**Соблюдение права на охрану здоровья и оказание медицинской помощи в местах принудительного содержания
(сводный доклад по результатам мониторинга, проведенного**

**в учреждениях ФСИН 12 регионов страны: Приморский край, Алтайский край, Пермский край, Ростовская область, Ульяновская область, Республика Марий Эл, Республика Удмуртия, Тамбовская область, Нижегородская область, Московская область, Ивановская область, Санкт-Петербург)**

**Государственные гарантии медицинской помощи:**

1. Лица в местах принудительного содержания находятся под контролем государства и государство отвечает за их жизнь и здоровье.
2. Медицинская помощь должна быть своевременной, доступной и качественной.
3. Предоставляемая медицинская помощь оказывается в объемах, предусмотренных программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации

**Актуальность:**

В учреждениях УИС по состоянию на 01.01.2015 г. содержалось 672066 человек. Более 40% всех лиц имеют несколько заболеваний (туберкулез + ВИЧ, наркомания + гепатит, алкоголизм + психические расстройства, а также болезни сердечно-сосудистой, дыхательной, эндокринной, пищеварительной системы, почек, опорно-двигательного аппарата, онкологические заболевания и т.д.).

Структура заболеваемости лиц, находящихся в учреждениях

уголовно-исполнительной системы России по состоянию на 01.01.2015 г.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №пп | Нозологические формы | Абсолютное число | % |
| 1 | Туберкулез (активная форма) | 26269 | 3,9% |
| 2 | Психические расстройства | 54859 | 8,1% |
| 3 | Наркомания | 49699 | 7,3% |
| 4 | ВИЧ | 59532 | 8,9% |
| 5 | Хронический алкоголизм | 20425 | 3,1% |
| 6 | Вирусные гепатиты | 60649 | 9,1% |

Среди осужденных, страдающих психическими расстройствами, встречаются больные шизофренией, органическими поражениями головного мозга, депрессиями, истероформными расстройствами, расстройствами личности, психогениями, расстройствами влечений, олигофрениями. Данные расстройства , как правило, требуют длительного лечения и реабилитации, многие из них имеют склонность к частым обострениям.

В СИЗО ежегодно поступает более 8 тыс. ВИЧ-инфицированных. Количество ВИЧ-инфицированных лиц в УИС с 2004 г. выросло в 1,9 раза.

Показатель смертности (рассчитывается на 1000 человек) вырос с 5,74 в 2010 г. до 6,1промилей в 2014 г., тогда как в Европе средний показатель смертности в пенитенциарной системе составляет 2-3%0 –т.е. 2-3 случая смерти на 1000 осужденных.

Среди причин смертности выделяют:

- сердечно-сосудистую патологию - 23,3%;

- ВИЧ-инфекцию - 19,4%;

 - травмы, суициды и отравления – 16,2%; ,

- онкологические заболевания - 10,9%;

- туберкулез - 7,7%;

- прочие заболевания - 22,4%.

Количество врачей, провизоров и средних медицинских работников в УИС за 2014 г. снизилось на 4,6%, количество стационарных коек уменьшилось на 8,9%. В результате, на 8,0% уменьшилось число осужденных, пролеченных в стационаре. В некоторых медицинских частях исправительных учреждений круглосуточные стационары и заменены дневными стационарами.

В 2014 г. средства подпрограммы «Туберкулез» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями» покрывали только 15% реальной потребности в УИС.

Несмотря на то, что количество осужденных представленных в суд для освобождения от отбывания наказания в связи с болезньювырослос 1944 человек в 2008 г. до 2649 человек в 2014 г. доля осужденных, освобожденных судом, в связи с болезнью снизилась с 53,0% в 2008 г. до 35,0% в 2014 г.[[1]](#footnote-1)

Помимо этого, высок процент обращений обвиняемых и осужденных в общественные наблюдательные комиссии (ОНК) с жалобами на нарушение их прав на охрану здоровья. По данным ОНК Алтайского и Пермского края, ОНК Ростовской, Нижегородской и некоторых других областей процент таких жалоб достигает 15 – 25%.

**Цель мониторинга:**

Повысить уровень соблюдения права осужденных и обвиняемых на охрану здоровья в уголовно-исполнительной системе России.

**Задачи мониторинга:**

1. Провести комплексную оценку соблюдения права на охрану здоровья осужденных и обвиняемых в 11 регионах России.
2. Выработать предложения по улучшению соблюдения права на охрану здоровья в учреждениях УИС России.

**Методы исследования**

В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 10.06.2008 № 76-ФЗ «Об общественном контроле за обеспечением прав человека в местах принудительного содержания и о содействии лицам, находящимся в местах принудительного содержания» члены общественных наблюдательных комиссий (ОНК) осуществляют контроль за обеспечением права лиц, находящихся в местах принудительного содержания, на охрану их здоровья .

Проблемы исполнения ст. 16.1 данного закона «Осуществление общественного контроля за обеспечением права лиц, находящихся в местах принудительного содержания, на охрану здоровья» членами ОНК заключаются в следующем:

1. У большинства членов ОНК отсутствуют необходимые профессиональные знания для экспертной оценки медицинской помощи, особенно если речь идет о специализированной и высокотехнологической медицинской помощи.
2. У членов ОНК не было инструмента объективной оценки организации медицинской помощи в конкретном учреждении.

В 2014 г. председателем ОНК Алтайского края А.И. Гончаренко был разработан **модуль для оценки доступности и своевременности оказания медицинской помощи в местах принудительного содержания.**  Александр Гончаренко — кандидат медицинских наук, имеет 25-летний стаж работы в практическом здравоохранении, из них 9 лет в качестве организатора здравоохранения, он председатель Общественной наблюдательной комиссии Алтайского края I–III созывов.

**Модуль** — унифицированный инструмент, позволяющий членам ОНК, в том числе, не имеющим медицинского образования, оценить доступность и своевременность медицинской помощи в учреждениях УИС (см. Приложение 1).

Принцип оценки— объективность, независимость, комплексность.

Временной отрезок оценкивключает в себя предшествующий дню посещения календарный год и временной промежуток текущего года, в том числе день посещения.

**Учреждения, при посещении которых возможно использование модуля:** тюрьмы, исправительные колонии (ИК), лечебно-исправительные учреждения (ЛИУ), колонии-поселения (КП), воспитательные колонии (ВК) и следственные изоляторы (СИЗО).

**Структура модуля** состоит из трех оценочных блоков.

**Первый блок** заполняется медицинскими работниками учреждения. В Алтайском крае, например, был подготовлен запрос на имя начальника ФКУЗ «Медико-санитарная часть № 22» России с перечнем вопросов о финансировании, о врачебном штате, оборудовании, функциональной нагрузке врачей, о заболеваемости и смертности, об освобождении из-под стражи и досрочном освобождении от отбывания наказания по состоянию здоровья, о работе стационарной койки, об уровне взаимодействия с государственными и муниципальными лечебно-профилактическими учреждениями.

В адрес начальника ФКУЗ «Медико-санитарная часть № 22» России было направлено два запроса: о результатах работы в 2014 г. и о показателях деятельности за 6 месяцев 2015 г.

Помимо этого, для подготовки актов (заключений) по результатам посещения учреждения членами ОНК анализировалась справочная информация, предоставляемая медицинскими работниками учреждения.

**Второй блок** заполнялся членами ОНК с учетом результатов первого и третьего блоков. Учитывались также данныеобхода учреждения, во время которого производилось визуальное наблюдение и изучение медицинской и другой документации. Всего в блоке было 25 оценочных пунктов, часть из них дублировали вопросы из третьего блока.

В блоке были следующие варианты оценок соблюдения (выполнения) тех или иных норм и правил: соблюдаются всегда, соблюдаются не всегда, соблюдаются редко или не соблюдаются.

Варианты ответов по вопросам укомплектованности: полное, неполное, частичное, отсутствие.

**Третий блок** заполнялся по результатам интервьюирования лиц, находящихся под стражей, или осужденных. Предлагалось ответить на 19 вопросов, а лицам, имеющим инвалидность, задавались еще пять вопросов. Вопросы для подозреваемых — обвиняемых несколько отличались от вопросов, которые задавались осужденным.

**Методология посещения**

Перед посещением учреждения члены ОНК изучали жалобы, поступившие в комиссию за 2014–2015 гг. из данного учреждения, по вопросам, связанным с медицинской помощью и медико-социальной экспертизой, знакомились с актами (заключениями) ОНК по данному учреждению.

Для опроса осужденных (обвиняемых) отбирали репрезентативную группу. Обычно количество лиц в этой группе составляло 1–10% от фактической численности контингента в учреждении.

С этой целью члены ОНК исследовали журнал регистрации происшествий (интерес представляли лица, у которых регистрировались телесные повреждения и травмы, членовредительство); журнал приема по личным вопросам (интерес представляли лица, которые обращались к руководству учреждения по вопросам охраны здоровья и медико-социальной экспертизы).

Помимо этого члены ОНК знакомились со списками инвалидов, лиц, страдающих социально значимыми (туберкулез и ВИЧ) и хроническими заболеваниями (сахарный диабет, хронический гепатит), имеющих онкологическую патологию, травмированных (журнал травматизма), занятых на производстве с тяжелыми и вредными условиями труда.

Если необходимые списки получить не удавалось, подспорьем для сбора информации были списки лиц, получающих лечебно-профилактическое питание и дополнительное (диетическое) питание особенно по норме 4.2а.

В ходе опроса члены ОНК задавали вопросы, которые находились в блоке 3 модуля, а полученную информацию записывали со слов осужденных (обвиняемых) к себе в рабочий блокнот.

Опрос осужденных проводился вне зоны слышимости сотрудников, опрос обвиняемых производился в зоне слышимости сотрудников.

В ходе посещения медицинской части и других объектов, имеющих отношения к мониторингу, члены ОНК знакомились с документами (в том числе с амбулаторными и стационарными картами тех лиц, кто дал письменное согласие на это), опрашивали сотрудников с целью получения объективной информации.

По возвращении из учреждения и получении справочной информации члены ОНК коллегиально оценивали всю информацию и заполняли блок 2 модуля по данному учреждению.

К сожалению, в ряде учреждений члены ОНК столкнулись с определенным противодействием проведению мониторинга. Так, в Алтайском крае медицинские сотрудники, прикрываясь понятием «врачебная тайна», отказывались предоставлять информацию о больных хроническими заболеваниями. В ходе визита в ФКУ СИЗО-2 (г. Бийск) члены комиссии столкнулись с попыткой дискредитации ОНК Алтайского края и противодействием исполнению Федерального закона Российской Федерации от 10.06.2008 № 76-ФЗ «Об общественном контроле за обеспечением прав человека в местах принудительного содержания и о содействии лицам, находящимся в местах принудительного содержания». Начальник филиала медицинской части № 11 майор ВС Е.М. Зарецкая пыталась отговорить подозреваемых и обвиняемых от дачи письменного согласия членам комиссии на ознакомление с их медицинскими картами. Зарецкая Е.М. пугала людей тем, что члены ОНК выложат в интернете и опубликуют в СМИ информацию о состоянии их здоровья и о заболеваниях, которыми они страдают. Об этом в присутствии помощника начальника УФСИН России по Алтайскому краю полковника ВС С.В. Придворова членам комиссии рассказали ряд лиц, содержащихся в СИЗО.

В Республике Марий Эл начальник МСЧ-12 Н.Н. Журавская запретила своим сотрудникам знакомить членов ОНК с материалами медицинских карт (наличие письменного согласия лиц имелось) без присутствия самих осужденных. Это устное распоряжение не регламентировано никаким нормативным актом.

В Нижегородской области в нескольких ИУ членам ОНК было отказано в фотографировании медицинских документов с разрешения заключенных.

В Ивановской области руководитель МСЧ 37 Павлов Ю.А. выпустил распоряжение, в котором в приказном порядке запретил медицинским работникам предоставлять информацию о кадровом обеспечении и материально-техническом обеспечении медицинских частей учреждений.

**Результаты исследования**

Всего было проведено более 140 посещений мест принудительного содержания. Члены ОНК разных регионов посетили с целью проведения мониторинга:

1 тюрьму;

93 исправительных колонии (ИК), из них 22 женских;

10 лечебно-исправительных учреждений (ЛИУ);

2 воспитательных колонии;

4 колонии-поселения (КП);

7 региональных туберкулезных больницы УИС;

23 следственных изолятора (СИЗО).

В ходе посещений было опрошено 2156 человек, у 417 человек были исследованы амбулаторные и стационарные медицинские карты.

В ходе мониторинга члены ОНК выявили ряд нарушений в организации медицинского обеспечения и в доступности и своевременности оказания медицинской помощи лицам, содержащимся в учреждениях УИС России.

***Основные нарушения, выявленные в ходе мониторинга.***

1. **Низкий уровень обеспеченности врачебным персоналом:**

Нет врача в СИЗО-2, в ИК-4, ИК-6, 1 врач в ИК-5, отсутствие врачей психиатров в 2-х женских колониях, отсутствие штатного стоматолога в ИК-7 и ИК-10 в Ивановской области.

В Нижегородской области в учреждениях отсутствуют: терапевт - в ИК-1, ИК-14, ИК-7, ИК-9; психиатр – в Ик-9, ИК-1, ИК-14, ИК-7, СИЗО-3, ИК-18, ИК-17, ИК-15; хирург – в ИК-1, ИК-14, ИК-7; врач-рентгенолог - в ИК-1, ИК-14

Стоматолог, судя по результатам мониторинга, отсутствует во всех ИУ Нижегородской области, кроме ОТБ, ИК-9 и ИК-2, вместо него имеется зубной врач, в связи с чем поступило несколько жалоб (ИК-1, ИК-7, ИК-14) о том, что зубы осужденным не лечат, а лишь удаляют.

Одна из наиболее сложных сторон кадровой проблемы — во многих ИУ Пермского края (например, в СИЗО-2,3, КТБ-17, ИК-2, ИК-28, ИК-29) нет врачей-психиатров, которые могут сделать вывод о заболеваниях этой категории.

Серьезные кадровые проблемы с медицинскими работниками имеются в Тамбовской области. Так, в ЛИУ-7на должность старшего инспектора отдела организации лечебной и клинико-экспертной работы назначен бывший фельдшер – лаборант бактериологической лаборатории Центра гигиены и эпидемиологии, имеющая сертификат по бывшей должности, которой вменили в должностные обязанности врачебные функции: разбор смертельных случаев, проверка и экспертиза амбулаторных карт  и историй болезней, координацию работы комиссии по освобождению от отбывания наказания в связи с тяжелым заболеванием и т. д.

В учреждениях УИС Ульяновской области укомплектованность врачами по состоянию на 22.06.2015 составила 90%, вакантными являются 30 штатных единиц.

Участники проекта в Приморском крае отметили, что основной проблемой является неукомплектованность медицинских учреждений младшим медицинским персоналом, в отдельных колониях с численностью более 1000 осужденных функции врача терапевта выполняет фельдшер, отсутствуют узкие специалисты. Особенно это отражается на показателях медицинского обеспечения в женской колонии ФКУ ИК-10 в поселке Горном.

В Московской области нехватка медперсонала всех уровней составляет около 40%.

1. **Не соблюдаются** в полном объеме заявленные лицензионные виды деятельности: в Алтайском крае в ИК-10 и СИЗО-2 нет фтизиатра, в ИК-11 — терапевта, в ИК-6 — психиатра, в СИЗО-1 — хирурга, в Ивановской области только в одной из 3-х женских колоний есть врач-психиатр.

 Филиалы учреждения ФКУЗ МСЧ-59 ФСИН России, расположенные в исправительных учреждениях ГУФСИН России по Пермскому краю, получили лицензии на осуществление медицинской деятельности только в течение 2015 года, что говорит о том, что в течение всего 2014 года и частично 2015 года медицинская помощь в учреждениях исполнения наказаний оказывалась с нарушением действующего законодательства.

В Ульяновской области выявлен случай применения препарата «Сибазон», на который у учреждения нет лицензии.

Несвоевременно была направлена в краевой онкологический диспансер больная осужденная из колонии № 18, а осужденный в ОИК-2, страдающий онкологическим заболеванием, в течение пяти месяцев не мог получить обезболивание и противоопухолевые препараты. Недоступность обезболивания и специализированного лечения по показаниям является нарушением п.5.4 ст. 19 Федерального закона №323. В связи с длительной процедурой заключения государственного контракта с «Пермским краевым центром по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» и ограниченным количеством тест-систем в этом учреждении, с 1 января по 4 августа 2014 в учреждениях системы исполнения наказаний не проводились исследования на СПИД и инфекционные заболевания, что можно квалифицировать как массовое нарушение прав на охрану здоровья и медицинскую помощь в местах принудительного содержания, нарушением п.6 ст.4 ФЗ №323.

 В ходе мониторинга в Московской области обнаружено, что на день посещения ОНК в ФКУЗ МСЧ -50 ФСИН России лицензии на медицинскую деятельность не было.

 В СИЗО Марий Эл была выявлена проблема, связанная с тем, что лиц, находящихся в карцере, не посещает ежедневно медработник.

1. **Никогда** в Алтайском крае не выдают экземпляр акта обвиняемому или осужденному на руки после медицинского освидетельствования лиц с телесными повреждениями (п. 28 Приказа № 640/190) и никогда не проводят пальцевое исследование прямой кишки лицам старше 40 лет в ходе профосмотров (п. 45 Приказа № 640/190) в Алтайском крае, Ивановской области.
2. **Редко** выдают листки временной нетрудоспособности при заболеваниях трудоустроенным осужденным (п. 62 Приказа № 640/190) и записывают ЭКГ лицам 30 лет и старше (п. 45 Приказа № 640/190) в Ивановской области, в Алтайском крае, в Нижегородской области (в ИК-11 например, отсутствовала данная лицензия).

Так, например, в ИК-4 Алтайского края трудоустроено 99 человек, при этом за 7,5 мес. не выдано на одного больничного листа, в ИК-10 при 179 работающих больничные листы за 6 мес. не выдавались, в ИК-9, где трудоустроено 160 человек, за аналогичный период выдано всего два листа нетрудоспособности, в ИК-11 за 7 мес. выдан один больничный лист при 176 трудоустроенных. По обращению ОНК Алтайского края в защиту прав осужденной М. при необоснованной невыдаче больничного листа прокуратура провела проверку и обязала возместить осужденной денежную компенсацию за вынужденный простой, а начальнику филиала медицинской части был объявлен выговор.

Редко, скорее никогда, не выдается на руки экземпляр акта медицинского освидетельствования лиц с телесными повреждениями (п. 28 Приказа № 640/190) в Нижегородской области. В СИЗО-1 был выдан экземпляр акта на руки после вмешательства ОНК.

Медицинские сотрудники отказываются фиксировать у осужденных телесные повреждения в Пермском крае, Это приводит к затруднению расследования жалоб на травмы на производстве, на применение физической силы сотрудниками и конфликты между осужденными с причинением телесных повреждений, а также влечет последующие необъективные разбирательства правоохранительными органами и судами. Так, в 2015 году шли судебные разбирательства по двум делам, касающимся производственных травм, и в обоих случаях медицинскими работниками не были вовремя зафиксированы телесные повреждения.

В сентябре 2014 года ОНК Пермского края выявила в ИК-11 попытку протестных действий (порезы на руках) в штрафном помещении, однако эти телесные повреждения не были зафиксированных медработником.

1. **Не всегда:** выдают экземпляр акта обвиняемому или осужденному на руки после медицинского освидетельствования лиц с телесными повреждениями (п. 28 Приказа № 640/190) в Ивановской области и в Ростовской области; не всегда проводится углубленный медосмотр в установленные сроки в учреждениях УИС Ивановской области, Марий Эл (ФКУ ИК-4, ФКУ ИК-5) и в Алтайском крае (СИЗО-2, ИК-3, ИК-4, КП-2, ЛИУ-1); в профилактических осмотрах участвует стоматолог и психиатр; не делаются все установленные лабораторные исследования в Алтайском крае (ИК-3, ИК-4, ИК-5, СИЗО-2, ИК-6, ЛИУ-8, ИК-11, ИК-10, ИК-9), в Нижегородской области (ИК-1, ИК-7, ИК-9, ИК-11, ИК-14). Не всегда проводятся предварительные медосмотры при трудоустройстве в Алтайском крае (ИК-3, ИК-4); регистрируются производственные травмы (ИК-5).

Так, осужденный М. был 15 ноября 2014 г. трудоустроен на должность слесаря-ремонтника, а 27 мая 2015 г. он был выведен на работу в центр трудовой адаптации (ЦТА), где получил производственную травму. Диагноз был выставлен в городской больнице № 1 г. Рубцовска. На момент посещения ОНК (23 июля
2015 г.) травмированная рука М. находится еще в гипсовой лангете. По непонятным для членов ОНК причинам по данному случаю производственной травмы не был составлен установленный законом акт и не выдан лист временной нетрудоспособности.

Аналогичная ситуация случилась с осужденным. А. Он был с 15 июня
2015 г. зачислен на должность подсобного рабочего на участок пищевых продуктов (мельница), а на рабочем месте 24 июня 2015 г. он получил электроожог III ст. теменной области слева и лобной области головы справа. Поражение электрическим током. Как и в предыдущем случае, данная травма не была зарегистрирована как производственная, и больному не был выдан листок нетрудоспособности.

По обращению ОНК прокуратура провела проверку. Прокуратурой было вынесено представление УФСИН России по Алтайскому краю о нарушениях охраны труда. Помимо этого, прокуратурой был направлен запрос в инспекцию по труду для проведения проверки о правомерности непризнания ФКУ ИК-5 данных травм как производственного травматизма.

1. **Не всегда:** соблюдается кратность и объем исследований у ВИЧ-инфицированных (иммунология и вирусная нагрузка) в Алтайском крае (ИК-6, ЛИУ-8, ИК-11, ИК-9, ИК-10, ИК-3, КП-2, ЛИУ-1, ИК-4), в Республике Марий Эл; не всегда обосновывается клинический диагноз в стационарных медицинских картах в ИК-10, ИК-9; в Нижегородской области (ИК-1, ИК-7, ИК-14, ИК-17). Такие проблемы есть и в Пермском крае.

 Аналогичная ситуация сложилась в Тамбовской области. Например, осужденному И. анализы были сделаны в мае 2015 г., а на лечение он поступил только 08 июля 2015 года, т.е. болезнь прогрессировала, а больной в течение двух месяцев не получал лечения антивирусными ретро- препаратами.

 Не всегда соблюдается право на дополнительное лекарственное обеспечение и выполняются индивидуальные программы реабилитации (ИПР) инвалидов в Алтайском крае (ЛИУ-8; ИК-9).

Не всегдасоблюдается курс лечения на период водворения в ШИЗО, ПКТ, ЕПКТ, карцер в Нижегородской области. Осужденные П., И., Р. жаловались на отсутствие АРВ-терапии в ШИЗО (ИК-1, ИК-18).

В ИК-4 Тамбовской области выявлены случаи не проведения ежедневных медицинских обходов лиц, находящихся в помещениях камерного типа.

В единичных случаях сотрудниками МЧ нарушается процедура ежедневного покамерного обхода обвиняемых\подозреваемых в Ростовской области. Не всегда в Ростовской области соблюдается курс назначенного лечения (продолжительность) подозреваемым\обвиняемым (в связи с водворением в карцер, вывозом в ИВС и суд).

В Алтайском крае в ИК-9, осужденный Д., инвалид III группы, страдающий болезнью Бехтерева и ВИЧ-инфекцией ст. IVА, говорил медицинским работникам о том, что не отказывался от соцпакета на ДЛО. Согласно выписке из истории болезни от 13 февраля 2015 г., ему было рекомендовано лечение по болезни Бехтерева на 6 мес., которое в учреждении он не имел возможности получить. О том, что Д. действительно на момент поступления (17 февраля 2015 г.) в ФКУ ИК-9 не отказался от ДЛО, свидетельствуют данные бухгалтерии. Из документов следует, что в период нахождения в учреждении ему, как инвалиду III группы, ежемесячно выплачивалось ЕДВП в размере 1077,34 руб., тогда как другим инвалидом этой группы — по 1793,74 руб.

Не всегда заключенных и осужденных в Марий Эл знакомят с результатами обследований при поступлении в учреждение. Большая часть опрошенных (60%) сообщили, что они не были ознакомлены с результатами обследования при поступлении, около 20 % процентов сообщили, что их ознакомили с результатами обследований после их требований. Данное бездействие нарушает нормы Приказа 640\190, в котором указывается, что лицо, содержащееся под стражей, должно быть полностью осведомлено о результатах медицинских осмотров.

В Нижегородской области не всегда соблюдаются врачебные рекомендации заключений, полученных осужденными в «гражданских» ЛПУ, после помещения в учреждение ФСИН (ИК-7, ИК-1, ИК-18, ИК-14). Не всегда доступна амбулаторно-поликлиническая помощь. Во всех ИУ имеется журнал предварительной записи, однако на практике это не означает, что записавшиеся осужденные смогут попасть в медчасть в ближайшее время (ИК-7, ИК-1, ИК-14). Так, осужденные К., П и М. жаловались на отсутствие возможности получить неотложную медицинскую помощь в медчасти в случае резкого повышения давления, которое, с их слов, может подниматься до 200 мм рт. ст. В результате, они вынуждены заниматься самолечением, а когда на следующий день они, наконец, попадают в медчасть, при замере давление оказывается в пределах нормы.

Можно также отметить общую проблему в Пермском крае, связанную с правом на информацию, — недостаточную осведомленность пациентов-осужденных о своих заболеваниях.

1. **Набор медицинских препаратов для оказания неотложной помощи** не соответствует перечню заявленных лекарств, а сам перечень составлен на основании устаревших медицинских нормативных документов в СИЗО-4, в ИК-3, в ИК-9, в ИК-10, в ЛИУ-8 Алтайского края.

Существуют **проблемы с лекарственным обеспечением** в Пермском крае, в частности с лекарствами, которые отсутствуют в арсенале медучреждений колонии, но необходимы пациенту. Такие лекарства осужденным приходится приобретать самостоятельно. При этом порядок оплаты лекарств с лицевого счёта осужденного не определён. В случае, если человек содержится, например, в СИЗО, не имеет родственников, которые могут пополнить его лицевой счет, не имеет возможности работать, не пенсионер и не инвалид, он вообще не может обеспечить себя необходимыми лекарствами.

1. **Есть случаи отсутствия описания телесных повреждений в медицинских картах и отсутствия соответствующих Актов телесных повреждений**, обнаруженных при посещении членами ОНК Ивановской области. Так, в ИК-5 в отряде СУОН осужденный К. с обширным «цветущим» кровоподтеком на лице не был освидетельствован фельдшером, хотя по утверждению фельдшера обход СУОН он совершал ежедневно; в СУОН женской ИК-3 у осужденной М. обнаружен «цветущий» кровоподтек на лбу, который также не был зафиксирован в меддокументах.
2. **Проблемы доступности медицинской помощи.**

В Республике Марий-Эл врач-инфекционист, согласно заключенному договору с МСЧ-12 ФСИН России, в последний раз посетил учреждения принудительного содержания регионального УФСИН, провел осмотры, обследования, назначил по необходимости лечение в ноябре-декабре 2014 г. и потом вплоть до 8 сентября 2015 года врач-инфекционист ни разу не посещал учреждения. Проблема усугубляется тем, что помимо больных ВИЧ-инфекцией в осмотре врачом-инфекционистом также нуждаются лица с диагнозом «Гепатит В» и «Гепатит С», что увеличивает число лиц, не получающих своевременную квалифицированную медицинскую помощь, в два раза. Эти категории лиц не осматриваются врачом-инфекционистом более года и более. У них не берутся своевременно анализы. В ходе анкетирования большое количество осужденных сообщали о том, что им не предоставляется возможность попасть на прием к врачам узких специализаций (окулист, хирург, уролог, дерматолог, невропатолог, кардиолог, гастроэнтеролог).

Отсутствие своевременной медицинской помощи может привести к смерти осужденного. Так, из журнала учета происшествий в дежурной части членами ОНК была выписана следующая информация: 17.07.2015 г. в 16.45 в дежурную часть поступило сообщение о том, что осужденному А. (отряд № 6) требуется медицинская помощь. Он на носилках был доставлен в медчасть, где медсестра Кудряшова В.К. провела необходимые реанимационные мероприятия. Прибывшая в 17.47 скорая помощь констатировала биологическую смерть». Врач Домрачев С.И. сообщил, что осужденный А. был доставлен в медчасть в 17.10, где в это время согласно режиму работы присутствовала только медсестра, старший медицинский персонал отсутствовал. Причина смерти по результатам экспертизы: «острое сосудистое нарушение головного мозга». По словам врача Домрачева С.И., осужденный А. с 03.06.2015 года обращался с жалобами на головную боль в медчасть учреждения трижды, ему выдавались лекарства – анальгетики, спазмолитики, которые снимали симптомы, но ненадолго. Осужденный А. не был направлен на обследование, не был осмотрен врачом узкой специализации и получал лекарства, снимающие симптомы, но не лечащие саму болезнь.

В Республике Марий-Эл отмечаются затянутые сроки ожидания обследования/лечения в гражданских больницах. От момента признания врачом ИУ необходимости обследования/лечения в гражданском учреждении до обращения осужденного к членам ОНК проходило до 4 месяцев.

 ВИЧ инфицированный Б. в ЛИУ-7 Тамбовской области с большими трудностями 17.07.2015 г. получил направление на лечение в областную туберкулезную больницу, однако 25.07.2015 г. нач. колонии № 5 М.В. Лукин на просьбу ОНК обеспечить доставку Бычкова в больницу на лечение ответил, что пока возможности доставить нет, и когда она будет, он сказать не может. Практически это означает отказ в оказании необходимой медицинской помощи, что является нарушением п.317 приказа №640/190.

Члены ОНК Пермского края в ходе мониторинга обратили внимание на проблему лечения и протезирования зубов. Так, при обходах и беседах с осужденными они обратили внимание на плохое состояние зубов практически каждого третьего. При беседе было установлено, что практически невозможно организовать протезирование зубов в условиях колонии, хотя теоретически такая возможность предусмотрена за счет средств, имеющихся на личных счетах осужденных. Лечение зубов в МПС также осуществляется с уклоном на удаление зубов (КТБ-7: 728 посещений, вылечено 210, удалено 134; ИК-40: 132 посещения, удалено 127 зубов; ИК-2: 84 посещения, вылечено 61, удалено 17 зубов) — то есть от 1/3 до половины случаев обращений влекут за собой именно удаление зуба.

При этом в соответствии с п.41.5 ЕПП услуги квалифицированных дантистов и окулистов должны быть доступны каждому заключённому. Однако, не во всех МСЧ есть данные специалисты, а также нет сведений о привлечении к работе необходимых специалистов из гражданских медучреждений.

С марта 2015 г. осужденный М., находящийся в ИК-5 Тамбовской области, мучается от изжоги, ему выписывают лекарства, которые не дают эффекта, но дальнейшего обследования не проводится.

У осужденного С. (содержится в ПКТ ИК-5) болит нога из-за травмы пятки, с апреля 2015 г. неоднократно осматривался врачами, но принимаемые меры не привели к излечению или улучшению состояния. По состоянию на 28.07.2015 г. прошел обследование в областной больнице, установлено, что лечение может предоставить только Воронежская больница УФСИН. После обследования осужденный снова помещен в ПКТ.

В Ульяновской области и во многих других областях не налажена система оповещения осужденных к лишению свободы о расписании посещений узких специалистов, что нарушает потребность хронических больных в непрерывности лечения, и в целом - право осужденных на доступность медицинской помощи. При наличии записи в журнале заявок, осужденные не оповещаются о времени и дате приезда узкого специалиста. Более того, при перемещении осужденного по исправительным учреждениям его документы передаются с задержкой, что привело, например, к случаю, когда швы на ноге были наложены в марте, а сняты в июле после начавшегося воспаления.

В Московской области для осужденных из колонии-поселения №3 (МЧ там ликвидирована) – ВИЧ-инфицированным ГЦГБ г. Электростали отказывает в предоставлении лечения, говорят: «Не можем, пусть ездят в Москву в СПИД-центр на проспекте Мира в МОНИКИ им. Владимирского». Это нарушение закона, поскольку осужденные не имеют права без сопровождения покидать территорию города Электростали.

Помимо этого, члены ОНК Московской области отмечают, что во многих случаях отсутствуют договоры с различными гражданскими учреждениями здравоохранения, например, по анализам, консультациям узких специалистов.

Ограничение права на охрану здоровья в связи с нарушением доступности медицинской помощи отмечали члены ОНК Нижегородской области. Так, осужденный С. (ФКУ ИК-14) пытался обратиться в медсанчасть с высокой температурой. В срочном приеме было отказано, ему предложили сначала записаться на прием в журнале амбулаторного приема. Однако запись в журнал амбулаторного приема, в виду наличия очереди, не гарантирует немедленного попадания в медчасть. С подобной проблемой обращался осужденный С-в (ФКУ ИК-7). Он жаловался на то, что имея заболевание «гипертония», у него очень часто резко повышается артериальное давление, однако он не может срочно обратиться к врачу для измерения и снижения давления.

Отсутствие узких медицинских специалистов ведет к неквалифицированному лечению и несвоевременному направлению на обследование, не выдаче необходимых препаратов, что приводит к ухудшению состояния здоровья, вплоть до возможной потери органа. Так, осужденный З. (ИК-14) – получил травму левого глаза, был осмотрен врачом-терапевтом, (в связи с отсутствие офтальмолога в медсанчасти), который назначил лечение. Через некоторое время глаз начал гноиться, в связи с чем осужденный З. еще несколько раз обращался в медсанчасть с просьбой направить его на обследование и лечение в районную больницу. Только через месяц он был направлен в областную туберкулезную больницу (ОТБ) при ИК-5, где после месяца лечения медики были вынуждены удалить З. глаз.

Осужденному Б. (ИК-7) специалист, приезжавший из ОТБ, назначил глазные капли, получения которых он не может добиться в медсанчасти уже полгода. Родственники не имеют возможности выслать ему данные капли. Зрение ухудшается.

Осужденный К. (ИК-1) в 2013 г. добился направления в межрегиональную больницу ФСИН в Санкт-Петербурге, где была произведена операция по поводу катаракты, после чего ему были прописаны глазные капли для поддержания зрения и снижения глазного давления. Однако получения данных капель в медчасти он не может добиться, зрение снижается, осужденный опасается лишиться глаза.

1. **Профессионально-этические и иные нарушения, выявленные в ходе мониторинга.**

Алтайский край.

Осужденный П., 1961 г.р. (ЛИУ-8), признанный 25 января 2007 г. инвалидом I группы и страдающий центральным тетрапарезом, постановлением № 1662/2231 начальника ЛИУ-8 был водворен в штрафной изолятор на 13 суток, что является грубым нарушением ч. 7 ст. 117 УИК РФ, которая запрещает инвалидов I группы водворять в ШИЗО, ПКТ и ЕПКТ. Со слов П., врач перед водворением в ШИЗО его не осматривал, хотя в личном деле имеется медицинское заключение от 30 декабря 2009 г. о том, что П. может содержаться в ШИЗО. Необходимо отметить, что врач в своем заключении от 30 декабря 2009 г. о заболеваниях, которыми страдает П., забыл или умышленно не выставил диагноза — тетрапарез. По обращению председателя ОНК прокуратура провела проверку, данное взыскание было снято, но поскольку с момента нарушения прошло более 6 месяцев, привлечь к дисциплинарной ответственности должностных лиц невозможно.

Со слов осужденного М., он находился в КТБ-12 с 28 марта 2015 г. по 6 апреля 2015 г. по поводу хр. остеомиелита крестца. Перед убытием получил бытовую травму в виде резаной раны внутренней поверхности нижней трети правой голени. В КТБ ему была оказана хирургическая помощь и наложены швы. По прибытию в ИК-10 швы ему были сняты. При осмотре члены ОНК убедились в правдивости слов осужденного, так как в указанном месте был обнаружен постоперационный рубец длиной 4–5 см. В то же время при изучении медкарты члены ОНК не обнаружили записи о травме: как в выписке из истории болезни, так и по прибытии в ИК-10 20 апреля 2015 г. В карточке от 20 апреля 2015 г. имеется запись о том, что осужденный прибыл из КТБ-12 и хирургически здоров. Косвенно о том, что у осужденного была травма, свидетельствует наличие рентгеновского снимка голени от 22 апреля 2015 г. При этом в карточке отсутствует запись о назначении проведения данного медицинского исследования. Со слов осужденного, у него со временем появилось онемение в стопе и в голени. Врачи предполагают, что у него развилась посттравматическая нейропатия кожной ветви малоберцового нерва. В настоящее время по данному случаю проводится служебная проверка.

У ОНК есть вопросы и к организации работы ФКУЗ «МСЧ-22» ФСИН России по функциональной нагрузке отдельных специалистов, к использованию коечного фонда, обеспечению медицинским оборудованием филиалов, сотрудничеству с государственными и муниципальными ЛПУ, вопросы по досрочному освобождению от отбывания наказания и из-под стражи по состоянию здоровья.

Так, за 6 месяцев текущего года у акушера-гинеколога в женской колонии № 11 нагрузка составила всего 173 посещения, и все по заболеванию, профилактическая работа не проводится. За этот же период неврологом медицинской части № 5, которая обслуживает ИК-9, ИК-10 и СИЗО-4 с фактической наполняемостью свыше 3000 человек, принято всего 329 пациентов. Стоматолог в ЛИУ-8, работая на 1,0 ставки, за 6 мес. принял только 223 человека и из них только на лечение — 43, тогда как стоматолог ЛИУ-1 при работе на 1,0 ставку за этот период принял 649 человек, в т.ч. на лечение 374. Таким образом, процент пациентов, которым проведена экстракция (удаления) зуба, в ЛИУ-8 составил 80%, тогда как в ЛИУ-1 всего 42%. Учреждения по наполняемости сопоставимы.

В стационаре ИК-3 при 20 терапевтических койках зафиксировано за 6 месяцев всего 53 койко-дня, в ИК-6 при аналогичных возможностях — 58 койко-дней, а в ИК-10 — 1234 койко-дня.

Отдаленная женская колония № 6 оснащена одним рентген-аппаратом и одним флюорографом, и оба они эксплуатируются уже свыше 10 лет.

Учреждение слабо использует ресурсы муниципальных ЛПУ в рамках исполнения Постановления Правительства РФ № 1466 «О Правилах оказания медицинской помощи заключенным под стражу или отбывающим наказания в виде лишения свободы». За 6 мес. проведено всего шесть консультаций в муниципальных ЛПУ, тогда как нуждающихся, по мнению ОНК, гораздо больше.

 Например, Д., инвалид II группы нуждается в консультации ЛОР-врача (в учреждении содержится с 2014 г.), а для осужденной Б., у которой перелом костей предплечья левой руки, не выполняются рекомендации хирурга райбольницы по проведению дальнейших обследований и консультаций у «гражданских» медиков. Осужденная Е. содержится в колонии с апреля 2015 г., нуждается в консультативной помощи в специализированном лечебном учреждении и в направлении на медико-социальную экспертизу (МСЭ) по поводу повреждения сухожилия левой руки.

Лимит наполняемости в СИЗО 1761 человек, среднесписочная наполняемость в 2014 г. — 1711 человек, что составляет 97% наполняемости, а это на практике, как правило, сопровождается несоответствием жилой площади на одного человека установленным законом нормам.

Ивановская область

Процент удовлетворенных организацией медицинской помощи колеблется от 30,8 до 44,5. При этом больше всего нареканий на медицинскую часть СИЗО-1 в г. Иваново. Именно там чаще жалуются на отсутствие реакции со стороны медиков при заявлении на прием к врачу. Кроме этого члены ОНК получили много жалоб на отсутствие стоматологической помощи, отказы в передаче необходимых медикаментов от родственников и сложностях в консультации специалистов из муниципальных учреждений здравоохранения при дефиците узких специалистов в МСЧ (по травматологии, кардиологии, гинекологии, нефрологии и неврологии). В одном случае был выявлен факт неоказания медицинской помощи больному С. со сложным переломом костей предплечья, когда в течении 3-х месяцев после травмы не была проведена необходимая операция, медики отказывали в приёме и приобщении рентгеновских снимков к медицинской карте. В этой же камере находился подозреваемый У., который в течении 2-х месяцев не знал о том, что у него заподозрен сифилис по результатам предварительного анализа, что является нарушением требований приказа 640/190 о необходимости изоляции и госпитализации в медчасть СИЗО в случаях, подозрительных на инфекционное заболевание. Много жалоб на неэффективное обезболивание при наличии болевого синдрома (дают ибупрофен, который не всегда помогает при болях разной этиологии).

Меньший процент жалоб на оказание медицинской помощи в областной тюремной больнице, однако большинство пациентов этой больницы отмечают чрезмерно длительное обследование и ожидание лечения, нарушения графика вывоза на лечебные процедуры в онкологический центр и на обследования консультантов в городские лечебные учреждения. Администрация больницы объясняет это трудностями с выделением конвоя. Есть жалобы на редкие обходы и затягивание с ознакомлением с медицинской документацией. В ЛИУ-8, где лечат туберкулез, члены ОНК получили много жалоб на неудовлетворительное питание, отсутствие некоторых лекарств, показанных при лечении противотуберкулезными препаратами (гепатопротекторы).

При посещении женских колоний члены ОНК встретились с многочисленными жалобами на отказ в выдаче листов нетрудоспособности при заболевании. Нередки случаи, когда при высокой температуре (выше 38 градусов) дают жаропонижающие препараты и отправляют на работу. В одной из колоний осужденная М. с выраженной контрактурой Дюпюитрена, несмотря на рекомендации начальника медчасти исключить нагрузку на левую руку, не была переведена на другую работу. Оперативное лечение было согласовано только после посещения ОНК, и операция проведена в госпитале инвалидов войн.

В мужской колонии ОНК столкнулась с другой проблемой: у осужденного диагностирован хронический остеомиелит с образованием секвестра, требующий оперативного лечения. Несмотря на возможность проведения этой операции в местном госпитале, этот осужденный был отправлен в ЛИУ Воронежской области. Там он пробыл 2 недели и без проведения операции был этапирован обратно. Отказ в проведении операции обоснован обострением процесса и невозможностью оперировать в этой стадии. Абсурдность данной ситуации усиливается ответом руководства МСЧ-37, в котором написано, что все действия медиков обоснованы и соответствуют закону.

Республика Марий Эл

В ФКУ ИК-3 и ФКУ ИК-4 поступили жалобы осужденных на то, что медицинские работники не разрешают копировать материалы из их медицинских карт. Общественная наблюдательная комиссия Республики Марий Эл считает, что этот запрет не основан на законе и ограничивает право осужденных на охрану здоровья и подачу жалоб и заявлений о нарушении права на оказание медицинской помощи.

Организация питания в учреждениях ведется с нарушениями. Было отмечено, что в учреждениях не хранится образец готовых блюд по нормам дополнительного питания. Есть несоответствия в ведении бракеражных журналов: в некоторых учреждениях отметки о соответствии качества пищи ставятся раньше, чем блюда приготовлены, в других учреждениях – наоборот, отметки о пробе не поставлены, а прием пищи осужденными уже начат.

Отсутствие доступной медицинской помощи врача-стоматолога или зубного врача. Эта проблема актуальна для ФКУ ИК-3, ИК-4, ИК-5, ИК-6. Большое количество жалоб от осужденных поступило на то, что бесплатный врач-стоматолог отказывается лечить зубы, а предлагает только удалять. В случае, если осужденный настаивает на лечении, ему предлагают обратиться к платному врачу-стоматологу. От осужденных поступила жалоба на то, что их выводят на прием в медчасть по 15-17 человек, в связи с этим они вынуждены ожидать приема на улице до 3-х часов, не имея возможности вернуться в отряд без сопровождения сотрудника охраны.

Нижегородская область

В процессе мониторинга выявлены две проблемы

1. В колонию-поселение при ИК-1 прибывают беременные женщины, хотя санитарно-бытовые условия в КП не подходят для проживания в них беременных женщин. Кроме того, в маленьком, отдаленном поселке не имеется врача-гинеколога (последняя ушла на пенсию по старости), и женщин приходится вывозить на осмотр в Семеновскую ЦРБ, которая находится в 70 км от колонии-поселения. В непредвиденных случаях, либо при преждевременных родах, женщин можно не успеть довести.
2. Вторая проблема – женщин после родов отправляют обратно в КП, либо в ИК-1, ИК-18, а детей оставляют на некоторое время в детской больнице Автозаводского района г. Н.Новгорода для обследования (детей осужденных ИК-2), после чего передают в Дом ребенка при ИК-2, или сразу отправляют в детский дом. Во всех случаях ребенка разлучают с матерью почти сразу после рождения. Медработники утверждают, что это неплохо для ребенка, поскольку нередко бывали случаи, когда осужденные матери умышленно роняли своих детей, пытались задушить подушкой, либо утопить в ванной. Но есть женщины, которые хотят заботиться о своих детях, а система работает таким образом, что индивидуальный подход невозможен.

 Пермский край

С учётом режимных требований, осужденные фактически лишены права иметь при себе копии медицинских документов, поскольку их наличие на руках не предусмотрено правилами внутреннего распорядка в ИУ, что препятствует реализации права на получение квалифицированной медицинской помощи, поскольку осужденные, не обладая информацией о состоянии своего здоровья, не могут предпринять необходимые действия для его улучшения.

При отдельных заболеваниях осужденным показан лёгкий труд. Вместе с тем, имеют место случаи, при которых осужденные, по медицинским показаниям способные только к лёгкому труду, привлекаются к работам, относящимся к тяжёлому физическому труду. Так, в ИК-9 осужденный, работавший в хлебопекарне, был переведён на тяжёлые работы (таскание горбыля), при этом имел заболевание суставов, являющееся противопоказанием к таким работам.

Также отметим, что в медицинских документах не фиксируются особенности организации труда осужденных, в связи с чем, при привлечении их к труду нет документов, которыми могла бы руководствоваться администрация ИУ.

 Выявлены случаи совместного содержания здоровых заключенных и больных инфекционными, в том числе социально-значимыми заболеваниями. Так, выявлен случай, когда с ноября 2012 по март 2013 в СИЗО-1 осужденный П. содержался совместно с больным туберкулезом Т. Впоследствии П. также заболел туберкулезом, проходил лечение в КТБ-17. В настоящее время, возможно, предстоит судебное разбирательство.

Ростовская область

Актуальным вопросом является проведение инструментальных исследований без вывоза осужденных за пределы исправительных учреждений, так как филиалы ФКУЗ МСЧ-61 ФСИН России недостаточно оснащены медицинским оборудованием, либо оборудование изношено практически на 70%.

16% опрошенных отметили, что во время своего нахождения в СИЗО размещались в одной камере с лицами, страдающими тяжкими заболеваниями (туберкулез, сифилис, чесотка, педикулез), 55% обвиняемых\подозреваемых получают лекарственные препараты от родственников и близких, поскольку считают, что выдаваемые в учреждении лекарственные средства менее эффективны.

Из всех опрошенных осужденных 20 % были не удовлетворены качеством оказываемой медицинской помощи в учреждениях, 22% не проходили дополнительный медосмотр при приеме на работу, а 27% осужденных получают лекарственные препараты от родственников и близких по причине недоверия к выдаваемым в учреждении лекарствам.

Ульяновская область

Проведенное исследование показало, что наибольшее количество нарушений было выявлено в СИЗО-1, ИК-3, ИК-9. Необходимо отметить, что жалуются осужденные не только на нехватку медикаментов, но и на грубое обращение, недостаточное количество встреч с лечащими врачами, снятие групп инвалидности и т.п.

 Лекарства в МСЧ выдаются часто без контроля за последовательностью и временем приема. В некоторых ИК отсутствуют условия содержания лиц с ограниченными возможностями – инвалидов. Работа по созданию безбарьерной среды кое-где ведется, но практически везде выявляется проблема обеспечения диетическим питанием лиц с сахарным диабетом. В результате, например, осужденный, поступивший в учреждение 6 лет назад с уровнем сахара в 9 единиц сейчас имеет 19 единиц. При этом он 8 раз был на комиссии по инвалидности, где ему, с его слов, отказывают в инвалидности по причине отсутствия эндокринолога в комиссии.

В процессе мониторинга были отмечены и **положительные моменты в работе медицинской службы ФСИН.**

Так, в **Республике Марий Эл** налажено эффективное взаимодействие с бюро МСЭ, и сроки прохождения МСЭК осужденными, имеющими инвалидность, строго соблюдаются. Единственный случай, когда был отмечен факт несоблюдения сроков, – когда сотрудники МСЭК были в отпуске, но в этом случае в соответствии с законом действует практика восстановления пенсии по инвалидности за период непрохождения МСЭК. Такая же практика действует при несвоевременном прохождении мед. освидетельствования во время нахождения в СИЗО – причина считается уважительной и при подтверждении группы инвалидности пособия начисляются и за период ожидания МСЭК лицом, находившимся в СИЗО.

Положительным моментом ОНК Республики Марий Эл считает также фиксацию всех телесных повреждений у лиц, доставленных в СИЗО. В 100 % случаев при опросе лиц, которые были доставлены в изолятор, члены ОНК получили ответ, что их осматривал мед. работник, составил и выдал на руки акт, в котором были описаны телесные повреждения.

**В Нижегородской области** практически всегда перед помещением в ШИЗО, ПКТ, ЕПКТ, карцер медицинский работник проводит осмотр, медики проводят там ежедневный обход, выдаются необходимые лекарственные препараты, при необходимости можно вызвать медработника, и он срочно придет. По сравнению с 2014 годом, почти исчезли жалобы на препятствие в передаче родственниками препаратов, отсутствующих в ИУ. Кроме того, разрешается передача родственниками медицинских препаратов более высокого качества (и цены), чем предлагаемые заключенным в медчастях ИУ. В середине 2014 года, после первой реорганизации медицинской системы УИС, многие медицинские работники в учреждениях жаловались членам ОНК НО на проблемы с вызовами «скорой помощи» системы здравоохранения, медработники здравоохранения отказывались выезжать в колонии. В процессе проведения мониторинга и медицинские работники ИУ, и сами заключенные, отметили, что проблем с вызовом «скорой помощи» нет, по вызову сотрудника ИУ «скорая» приезжает в ближайшее время в учреждение и оказывается помощь, а в случае необходимости заключенного доставляют в ближайшее медицинское учреждение здравоохранения.

В некоторых регионах хорошо налажена работа с ВИЧ-инфицированными. Так, в **Санкт-Петербурге** из 650 человек, имеющих показания к ВААРТ, получают эту терапию 642 чел., а в **Пермском крае из** 499 человек – 499, т.е. ровно 100%.

 В **Ульяновской области**, благодаря 100% охвату осужденных флюорообследованием и проведению комплекса противоэпидемиологических мероприятий, удалось стабилизировать эпидемиологическую ситуацию, снизить показатель заболеваемости и смертности от туберкулеза на 14%. За весь 2014 и первую половину 2015 г. не зафиксировано ни одного случая смерти от туберкулеза.

Отдельного внимания заслуживаютвопросы **освобождения из-под стражи и отбывания наказания по болезни.** В таблицах представлена информация по стране в целом, в отдельных регионах ситуация еще более неблагоприятная.

Реализация Постановления Правительства РФ от 14.01.2011 № 3 в России «Правила медицинского освидетельствования подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений» в УИС РФ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Год | Численность лиц, подозреваемых, обвиняемых, направленных на медицинское освидетельствование | Количествомедицинских заключений врачебных комиссий медицинских организаций, подтверждающих наличие тяжелого заболевания | Численность обвиняемых или подозреваемых, освобожденных судами на основании медицинского заключения |
| 2012 | 1300 | 486 (37%) | 311 (64%) |
| 2013 | 1002 | 516 (51%) | 224 (43%) |
| 2014 | 946 | 321 (34%) | 192 (60%) |

Как видно из таблицы, с 2013 по 2014 гг. произошло заметное снижение количества подозреваемых и обвиняемых, направленных на медицинское освидетельствование и существенно упал процент признания этой категории лиц, находящихся под стражей, нуждающимися в освобождении из-под стражи. При этом суды лишь в 60% случаев соглашаются с рекомендациями медиков. Это значительно чаще, чем было в 2013 г., однако свидетельствует о том, что они учитывают еще множество других показателей, кроме медицинских.

Еще хуже обстоит ситуация с **освобождением от отбывания наказания в связи с болезнью.** Процент положительных решений судов неуклонно снижается, начиная с 2010 г., и в 2014 г. достиг 35%. Таким образом, 65% осужденных, признанных медицинскими комиссиями нуждающимися в освобождении в связи с болезнью, остаются в местах лишения свободы, что противоречит политике реформы, направленной на гуманизацию и увеличивает показатели смертности в учреждениях УИС.

Реализация Постановления Правительства РФ от 06.02.2004 № 54

«О медицинском освидетельствовании осужденных, представляемых к освобождению от отбытия наказания в связи с болезнью» в УИС РФ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Год | Количество осужденных представленных в суд для освобождения от отбывания наказания в связи с болезнью | Доля осужденных, освобожденных судом в связи с болезнью (% от представленных к освобождению от отбывания наказания в связи с болезнью) |
| 2010 | 2331 | 46,9 |
| 2012 | 2682 | 42,2 |
| 2014 | 2649 | 35,0 |

Вот некоторые примеры по регионам.

Алтайский край

Количество лиц, освобожденных из-под стражи по состоянию здоровья в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 14 января
2011 г. № 3 «Правила медицинского освидетельствования подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений», второй год подряд равно нулю.

В УИС Алтайского края сложились неблагоприятные тенденции со смертностью и с освобождением от отбывания наказания в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 06.02.2004 № 54 «О медицинском освидетельствовании осужденных, представляемых к освобождению от отбытия наказания в связи с болезнью».

**Освобождение от отбывания наказания в связи с болезнью**

**в Алтайском крае**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Год | Кол-во заявлений | Положительное решение медкомиссии | Умерло до подачи документов в суд | Умерло до вступления в силу решения суда | Освобождено |
| 2010 | 61 | 44 | 13 | 19 | 12 |
| 2011 | 50 | 26 | 2 | 13 | 11 |
| 2012 | 44 | 37 | 7 | 13 | 17 |
| 2013 | 33 | 21 | 3 | 10 | 8 |
| 2014 | 23 | 17 | 4 | 2 | 2 |
| *6 мес.**2015* | *17* | *10* |  | *5* | *3* |

Как видно из таблицы, в последние годы стремительно падает как количество заявлений об освидетельствовании медицинской комиссией, так и процент положительных судебных решений. В 2014 г. из 17 рекомендованных к освобождению медицинской комиссией было освобождено лишь 2 человека, при этом 4 чел. не дожили до подачи документов в суд или до вступления в силу решения суда.

Нижегородская область

Численность лиц, направленных на медицинское освидетельствование в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 14.01.2011 № 3 «Правила медицинского освидетельствования подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений» значительно сократилась по сравнению с 2014 годом и составила **11** человек, а это всего около 40 % от аналогичного показателя в 2014 г.. Количество признанных комиссиями страдающими заболеваниями, включенными в перечень заболеваний, препятствующих содержанию под стражей, составило **4** человека, при этом освобождено из-под стражи – **0!,** в то время как в 2014 году было освобождено 3 человека, умерло – **0**.

Однако в практике работы ОНК Нижегородской области были и положительные примеры действий сотрудников медицинской службы УИС. Так, в ФКУ СИЗО-1 в процессе проведения проверки была обнаружена девушка, подследственная, страдающая ВИЧ-инфекцией и множеством сопутствующих заболеваний. Девушка выглядит как скелет, обтянутый кожей, с калоприемником, сама перемещаться не может, помогают соседки по камере. При обсуждении ее ситуации с начмедом ИУ, было выяснено, что у нее ВИЧ 4 Б стадии, и под Постановление Правительства № 3 она не подходит, но в СИЗО для нее делают все необходимое. После вмешательства ОНК НО, к этой девушке в СИЗО были приглашены специалисты Центра СПИД Нижегородской области, в срочном порядке изменен диагноз с ВИЧ 4 Б, на ВИЧ 4 В стадии, в течение недели состоялось решение суда об освобождении из-под стражи и вскоре она была увезена машиной скорой помощи НО в больницу им. Семашко.

**Освобождение от отбывания наказания в связи с болезнью**

**в Нижегородской области**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Год | Кол-во заявлений | Положительное решение медкомиссии | Умерлопосле отказа суда | Умерло до вступления в силу решения суда | Освобождено |
| 2014 | 112 | 70  |  | 24 | 30 |
| *2015* | *44* | *31(80%)* | *3* | *1* | *9* |

Количество лиц, направленных на медицинское освидетельствование в соответствии с Постановлением Правительства № 54 от 06.02.2005 г «О медицинском освидетельствовании осужденных, представляемых к освобождению от отбывания наказания в связи с болезнью», по сравнению с 2014 годом сильно сократилось - **44** человека по сравнению со 112 в 2014 г. В то же время из них признаны комиссиями страдающими заболеваниями, включенными в перечень заболеваний, препятствующих отбыванию наказания, почти 80% от числа направленных, - **31** чел, что, безусловно, лучше, чем в 2014 году. Но лиц, освобожденных по решению суда только **9,** по сравнению с 30-тью освобожденными в 2014 году. Количество лиц, умерших до освобождения (после решения суда) – **1** чел, количество умерших, которым судом было отказано в освобождении - **3** человека. В 2014 г. судами принято положительных решений об освобождении заключенных, при направлении медкомиссией с положительным заключением – **всего 30**. А из всех 70-ти признанных тяжелобольными (читай «умирающими»), умерло до освобождения судом – **24** человека (а это более 30%).

Приморский край

За отчетный период в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 06.02.2004 № 54 освобождено от отбывания наказания в связи с тяжелым заболеванием 6 человек (АППГ-1), в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 14.01.2011 № 3 в связи с наличием тяжелого заболевания, препятствующего содержанию под стражей, освобожден из-под стражи 1 человек.

На этом фоне выгодно отличается Ивановская область, где в 2014 г. судом было удовлетворено 12 (76%) из 16 заявлений об освобождении от отбывания наказания в связи с болезнью. Однако и здесь есть свои проблемы. Так, в одной из колоний на прием обратилась осужденная К, страдающая ВИЧ со вторичным заболеванием в виде злокачественной опухоли, которой затягивали судебное разбирательство по Постановлению №54. Назначенное заседание суда неоднократно переносилось, затем откладывалось в течение нескольких месяцев и в результате закончилось отказом в освобождении под предлогом большого неотбытого срока. Обращает на себя внимание также тот факт, что медицинская комиссия приняла положительное решение лишь в 55% случаев.

**Освобождение от отбывания наказания в связи с болезнью**

**в Ивановской области**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Год | Кол-во освидетельство-ванных  | Положитель-ное решение медкомиссии | Умерлодо подачи документовв суд | Умерло до вступления в силу решения суда | Количество положитель-ных решений суда |
| 2011 | 34 | 18 | 2 |  | 16 |
| 2012 | 31 | 17 | 3 |  | 13 |
| 2013 | 41 | 16 | 3 |  | 12 |
| 2014 | 38 | 21 | 3 |  | 16 |

Структура и динамика заболеваемости и смертности в целом по стране приведены при описании актуальности исследования. В целом показатель смертности с 2012 г. заметно повысился, однако здесь есть существенные отличия по регионам.

Показатели смертности в УИС РФ 2012-2014 гг.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Год | Смертность (в абсолютных числах) | Показатели смертности на 100 тыс. человек |
| 2012 | 4091 | 579 |
| 2013 | 4201 | 616 |
| 2014 | 4097 | 610 |

Так, в прошедшем году в **Алтайском крае** отмечался рост смертности: 113 против 81 в 2013 г. (2012 г. — 79, 2011 г. — 72). Как и в предыдущие годы, в большинстве случаев причинами смерти стали туберкулез и ВИЧ-заболевание — 42,5% (43% — 2013 г., 37% — 2012 г.)

Общий рост смертности (на 32 случая) обусловлен увеличением числа умерших от сочетанной инфекционной патологии (ВИЧ-инфекция с туберкулезом) в 2,12 раза и онкологических заболеваний в 3 раза.

Анализ смертности за 2014 год показал, что почти две трети летальных случаев было обусловлено заболеваниями, течение которых исчисляется годами, а прогноз неблагоприятный, и смерть под определение «скоропостижная» не подпадает.

За 6 мес. 2015 г. умерло 54 человека. Отмечается рост доли смертности по причине туберкулеза и ВИЧ-инфекции с 42,5% до 64%.

Анализ смертности за девять месяцев 2014-2015 гг. в **Пермском крае** показал, что абсолютная смертность за 9 месяцев 2015 г. снизилась на 19% и составила 86 сл. – 365,1 на 100 тыс. (АППГ)– 105 сл. – 398,2 на 100 тыс.).

За девять месяцев 2015г. внебольничная смертность от заболеваний в учреждениях составила 12 сл. – 51,04 на 100 тысяч (АППГ – 11 сл. – 41,71 на 100 тысяч), рост на 21,4%.

В структуре общей смертности на первом месте инфекционные заболевания – 33 сл., показатель на 100 тысяч 140,37 (АППГ – 34сл. – 128,92 на 100 тысяч), роста не допущено, снижение на 9,3%. Среди причин смертей: от ВИЧ-инфекции 22 человека (АППГ- 27), от туберкулеза 11 (АППГ-7).

Только четверо из числа ВИЧ-инфицированных получали АРТ, причем один из них принимал препараты менее месяца после длительного перерыва и отказов от продолжения лечения, в остальных случаях зарегистрированы отказы о лечения. На втором месте смертность от сердечно-сосудистых заболеваний – 24 сл., показатель на 100 тысяч 102,09 (АППГ- 27сл. – 102,38 на 100 тысяч), снижение на 8,1%, снижение на 0,3%. На третьем месте смертность от онкозаболеваний – 8 сл. показатель на 100 тысяч 34,03 (АППГ – 10сл. - 37,92), снижение на 8,1%. На четвертом месте смертность от болезней пищеварения – 6 сл., 25,52 на 100 тысяч (АППГ-10 сл. - 37,92 на 100 тысяч), 32,4%. На пятом месте смертность от болезней органов дыхания - 3 сл. - 12,8 на 100 тысяч (АППГ-5 сл. – 18,9 на 100 тысяч), снижение на 33,3%. На шестом месте смертность от болезней нервной системы – 2 сл. - 8,5 на 100 тысяч (АППГ-3сл. – 11,4 на 100 тысяч), снижение на 24,5%.

 В 2014 г. в **Приморском крае** отмечается снижение общей заболеваемости и показателя первичной заболеваемости на 8,3% и 12,2%. В соответствии со структурой общей заболеваемости на первом месте психические расстройства -27,4%, на втором месте болезни органов дыхания – 17,3%, на третьем - болезни органов пищеварения -12,6%. Большинство заболеваний выявлено при проведении профилактических медицинских осмотров.

 В 2014 году в учреждениях Приморского края из числа подозреваемых, обвиняемых и осужденных умерло 101 человек (АППГ – 102), зарегистрировано снижение на 2,5%. В структуре общей смертности на первом месте находятся инфекционные заболевания, от которых умерло 36,6%, далее идут болезни системы кровообращения 27,6% умерших, основной причиной смертей являются острые ишемии миокарда и головного мозга, новообразования 7,9%.

 При анализе смертности в местах лишения свободы за 6 мес. 2015 года установлено, что количество умерших - 44 случая (АППГ - 53), в сравнении с аналогичным периодом отмечается уменьшение данного показателя на 17 %.

**Заключение**

Проведение мониторинга позволило членам ОНК не только выявить имеющиеся проблемы в оказании медицинской помощи в местах лишения свободы, но и обсудить их с сотрудниками ФСИН, что, безусловно, свидетельствует о повышении независимости и открытости медицинской службы ФСИН, готовности искать пути улучшения ситуации совместно с представителями гражданского общества. Во многих случаях в таких обсуждениях участвовали также региональные уполномоченные по правам человека, сотрудники местных органов здравоохранения, прокуратуры, представители судебной системы и других заинтересованных ведомств.

Так, все вышеперечисленные проблемы и вопросы пенитенциарной медицины были обсуждены на прошедших 29 сентября 2015 г. в г. Барнауле общественных слушаниях: «Ситуация с соблюдением прав на охрану здоровья лиц, находящихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы (УИС) в Алтайском крае», в которых приняли участие члены Общественной наблюдательной комиссии (ОНК), сотрудники федеральной службы исполнения наказания Алтайского края, представители прокуратуры, судебного сообщества, юстиции, администрации и аппарата Уполномоченного по правам человека, работники здравоохранения.

В ходе слушаний были выдвинуты предложения, способные позитивно изменить сложившуюся ситуацию. Так, присутствующий на слушаниях заместитель председателя суда Алтайского края В.Н. Городов пообещал изучить проблему, связанную с отрицательными решениями судов при положительных заключениях медицинских комиссий о досрочном освобождении от отбывания наказания по состоянию здоровья. Заместитель главного врача Алтайской краевой клинической больницы В.В. Захаров предложил помощь в организации силами краевой больницы интернет-консилиумов в наиболее сложных для тюремных врачей клинических случаях. Руководство медико-санитарной частью, не дожидаясь слушаний, еще в ходе мониторинга начало вносить коррективы в работу своих филиалов.

Участники мониторинга в Ростовской области по его результатам провели ряд рабочих встреч с территориальным руководством ФСИН и медико-санитарной части №61, областной прокуратурой.

Проведено итоговое совещание по результатам мониторинга медицинского обеспечения в местах принудительного содержания с участием членов ОНК Приморского края, представителей ГУФСИН России по Приморскому краю, медико-санитарной части № 25 Федеральной службы исполнения наказаний, Уполномоченного по правам человека в Приморском крае, представителей Законодательного собрания Приморского края и СМИ.

Вопросы пенитенциарной медицины были обсуждены на прошедших 31 августа 2015 г. в г. Иванове общественных слушаниях: «Ситуация с соблюдением прав на охрану здоровья лиц, находящихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы (УИС) в Ивановской области», в которых приняли участие члены Общественной наблюдательной комиссии (ОНК), сотрудники федеральной службы исполнения наказания Ивановской области во главе с начальником УФСИН России по Ивановской области, руководство МСЧ-37, прокурор по надзору за исполнением закона в исправительных учреждениях Ивановской области, руководители адвокатского сообщества, Уполномоченный по правам человека в Ивановской области.

13 октября 2015 года состоялась рабочая встреча Председателя ОНК Нижегородской области с Уполномоченным по правам человека НО, на которой обсуждалась возможность построения конструктивного взаимодействия УПЧ НО, Минздрава НО, ОНК НО и МСЧ-52, в процессе которого планируется заключение договоров, вывоз специалистов из учреждений Минздрава в ИУ Нижегородской области, а также запланировано совместное совещание, где будут озвучены все накопившиеся вопросы по медицинскому обеспечению в МПС Нижегородской области с обсуждением путей их решения.

 Аналогичное мероприятие в Пермском крае было проведено с участием Уполномоченного по правам человека в Пермском крае Т.И.Марголиной, сотрудниками аппарата УПЧ. Проблемные вопросы обсуждались 5 августа 2015 в ходе однодневного семинара по международным стандартам права человека на охрану здоровья с руководителями подразделений МСЧ-59, а также в ходе проведения рабочей группы по межведомственному взаимодействию и однодневного специализированного учебного курса по работе с Модулемпо контролю своевременности, доступности и качества медицинской помощи в учреждениях уголовно-исполнительной системы.

Постоянные обсуждения ситуации с охраной здоровья осужденных проводились в Республике Марий Эл, Московской области, Тамбовской и Ульяновской областей, Санкт-Петербурге.

Итак, члены ОНК, в процессе проведения мониторинга и последующих обсуждений выявили серьезные **проблемы в работе медико-санитарной службы ФСИН**. Эти проблемы являются следствием общих тенденций, преобладающих в национальном здравоохранении, и связаны не только с недостаточностью финансирования, но и практически с отсутствием систематического вневедомственного контроля, недостаточностью сотрудничества с гражданским здравоохранением и недостаточно развитым общественным контролем. Среди них есть проблемы, обусловленные как объективными, так и субъективными причинами.

Это:

- неурегулированность вопроса оказания медицинской помощи подозреваемым, обвиняемым и осужденным в рамках обязательного медицинского страхования;

- неукомплектованность кадрового состава пенитенциарной медицины, что негативно влияет на качество оказания медицинской помощи заключенным под стражу и осуждённым, особенно со стороны специалистов более узкого профиля;

- недостаточное оснащение медицинских частей стоматологическим, рентгенологическим, стерилизационным и лабораторным оборудованием;

- недостаток в стоматологических кабинетах необходимых материалов, что ведет к преобладанию удаления зубов наряду с фактически невозможным протезированием (в т.ч. за счет личных средств);

- трудности обеспечения обезболивания при хирургических операциях и оказании стоматологической помощи - в том числе из-за отсутствия в медицинских частях учреждений ФСИН лицензии на деятельность, связанную с оборотом наркотических средств и психотропных веществ;

- отсутствие в ряде женских колоний врача-гинеколога, в результате чего не проводится регулярный контроль за состоянием здоровья беременных;

- наличие угрозы распространения контагиозных болезней в связи с перенаселенностью ряда учреждений Федеральной службой исполнения наказаний;

*-* случаи невыдачи работающим осужденным листков временной нетрудоспособности;

- многократные случаи невыдачи на руки заключенному акта медицинского освидетельствования при наличии у него телесных повреждений;

- недостаточная онкологическая настороженность, в частности, отсутствие во многих регионах регулярных осмотров гинекологом женщин, урологом мужчин в соответствии со стандартами обследования;

- отсутствие безбарьерной среды для инвалидов: отсутствие лифтов, пандусов; недостаток технических средств реабилитации (кресла, трости, костыли);

- отсутствие во многих регионах диетического питания для больных сахарным диабетом и заболеваниями желудочно-кишечного тракта;

- недостаточная активность врачей и фельдшеров медицинских частей по сбору сведений, содержащихся в медицинской документации в гражданских учреждениях здравоохранения, где осужденные ранее проходили лечение и состояли под наблюдением врачей;

 - сложности во взаимодействии медицинских учреждений ФСИН некоторых регионов с бюро МСЭ при установлении и продлении инвалидности;

- организационные трудности обследования и лечения осужденных в «гражданских» медучреждениях (по причине отсутствия конвоя и транспортных средств), что иногда делает невозможным оказание своевременной и качественной медицинской помощи;

- крайне затрудненная процедура организации платных медицинских услуг по ходатайству заключенного (приход врача-консультанта или вывоз в платную больницу для лечения и диагностики);

 - трудности организации ВИЧ-терапии, в т.ч. прерывание АРВТ при перемещении осужденного, отсутствие надлежащей разъяснительной работы с лицами, отказывающимися от АРВТ;

- случаи невыдачи доверенным лицам осужденных копий медицинских документов, отсутствие унифицированной формы документа о согласии осужденного на ознакомление с его медицинской документацией и получение копий медицинских документов.

Ряд проблемных вопросов в деятельности ФСИН России, отмеченных членами ОНК во время проведения мониторинга, к моменту публикации доклада устранены, в частности:

- все медико-санитарные части ФСИН России имеют лицензию
на деятельность, связанную с оборотом наркотических средств
и психотропных веществ, соответственно проблем с обеспечением анестезии при хирургических и стоматологических вмешательствах не возникает;

- больные сахарным диабетом выделены в отдельную категорию лиц, получающих повышенную норму питания в соответствии с приказом Минюста России от 26.02.2016 № 48 «Об установлении повышенных норм питания и норм замены одних продуктов другими, применяемых при организации питания осужденных к лишению свободы, а также подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений, находящихся
в учреждениях Федеральной службой исполнения наказаний, на мирное время».

**Предложения, направленные на улучшение ситуации с охраной здоровья и оказанием медицинской помощи в учреждениях уголовно-исполнительной системы**

**Меры общего характера**

1. Разработать предложения о практической реализации взаимодействия учреждений ФСИН России с системой обязательного медицинского страхования применительно к заключенным под стражу и осужденным, в том числе при отсутствии документов, подтверждающих их личность.

2. Обновить и принять Постановление Правительства РФ от 14 января 2011 г. №3 «Правила медицинского освидетельствования подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений» и от 6 февраля 2004 г. № 54 «О медицинском освидетельствовании осужденных, представляемых к освобождению от отбытия наказания в связи с болезнью» с целью гуманизации данной процедуры и приведения ее в соответствие с действующими медицинскими классификациями (МКБ-10), стандартами и протоколами. Предусмотреть возможность допуска независимого специалиста к участию в работе медицинской комиссии, а также дополнить Перечень не только самостоятельными нозологическими единицами заболеваний, но и сочетаниями различных заболеваний, не входящих в Перечень, но в силу взаимного усугубления сочетанных заболеваний, делающих прогноз для жизни не благоприятным.

3. Содействовать разработке положения о независимой медицинской экспертизе, предусмотренной частью 3 статьи 58 ФЗ № 323 от 21.11.11 "Об основах охраны здоровья граждан РФ", с обязательным включением в него особенностей проведения независимой медицинской экспертизы в отношении лиц, заключенных под стражу и осужденных;

3. Обратиться в Правительство РФ с предложением о включении ФСИН России в государственную программу РФ «Развитие здравоохранения» и в программы Министерства здравоохранения РФ, а также о включении лечебных учреждений МСЧ ФСИН в региональные программы развития здравоохранения по примеру некоторых регионов;

**4**. Провести на межведомственном уровне анализ данных о рецидивной преступности среди освободившихся от дальнейшего отбывания наказания в связи с тяжелой болезнью в целях выявления причин отказов судов на поддержанные органами ФСИН ходатайства об освобождении по болезни.

**Предложения судейскому сообществу**

1. Просить Совет судей РФ обратить особое внимание судейского корпуса на выводы Верховного Суда РФ, основанные на анализе судебной практики по вопросу освобождения от отбывания наказания в связи с болезнью, в которых указывается, что «При рассмотрении в порядке исполнения приговора вопросов, связанных с освобождением осужденного от наказания в связи с болезнью, определяющее значение имеет наличие у лица заболевания, препятствующего отбыванию наказания, а не его поведение в период отбывания наказания»;
2. Довести до сведения судов их право назначать медицинскую экспертизу для проверки доводов осужденного, его адвоката, представителя, иного лица, оказывающего ему юридическую помощь, или законного представителя о наличии у осужденного иной тяжелой болезни или состояния, препятствующих отбыванию наказания, но не учитываемых в Постановлении Правительства №54.
3. Доводить до сведения судей, что суд не вправе отказать в принятии ходатайства осужденного об освобождении от наказания в связи с болезнью, направленного им непосредственно в суд, из-за отсутствия документов (заключения медицинской комиссии или учреждения медико-социальной экспертизы, личного дела осужденного), которые в случае тяжелого заболевания осужденного обязана предоставить администрация учреждения или органа, исполняющего наказание.
4. Рекомендовать судам принять меры по сокращению до 3 суток сроков рассмотрения ходатайств лиц, имеющих заключение медицинской комиссии о наличии у них тяжелого заболевания, препятствующего дальнейшему отбыванию наказания или содержанию под стражей, а также выступить с инициативой о вступлении в силу решения суда об удовлетворении указанного ходатайства безотлагательно.

**Предложения по улучшению деятельности ФСИН России**

1. Поддержать инициативы ФСИН в части кадровой политики ведомства, направленной на сохранение опытных медицинских работников и привлечения новых квалифицированных кадров путем повышения оплаты труда медицинского персонала, повышения престижа профессии и усиление социальной защищенности.

2. Обеспечить в возможно короткие сроки проведение медицинского освидетельствования лиц, страдающих тяжелой болезнью, с момента поступления в медсанчасть территориального органа ФСИН их медицинских документов.

# 3. Обеспечить выполнение требований приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. № 1340н «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности», соблюдение лицензионных требований при организации медицинского обеспечения в медико-санитарных частях уголовно-исполнительной системы, в том числе по своевременности и полноте проведения профилактических осмотров, соблюдению сроков и полноты обследований и охвата лечением ВИЧ-инфицированных, оценка эффективности диспансеризации.

4. Рекомендовать создание в системе ФСИН России отделений (палат) паллиативной помощи для оказания медицинской, психологической и социальной помощи хроническим больным с низким реабилитационным потенциалом и/или хосписы для оказания помощи неизлечимым больным в последней стадии заболевания;

5. Обеспечивать информированность пациентов-осужденных об их праве на охрану здоровья, информировать об их ответственности за соблюдение программы лечения в местах принудительного содержания и после освобождения по болезни.

 6. Способствовать укреплению взаимодействия с ОНК в области охраны здоровья осужденных, в т.ч. допускать членов ОНК, особенно имеющих медицинское образование*,* к работе медицинских комиссий, рассматривающих вопрос о наличии у задержанного/обвиняемого/осужденного заболевания, препятствующего содержанию под стражей/отбыванию наказания, а также к разбору случаев неоказания или несвоевременного оказания медицинской помощи, особенно в случаях летального исхода; рассмотреть вопрос об ознакомлении членов ОНК с результатами рассмотрения.

7. Включить в программы служебной и специальной подготовки медицинского персонала УИС более глубокое изучение стандартов профессиональной этики, обсуждение проблем двойной лояльности, соблюдения прав осужденных/заключенных под стражу на охрану здоровья, которые гарантированы им ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

**Практические рекомендации по текущей деятельности медико-санитарных частей и учреждений ФСИН**

- по возможности провести замену устаревшего и выработавшего свой ресурс медицинского оборудования;

- не допускать отсутствия узких специалистов, активнее заключать контракты с гражданским здравоохранением;

- решить проблему стоматологической помощи и зубопротезирования с привлечением личных средств лиц, заключенных под стражу и осужденных, в тех случаях, когда осужденные (заключенные под стражу) или их родственники готовы оплатить медицинскую услугу;

- обеспечить регулярные осмотры гинеколога в женских колониях и колониях поселениях, постоянный контроль за состоянием беременных;

- обеспечить жесткий контроль за проведением постоянного медицинского осмотра с изоляцией лиц с инфекционными заболеваниями;

- усилить контроль за оформлением листков временной нетрудоспособности;

- не допускать отказов в выдаче копии акта медицинского освидетельствования осужденным и заключенным под стражу при наличии у них телесных повреждений;

- принять меры по обеспечению безбарьерной среды для инвалидов: устройство лифтов, пандусов, обеспечение всех нуждающихся техническими средствами реабилитации (кресла, трости, костыли);

- оптимизировать работу по запросу медицинскими сотрудниками СИЗО данные о состоянии здоровья заключенных из гражданских поликлиник и диспансеров;

- наладить конструктивное взаимодействие с бюро МСЭ, не допускать случаев несоблюдения сроков направления на МСЭ для установления и продления инвалидности;

- упростить процедуру разрешения и организацию получения платных медицинских услуг по ходатайству осужденного или заключенного (посещения учреждений УИС врачами-консультантами или помещения больных в иные медицинские учреждения для лечения и диагностики);

 - исключить случаи прерывания АРВТ ВИЧ-инфицированным при перемещении осужденного, интенсифицировать работу с лицами, отказывающимися от АРВТ, в том числе с привлечением членов ОНК;

- обеспечить обязательную выдачу копий медицинских документов по заявлению осужденного  или заключенного под стражу, организовав их хранение в безопасном и доступном для него месте;  не допускать отказов в получении копий медицинских документов доверенными лицами  осужденного или заключенного под стражу при соблюдении ими установленного законом порядка.

1. Статистика взята из доклада начальника управления организации медико-санитарного обеспечения ФСИН России полковник внутренней службы С.В. Воробья [↑](#footnote-ref-1)