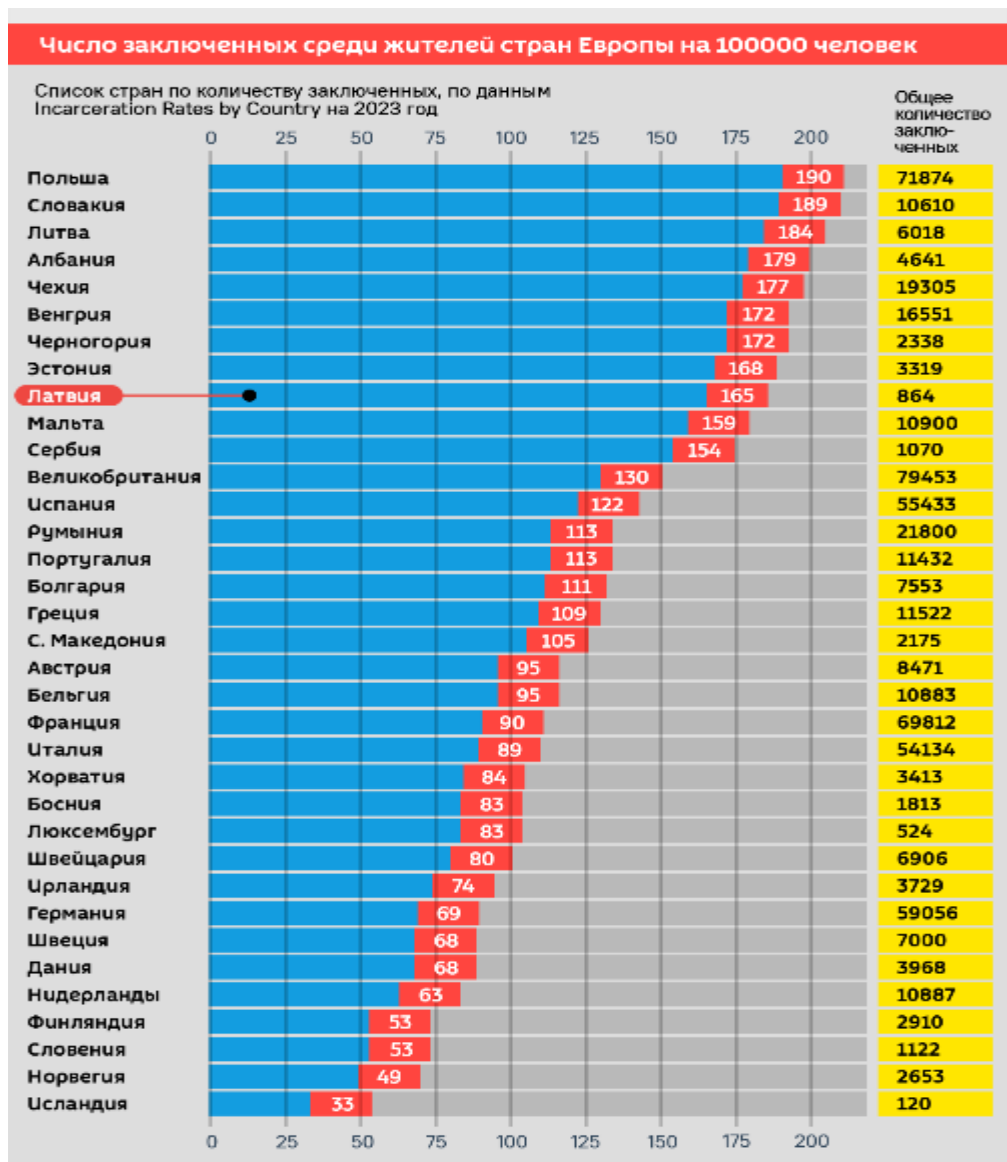
стражей» устанавливает норму площади в камере СИЗО в размере не менее двух с половиной квадратных метров на одного человека.

Государственные органы Беларуси уже давно не публикуют официальные данные ни о количестве заключенных в стране, ни о жилой площади в пенитенциарных учреждениях, поэтому приходится оперировать сведениями из неофициальных, а иногда и инсайдерских источников. Автор настоящего исследования, исходя из личного опыта работы в пенитенциарной системе Беларуси, склонен утверждать, что двухъярусное, как правило, размещение спальных мест в общежитиях⁴⁰ при узких, в 60 сантиметров, проходах между ярусами и ненамного более широким проходом между рядами спальных мест, свидетельствует о гораздо меньшем обеспечении жилой площадью заключенных, чем это предусмотрено УИК. Многочисленные свидетельства людей, освобожденных из МЛС в Беларуси, о переполненности камер СИЗО, где спальные места также расположены в 2, а то и в три яруса, также дают основания утверждать, что норма в 2,5 кв. метра жилой площади на человека на практике не выдерживается. При этом даже об этих номинальных нормах можно говорить лишь условно, поскольку белорусское законодательство помещения, в которых содержатся заключенные, к жилым не относит. Соответственно, к ним формально неприменимы критерии освещенности, воздухообмена и другие важные показатели.

На иллюстрациях ниже представлены данные об абсолютных и относительных показателях количества заключенных в европейских странах⁴¹,

⁴⁰ С точки зрения автора, для наименования жилых помещений в колониях более адекватно использовать слово «казарма».

⁴¹ <https://lv.sputniknews.ru/20240124/v-kakikh-stranakh-evropy-bolshe-vsego-zaklyuchennykh-27072101.html>



а также в Беларуси и России⁴²:

⁴² <http://surl.li/yvdenk>



Как видно из иллюстрации, относительное количество заключенных в Беларуси в 2021 году практически в два раза превышало этот уровень в Польше - одной из самых неблагополучных по этому показателю стране ЕС. Абсолютное количество заключенных в белорусских пенитенциарных учреждениях с учетом лечебно-трудовых профилакториев (ЛТП)⁴³ автор оценивает примерно в 40 000 человек. Типичной для белорусских реалий колоний является учреждение, в котором содержится 1,2 – 2 тысячи заключенных. Кстати, если в западных тюрьмах на 1,9 взрослых заключенных приходится один сотрудник, то при таких пропорциях в средней колонии в Беларуси работало бы от 500 до 1000 сотрудников! В белорусских реалиях эта цифра в разы меньше.

Выше мы уже перечисляли негативные последствия для физического здоровья и психологического состояния человека длительного пребывания в условиях скученности и отсутствия приватности. Отметим при этом, что средний срок лишения свободы в Беларуси компетентными органами страны уже длительное время не оглашается. Последние сведения на эту тему датируются серединой 10-х годов, когда председатель Верховного суда Беларуси В. Сукало в одном из интервью назвал этот срок – 5,5 лет. За истекшее время произошло ужесточение Уголовного кодекса страны и изменение политики, поэтому можно уверенно утверждать, что средний срок лишения свободы в стране увеличился еще больше. Поэтому, если заключенному в странах ЕС предстоит провести в условиях 2-4-местной камеры в среднем 8,5 месяцев, то осужденный в Беларуси будет находиться в одном помещении с несколькими десятками других таких же людей 6, а то и более лет.

⁴³ Формально ЛТП не являются исправительными учреждениями, а содержащиеся в них люди не являются осужденными за уголовные преступления, однако оказание им медицинской помощи является функцией медицинских работников УИС, а условия содержания мало отличаются от таковых в колониях.

Кроме того, такие длительные сроки заключения требуют организации надлежащего уровня квалифицированной и специализированной, в том числе узкоспециализированной медицинской помощи заключенным, потому что отсрочка диагностики и лечения на период после освобождения может иметь серьезные негативные последствия для здоровья и даже жизни заключенного. Надлежащая организация неотложной (скорой) медицинской помощи требуется независимо от сроков лишения свободы.

В задачи настоящего исследования не входит оценка уровня и качества организации медицинской помощи белорусским заключенным. Отметим только, что именно компоненты организации неотложной, а также специализированной и квалифицированной медицинской помощи в белорусских тюрьмах выглядят наиболее уязвимыми. Несмотря на формальное закрепление за пенитенциарными учреждениями региональных государственных учреждений здравоохранения (приказ Минздрава от 18.01.2017 года № 35⁴⁴) для, как сказано в документе, «проведения врачебных консультаций врачами-специалистами, а также плановых диспансерных осмотров», многочисленные свидетельства бывших заключенных, а также резонансные факты смертей осужденных, случившиеся в последнее время, свидетельствуют о серьезных проблемах в этой сфере, которые влекут за собой тяжелые, как видим, последствия. Для типичного белорусского пенитенциарного учреждения вывоз заключенного в гражданскую клинику на консультацию, а особенно лечение – это всякий раз чрезвычайное происшествие, связанное с необходимостью отвлечения сил и средств на конвой и обеспечение изоляции заключенного в клинике. Поэтому руководство тюрем, как правило, оказывает давление на медицинских работников своего учреждения, а также и на медиков клиник с целью максимально быстрого перевода заключенного на долечивание в медчасть колонии или тюремную больницу, что нередко сопряжено с ущербом для здоровья больного.

На проблему с организацией взаимодействия пенитенциарных медиков со своими гражданскими коллегами, с отсутствием в штатах СИЗО и колоний узких специалистов накладывается проблема с укомплектованием существующих штатов медицинских работников, особенно врачей. Формально обеспеченность белорусских тюрем врачами можно считать приемлемой. Автор настоящего исследования по собственному опыту знает, что в начале двухтысячных годов на 1000 заключенных в Беларуси приходилось около 4-х врачебных должностей, что хоть и заметно ниже уровня западных стран, но примерно соответствовало уровню обеспеченности врачами в обществе в целом. Объективная картина с укомплектованием медицинских кадров в пенитенциарных учреждениях в настоящее время неизвестна – Департамент исполнения наказаний традиционно отказывает в представлении такой информации, ссылаясь на её служебный характер.

⁴⁴ <http://surl.li/fuzclv>

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.

На постсоветском пространстве только Беларусь осталась уникальной в этом смысле страной, в которой пенитенциарная система входит в состав Министерства внутренних дел⁴⁵. Медицинские работники пенитенциарных учреждений подчиняются администрации учреждений, хотя в соответствии с требованиями УИК оказание медицинской помощи, санитарно-противоэпидемические мероприятия в исправительных учреждениях организуются и проводятся в соответствии с законодательством о здравоохранении. Врачебные должности и некоторые должности среднего медперсонала в пенитенциарных учреждениях Беларуси являются аттестованными, то есть занятые на этих должностях сотрудники могут иметь специальные звания. Зависимость медицинских работников от администрации тюрем, ведомственная принадлежность пенитенциарных медиков имеет очевидные негативные последствия для качества и эффективности медицинской помощи заключенным. Для автора исследования очевидна необходимость эволюционирования организации медицинской помощи заключенным в направлении передачи ее в ведение Министерства здравоохранения. Однако процесс этот должен быть, во-первых, хорошо подготовлен юридически и организационно, а во-вторых, автор берет на себя смелость утверждать, что сама по себе ведомственная принадлежность не является первопричиной проблем в организации медицинской помощи заключенным, равно как и переподчиненность пенитенциарных медиков не решит этих проблем автоматически. Подробнее мы остановимся на этом в заключительной части исследования.

В отличие от своих коллег на Западе медики пенитенциарной системы Беларуси ведут документацию в традиционном порядке – на бумаге. При первом поступлении человека в

⁴⁵ Имеются противоречивые сведения о ведомственной принадлежности пенитенциарной системы в Туркменистане, которые трудно верифицировать в связи с закрытостью страны. Однако министр юстиции Беларуси В. Голованов в интервью журналисту в 2007 году утверждал, что Беларусь – единственная страна на постсоветском пространстве, в которой пенитенциарная система входит в состав МВД:
<https://www.sb.by/articles/ob-amnistii-i-ne-tolko.html>

пенитенциарное учреждение на него заводится амбулаторная карта; если заключенный проходит стационарное лечение – в соответствии с требованиями ведомственной инструкции заводится история болезни, но при освобождении заключенного вся его медицинская документация остаётся в пенитенциарном учреждении. Такой архаичный порядок затрудняет взаимообмен медицинской информацией между гражданским и пенитенциарным здравоохранением, что в ряде случаев приводит к ущербу для здоровья заключенных и освобожденных из МЛС людей, особенно когда речь идет о необходимости непрерывного лечения заболеваний. Отсутствие оперативного обмена информацией приводит также к значительному удорожанию пенитенциарной медицины, в то время как ставшие уже привычными современные технологии предоставляют возможности дистанционной диагностики, дистанционного консультирования.

Страховая медицина, не получившая развития и в общественном секторе в Беларуси, в пенитенциарной сфере не представлена вовсе. Применение элементов страховой медицины для заключенных потенциально способно улучшить полноту и качество оказания им медицинской помощи, улучшить контроль за этим процессом, однако пенитенциарная система вряд ли может быть пионером в этом процессе.

Принцип эквивалентности, гарантирующий заключенным тот же доступ и уровень медицинской помощи, что и остальным гражданам, в законодательстве Беларуси прямо не закреплен. Однако эксперты отмечают, 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 человека⁴⁶», «все действующие законы Республики Беларусь, регулирующие медико-правовые отношения, распространяются и на лиц, лишенных свободы», а «содержание в исправительных учреждениях и местах заключения под стражу не должно угрожать здоровью находящихся в них граждан, т.к. они имеют такое же право на медицинскую помощь, как и население в целом»⁴⁷.

Вместе с тем в белорусских реалиях декларирование права не всегда означает возможность его реализации на практике. Например, в статье 41 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» закреплено право пациента на выбор врача и организации здравоохранения. Действительно, ни один национальный нормативно-правовой акт не содержит положения, которое отменяло бы или ограничивало бы действие этой нормы для заключенного. Однако в реальности заключенный в Беларуси не имеет возможности реализовать это свое право.

Подобные расхождения между декларированными и реальными правами и возможностями характерны не только для данного положения Закона о здравоохранении, да и не только для данного Закона. Например, выше мы уже писали о нормах жилой площади в тюрьмах страны и реальном положении дел. Таких примеров можно привести немало. Действительно, условия пенитенциарной среды нередко усложняют исполнение законодательства, однако в том, на наш взгляд, и заключаются позитивные обязательства государства обеспечить реализацию прав людей, принадлежащих им по действующим в стране законам.

⁴⁶ <http://surl.li/xmqses>

⁴⁷ <https://ilex.by/okazanie-meditsinskoj-pomoshhi-osuzhdennym-i-litsam-soderzhashhimsya-pod-strazhej/>

ВЫВОДЫ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ

Опыт стран Западной Европы, а особенно пример постсоветских прибалтийских государств, осуществляющих реформы пенитенциарных систем в своих странах, может быть полезным и для Беларуси. В зависимости от национальных условий и особенностей, от изменений других сфер законодательства, в первую очередь, криминального, эти страны в разной степени продвинулись в реформировании тюремных систем. Вероятно, не будет ошибочным вывод, что наибольших успехов в этом отношении добилась Эстония.

До конца 90-х – начала 2000-х годов пенитенциарная система Эстонии не сильно отличалась от советской системы. Порядки и нравы, царившие в тюрьмах Эстонии, ярко и подробно описаны в статье «От криминального университета к открытой тюрьме. Как в Эстонии реформировали систему изоляции преступников»⁴⁸:

«Тюремные понятия, касты – все это было неотъемлемой частью порядков в тюрьме Мурру... Заключенные даже жили отдельно, в зависимости от своего места в этой системе: "В жилой зоне эти блоки разделялись как бы пополам. Часть были это самая низшая ступень тюремной иерархии – "петушатники", то есть блоки "опущенных" на тюремном языке".

Криминальные авторитеты позволяли себе вольно обращаться с правилами исправительных учреждений: например, однажды организовали прямо в тюрьме концерт. Это случилось в 1999 году, когда заключенные объявили голодовку, протестуя против грубого обращения».

А вот что сегодня говорит об эстонских тюрьмах Райт Куузе, вице-канцлер Министерства юстиции по вопросам тюрем⁴⁹: «Я хорошо помню, как начинал свою карьеру в 1999 году в качестве чиновника уголовного надзора. ... Впервые попав тогда в старую Таллиннскую тюрьму, я был, мягко говоря, шокирован – настолько ужасающей была русскоязычная, бесконтрольная, советская среда обитания и работы. Двадцать пять лет спустя мы ходим с высоко поднятой головой, и никому в тюрьмах не приходится опасаться за свою жизнь.

Мы имеем современные тюрьмы мирового класса, о которых общественность может не беспокоиться. Мы имеем показатели успешности, сопоставимые с показателями развитых стран ... Отсутствие возможности побыть в одиночестве создает стресс и усугубляет проблемы. Из международной практики мы знаем, что наличие индивидуального помещения крайне важно для изменения поведения».

Обобщая опыт реформирования пенитенциарных систем в западных постсоветских странах, среди важных направлений, которые, по мнению автора, необходимо использовать в Беларуси, отметим следующие:

- переход с казарменного на камерное содержание заключенных. На первый взгляд, достаточно простое по замыслу изменение условий содержания привело к коренному переформатированию тюремного уклада. Интересно, что специалисты в Эстонии пришли к выводу о нецелесообразности реконструкции существующих тюрем и признали необходимым прекратить эксплуатацию старых сооружений и построить новые, современные. Например, бывшая колония в поселке Мурру, в которой побывал автор настоящего исследования, сегодня превращена в объект для экскурсий всех желающих. Зброшенные разнообразные помещения колонии всё еще сохраняют характерные особенности тюрьмы советского периода, причем хорошо видно, что незадолго до закрытия в жилых и служебных помещениях был сделан неплохой ремонт: до сегодняшнего дня сохранились стеклопакеты на некоторых окнах, оборудованные санузлы и душевые в камерах штрафного изолятора и помещений камерного типа.

Строить новые тюрьмы или реконструировать существующие – вопрос, конечно, дискуссионный и не самый принципиальный, но замена казарменного принципа проживания заключенных на камерный, по мнению автора, элемент обязательный, который

⁴⁸ <https://www.currenttime.tv/a/kak-v-estonii-reformirovali-tyurmu/32630054.html>

⁴⁹ <https://rus.err.ee/1609134152/rait-kuuze-v-diskussii-o-tjurnah-nado-podumat-skolko-my-gotovy-platit-za-nashu-bezopasnost>

беларусская пенитенциарная система должна осуществить при своем реформировании. При камерном содержании заключенный, однако, не должен содержаться к камере один, если только он сам не настаивает на этом или если это не требуется по соображениям безопасности для самого заключенного и окружающих. Однако и в таких случаях продолжительность одиночного содержания должна четко ограничиваться разумными критериями. Одиночное содержание не должно применяться в качестве наказания.

Камерное содержание облегчает доступ к медицинской помощи: заключенный в любой момент имеет возможность вызвать сотрудника, который находится здесь же, на этаже, чтобы сообщить ему об ухудшении здоровья. Если случается потеря сознания или иное резкое ухудшение здоровья, помощь может вызвать сосед по камере.

Камерное содержание заключенных позволяет решить также одну из самых отвратительных проблем советской и постсоветской тюремной системы – проблему низшей социальной касты, физического, морального и сексуального насилия в тюрьмах.

Следует отметить, что переход на камерное содержание в западных странах повлек за собой и некоторые негативные последствия для заключенных. Одно из важнейших – не стало возможности прогулок на свежем воздухе в локальном участке в свободное время, которую имели заключенные при казарменном содержании. Представляется, что эта позитивная особенность может быть сохранена для заключенных при реформировании беларусской тюремной системы.

Еще одна специфическая особенность западных тюрем – отсутствие права на длительные свидания заключенных с близкими родственниками. Правда, при среднем сроке заключения в 10,5 месяцев и праве на множественные краткосрочные свидания такое ограничение для заключенного на Западе, возможно, не слишком обременительно, но в беларусских реалиях право на длительные свидания, по мнению автора, необходимо сохранить.

- соблюдение норм обеспеченности жилой площадью и других санитарно-гигиенических требований. Этот вопрос имеет прямое отношение к проблеме обеспечения права заключенных на здоровье, потому что санитарно-гигиенические и бытовые условия – это один из китов, на которых держится физическое здоровье и психологическое состояние человека. Разумеется, государство обязано обеспечить соблюдение законодательства в отношении норм жилой площади на одного человека, при этом сами эти нормы должны отвечать современным научным обоснованиям. Кроме того, для обеспечения санитарно-гигиенических норм в беларусских тюрьмах необходимо, чтобы помещения, в которых проживают заключенные люди, были законодательно отнесены именно к жилым. Без такого подхода невозможно устанавливать и контролировать, например, нормы освещенности, эффективности вентиляции и другие важные для здоровья человека критерии.
- вопросы документирования, обмена медицинской информацией, применения современных цифровых технологий для консультирования и диагностики. Для обеспечения преемственности в оказании медицинской помощи целесообразно обеспечить ведение медицинской документации, медицинский учет и отчетность в пенитенциарных учреждениях в электронных формах, унифицированных с гражданским здравоохранением. Уже сегодня медицинские части беларусских тюрем оснащены некоторым цифровым лабораторным и другим диагностическим оборудованием, которое позволяет передавать и получать информацию посредством Интернет-технологий. Важно унифицировать подобные системы не только с ведомственными лечебно-диагностическими подразделениями, но и с общегражданскими, используя также возможности телемедицины.
- обеспечение непрерывного взаимодействия пенитенциарного и гражданского здравоохранения. Эта застарелая проблема требует комплексного решения, но как минимум целесообразно разработать механизмы привлечения на постоянной основе специалистов гражданского здравоохранения для оказания лечебно-консультативных и диагностических услуг заключенным в случае временного или постоянного отсутствия врача нужного профиля или необходимого оборудования в пенитенциарном учреждении. В дальнейшем решение проблемы будет облегчаться в процессе разукрупнения пенитенциарных учреждений, а также в случае передачи организации медицинской помощи заключенным в сферу полной ответственности Минздрава.

- ведомственная принадлежность пенитенциарной системы министерству юстиции и постепенная передача оказания медицинской помощи заключенным в сферу полной ответственности министерства здравоохранения.

По мнению автора исследования, вопрос ведомственной принадлежности пенитенциарной системы в целом и медицинской службы в частности имеет хотя и важное, но все же не определяющее значение для обеспечения права заключенных на здоровье. Смена подчиненности не решит никаких проблем, пока в обществе будет сохраняться пренебрежение правами человека и правом в целом, если не будет обеспечено уважение человеческого достоинства каждого, если человек будет рассматриваться властью только как инструмент для достижения каких-либо целей. Сложно ожидать, что реальная, а не декларативная реализация этих постулатов начнется с пенитенциарной системы. Сначала изменения должны произойти в обществе.

- участие общественности в деятельности тюрем и гражданский контроль за тюрьмами. Этой теме посвящена отдельная статья № 21 УИК Беларуси, которая так и называется «Контроль и участие общественных объединений в работе органов и учреждений, исполняющих наказание и иные меры уголовной ответственности». Однако положения статьи имеют чисто декларативный характер, по непонятной причине наделяют правом контроля за деятельностью пенитенциарных учреждений только лишь такую форму негосударственных организаций, как общественные объединения - «на основаниях и в порядке, предусмотренных законодательством», а также наблюдательные комиссии при местных исполнительных и распорядительных органах. На практике не известно ни одного примера, когда в пенитенциарные учреждения Беларуси для контроля были бы допущены какие бы то ни было общественные объединения. Не известны также какие-либо нормативные документы, которые бы регулировали «основания и порядок» такого контроля, за исключением таких структур, как наблюдательные комиссии. Наблюдательные комиссии созданы, Положение о наблюдательных комиссиях при областных (Минском городском), районных, городских исполнительных комитетах, местных администрациях утверждено специальным указом Президента Республики Беларусь от 28 августа 2001 г. № 460, однако даже представители МВД признают⁵⁰, что они «...являются общественно-государственным субъектом, что подтверждается порядком формирования и материально-технического обеспечения деятельности этих органов, а также полномочиями государственных органов по приостановлению и прекращению полномочий членов наблюдательных комиссий». Министерство юстиции Беларуси периодически публикует на своем сайте информацию о визитах наблюдательных комиссий в исправительные учреждения страны, однако за все годы существования таких комиссий не было ни одного сообщения, что ими зафиксирована хотя бы одна жалоба заключенного. Таким образом, всерьез говорить о наличии гражданского контроля за тюрьмами в Беларуси не приходится, а выводы о рамках возможностей изменений в функционировании пенитенциарной системы страны, изложенные в пункте выше, в полной мере применимы и к этой сфере.

- изложенное даёт основания утверждать о целесообразности заинтересованным и мотивированным структурам и специалистам уже сегодня приступить к разработке концептуального документа (дорожной карты, программы или концепции – с названием можно определиться) развития пенитенциарной системы Республики Беларусь, которая учитывала бы накопленный как позитивный, так и негативный опыт и Беларуси, и других стран, и определила бы цели и пути эволюции белорусских тюрем с учетом выработанных человечеством основополагающих принципов гуманизма, обеспечения прав человека, законности и справедливости.

Неотъемлемой частью такого документа должен стать раздел, в котором будет изложено видение эволюционирования организации медицинской помощи заключенным. По мнению автора, нет сомнений, что на определенном этапе медицинская помощь в тюрьмах должна стать исключительной сферой ответственности Минздрава.

⁵⁰ https://elib.amia.by/bitstream/docs/389/1/34_98.pdf

И, конечно же, реформирование пенитенциарной системы Беларуси не может происходить изолированно от других отраслей законодательства и от общественной жизни в целом. По мнению автора, такое реформирование назрело, общество к нему готово, что не может не вселять осторожного, но уверенного оптимизма.

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.