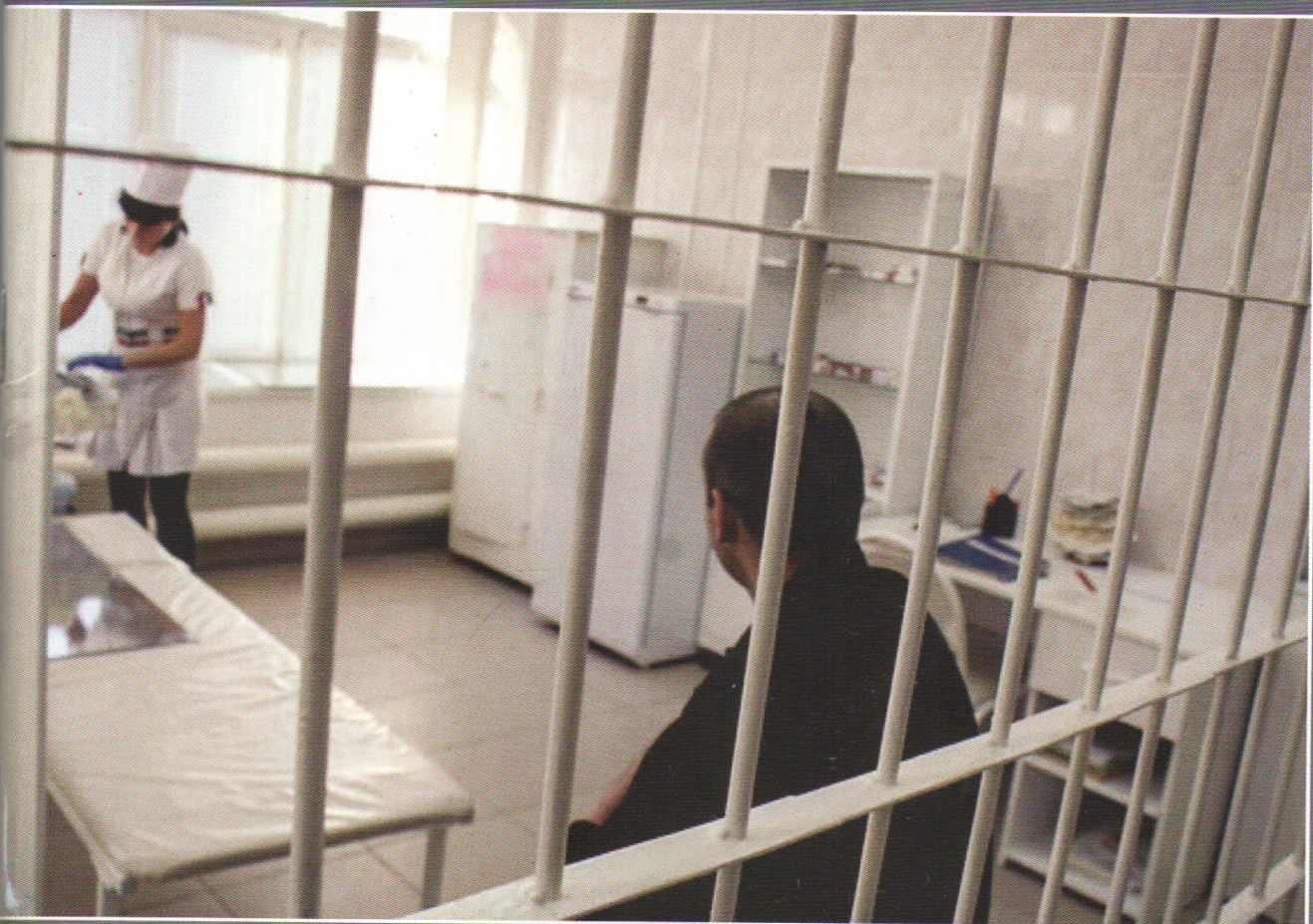


# ПОСОБИЕ



**для членов Общественных наблюдательных комиссий по контролю за соблюдением стандартов оказания медицинской помощи в местах принудительного содержания**



Межрегиональная общественная организация «Человек и Закон»,  
в рамках субгранта проекта «Мониторинг оказания медицинской помощи в местах  
принудительного содержания» при финансовой поддержке Европейской Комиссии.

**ПОСОБИЕ**  
**для членов Общественных наблюдательных**  
**комиссий по контролю за соблюдением**  
**стандартов оказания медицинской помощи**  
**в местах принудительного содержания**

г. Йошкар-Ола, 2015 год

## **ПОСОБИЕ**

**для членов Общественных наблюдательных комиссий  
по контролю за соблюдением стандартов оказания медицинской помощи в  
местах принудительного содержания.**

**Составитель: Ирина Протасова – председатель Общественной наблюдательной  
Комиссии Республики Марий Эл, председатель МРОО «Человек и Закон», член  
Общественного Совета при начальнике УФСИН России по Республике Марий Эл.**

**Пособие ориентировано на помощь членам Общественных наблюдательных  
комиссий, сотрудникам ФСИН и МВД, практикующим юристам, правозащитникам,  
а также заключенным и их родственникам.**

**Пособие издано в рамках субгранта проекта «Мониторинг оказания медицинской  
помощи в местах принудительного содержания» при финансовой поддержке  
Европейского Союза.**

**Содержание публикации является предметом ответственности МРОО «Человек и  
Закон» и не отражает точку зрения Европейского Союза.**

## **Почему Общественные наблюдательные комиссии должны обращать особое внимание на медицинское обеспечение в местах лишения свободы?**

Медицинское обеспечение в местах лишения свободы является важной составляющей соблюдения права на жизнь и свободы от жестокого, бесчеловечного, унижающего человеческое достоинство обращения и наказания. Гарантия защиты данных ценностей предусмотрена ст. 20, 21 Конституции РФ и ст. 2,3 Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод.

Человек, находящийся в полной зависимости от государства, должен быть уверен в том, что ему будет обеспечен такой уровень медицинской помощи, который позволит ему сохранить жизнь и здоровье в местах лишения свободы. Никто не требует оказания помощи больше, нежели человек получал бы на свободе. Люди, которые лишены свободы, наказаны лишением свободы и больше ничем. Ограничение прав возможно только на основании Закона. Сам факт лишения свободы не должен быть препятствием для адекватного медицинского обеспечения.

В местах лишения свободы медицинская помощь должна быть. Принцип наличия медицинской помощи является гарантией защиты ст. 20, 21 Конституции РФ.

В местах лишения свободы медицинская помощь должна быть доступной. Принцип доступности медицинской помощи является основой ее оказания в местах лишения свободы.

В местах лишения свободы не должно быть дискриминации в отношении оказания медицинской помощи. Люди в заключении не могут быть дискриминированы по принципу нахождения в неволе. Принцип недискриминации является также основой соблюдения ст. 20, 21 Конституции РФ, когда речь идет о медицинской помощи.

Также медицинская помощь должна быть не менее эффективной, чем для свободных граждан. Принцип эффективности оказания медицинской помощи работает в заключении безо всяких ограничений.

Если в отношении осужденных не действует хотя бы один из принципов, перечисленных выше - наличие, доступность, недискриминация и эффективность оказания медицинской помощи, это нарушает права человека и может привести к нарушению права на жизнь и свободу от жестокого обращения, что является очень серьезным нарушением прав человека.

Таким образом, медицинское обеспечение - очень важная составляющая соблюдения прав человека и находится под пристальным контролем общества, российских и международных контролирующих органов. Общественные наблюдательные комиссии (далее - ОНК) России и правозащитные организации уделяют большое внимание наличию, доступности, недискриминации и эффективности оказания медицинской помощи в местах лишения свободы.

## ПРАВО НА ЗДОРОВЬЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ЦЕЛЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ ТРЕБОВАНИЙ

### **Н**АЛИЧИЕ

**налаженной и бесперебойно действующей системы здравоохранения и медико-социальной помощи в учреждениях ФСИН**

Наличие включает в себя услуги, товары, наличие учреждений, поликлиник, больниц, санитарно-технических средств, средств гигиены, лекарственных средств, обученного врачебного и медицинского персонала, наличие отвечающей требованиям питьевой воды, безопасного для здоровья проживания в условиях, отвечающих санитарным требованиям. (Разумное стратегическое руководство охраной здоровья в местах лишения свободы в XXI веке, Всемирная организация здравоохранения).

Таким образом, в местах лишения свободы на состояние здоровья влияет достаточно обширный перечень факторов, которые необходимо учитывать. А поскольку государство полностью отвечает за жизнь и здоровье тех, кто находится в его полной зависимости, эти риски для государства увеличиваются и оно должно уделять особое внимание лицам в заключении.

Нужно понимать, что именно в местах лишения свободы существует большой риск заражения различными заболеваниями из-за скопления людей, из-за замкнутого пространства, из-за недостаточного количества витаминов. Важно учитывать, что в местах лишения свободы находятся не самые здоровые представители нашего общества и они уже приходят в места лишения свободы с различными заболеваниями. Также нужно понимать, что пенитенциарное здравоохранение — это общественное здравоохранение и колонии тесно связаны с обществом. Люди, из мест лишения свободы вернутся в социум и всем важно, чтобы они вышли оттуда не опасными для этого общества в плане распространения заболеваний.

Приказ «О порядке организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключенным под стражу» № 640/190 говорит о том, что основными задачами медицинской службы являются: *организация оказания медицинской помощи, контроль за состоянием здоровья заключенных, гигиеническое обучение и воспитание и пропаганда здорового образа жизни среди заключенных, соблюдение санитарно-эпидемиологических требований, организация взаимодействия с учреждениями здравоохранения.*

Таким образом, медицинские части ФСИН обязаны не только заботиться о состоянии здоровья осужденных, постоянно держать на контроле и оказывать им лечение, но они обязаны создавать условия для нормальной жизнедеятельности осужденных, которые являются профилактикой заболеваний — в том числе контроль за тем, чтобы осужденные жили в приемлемых жилых помещениях, работали в приемлемых условиях труда, кроме того, в обязанности медицинской службы входит обучение и пропаганда здорового образа жизни.

**Когда оценивается система охраны здоровья в местах лишения свободы, необходимо обращать внимание на следующие факторы:**

1. Помещения, в которых проживают заключенные, должны быть пригодны для проживания (отсутствие конденсата, плесени, чистые стены, потолки, окна, отсутствие сквозняков, температурный режим по нормам жилых помещений не

менее 18 градусов, естественное освещение в светлое время суток - не менее 120 люкс, санузлы в чистом и рабочем состоянии, влажность, соответствующая нормам жилого помещения, спальное место для каждого и чистое постельное белье, наличие естественного проветривания и принудительной вентиляции; наличие необходимой площади на каждого человека не менее 2 кв.м. в исправительных колониях, не менее 4 кв. м. в СИЗО, не менее 3 кв. м. в женских колониях, не менее 4 кв. м. в воспитательных колониях). Важно, как осуществляет контроль за санитарным состоянием помещений медицинская служба. Могут быть полезны документы, подтверждающие заключение главного санитарного врача ФСИН о соответствии санитарно-эпидемиологическим нормам.

2. Наличие запаса средств гигиены в соответствии с Приложением 5 Приказа Министерства Юстиции РФ № 125 (моющие средства, мыло, зубная паста, щетка, гигиенические женские принадлежности для женщин, туалетная бумага);

3. Наличие в магазинах товаров, в которых имеются витамины (орехи, фрукты, овощи, сухофрукты);

4. Возможность пользования парикмахерской;

5. Наличие качественной питьевой и для технических нужд воды;

6. Наличие возможности регулярно мыться (душ, баня);

7. Наличие возможности постирать и высушить личные вещи и наличие возможности содержать в чистоте одежду;

8. Наличие питания, которые позволяет поддерживать организм в соответствии с Приказом 125 Министерства Юстиции РФ. Наличие диетического питания в случае заболеваний;

9. Наличие постельных режимов в случае заболеваний;

10. Наличие врачебного персонала (терапевт, психиатр, стоматолог, другие специалисты);

11. Наличие среднего медицинского персонала;

12. Наличие лекарственных средств;

13. Наличие возможности получения экстренной медицинской помощи (количество вызовов бригад скорой помощи);

14. Возможность получения медицинской помощи узкими специалистами. (Ст. 26 п. 1, 3 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» говорит о том, что все заключенные имеют право на оказание медицинской помощи, в том числе в медицинских организациях государственной системы здравоохранения, и на приглашение и консультации узких специалистов). Наличие договоров с гражданскими учреждениями здравоохранения, проверка, сколько консультаций было оказано узкими специалистами в учреждении, какими, сколько раз вывозили заключенных в гражданские больницы;

15. Наличие обучения и пропаганды здорового образа жизни среди заключенных (количество проведенных бесед, лекций, мероприятий, буклетов, других информационных материалов, выданных медицинской службой);

16. Обеспеченность одеждой и обувью, соответствующей сезону.

## **Д**ОСТУПНОСТЬ **Доказания медицинской помощи в учреждениях ФСИН**

Все учреждения, услуги и товары, информация по вопросам здравоохранения, должны быть физически и экономически (с точки зрения расходов) доступны для осужденных и заключенных.

### **В плане доступности необходимо обращать внимание:**

1. Наличие возможности (экономическая доступность) приобретения продуктов, содержащих витамины (цены на эти товары в магазинах ФСИН);

2. Физическая возможность пользоваться услугами медиков (Доступность для каждого посещения медчасти. Наличие в каждом отряде, в помещениях ПКТ и ЕПКТ, ШИЗО возможности записаться на прием к врачу (журналы записи на прием), возможности незамедлительно сообщить о нужде в экстренной медицинской помощи, доступности оказания медицинской помощи в ночное время (как устроена работа медиков в ночное время).

Пункт 52 Приказа 640/190 «О порядке организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключенным под стражу» от 17 октября 2005 года определяет порядок прибытия на амбулаторный прием: «В следственных изоляторах, исправительных колониях особого режима и тюрьмах на прием к врачу (фельдшеру) или выполнение процедур больные выводятся индивидуально или группами по 3 - 5 человек с соблюдением требований изоляции и при надлежащем надзоре. В остальных исправительных учреждениях осужденные прибывают на амбулаторный прием самостоятельно». Необходимо, чтобы такая возможность была в колониях.

3. Доступность лечения зубов стоматологом, в настоящее время сложилась ситуация, что бесплатный стоматолог занимается во многих колониях только удалением зубов, а не лечением, а лечение осуществляет платный стоматолог. Доступность платных услуг и доступность к бесплатному лечению должна быть обеспечена.

4. Доступность узких специалистов, которых нет в штате медчасти учреждения ФСИН. Как построена процедура обращения к узким специалистам (срок от заявления осужденного до приема, как устроены выезды, приезды узких специалистов);

5. Насколько доступна информация о медицинских правах осужденных, как разъясняется порядок обращения за медицинской помощью, как доводится информация о состоянии здоровья до осужденных.

## **НЕДИСКРИМИНАЦИЯ** **Показания медицинской помощи в учреждениях ФСИН**

Заключенные не могут получать меньший объем медицинской помощи, чем в гражданских больницах из-за нахождения в колониях. Также никто не может быть ограничен в медицинской помощи по факту нахождения в штрафных изоляторах и других местах дополнительного наказания, никто не может быть ограничен в медицинской помощи по факту наличия инфекционных заболеваний или по иным причинам.

Также нахождение в местах лишения свободы не является основанием первоочередного получения медицинской помощи.

Если за конкретной медицинской процедурой имеется очередь в гражданских больницах, она может быть и в больницах ФСИН. Недопустимо лишь то, что человеку не предоставляется оказание помощи из-за нахождения в колонии и врачи не осуществляют необходимые медицинские процедуры, ожидая освобождения.

Все должно определяться лишь медицинскими показаниями и необходимостью. Весь объем медицинской помощи не должен отличаться от гражданского здравоохранения.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ И КАЧЕСТВО оказания медицинской помощи в местах лишения свободы**

Учреждения, услуги и товары должны быть приемлемы с научной и медицинской точки зрения и должны быть высокого качества, должно быть обеспечено наличие квалифицированного медицинского персонала, оборудования и лекарственных средств, одобренных с научной точки зрения и с неистекшим сроком годности, безопасной и пригодной для питья воды и адекватных санитарно-технических средств. (Разумное стратегическое руководство охраной здоровья в местах лишения свободы в XXI веке, Всемирная организация здравоохранения).

Эффективность лечения лиц в местах лишения свободы, если их лечит специалист соответствующей квалификации, имеющий соответствующие подтверждающие документы и надлежащими средствами, может определить только комиссия из специалистов. Если возникают подозрения в неэффективности в связи с умышленными причинами, сам осужденный, его родственники или адвокаты могут обратиться в правоохранительные и судебные органы. ОНК не может судить о качестве и эффективности лечения и делать по этому поводу заключения.

При оценке эффективности и качества оказания медицинской помощи необходимо обращать внимание на:

1. Лицензии на право оказания медицинской помощи у учреждений здравоохранения ФСИН.
2. Квалификацию медицинского персонала в учреждениях системы ФСИН.
3. Наличие современного оборудования.
4. Наличие хороших условий для работы медицинского персонала и наличие хороших условий для приема больных.
5. Наличие качественной воды питьевой и для технических нужд (Здесь возможно проведение мониторинга качества питьевой воды с приглашением сотрудников Роспотребнадзора для взятия образцов воды с постановкой вопроса - пригодная ли эта вода для питья. Аналогичный мониторинг проводил Уполномоченный по правам человека Республики Марий Эл совместно с ОНК Марий Эл во всех колониях региона);
6. Лекарственные средства не должны быть просрочены и должны быть современными.
7. Осуществление лечения, прописанного специалистами в соответствии с назначением.



## **ПРАВО ЗАКЛЮЧЁННЫХ НА ОХРАНУ ДОРОВЬЯ В РЕШЕНИЯХ ЕСПЧ**

### **МЕДИЦИНСКАЯ помощь заключенным с психическими заболеваниями**

#### **Кудла против Польши (No 30210/96) 26.10.2000**

Анджей Кудла провёл в предварительном заключении почти четыре года. За это время он дважды пытался совершить самоубийство. Он также страдал хронической депрессией. Ссылаясь на статью 3 Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод (запрет пыток и бесчеловечного или унижающего достоинство обращения), он жаловался на отсутствие в исправительном учреждении надлежащего психиатрического лечения. Суд решил, что попытки заявителя совершить самоубийства не могут быть связаны с какой-либо очевидной халатностью со стороны администрации исправительного учреждения. Было установлено, что г-н Кудла осматривался врачами-специалистами и регулярно получал психиатрическую помощь. Суд не нашел нарушения статьи 3, но подчеркнул, что в соответствии с этой нормой государства обязаны сделать всё, чтобы находящиеся под стражей лица не испытывали лишений, превышающих по своему объёму тот уровень неудобств, который неизбежно сопутствует любому лишению свободы. Власти должны надлежащим образом следить за здоровьем и благополучием заключенных, оказывая им всю требующуюся медицинскую помощь.

#### **Дыбеку против Албании ( No 41153/06) 18.12.2007**

В 2003 году Илир Дыбеку был приговорён к пожизненному лишению свободы за убийство и незаконное хранение взрывчатых веществ. После приговора, на протяжении нескольких лет, он проходил лечение от хронической параноидальной шизофрении в различных психиатрических учреждениях. Заявитель был помещён в обычную тюрьму, в одну камеру со здоровыми заключёнными. С ним обращались как с обыкновенным заключённым. Отец и адвокат заявителя пожаловались властям, что администрация тюремной больницы не оказывала г-ну Дыбеку надлежащей медицинской помощи, в результате чего состояние здоровья последнего ухудшилось. Их жалоба была отклонена. Суд установил нарушение статьи 3, указав, в частности, что в силу своего психологического состояния г-н Дыбеку был более уязвим, чем обычный заключённый и что содержание его под стражей могло обострить его чувства страха и беспокойства. Власти Албании, признав тот факт, что в тюрьме с заявителем обращались так же, как и с остальными заключёнными, то есть без учёта состояния его здоровья, тем самым продемонстрировали несоблюдение рекомендаций Совета Европы по обращению с заключёнными, имеющими психические заболевания.

#### **Рёнольд против Франции (жалоба No 5608/05) 16.10.2008**

В 2000 году Жозелито Рёнольд, обвинявшийся в истязании своей бывшей сожительницы и их общей дочери, совершил самоубийство, находясь в предварительном заключении.

За несколько недель до этого он уже пытался покончить с собой. Ему был поставлен диагноз «острый приступ помешательства». Было установлено, что в прошлом он имел психиатрические проблемы. Заявителю прописали антипсихотическое лечение. Препараты ему выдавались два раза в неделю. Принимать их он мог без постороннего наблюдения. Через несколько дней после попытки самоубийства заявитель совершил нападение на надзирателя. Дисциплинарная комиссия назначила ему наказание в виде 45 суток штрафного изолятора. Суд нашёл нарушение статьи 2 (право на жизнь). Несмотря на попытку самоубийства и диагноз, свидетельствующий о наличии у заявителя психических расстройств, вопрос о его переводе в психиатрическое учреждение никогда не поднимался. Кроме того, по мнению экспертов, неудовлетворительная организация процесса лечения заявителя могла способствовать тому, что он совершил самоубийство, находясь в состоянии помешательства. Суд пришёл к выводу, что отсутствие ежедневного наблюдения за тем, как заявитель принимает препараты, отчасти послужило причиной смерти последнего. Суд единогласно постановил, что имело место нарушение статьи 3. Суд был поражён тем фактом, что на заявителя было наложено максимально строгое дисциплинарное наказание, которое предусматривало запрет на все посещения и на любые контакты с другими заключёнными. Психическое состояние заявителя учтено не было. Суд подчеркнул, что заключённые, страдающие серьёзными психическими расстройствами и склонные к самоубийству, подлежат особому обращению, соответствующему их состоянию.

### **Таддеи против Франции (No 36435/07) 21.12.2010**

Г-жа Раффрей Таддеи, содержащаяся под стражей в Ренне, имела ряд заболеваний, среди которых анорексия. Заявительница жаловалась на то, что её не выпускают на свободу, а также на отсутствие надлежащего лечения, соответствующего её ситуации. Суд нашёл нарушение статьи 3. Он отметил, в частности, что администрация учреждения не приняла в должной мере во внимание необходимость помещения заявительницы в специализированный медицинский центр, обусловленную состоянием её здоровья. Частые переводы заявительницы с места на место, без учёта её особой уязвимости, а также неопределённость в связи с ответом на её ходатайства о приостановлении отбывания наказания вызвали у г-жи Таддеи сильный стресс, интенсивность которого превысила тот уровень лишений, который неизбежно сопутствует любому лишению свободы.

## **М**ЕДИЦИНСКАЯ помощь для заключённых с серьёзными физическими заболеваниями

### **Муизель против Франции (No 67263/01) 14.11.2002**

В 1999 году, отбывая наказания в виде 15 лет лишения свободы, Жан Муизель узнал, что болен лимфатической лейкемией. Когда его состояние стало ухудшаться, он стал посещать в дневное время сеансы химиотерапии в больнице. Во время доставления в больницу его сковывали цепями. По его словам, во время сеансов терапии его ноги были также в цепях, а одна рука была прикована к кровати.

В 2000 году он решил прекратить лечение, жалуясь на условия его проведения и на агрессивное поведение надзирателей по отношению к нему.

Впоследствии его перевели в другую тюрьму, расположенную ближе к больнице. В 2001 году заявитель был отпущен на свободу с тем условием, что он обязуется пройти медицинское лечение. Суд решил, что была нарушена статья 3 в отношении периода, предшествующего освобождению заявителя из заключения. Суд, в частности, указал, что несмотря на то, что по мере развития болезни состояние заявителя стало несовместимым с дальнейшим отбыванием наказания, тюремная администрация не предприняла никаких конкретных мер.

Принимая во внимание состояние здоровья заявителя, тот факт, что его поместили в больницу, а также характер лечения. Суд решил, что приковывание г-на Муизеля наручниками было несоразмерным тому риску для безопасности, который он представлял. Кроме того, такое обращение не соответствовало рекомендациям Европейского комитета по предупреждению пыток (КПП), которые касаются условий перевозки заключенных и прохождения ими медицинского обследования.

### **Ксирос против Греции (№ 1033/07) 09.09.2010**

Саввас Ксирос отбывает наказание в виде лишения свободы за участие в террористической организации. Он страдает от последствий серьезного ранения, которое получил во время подготовки теракта в 2002 году в результате взрыва в его руках бомбы. В частности, у него серьезные проблемы со зрением, слухом и опорно - двигательной системой. После нескольких операций на глазах его зрение ухудшилось. В 2006 году он подал прошение о приостановлении отбывания наказания для того, чтобы пройти лечение в специализированной 3 офтальмологической клинике. Трое из четырех специалистов, осматривавших его, рекомендовали перевод в эту клинику. Суды Греции отказали заявителю в его ходатайстве. Суд установил нарушение статьи 3, констатируя недостатки при оказании заявителю медицинской помощи в связи с его проблемой со зрением. Суд отметил, что в его задачу не входит решение вопроса о том, какой ответ должны были дать внутренние суды на ходатайство заявителя о переводе в специализированную клинику. Тем не менее, внутренние суды, разрешая спорный вопрос о необходимости перевода заявителя в эту клинику, должны были скорее назначить дополнительную экспертизу, чем самостоятельно разбираться в сложной медицинской проблеме.

Эти соображения подтверждались также тем, что согласно многим источникам, включая доклад КПП, уровень медицинской помощи в тюрьме, где содержался заявитель, был значительно ниже того уровня, который был гарантирован в специализированной клинике.

### **Ромохов против России (№ 4532/04) 16.12. 2010**

Заявитель жаловался на нарушение статьи 3 Конвенции в связи с отказом в оказании ему медицинской помощи ввиду его проблем со зрением на протяжении его пребывания под стражей, вследствие чего он потерял зрение.

Власти утверждали, что заявитель перестал быть «жертвой» вследствие предполагаемого нарушения его прав по статье 3 Конвенции по причине

предоставления ему недостаточной медицинской помощи во время его содержания под стражей, в то время как заявитель настаивал на том, что «статус жертвы» у него сохранился.

Принимая во внимание решения национальных судов, Суд принимает к сведению их выводы о том, что у заявителя до задержания не было серьезных проблем со зрением, что у него была только легкая близорукость, и что его зрение начало ухудшаться во время содержания под стражей. Далее судами установлено, что заявитель потерял зрение по причине серьезных нарушений и задержек в его осмотре и лечении болезни, допущенных руководством больницы учреждения. Ссылаясь на заключения комиссии медицинских экспертов, суды, в частности, отметили, что если бы заявитель вовремя получил надлежащее лечение, то его зрение можно было бы сохранить, хотя бы частично. В заключение они отметили, что данное обстоятельство нанесло заявителю физический и моральный ущерб. Суд не имеет оснований сомневаться в выводах национальных судов, которые основаны на всех относящихся к делу обстоятельствах, включая квалифицированное медицинское заключение по данному вопросу. Суд отмечает, что незаконное обращение с человеком должно достигать некоего минимального уровня жестокости, чтобы акт такого обращения подпадал под действие статьи 3. Оценка этого минимума зависит от всех обстоятельств дела, таких как продолжительность неправомерного обращения с человеком, физические и психические последствия для него и, в некоторых случаях, пол, возраст и состояние здоровья потерпевшего. Суд в своей практике относил обращение с тем или иным лицом к категории «бесчеловечного», в числе прочего. Обращение с человеком считается «унижающим его достоинство», в том случае, если оно вызывает в жертвах такого обращения чувство страха, муки и неполноценности, которые заставляют их чувствовать себя оскорбленными и униженными. Ссылаясь на выводы национальных судов, а также имеющиеся в их распоряжении материалы, Суд считает, что обращение, которому заявитель подвергся, следует классифицировать как «бесчеловечное» и «унижающее его достоинство» в значении статьи 3 Конвенции.

Тем не менее, остается вопрос, предложенный Властями, потерял ли заявитель «статус жертвы» в отношении предполагаемого нарушения статьи 3 Конвенции в результате проведения разбирательства по возмещению вреда. В этом отношении Суд напоминает, что решение или иная мера, принимаемые в пользу заявителя, в принципе не являются достаточными для того, чтобы лишать его статуса «жертвы» до тех пор, пока национальные власти не признают, прямо или по существу, факт нарушения Конвенции и не предоставят соответствующую компенсацию.

Суд повторно отмечает, что в особых случаях медицинской халатности, если нарушение права на жизнь или личную неприкосновенность произошло без умысла, налагаемое Конвенцией на государство позитивное обязательство не обязательно требует предоставления уголовно-правового средства защиты в каждом случае. В данной сфере, это обязательство может быть выполнено, если правовая система предоставляет пострадавшему возможность получить возмещение по решению суда по гражданскому иску, предоставляя возможность установить любого вида ответственность соответствующих медицинских специалистов и получить соразмерную гражданско-правовую компенсацию, такую как, в числе прочего; решения о присуждении компенсации ущерба. Что касается последнего вопроса, Суд обратил внимание на то, что в случае

нарушения статей 2 и 3 Конвенции, компенсация материального ущерба и морального вреда вследствие такого нарушения в принципе должна быть доступна как часть суммы возмещения. С учетом вышеизложенных принципов и решений национальных судов по делу заявителя, Суд заключил, что все утверждения заявителя и все относящиеся к делу обстоятельства были тщательно изучены и признаны, во всяком случае, по существу, что он подвергался обращению в нарушение статьи 3 Конвенции. Остается удостовериться, что ему было предоставлено соответствующее и достаточное возмещение ущерба в связи с нарушением его прав по Конвенции. Вопрос о том, получили ли заявитель компенсацию, - сопоставимую со справедливой, предусмотренной статьей 41 Конвенции, - за вред, причиненный в результате обращения, противоречащего статье 3, важен при определении того, было ли предполагаемое нарушение Конвенции в полной мере возмещено со стороны государства. Иными словами, статус потерпевшего может зависеть от размера присужденной компенсации на внутригосударственном уровне, исходя из представленных Суду фактических обстоятельств по жалобе заявителя. В отношении материального ущерба, национальные суды четко определяют его наличие и размер. Что касается морального вреда, Суд осуществляет контроль над тем, не были ли присужденные суммы несправедливыми по сравнению с теми решениями, которые Суд присуждал в подобных делах. Вопрос, считается ли присужденная сумма справедливой, должен рассматриваться с учетом всех обстоятельств дела. Суд признает, что национальным судам проще оценивать размер присуждаемых сумм на внутригосударственном уровне, особенно в случаях, касающихся оскорбления личности, и полагается на их собственное усмотрение, даже если в результате эти суммы окажутся ниже присужденных Судом в схожих делах. При этом, тогда как сумма компенсации является значительно более низкой, чем обычно присуждаемая Судом в подобных делах, заявитель сохраняет свой статус «жертвы» в отношении предполагаемого нарушения Конвенции. В настоящем деле из представленных Суду документов не следует, что заявитель, которого представлял назначенный им адвокат, в ходе внутригосударственного судебного разбирательства требовал возмещения ему материального ущерба ввиду несвоевременной и недостаточной медицинской помощи во время содержания под стражей. Далее отмечается, что заявитель никогда не подавал такой иск, а Суд не установил каких-либо свидетельств того, что ему препятствовали сделать это в рамках действующего законодательства или ввиду каких-либо других причин. Из представленных Суду материалов следует, что жалобы заявителя ограничиваются возмещением морального вреда, а, следовательно, Суд будет фокусироваться на этом вопросе. Суд не может прийти к заключению относительно того, может ли сумма компенсации за причинение морального вреда, присужденная заявителю, считаться достаточной в соответствии с национальной практикой. В этом отношении стороны не представили какой-либо информации. Однако **задача Суда в настоящем деле заключается не в пересмотре общей практики национальных судов по присуждению компенсаций за несвоевременное и недостаточное предоставление медицинской помощи, или в установлении определённых денежных сумм, отвечающих требованиям «соразмерной и достаточной компенсации», а в определении, является ли сумма компенсации, присужденная заявителю, достаточной для утраты им «статуса жертвы» в отношении жалобы по статье 3 Конвенции, в части оказания ему медицинской помощи.** Суд принимает

во внимание, что присуждение компенсации при оценке вреда представляет собой довольно сложную задачу. Это особенно трудно в тех случаях, когда предметом жалобы является личный, физический или моральный ущерб. Не существует стандартов, по которым боль и страдания, физический дискомфорт и умственное расстройство можно измерить в денежном эквиваленте. У Суда отсутствуют какие-либо сомнения в том, что в настоящем деле национальные суды, как указано Властями, при всей справедливости и исключительной обоснованности, попытались оценить уровень физических страданий, умственного расстройства, страха и других неблагоприятных воздействий, испытанных заявителем в результате обращения, которому он подвергался. Однако Суд не мог не заметить, что присужденная судом сумма в 8862 евро значительно меньше сумм, присужденных им в отношении подобных дел, когда оказанное лечение, не соответствующее статье 3, привело к причинению серьезного и необратимого вреда здоровью заявителя. Хотя в данном случае заявитель не являлся жертвой вследствие умышленно ненадлежащего лечения или пыток, последствия установленной Судом неспособности национальных властей, под чьим исключительным контролем его содержали под стражей, своевременно обеспечить ему необходимое лечение являются особо тяжкими. В результате данных упущений он полностью потерял зрение и стал инвалидом, хотя, согласно объективному медицинскому заключению, такого исхода можно было избежать, и он бы мог частично восстановить зрение, если бы ему было предоставлено необходимое лечение. Суд приходит к заключению, что компенсация, присужденная заявителю, не возмещает вред в достаточной степени, и, таким образом, он все еще может настаивать, что является «жертвой» ввиду нарушения статьи 3 Конвенции в связи с несвоевременностью и недостатками в предоставленном ему лечении во время содержания под стражей.

### **Васюков против России (No 2974/05) 05.04.2011**

Г-н Васюков утверждал, что заразился туберкулёзом, находясь в заключении. Он также полагал, что ему не была оказана надлежащая медицинская помощь, поскольку диагноз по его болезни был поставлен с задержкой. Суд нашел, что имело место нарушение статьи 3 Конвенции в связи с неспособностью властей надлежащим образом диагностировать у заявителя туберкулез и выполнить свою обязанность по обеспечению оказания адекватной медицинской помощи заявителю во время его отбывания наказания в исправительной колонии до 1 сентября 2004 года; власти Государства-ответчика должны были выплатить заявителю в течение трех месяцев со дня вступления постановления в силу, в соответствии с пунктом 2 статьи 44 Конвенции, 18 000 (восемнадцать тысяч) евро в качестве компенсации морального вреда. Европейский суд также не сделал вывод о том, что заявитель был лишен медицинской помощи в отношении его заболевания туберкулезом в период после сентября 2004 года. Делая данный вывод, Суд также не упустил из виду тот факт, что нерегулярные медицинские осмотры, на которые заявитель давал согласие, не выявили какого-либо ухудшения состояния его здоровья в течение рассматриваемого периода. Кроме того, заявитель, который уже не был лишен свободы, не представил никаких доказательств в поддержку своего утверждения о том, что его состояние ухудшилось. Соответственно, нарушение статьи 3 Конвенции в отношении предполагаемого отказа предоставить заявителю необходимую медицинскую помощь после сентября 2004 года, места не имело.

Из решения суда:

В российском законодательстве имеются подробные положения о предоставлении медицинской помощи лицам, содержащимся под стражей и отбывающим наказание в местах лишения свободы. Эти нормативы, закрепленные в совместном Приказе Министерства здравоохранения и социального развития и Министерства юстиции № 640/190 «О порядке организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключенным под стражу» (далее – «Приказ»), принятом 17 октября 2005 г., применяются ко всем, без исключения, лицам, содержащимся под стражей или отбывающим наказание. В частности, раздел III Приказа регулирует порядок первоначального осмотра, проводимого медицинским персоналом по прибытии задержанного в следственный изолятор. По прибытии в следственный изолятор все лица, содержащиеся под стражей, должны пройти первичный медицинский осмотр до того, как они будут помещены в камеры, в которых находятся другие заключенные. Осмотр производится с целью выявления лиц, представляющих эпидемическую опасность для окружающих, а также больных, нуждающихся в неотложной помощи. Особое внимание должно обращать на лиц, страдающих инфекционными заболеваниями. В срок не более трех дней с момента прибытия в следственный изолятор все поступившие проходят углубленный врачебный осмотр, включая флюорографию. При проведении углубленного осмотра врач выясняет жалобы лица, содержащегося под стражей, изучает анамнез заболевания и жизни, фиксирует телесные повреждения (при наличии таковых) и недавно нанесенные татуировки и при наличии показаний назначает дополнительные методы обследования. Врач медицинской части также должен распорядиться о проведении лабораторных исследований для выявления инфекций, передающихся половым путем, ВИЧ-инфекции, туберкулеза и других заболеваний.

Дальнейшие медицинские осмотры отбывающих наказание в местах лишения свободы и заключенным под стражу проводятся, по меньшей мере, раз в год или чаще по просьбе осужденного или подозреваемого лица. Если состояние лица, отбывающего наказание или заключенного под стражу, ухудшилось, медицинский персонал учреждения проводит медицинский освидетельствование и оказывает медицинскую помощь. В таких случаях медицинский освидетельствование включает в себя общий медицинский осмотр и дополнительные методы исследования при необходимости с привлечением врачей-специалистов. Результаты осмотров фиксируются в медицинскую карту содержащего под стражей лица. Лицо, содержащееся под стражей, должно быть полностью уведомлено о результатах медицинских осмотров.

Раздел III Приказа также устанавливает порядок действий в случаях отказа лица, отбывающего наказание или заключенного под стражу, от медицинского обследования или лечения. В каждом случае отказа в медицинские карты лиц, содержащихся под стражей, должна вноситься соответствующая запись. Медицинский работник должен разъяснить подозреваемому или осужденному лицу все последствия его отказа от предлагаемых лечебно-диагностических мероприятий.

Лица, находящиеся в следственных изоляторах или исправительных учреждениях, принимают назначенные им лекарственные препараты в присутствии медицинского работника. В некоторых случаях начальник медицинской части

учреждения может разрешить медицинскому персоналу выдавать дневную дозу лекарственных препаратов больному для приема без надзора врача.

Раздел X Приказа регламентирует медицинское освидетельствование, диспансерное наблюдение и лечение лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы и заключенных под стражу, больных туберкулезом. В нем устанавливается подробный список лечебно-диагностических мероприятий, которые должны быть проведены, и их периодичность, регламентируются курсы лечения для только что прибывших лиц, больных туберкулезом, и лиц, уже проходивших лечение (лиц, содержащихся в учреждениях, которые заболели повторно или не соблюдали условия лечения). В частности, Раздел X предусматривает, что при выявлении у лиц, отбывающих наказание или заключенных под стражу, признаков реактивации туберкулеза они подлежат немедленной изоляции в специализированных помещениях (инфекционный изолятор медицинской части учреждения) и направлению на лечение в противотуберкулезное учреждение. Профилактическое и противорецидивное лечение больных туберкулезом должно проводиться врачом-фтизиатром. Должен обеспечиваться строгий контроль приема лицами, отбывающими наказание в местах лишения свободы и заключенными под стражу, противотуберкулезных лекарственных препаратов. В медицинской карте лица должны производиться записи с отметками о каждой дозе препаратов. Отказ от приема противотуберкулезных лекарственных препаратов также должен оформляться соответствующей записью в медицинской документации. После этого должна быть проведена беседа с разъяснением негативных последствий отказа. Больным туберкулезом должно назначаться особое диетическое питание.

#### Приказ о противотуберкулезных мероприятиях

21 марта 2003 года Министерством здравоохранения был издан Приказ № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации» (далее – «Приказ о Противотуберкулезных мероприятиях» или «Приказ»). В нем было признано наличие сложной эпидемической ситуации в Российской Федерации в связи с резким увеличением численности лиц, больных туберкулезом, особенно среди детского населения и лиц, содержащихся в пенитенциарных учреждениях, а также значительным возрастанием смертности по причине туберкулеза. Приказ устанавливал нормативы и рекомендации для предупреждения, выявления и лечения туберкулеза в масштабах государства, соответствующие международным стандартам, которые определяют формы и виды туберкулеза и категории больных, устанавливают виды необходимых медицинских осмотров, анализов и исследований, которые должны проводиться в каждом случае, и дают очень подробные инструкции по их проведению и оценке. Также Приказ устанавливал правила вакцинации, определял курсы и режимы лечения для отдельных категорий больных, и так далее.

В частности, Приложение № 6 к Приказу содержит Инструкцию по химиотерапии больных туберкулезом. Установленные Инструкцией цели лечения, основные противотуберкулезные препараты и комбинации их доз, а также стандартные режимы химиотерапии больных туберкулезом, соответствовали рекомендованным Всемирной организацией здравоохранения в докладе «Лечение туберкулеза: рекомендации для национальных программ» Доклад ЕКПП по результатам посещения Российской Федерации со 2 по 17 декабря



2001 г. (СРТ/INF (2003) 30) предусматривает следующее ЕКПП также серьезно обеспокоен практикой перевода заключенных, у которых выявлены палочка Коха и туберкулез (и поэтому крайне заразных), из СИЗО [следственного изолятора] обратно в ИВС [изолятор временного содержания в отделениях милиции], а также прекращением их лечения от туберкулеза при нахождении в ИВС. Также выявлено прекращение лечения при переводе заключенных из одного исправительного учреждения в другое.

В целях борьбы с распространением туберкулеза в правоохранительной и пенитенциарной системах и обществе в целом ЕКПП рекомендует принять немедленные меры для того, чтобы положить конец вышеуказанной практике».

«Согласно Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), Россия являлась одной из 22 стран мира с высоким уровнем заболеваемости туберкулезом (ВОЗ, «Глобальная борьба с туберкулезом: надзор, планирование, финансирование», Женева, 2002 год). Уровень заболеваемости туберкулезом повысился в 90-е годы. Это обуславливалось комбинацией факторов, в том числе: повышенным уровнем бедности, недостаточным финансированием противотуберкулезного лечения и медицинского обслуживания в целом, диагностическими и терапевтическими подходами, созданными для централизованной командно-административной системы борьбы с туберкулезом, не способными справиться с социальной мобильностью и относительной свободой постсоветской эпохи, а также несовершенством техники и устаревшим оборудованием. Миграция населения из бывших советских республик с высоким уровнем заболеваемости туберкулезом также усугубляла проблему. Коэффициенты распространенности туберкулеза в пенитенциарной системе были во много раз выше, чем среди населения в целом. Лечение включало длительную госпитализацию, разные схемы лечения врачей-клиницистов и больных и частое обращение к оперативным вмешательствам. Сокращение бюджета здравоохранения привело к нестабильности снабжения противотуберкулезными препаратами и обеспечения лабораторий, ослаблению контроля качества в туберкулезных диспансерах и лабораториях и неадекватному лечению. Социальные условия, благоприятствующие распространению туберкулеза, в сочетании с не отвечающими требованиям системами диагностики, лечения и надзора, а также повышение лекарственной устойчивости породили серьезную проблему в области здравоохранения.

«Достаточность» медицинской помощи остается самым сложным аспектом для определения. **ЕКПП провозгласил принцип равноценности медицинского обслуживания в учреждениях пенитенциарной системы медицинскому обслуживанию в обществе в целом.** Европейский суд настаивает, что власти должны обеспечивать своевременность и точность диагноза и лечения и, когда это обуславливается характером заболевания, наблюдение должно быть регулярным и систематическим и включать полный терапевтический план, направленный на устранение проблем со здоровьем у содержащегося под стражей или отбывающего наказание лица и предотвращающий ухудшение его состояния. **Однако Европейский суд также постановил, что статья 3 Конвенции не может толковаться как гарантирующая каждому лицу, содержащемуся под стражей или отбывающему наказание, оказание медицинской помощи на таком же уровне, как и «в лучших гражданских лечебных учреждениях».**

В целом, Европейский суд оставляет за собой достаточную степень свободы усмотрения при определении обязательного стандарта медицинского

обслуживания, решая этот вопрос в каждом случае отдельно. Этот стандарт должен быть совместим с «человеческим достоинством» содержащегося под стражей лица, но также должен принимать во внимание «практические требования заключения под стражей или лишения свободы».

Европейский суд принимает во внимание мнение Властей по поводу того, что микобактерия туберкулеза, также известная как палочка Коха, может некоторое время находиться в организме в скрытом состоянии, без проявления клинических признаков заболевания. В то же время для того, чтобы действительно доказать, что заявитель был заражен палочкой Коха еще до его осуждения, Властям необходимо было поставить заявителю пробу Манту по прибытию в следственный изолятор и дополнительно к флюорографическому обследованию, или провести специальный анализ крови на туберкулез, который бы указал на наличие скрытой инфекции. Тем не менее, как следует из доводов сторон, российские пенитенциарные учреждения не используют какие-либо иные методы проверки наличия туберкулеза кроме флюорографического обследования в момент прибытия заключенных в следственные изоляторы. В связи с этим можно сделать вывод, что заявитель никогда не подвергался воздействию инфекции до своего лишения свободы и заразился туберкулезом уже находясь в исправительном учреждении. В этом отношении Европейский суд придает особое значение заключению, сделанному в истории болезни заявителя, и видит истоки заболевания заявителя туберкулезом в его совместном содержании под стражей с больным заключенным. Европейский суд учитывает статистические оценки, согласно которым Россия является одной из двадцати двух стран мира с высоким уровнем заболеваемости туберкулезом, и которые зафиксировали резкое повышение уровня заболеваемости туберкулезом в 1990-е годы, а также отчеты, свидетельствующие о том, что в учреждениях российской пенитенциарной системы туберкулез встречается в двадцать раз чаще, чем вне этих учреждений.

Хотя Европейский суд находит особенно возмутительным то, что заражение заявителя туберкулезом произошло в пенитенциарном учреждении подконтрольном Государству, Европейский суд напоминает о своем неизменном подходе, согласно которому даже если заявитель заразился туберкулезом во время содержания под стражей или отбывания наказания, само по себе не подразумевает нарушение статьи 3 Конвенции при условии, что он получал должное лечение. Однако Государство несет ответственность по обеспечению лечения для находящихся в его ведении лиц, содержащихся под стражей или отбывающих наказание, и отсутствие адекватной медицинской помощи в случае серьезных проблем со здоровьем, возникших во время содержания под стражей или отбывания наказания, может быть равносильным нарушению статьи 3 Конвенции.

### **Захаркин против Российской Федерации (№ 1555/04) 10.06.2010**

Суд признал г-на Валерия Захаркина виновным в нескольких эпизодах разбоя, убийстве и покушении на убийство сотрудника милиции и приговорил его к пожизненному лишению свободы. Захаркин жаловался, что содержался под стражей в ужасающих условиях, что в заключении он не получал адекватной медицинской помощи.

В данном деле Европейский Суд отмечает, что сторонами не оспаривается, что заявитель страдал от ревматоидного полиартрита с апреля 2001 г. Однако стороны не пришли к согласию относительно ключевого вопроса

об адекватности лечения, предоставленного заявителю. Власти Российской Федерации утверждали, что заявитель пользовался необходимой помощью, тогда как заявитель опровергал доводы властей Российской Федерации. При таких обстоятельствах Европейский Суд находит необходимым установить, было ли заявителю фактически отказано в адекватной медицинской помощи и, как следствие, были ли ему причинены страдания, выходящие за пределы порога, определенного статьей 3 Конвенции. Медицинские документы заявителя свидетельствуют о том, что он регулярно осматривался врачом следственного изолятора и шесть раз направлялся в тюремную больницу ИК-2 для всестороннего обследования. Он также дважды наблюдался специалистом по заболеваниям суставов, которая назначила ему курс лечения. Заявитель, однако, утверждал, что рекомендации врачей относительно противовоспалительных средств и гормональных инъекций не соблюдались, и что в любом случае назначенный курс лечения был неадекватным, поскольку он не включал лечение с базисной терапией. Европейский Суд, во-первых, рассмотрит утверждение заявителя относительно лечения с базисной терапией. Ссылаясь на заключение К. (см. § 72 настоящего Постановления), заявитель утверждал, что базисная терапия необходима для замедления разрушения суставов, и что вследствие уклонения от назначения таких лекарств его заболевание быстро прогрессировало в сторону инвалидности. Европейскому Суду представлены противоречивые медицинские данные относительно целесообразности такого лечения в ситуации заявителя. Так, К. указала в своем заключении, что базисная терапия является существенной частью лечения артрита, тогда как ревматолог Л., осматривавшая заявителя дважды, решила, что она в его случае не требуется (см. § 60 настоящего Постановления). **Европейский Суд склонен отдать предпочтение мнению Л., поскольку она осматривала заявителя лично, тогда как К. никогда не видела заявителя и дала заключение, сформулированное в общих выражениях, на основе медицинских документов.** Кроме того, заключение К. не подкрепляет утверждение заявителя о том, что имеется причинная связь между отсутствием лечения с помощью базисной терапии и его инвалидностью. Напротив, К. указала, что артрит неизлечим и почти неизбежно влечет инвалидность. Таким образом, Европейский Суд находит необоснованным утверждение о том, что в случае заявителя показана базисная терапия, или что отсутствие такого лечения имело отрицательное влияние на развитие его заболевания. Хотя его состояние действительно ухудшилось к 2004 году, не имеется достаточных данных, позволяющих заключить, что это было следствием неадекватного лечения, а не естественного и свойственного развития его хронического заболевания. Что касается утверждения о том, что заявитель не получал противовоспалительных средств и гормональных инъекций, рекомендованных ему, Европейский Суд отмечает, что противовоспалительное лечение было назначено заявителю вначале врачом следственного изолятора в апреле 2001 г. и январе 2002 г. (см. § 53 и 56 настоящего Постановления) и впоследствии Л., которая дополнительно рекомендовала мази, гепатозащитное лечение и внутрисуставные гормональные инъекции (см. § 60 и 68 настоящего Постановления). Л. особо подчеркивала, что состояние заявителя требует постоянного противовоспалительного лечения. Однако в медицинских документах заявителя отсутствуют сведения о том, что он получал назначенные лекарства, за исключением 10 инъекций в мае и июне 2002 г. (см. § 57 настоящего Постановления). Европейский Суд напоминает, что

администрация пенитенциарного учреждения обязана фиксировать состояние здоровья заявителя и лечение, которое он получал во время содержания под стражей. Такие медицинские документы должны содержать достаточную информацию, указывающую, какое лечение было назначено пациенту, какое лечение он в действительности прошел, когда и кем оно осуществлялось, как контролировалось состояние здоровья заявителя и так далее. Если медицинская карта заявителя недостаточно конкретная в этом отношении, Европейский Суд может сделать из этого выводы. С учетом того, что медицинские документы заявителя не содержат записей, подтверждающих, что назначенные лекарства действительно ему выдавались, и с учетом того, что Л. недвусмысленно указала в своем заключении от 27 мая 2003 г., что ее рекомендации не были соблюдены (см. § 68 настоящего Постановления), Европейский Суд находит установленным, что заявитель не получал лечение, назначенное ему врачом. Кроме того, Европейский Суд учитывает, что в неустановленную дату летом или осенью 2003 года заявитель отказался принимать назначенные ему противовоспалительные лекарства, настаивая на том, что ему должны сделать инъекции (см. § 69 настоящего Постановления). Однако это обстоятельство не существенно для настоящего дела, поскольку ко времени отказа заявитель в любом случае был оставлен без какого-либо лечения более двух лет. Так или иначе, лечение, предложенное в этой связи, не соответствовало назначениям врача. Оно ограничивалось противовоспалительными лекарствами и не включало инъекций, мазей или гепатозащитных средств, назначенных Л. Наконец, остается удостовериться в том, причинило ли заявителю уклонение от назначенного лечения страдания, достигающее минимального уровня суровости, требуемого для отнесения к сфере действия статьи 3 Конвенции. Европейский Суд отмечает в этом отношении, что лечение, рекомендованное заявителю, было направлено на уменьшение воспаления в пораженных суставах и, как следствие, уменьшение боли. В результате уклонения от этого лечения заявитель должен был претерпевать постоянное и значительное страдание. Хотя он иногда получал обезболивающее, его действие было ограничено во времени, и, в любом случае, оно не могло рассматриваться как надлежащая замена лечения, надлежащим образом назначенного врачом. Европейский Суд констатирует, что заявитель часто жаловался на боли в суставах (см. § 58, 68 и 69 настоящего Постановления), которые могли быть вызваны уклонением от выдачи назначенных лекарств. Соответственно, Европейский Суд признает, что приемлемый порог страдания был превышен. Изложенные соображения являются достаточными для того, чтобы Европейский Суд мог заключить, что, предоставив заявителю страдать от сильной боли в течение длительного срока вследствие уклонения от предоставления ему лечения от артрита, администрация следственного изолятора N ИЗ-66/1 г. Екатеринбурга не достигла стандартов медицинской помощи для заключенных, установленных статьей 3 Конвенции, и подвергла заявителя бесчеловечному и унижающему достоинство обращению. Соответственно, имело место нарушение этой статьи.

### **Горбунов против России (№ 43174/10) 05.02.2013 года**

Г-н Андрей Горбунов отбывает наказание в виде лишения свободы в Курганской области.

Он был задержан 26 февраля 2009 года в г. Ижевске по подозрению в незаконном обороте наркотиков. Заявитель страдает героиновой зависи-

мостью, хроническим инфекционным эндокардитом, трикуспидальной недостаточностью и гепатитом С. С 27 февраля 2009 года по 10 июля 2010 года его содержали под стражей в следственном изоляторе № 18/1 в Удмуртии и больницах для заключенных. 16 апреля 2009 года заявитель ходатайствовал о своем освобождении, ссылаясь на ухудшение состояния своего здоровья и отсутствие медицинской помощи в следственном изоляторе, что, по его утверждению, могло привести к смерти. Он также утверждал, что ему требуется срочная операция. Следователь по уголовному делу отклонил ходатайство об освобождении, считая, что до задержания у заявителя было «достаточно времени для получения необходимой медицинской помощи в г. Перми для операции на сердце».

Горбунов обратился в ЕСПЧ, где жаловался на нарушение ст. 3 ввиду неказания надлежащей медицинской помощи.

Оценка суда: **суд повторяет, что в соответствии со статьей 3 Конвенции, государство должно обеспечить, чтобы лицо, содержащееся под стражей, находилось в условиях совместимых с уважением к человеческому достоинству, что порядок и способ исполнения меры наказания не причиняли ему боль и страдания, интенсивность которых превышает неизбежный уровень страданий, присущий содержанию под стражей, и что, с учетом практических требований режима лишения свободы, его здоровье и благополучие должно гарантироваться на приемлемом уровне, среди прочего, предоставлением ему необходимой медицинской помощи.**

**Национальные власти должны гарантировать, что диагностика и лечение в местах лишения свободы, в том числе тюремных больницах, являются безотлагательными и точными, и что, когда этого требует характер заболевания, проводится регулярный осмотр и включает в себя комплексные терапевтические мероприятия, направленные на обеспечение восстановления заключенного или, по крайней мере, предотвращение ухудшения его или ее состояния.**

Заявитель был задержан в феврале 2009 года и содержался под стражей по уголовному делу. В апреле 2010 года он был осужден и приговорен к пяти годам и трем месяцам тюремного заключения. Выяснилось, что его болезнь сердца развилась до момента его заключения под стражу. Заявитель с 2009 года просил передать его в специализированную кардиологическую больницу в Москве. Кроме того, что это является желательной процедурой, также считается медицинской необходимостью для правильного планирования возможной операции. Это подтверждается консультативным медицинским заключением, которое было получено заявителем в июне 2010 года. В заключении также указано, что лечение заявителя в медицинской части учреждения уже не было необходимым. Еще до заключения, в декабре 2009 года медицинский персонал учреждения рекомендовал, чтобы содержание под стражей было заменено другой мерой пресечения в целях содействия принятию заявителем в специализированную кардиологическую больницу для операции. Опираясь на имеющиеся медицинские документы, власти государства-ответчика по существу подтвердили, что операция, рекомендуемая для заявителя, не была вопросом чрезвычайной важности/срочности и, следовательно, ее задержка не влекла за собой боль или страдание, необходимые для того, чтобы достичь «минимальный порог тяжести» и тем самым нарушить статью 3 Конвенции. Отмечено, что заявитель упомянул о срочности операции в качестве аргумента в поддержку своего ходатайства об освобождении в апреле

2009 года. Тем не менее, имеющийся материал не раскрывает, что этот аргумент был подтвержден каким-либо медицинским свидетельством в то время. В августе 2009 года главный врач следственного изолятора написал судье первой инстанции, утверждая, что заявителю не требуется никакой срочной операции. Позже, в ноябре 2009 года, заявитель безуспешно требовал, чтобы судебно-медицинский эксперт определил, необходимо ли срочно проводить ему операцию. Судья первой инстанции посчитал, что этот вопрос не имеет отношения к судебному разбирательству или оценке способности заявителя участвовать в нем. Со своей стороны Суд считает, что материалы, которые находятся в его распоряжении, не подтверждают, что в течение рассматриваемого периода операция была делом доказанной срочности. Тем не менее, Суд повторяет, что **отсутствие необходимости в неотложной медицинской помощи не обязательно исключает возможность нарушения статьи 3 Конвенции**. К счастью, задержка в приеме заявителя в специализированной кардиологической больнице не привела к каким-либо серьезным последствиям. Суд не исключает, что некоторые задержки предоставления медицинской помощи, даже неудачные, могут не произвести существенного физического или психологического воздействия на человека или, например, на курс лечения.

Как видно из информации, представленной властями, заявитель получил консультации кардиохирурга из больницы имени Бакулева в Москве в октябре 2011 года. В то же время, заявления сторон совпадают в вопросе, что целью приема заявителя в специализированное учреждение было выяснение вопроса о срочности операции. Суд не имеет оснований не согласиться, что надлежащим курсом действий в отношении состояния здоровья заявителя было принятие в больницу, вместе с осмотром кардиохирургом. В то время как Суд признал, что власти предприняли определенные шаги, направленные на предоставление заявителю специалиста для лечения за пределами исправительной системы, консультации кардиохирурга были отложены в период между 2009 и октября 2011 года. Фактически, власти отметили, что определенные недостатки, в частности, в отношении цепочки связей между различными подразделениями ФСИН России, внесли свой вклад в ситуацию, в результате чего заявитель не мог быть принят в кардиологическую больницу, в связи с необходимостью соблюдения временных ограничений и других ограничений, связанных с процедурой «предписания». Суд не смог определить, соответствовали ли практические меры для проведения консультаций в полной мере в мае 2012 года, и в более ранний период в октябре 2011 года рекомендациям, сделанным в 2010 году. **Суд считает, что в отношении рассматриваемого периода времени, на состояние здоровья заявителя не было никакой адекватной и своевременной реакции со стороны властей, особенно по причине материально-технических трудностей. Нет оснований полагать, что были сделаны усилия для борьбы с этими трудностями, с учетом тяжести состояния здоровья заявителя.**

Сделав вышеизложенные выводы, Суд не может проигнорировать тот факт, что последние медицинские заключения (в октябре 2011 и в мае 2012 года), которые были ему предоставлены, по существу отмечали статус заявителя как заключенного и указывали на текущие или возможные препятствия для проведения операции (см. пункт 41 выше). Как заявили в больнице имени Бакулева, было практически невозможно обеспечить постоянное присутствие конвоя во время и после операции, чтобы держать под контролем заявителя

(см. пункт 40 выше). В то же время, власти признали, что состояние здоровья заявителя не требует досрочного освобождения по состоянию здоровья. В связи с этим, Суд не может не подтвердить принцип, согласно которому национальные органы должны организовывать внутреннюю правовую систему таким образом, чтобы обеспечить ее соответствие с обязанностями государства по Конвенции. Это также относится и к вопросу о медицинской помощи в контексте практических требований к режиму лишения свободы. Национальные власти должны гарантировать, что диагностика и лечение в местах лишения свободы, в том числе в тюремных больницах, являются безотлагательными и точными, и что, когда этого требует характер заболевания, проводится регулярный осмотр и включает в себя комплексные терапевтические мероприятия.

В обстоятельствах настоящего дела присутствует нарушение статьи 3 Конвенции.

### **Сахвадзе против России (№1549/09) 10.01.2013**

Г-н Сахвадзе утверждал, что ему не было обеспечено какое-либо специальное лечение в связи с его миелопатией. Несмотря на рекомендации врача в 2006 году, он не был осмотрен ревматологом или травматологом, не было проведено рентгеновского обследования суставов правого запястья и левого колена. Несмотря на рекомендацию врача 2007 года, электромиография (ЭМГ) не проводилась каждые шесть месяцев. Хотя заявитель жаловался на боли в брюшной области и тошноту, он не был осмотрен гастроэнтерологом, и лечение этих симптомов не проводилось. Направление на эндоскопию было выдано только в 2008 году, а в предыдущие три раза эндоскопия не проводилась. Что касается сердечных болей, то электрокардиограмма (ЭКГ) была сделана только в январе 2007 года. До или после никакие обследования или лечение не проводились, и невзирая на острые и постоянные боли в сердце, он не был осмотрен кардиологом. Несмотря на боли в печени, заявитель не был осмотрен гепатологом и не получал соответствующего лечения. Данное лечение было особенно необходимо, поскольку он проходил химиотерапию в связи с его болезнью туберкулезом. Никакой медицинской помощи не было оказано и в связи с ухудшением его зрения или стоматологическими проблемами. Все записи в медицинских документах об отказе от лечения были подделаны. Ни один из отказов не был занесен в специальную форму и не имел его подписи, несмотря на требования национального законодательства. Наконец, заявитель утверждал, что с конца декабря 2008 года до июня 2009 года медицинская помощь в связи с вышеупомянутым состоянием его здоровья ему не оказывалась.

Европейский суд указал, что для отнесения к сфере действия статьи 3 Конвенции жестокое обращение должно достигнуть минимального уровня суровости. Оценка указанного минимального уровня зависит от всех обстоятельств дела, таких как длительность обращения, его физические и психологические последствия и, в некоторых случаях, пол, возраст и состояние здоровья жертвы. Жестокое обращение, которое достигает такого минимального уровня суровости, обычно включает в себя реальные телесные повреждения или сильные физические и нравственные страдания. Вместе с тем даже в отсутствие этого, если обращение унижает или оскорбляет лицо, свидетельствуя о неуважении или умалении человеческого достоинства, или вызывает чувства страха, тоски или неполноценности, способные повредить моральному или физическому со-

противлению лица, оно может характеризоваться как унижающее человеческое достоинство и подпадает под действие запрета статьи 3 Конвенции. В контексте лишения свободы Европейский Суд последовательно подчеркивал, что для отнесения к сфере действия статьи 3 Конвенции испытываемые страдания и унижение в любом случае должны выходить за пределы неизбежного элемента страдания или унижения, связанного с содержанием под стражей. Что касается медицинской помощи в исправительных учреждениях, Европейский Суд напоминает, что в соответствии со статьей 3 Конвенции государство-ответчик должно обеспечить содержание лица в условиях, совместимых с уважением его человеческого достоинства, и способ и метод исполнения этой меры не должны подвергать его страданиям и трудностям, превышающим неизбежный уровень, присущий содержанию под стражей, и с учетом практических требований лишения свободы его здоровье и благополучие должны адекватно обеспечиваться, в том числе, путем оказания ему требуемой медицинской помощи.

Если жалобы затрагивают не оказание требуемой медицинской помощи во время содержания под стражей, для установления того, что заключенный подвергался обращению, несовместимому с требованиями статьи 3 Конвенции, не обязательно, чтобы отказ от помощи повлек резкое ухудшение состояния или причинение сильных или продолжительных страданий. Тот факт, что при подобных обстоятельствах заключенный нуждался и требовал оказания такой помощи, которая ему не была оказана, достаточен, чтобы прийти к выводу о том, что подобное обращение нарушало требования статьи 3 Конвенции.

Национальные органы должны обеспечить, чтобы диагностика и медицинская помощь в исправительных учреждениях, включая тюремные больницы, осуществлялась и оказывалась быстро и правильно и чтобы, если это обусловлено характером заболевания, наблюдение за больными осуществлялось регулярно и предполагало комплексное лечение, направленное на обеспечение выздоровления заключенного или, по крайней мере, на исключение ухудшения состояния здоровья. В целом, учитывая "практические требования лишения свободы", Европейский Суд вправе применять достаточную гибкость, разрешая в каждом конкретном деле вопрос о том, были ли недостатки оказания медицинской помощи "совместимыми с человеческим достоинством" заключенного. Европейский Суд напоминает, что утверждения о жестоком обращении должны быть подкреплены соответствующими доказательствами. При оценке доказательств Европейский Суд, как правило, применяет стандарт доказывания "вне всякого разумного сомнения". Целью Европейского Суда никогда не являлось заимствование подхода национальных правовых систем, которые применяют этот стандарт. Роль Европейского Суда заключается в вынесении решений по поводу не уголовной или гражданско-правовой ответственности, а ответственности государств-участников на основании Конвенции. Особенности его задачи в соответствии со статьей 19 Конвенции - гарантировать соблюдение государствами-участниками их обязательства по обеспечению фундаментальных прав, закрепленных Конвенцией, - обуславливают его подход к вопросам доказывания и доказательств. При разбирательстве дела в Европейском Суде отсутствуют процессуальные препятствия для приемлемости доказательств или предустановленный порядок их оценки. Он принимает выводы, которые, с его точки зрения, подкреплены свободной оценкой всех доказательств, включая такие заключения, которые могут вытекать из фактов и доводов сторон. Согласно прецедентной практике Ев-



ропейского Суда доказывание может строиться на совокупности достаточно надежных, четких и последовательных предположений или аналогичных непровергнутых фактических презумпций. Кроме того, степень обоснованности, необходимой для конкретного вывода, и, в этой связи, распределение бремени доказывания неразрывно связаны со спецификой фактов, природой утверждений и рассматриваемым правом, установленным Конвенцией.

Что касается оказания медицинской помощи в местах лишения свободы, ничем не обоснованного утверждения об отсутствии, задержке медицинской помощи или ее неудовлетворительном оказании обычно недостаточно для установления нарушения статьи 3 Конвенции. Доказуемая жалоба должна обычно включать, кроме прочего, достаточные ссылки на медицинское состояние, соответствующие предписания врачей, требуемые, сделанные или отклоненные, а также некоторые доказательства, например, заключения экспертов, способные установить серьезные пробелы в оказании медицинской помощи заявителю.

**Конвенционное производство не во всех случаях характеризуется строгим применением принципа “вне всякого разумного сомнения”, доказывание возлагается на утверждающего, так как в некоторых случаях только государство-ответчик имеет доступ к информации, подтверждающей или опровергающей жалобы на нарушение Конвенции. Непредоставление государством-ответчиком такой информации без убедительного объяснения причин может привести к выводу об обоснованности утверждений заявителя.**

Европейский Суд отмечает, и это не оспаривалось сторонами, что состояние здоровья заявителя в течение данного периода, несомненно, было тяжелым и требовало комплексного лечения, включая прием медикаментов, надзора и наблюдения. Европейский Суд полагает, что ответственность в связи с этими жалобами несут власти Российской Федерации, поскольку заявитель, отбывавший срок лишения свободы, содержался под стражей в тюремной больнице, находящейся в ведении государства-ответчика. Европейский Суд отмечает, и это не оспаривалось сторонами, что заявителю была оказана адекватная медицинская помощь в связи с туберкулезом, что являлось основной причиной его перевода в тюремную больницу в июле 2006 года. Тем не менее представляется, что данное лечение не принесло положительных результатов и что состояние здоровья заявителя ухудшилось. Это неизбежно повлияло на другие аспекты его здоровья и назначенного лечения.

## **ОБРАЩЕНИЕ с заключенными, имеющими ВИЧ**

### **Алекسانян против России (N 46468/06) 22.12.2008 г.**

В апреле 2006 г. против г-на Алекسانяна возбудили уголовное дело и заключили под стражу. Несколько раз он ходатайствовал о своем освобождении по состоянию здоровья, но эти заявления отклонялись. В сентябре 2006 г. было установлено, что он ВИЧ-инфицирован. В сентябре 2007 г. он страдал лихорадкой, потерял больше 10% веса тела и ослабел. Его зрение, плохое к моменту ареста, ухудшилось до такой степени, что он почти ослеп. У него появился ряд других заболеваний, в частности стоматит, неврологические расстройства, энцефалопатия, поражения печени и рак лимфатической системы. Медицинское обследование выявило резкое ухудшение его состояния. Было

рекомендовано стационарное обследование и лечение в Московском центре СПИД. Следователь, который вел дело, обратился в суд, ссылаясь на то, что заболевания заявителя требуют лечения за пределами изолятора, и просил о его освобождении под залог. Суд пришел к выводу, что не вправе рассматривать данный вопрос, и отметил, что следователь не нуждается в судебном решении для замены содержания под стражей на более мягкую меру пресечения, такую как залог. Однако, узнав об этом решении, следователь отказал в освобождении под залог, сославшись на то, что он не компетентен разрешать вопрос о том, нуждается ли заявитель в переводе в специализированное медицинское учреждение. Срок содержания заявителя под стражей неоднократно продлевался, в последний раз - в январе 2009 г. В тюремной больнице подтвердили, что состояние здоровья позволяет ему находиться под стражей и участвовать в судебном разбирательстве.

**Доступ к антиретровирусным препаратам.** Как следует из истории болезни заявителя и официальных докладов, представленных государством-ответчиком, в ряде случаев заявитель отказывался от обследования, инъекций и лечения. Однако эти документы не указывают, какое именно лечение предлагалось заявителю, и какие обследования ему рекомендовалось пройти. Если история болезни не представляет достаточной информации в этом отношении, **Европейский Суд вправе делать собственные выводы.** По всей вероятности, заявитель не получал антиретровирусного лечения за счет тюремной аптеки. С учетом того, что государства-участники обязаны обеспечивать любую медицинскую помощь, которую могут допускать их ресурсы, Европейский Суд не находит, что власти имеют неограниченное обязательство по бесплатному предоставлению заявителю антиретровирусного лечения, которое является весьма дорогим. Заявитель мог получать дорогостоящее лечение за счет родственников и не ссылаясь на то, что приобретение этих лекарств возлагало на него или его родственников чрезмерное бремя. Европейский Суд, таким образом, готов признать, что отсутствие подобных лекарств в тюремной аптеке как таковое не противоречило статье 3 Конвенции.

**Доступ к специализированной медицинской помощи.** Отказ государства-ответчика в обследовании заявителя смешанной медицинской комиссией, включавшей избранных им врачей, был произвольным. В связи с этим Европейский Суд делает неблагоприятные выводы из отказа государства от исполнения предварительной меры, указанной в соответствии с правилом 39 Регламента Суда. Не позднее, чем с октября 2007 г., состояние здоровья требовало перевода заявителя в больницу, специализировавшуюся на лечении СПИДа. Отсутствуют данные о том, что в тюремной больнице он получал антиретровирусную терапию и что работавший там персонал обладал необходимым опытом и практическими навыками для ее осуществления. **Тюремная больница являлась, таким образом, ненадлежащим учреждением для этих целей.** Европейский Суд не усмотрел серьезных практических препятствий для немедленного перевода заявителя в специализированное медицинское учреждение. Так, Московский центр СПИД находился в том же городе и был готов принять его на стационарное лечение. Заявитель имел возможность покрыть большую часть расходов, связанных с лечением. **Угроза безопасности, которую он представлял в то время, если она существовала, была несопоставима с риском для его здоровья.** В любом случае меры безопасности, принятые тюремными властями во внешней больнице, не являлись слишком сложными. Власти страны,

таким образом, не проявили достаточной заботы о здоровье заявителя, по крайней мере, до его перевода во внешнюю больницу. Это нарушало его достоинство и создавало значительные трудности, причиняя страдания, выходящие за пределы тех, которые неизбежно связаны с заключением под стражу и имевшимися заболеваниями, что являлось бесчеловечным и унижающим достоинство обращением. По делу допущено нарушение требований статьи 3 Конвенции (принято единогласно).

### **Худобин против России (No 59696/00) 26.10.2006**

Будучи ВИЧ-инфицированным и имея несколько хронических заболеваний, включая эпилепсию, вирусный гепатит и различные психические болезни, во время предварительного заключения, длившегося более одного года, заявитель приобрёл ряд серьёзных заболеваний, в том числе корь, бронхит и острое воспаление лёгких. Из-за своего состояния заявитель часто попадал в инфекционное отделение тюремной больницы. Тем не менее, требование его отца о полном медицинском осмотре заявителя было отклонено. Суд признал нарушение статьи 3, так как заявитель не получил той медицинской помощи, в которой нуждался. Учитывая, что заявитель был ВИЧ-инфицирован и страдал серьёзным психическим заболеванием, отсутствие своевременной квалифицированной медицинской помощи и отказ в проведении независимого медицинского обследования вызвали у него, по всей вероятности, сильное чувство незащищённости. Суд признал, что медицинская помощь в тюремных больницах не всегда может соответствовать уровню обычных публичных медицинских учреждений, и подчеркнул, что в задачу государств входит добиться того, чтобы здоровье и благополучие заключённых защищались надлежащим образом, путём предоставления всей необходимой медицинской помощи. Медицинская часть тюрьмы должна, по крайней мере, обеспечивать регулярные амбулаторные консультации и срочную медицинскую помощь (конечно, в дополнение там может быть больничное отделение с койками). ...Более того, врачи медицинской части тюрьмы должны иметь возможность обратиться к специалистам. ... Амбулаторное лечение должно осуществляться должным образом врачами; во многих случаях недостаточно, чтобы предоставление реабилитационного лечения зависело от инициативы заключенного. Непосредственный доступ к услугам полностью оборудованного медицинского учреждения должен быть обеспечен как в гражданских больницах, так и медицинских частях учреждений уголовно-исполнительной системы.... В любой момент, когда заключенные нуждаются в госпитализации или обследовании специалистом в больнице, они должны быть доставлены туда незамедлительно и способом, соответствующим состоянию их здоровья». Медицинская часть тюрьмы должна располагать возможностью оказать медицинскую помощь и уход, так же как и обеспечить соответствующие диеты, физиотерапию, реабилитационный курс или какое-либо другое необходимое обслуживание в аналогичных условиях, обеспечиваемым больным в учреждениях гражданской системы здравоохранения. Аналогичным образом должны быть приведены в такое же соответствие и обеспечение медицинского, сестринского и технического персонала, а также помещения, установки и оборудование. Должен быть надлежащий надзор за использованием аптеки и распределением медицинских препаратов. Кроме того, составление медицинских препаратов должно всегда доверяться квалифицированным специалистам (фармацевту, медицинской сестре и так далее). На каждого пациента необходимо заводить медицинскую

карту, в которой содержатся диагностическая информация, а также регулярные записи об изменении состояния здоровья пациента и о любых пройденных им специальных обследованиях. В случае перевода пациента [в другое учреждение], карточку необходимо направить лечащим врачам. Кроме того, сотрудникам здравоохранения необходимо вести ежедневные журналы, где указываются особые случаи, произошедшие с пациентами. Такие журналы полезны тем, что предоставляют общую картину ситуации со здравоохранением в тюрьме и в то же время освещают особые проблемы, которые могут возникнуть. Бесперебойное функционирование системы здравоохранения предполагает, что врачи и сестринский персонал должны иметь возможность регулярно встречаться и образовывать рабочую команду под руководством главного врача в соответствующем учреждении».

### **А.В. против России 14.10.2011**

В октябре 2004 года ВИЧ-инфицированный заявитель, содержащийся в тюрьме, был переведен в одиночную камеру, температура в которой опускалась зимой до 7-10 о С. Его не лечили от ВИЧ и не отправляли в больницу ввиду отсутствия там свободных мест. Тюремные камеры, в которых он содержался, были в крайне плохом состоянии, вентиляция, отопление и горячая вода отсутствовали, врачи редко посещали заключённых, а если и посещали, то не давали лекарств. Учитывая, что на протяжении шести лет состояние здоровья заявителя не проверялось, Суд был крайне озабочен утверждением властей о том, что заявитель не нуждался в антиретровирусной терапии. Суд нашёл нарушение статьи 3 (запрет бесчеловечного и унижающего достоинство обращения) в связи с отсутствием в исправительном учреждении минимального медицинского наблюдения за заявителем, направленного на своевременное лечение ВИЧ-инфекции.

### **Кожокарь против Российской Федерации (№ 33099/08) 16.12.10**

Г-н Владимир Кожокарь, отбывающий наказание за распространение наркотиков, жаловался, что его содержали под стражей в бесчеловечных условиях, что он не получал должной медицинской помощи в связи с ВИЧ и что он не располагал достаточными средствами правовой защиты в отношении его жалобы на бесчеловечные условия его содержания под стражей. В своем решении суд напомнил, что хотя статья 3 Конвенции не может быть истолкована как подразумевающая общее обязательство выпускать лиц, содержащихся под стражей, на основании проблем со здоровьем, тем не менее, она налагает на Государство обязательство обеспечивать хорошее физическое состояние лиц, лишенных свободы, среди прочего, обеспечивая их необходимой медицинской помощью.

## **ОБРАЩЕНИЕ с заключёнными, имеющими физическую инвалидность**

### **Прайс против Соединённого Королевства (No 33394/96) 10.7.2001 (Палата)**

Адель Прайс, инвалид без рук и ног, имеющая к тому же заболевание почек, была лишена свободы за неуважение к суду в ходе разбирательства по граждан-

скому делу. Одну ночь она провела в полицейской камере, где ей пришлось спать в своей инвалидной коляске, поскольку обычная кровать не была приспособлена для людей имеющих инвалидность; в камере, по её словам, было холодно. Последующие 2 дня она содержалась в обычной тюрьме, где для того, чтобы воспользоваться туалетом, ей приходилось прибегать к помощи надзирателей мужчин. Суд посчитал, что содержание инвалида в холоде, в отсутствие приспособленной для нее кровати, в условиях, когда пользование туалетом и умывание представляют для нее большую трудность равносильно унижающему достоинство обращению, нарушающему статью 3.

### **Владимир Васильев против России (N 28370/05) 10.01.2012 г.**

При отбытии пожизненного заключения заявитель отморозил себе палец на правой ноге и нижнюю часть левой ноги, которые были ампутированы, но он не мог получить подходящую ортопедическую обувь. Медицинское учреждение, в котором заявитель содержался в 1996 году, подтвердило необходимость такой обуви, но указало, что действующие правила обеспечения осужденных не предусматривают ее приобретения государством. Другой изолятор, в котором заявитель содержался в 2001 году, указал, что не может предоставить ортопедическую обувь, поскольку она производится в другом городе, и имеется значительная очередь на ее приобретение. Учреждения, в которых заявитель содержался впоследствии, по-видимому, исходили из того, что без статуса инвалида заявитель не нуждался в ортопедической обуви. Заявитель утверждал, что отсутствие такой обуви причиняло ему боль и сложности при попытках сохранить равновесие во время обычных длительных проверок или при уборке своей камеры. Ввиду этого и различных заболеваний (включая диабет), которыми он страдал, заявитель предъявил иск, но никогда не доставлялся в суд во время слушаний по его делу, и его иск был в конце концов отклонен.

По поводу соблюдения статьи 3 Конвенции его жалоба на отсутствие ортопедической обуви вызывает серьезную озабоченность. Отсутствие удовлетворительного решения проблемы заявителя в 2005-2011 годах причиняло ему страдания и лишения, составляющие унижающее достоинство обращение. Решение о нарушении ст. № ЕК принято единогласно. Взыскано 9 000 евро морального вреда.

## **СОДЕРЖАНИЕ под стражей престарелых заключённых**

### **Папон против Франции (No 64666/01) 07.06.2001 Жалоба неприемлема**

Морис Папон отбывал наказание в виде лишения свободы за соучастие в преступлениях против человечности. На момент подачи жалобы ему было 90 лет. Он утверждал, что содержание в тюрьме человека его возраста противоречит статье 3 и что условия содержания в тюрьме, в которой он находился, не соответствовали его престарелому возрасту и состоянию его здоровья. В этом деле Суд решил, что общее состояние здоровья г-на Папона и условия его содержания не позволяли сделать вывод о том, что был достигнут порог жестокости, необходимый для того, чтобы обращение попало в сферу действия статьи 3. У заявителя были проблемы с сердцем, однако его общее состояние оценивалось экспертами как "хорошее". Суд не исключил возможности того, что при определённых условиях длительное содержание под стражей преста-

релого лица может вызвать вопросы по статье 3, но в этом случае необходимо изучать конкретные обстоятельства отдельно взятого дела. Суд также отметил, что ни одно из государств –участников Конвенции не устанавливает максимального возрастного предела, который бы исключал для лица возможность содержания под стражей или отбывания наказания в местах лишения свободы.

## **ОБРАЩЕНИЕ с наркоманами, страдающими абстинентным синдромом**

### **МакГлинчи и другие против Соединённого Королевства (№ 50390/99) 29.4.2003 (Палата)**

В декабре 1998 года Джудит МакГлинчи, героиновая наркоманка со стажем, была приговорена к 4 месяцам тюремного заключения за кражу. В тюрьме у неё развился абстинентный синдром, она страдала рвотой и значительно потеряла в весе. Она была осмотрена доктором. Через неделю её состояние ухудшилось, и она была отправлена в больницу, где и скончалась в январе 1999 года. Родственники г-жи МакГлинчи жаловались, что перед смертью та стала жертвой бесчеловечного и унижающего достоинство обращения в тюрьме. На основании представленных доказательств Суд пришёл к выводу, что утверждения родственников г-жи МакГлинчи о том, что тюремная администрация не предоставила ей лекарств от абстинентного синдрома и запирала её в камере в качестве наказания, не соответствовали действительности. Тем не менее, шестью голосами против одного, Суд постановил, что администрация тюрьмы не справилась со своей задачей по предоставлению г-же МакГлинчи необходимой медицинской помощи. Таким образом, была нарушена статья 3.

## **ЕВРОПЕЙСКИЙ суд о доказывании жалоб на медицинскую помощь**

### **Самойлов против России (№57541/09) 24.01.2012**

Валерий Самойлов жаловался на то, что ему не оказывалась и не оказывается необходимая медицинская помощь в нарушение требований статьи 3 Конвенции, которая предусматривает следующее:

“Никто не должен подвергаться ни пыткам, ни бесчеловечному или унижающему достоинство обращению или наказанию”.

Европейский Суд признает, что заключенные могут испытывать сложности в сборе доказательств для обоснования в национальных органах и Европейском Суде своих жалоб относительно прошлых или существующих недостатков оказания медицинской помощи под стражей. Это тем более верно, если такие претензии затрагивают сложные медицинские проблемы. Тем не менее Европейский Суд полагает, что заявитель, который был представлен адвокатом в разбирательстве на национальном уровне и в Европейском Суде, не сообщил достаточных и убедительных доводов, раскрывающих предположительно серьезные недостатки со стороны национальных властей в период с 24 апреля 2008 г. по июнь 2010 года, которые нарушали бы требования статьи 3 Конвенции.

Соответственно, по делу требования статьи 3 Конвенции нарушены не были.

## **ЕВРОПЕЙСКИЙ суд об условиях перевозки Е**тяжело больных и условиях охраны во время оказания медицинской помощи

### **Тарариева против Российской Федерации (N 4353/03) 14.12.2006**

Заявительница утверждала, что ее сын Тарариев Н.И. умер, отбывая наказание в виде лишения свободы, в результате ненадлежащей и неправильной медицинской помощи и что виновные в этом не были установлены и наказаны.

#### *Применение к Тарариеву Н.И. наручников.*

Заявительница утверждала, что она и свидетель Цыганкова А.Г. посещали Тарариева Н.И. в Апшеронской районной больнице и видели, что он был пристегнут за левую руку наручниками к кровати. Заявительница представила письменные показания Цыганковой А.Г. с подробным описанием посещения.

Власти Российской Федерации отрицали, что заявительницу допускали в палату в Апшеронской районной больнице, где лежал Тарариев Н.И., и что к последнему применялись наручники. Европейский суд отмечает, что утверждение заявительницы о том, что она видела своего сына пристегнутым наручниками к кровати, оспаривается властями Российской Федерации. При этом версия заявительницы подтверждается письменными показаниями свидетельницы Цыганковой А.Г., представленной в рамках разбирательства дела в Европейском суде. Впоследствии Цыганкова А.Г. подтвердила свои показания в беседе с государственными должностными лицами. С другой стороны, власти Российской Федерации не подтвердили свои доводы доказательств, таким, как, например, показания медицинского персонала больницы или сотрудников, охранявших палату Тарариева Н.И. Власти утверждали, что закон не требовал применения наручников в случае с Тарариевым Н.И., но они не представили доказательств того, действительно ли сотрудники конвоя действовали в данном случае согласно требованиям закона. Европейский суд повторяет, что обычно применение наручников не вызывает вопрос в рамках статьи 3 Конвенции, если эта мера применяется в связи с законным задержанием и не влечет применение силы или публичности, превышающих разумно необходимый уровень. В этом отношении важно, например, рассмотреть, имелась ли опасность того, что лицо может скрыться или причинить вред себе или окружающим. В данном деле сторонами не оспаривалось, что отсутствовал риск того, что Тарариев Н.И. мог сбежать, и что он не представлял опасности для себя или окружающих. Он не мог встать с постели на следующий день после сложной полостной операции. Он находился под капельницей и не мог встать без посторонней помощи. Из подробных показаний Цыганковой А.Г. также следует, что в палате Тарариева Н.И. присутствовал вооруженный автоматом охранник, а еще двое охранников находились снаружи палаты. При таких обстоятельствах Европейский суд полагает, что применение наручников не было вызвано соображениями безопасности.

Принимая во внимание состояние здоровья Тарариева Н.И., отсутствие каких-либо оснований опасаться, что он представлял опасность режиму безопасности, а также постоянный надзор со стороны вооруженных сотрудников органов внутренних дел, Европейский суд полагает, что применение наручников в таких обстоятельствах являлось бесчеловечным обращением.

Следовательно, имело место нарушение статьи 3 Конвенции в связи с применением к Тарариеву Н.И. наручников во время его нахождения в районной больнице.

*Условия перевозки Тарариева Н.И. в лечебно-профилактическое учреждение.*

Заявительница утверждала, что Тарариева Н.И. перевозили из районной больницы в лечебно-профилактическое учреждение в обычном автомобиле для перевозки заключенных. Она помогла персоналу больницы положить Тарариева Н.И. на сложенные матрасы. Заявительница отметила, что медицинские эксперты, прокуроры и врачи лечебно-профилактического учреждения согласились, что перевозка в ненадлежащих условиях ухудшила состояние здоровья Тарариева Н.И. Власти Российской Федерации утверждали, что Тарариева Н.И. перевозили в "автомобиле, ...предназначенном для перевозки осужденных... оборудованном носилками, двумя матрасами, простынями и подушкой". Его сопровождала опытная медсестра, у которой было при себе необходимое медицинское оборудование и которая продолжала вводить Тарариеву Н.И. внутривенно медицинские препараты. Персонал Апшеронской районной больницы не возражал против предложенных условий перевозки. Власти Российской Федерации сослались на письменные показания медсестры и начальника медицинской части учреждения УО-68/9. Европейский суд повторяет, что оценка уровня жестокости, которого должно достичь обращение, чтобы попасть в сферу действия статьи 3 Конвенции, является относительной. Она зависит от всех обстоятельств дела, таких как длительность обращения, его физические и психологические последствия, а в некоторых случаях пол, возраст и состояние здоровья жертвы. Из доводов сторон, несмотря на различные термины, использованные при описании, следует, что рассматриваемый автомобиль был предназначен для перевозки осужденных, а не пациентов после операции. Это был не автомобиль скорой помощи или иной тип медицинского автомобиля. Для того, чтобы доставить Тарариева Н.И. к автомобилю, была использована каталка, а в автомобиле его положили на матрасы. Поскольку расстояние до лечебно-профилактического учреждения было более 100 км, Тарариева Н.И. перевозили в таких условиях более двух часов. Европейский суд также отмечает, что состояние здоровья Тарариева Н.И. внушало серьезные опасения. Только за два дня до того он перенес полостную операцию, а в день перевозки у него была установлена несостоятельность швов, что требовало дальнейшего хирургического вмешательства. Как впоследствии установили медицинские эксперты, Тарариев Н.И. был "нетранспортабелен". При таких обстоятельствах присутствие медсестры не могло компенсировать ненадлежащие условия содержания под стражей. Принимая во внимание тяжелое состояние здоровья Тарариева Н.И., продолжительность перевозки и негативное воздействие, которое оказала перевозка на состояние здоровья Тарариева Н.И., Европейский суд полагает, что перевозка Тарариева Н.И. в обычном автомобиле для перевозки заключенных должна была существенно усилить его страдания и поэтому являлась бесчеловечным обращением.

Следовательно, имело место нарушение статьи 3 Конвенции в связи с условиями перевозки Тарариева Н.И.



## **П**РАКТИКА Российских судов по делу о защите прав осужденных на медицинское обеспечение

Что касается Российской судебной практики, имеется как положительный, так и отрицательный опыт защиты прав лиц в случае ненадлежащего получения медицинской помощи в местах лишения свободы. В Российской судебной практике, к сожалению, все сводится к компенсации морального вреда за неправомерные действия, бездействия должностных лиц. Отсутствует практика применения ст. 3 ЕК о защите прав человека и основных свобод по делам о нарушении прав на медицинское обеспечение на национальном уровне. Есть лишь единичные случаи, когда признается нарушение ст. 3 ЕК, например, о непредставлении антиретровирусной терапии. Можно рекомендовать юристам, правозащитникам в своих жалобах больше ссылаться на ст. 3 ЕК по делам о медицине. И в этом случае, если будет признано нарушение ст. 3 ЕК в российских судах, то полагается также компенсация. В соответствии со ст. 15 ч. 4 Конституции России Европейская Конвенция является составной частью правовой системы России.

Мы приводим три примера взыскания компенсации за вред, причиненный здоровью, два из которых являются отрицательными.

### **Дело № 2-428/2014 от 18 ноября 2014 года**

Д. обратился в суд с исковым заявлением о взыскании с Управления Федеральной службы исполнения наказаний по Архангельской области (далее УФСИН России по АО) XXX рублей денежной компенсации морального вреда, с Федерального казенного учреждения исправительная колония № [ \_ ] УФСИН России по Архангельской области за ненадлежащие условия содержания и ненадлежащее оказания медицинской помощи. Указывает также, что после отбытия срока наказания в ФКУ ИК № его больного этапировали обратно в ФКУ ИК № [ \_ ]. После чего он был этапирован в областную больницу для осужденных, где ему удалили <данные изъяты> .

На основании ст. 1064 ч.1 ГК РФ вред, причиненный личности или имуществу гражданина, подлежит возмещению в полном объеме лицом, причинившим вред, законом обязанность возмещения вреда может быть возложена на лицо, не являющееся причинителем вреда.

Согласно статье 53 Конституции Российской Федерации каждый имеет право на возмещение государством вреда, причиненного незаконными действиями (или бездействием) органов государственной власти или их должностных лиц.

Статьей 1069 ГК РФ установлено, что вред, причиненный гражданину или юридическому лицу в результате незаконных действий (бездействия) государственных органов, органов местного самоуправления либо должностных лиц этих органов, в том числе в результате издания не соответствующего закону или иному правовому акту акта государственного органа или органа местного самоуправления, подлежит возмещению. Вред возмещается за счет соответственно казны Российской Федерации, казны субъекта Российской Федерации или казны муниципального образования.

Указанное означает, что истец может претендовать на возмещение вреда при условии доказанности незаконных действий (бездействия) сотрудников, осуществляющих административно-властные полномочия и иные полномочия от имени государства. Под незаконными действиями (бездействием) следует понимать деяния, противоречащие закону и иным правовым актам.

Возмещение вреда в этом случае производится не государственными и муниципальными органами либо их должностными лицами, а за счет казны, от имени которой в силу статьи 1071 ГК РФ выступают соответствующие финансовые органы.

Статья 151 ГК РФ предусматривает, что если гражданину причинен моральный вред (физические или нравственные страдания) действиями, нарушающими его личные неимущественные права либо посягающими на принадлежащие гражданину нематериальные блага, а также в других случаях, предусмотренных законом, суд может возложить на нарушителя обязанность денежной компенсации указанного вреда. При определении размеров компенсации морального вреда суд принимает во внимание степень вины нарушителя и иные заслуживающие внимания обстоятельства. Суд должен также учитывать степень физических и нравственных страданий, связанных с индивидуальными особенностями гражданина, которому причинен вред.

Согласно части 2 статьи 1101 ГК РФ размер компенсации морального вреда определяется судом в зависимости от характера причиненных потерпевшему физических и нравственных страданий, а также степени вины причинителя вреда в случаях, когда вина является основанием возмещения вреда. При определении размера компенсации вреда должны учитываться требования разумности и справедливости.

Из материалов дела следует, что Д. осужден ГГ.ММ.ГТТГ Грозненский районным судом Чеченской Республики по ст. № УК РФ к X годам лишения свободы, на основании ст. № УК РФ с учетом приговора от ГГ.ММ.ГТТГ ему окончательно назначено к отбытию № лет лишения свободы.

Истец указывает, что в результате ненадлежащих условий содержания, ненадлежащего медицинского обслуживания в ФКУ ИК № у него образовалась <даные изъяты>. Указывает также, что в этом лично виновны заместитель начальника ФКУ ИК - № С. и начальник санчасти ФКУ ИК № [ \_ ].

В соответствии со статьей 23 Федерального закона от 15.07.1995 N 103-ФЗ «О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений» подозреваемым и обвиняемым создаются бытовые условия, отвечающие требованиям гигиены, санитарии и пожарной безопасности.

Согласно п. 1, 3 ст. 26 Закона РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» лица, задержанные, заключенные под стражу, отбывающие наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы либо административного ареста, имеют право на оказание медицинской помощи, в том числе в необходимых случаях в медицинских организациях государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения, в соответствии с законодательством РФ.

В соответствии с п. 8 Порядка организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключенными под стражу, утвержденного приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ и Министерства юстиции РФ от 17.10.2005 № 640/190 (далее Порядок) организация медицинской помощи подозреваемым, обвиняемым и осужденным включает комплекс профилактических, лечебно - диагностических мероприятий, направленных на обеспечение их прав на охрану здоровья.

В следственных изоляторах, тюрьмах подозреваемые, обвиняемые и осужденные обращаются за медицинской помощью к медицинскому работнику во время ежедневного обхода камер, а в случае острого заболевания - к любому

сотруднику. Сотрудник, к которому обратился подозреваемый, обвиняемый или осужденный, обязан принять меры для организации оказания ему медицинской помощи. Для оказания медицинской помощи лицо, нуждающееся в ней, выводится в медицинский кабинет (амбулаторию), где осуществляется медицинский осмотр и проводятся лечебные мероприятия. При необходимости фельдшер делает соответствующие назначения в пределах своей компетенции или производит запись больных на прием к врачу (п. 50 Порядка).

Пункт 58 Порядка предусматривает, что в сложных случаях установления и дифференциации диагноза заболевания и выработки тактики лечения больные осматриваются комиссионно или направляются на консультацию к врачам - специалистам. Для консультации привлекаются врачи - специалисты лечебно - профилактических и лечебных исправительных учреждений УИС, а также врачи - специалисты ЛПУ муниципальной и государственной систем здравоохранения. Консультация врачами - специалистами может осуществляться в медицинской части Учреждения или в другом лечебном учреждении.

На основании п. 113 Порядка госпитализации в больницу подлежат лица: нуждающиеся в оказании неотложной, квалифицированной и специализированной стационарной помощи; страдающие острыми заболеваниями или обострениями хронических заболеваний, лечение которых в условиях медицинской части недостаточно эффективно; нуждающиеся в освидетельствовании для решения вопроса о возможности дальнейшего отбывания наказания в связи с наличием заболевания, препятствующего отбыванию наказания; с длительной или стойкой утратой трудоспособности, нуждающиеся в обследовании в связи с направлением на МСЭ; в случаях, требующих углубленного клинического обследования для установления окончательного диагноза; по эпидемиологическим показаниям.

В соответствии с приказом Министерства юстиции РФ № от 03.11.2005 каждый осужденный может изложить предложение, заявление, ходатайство или жалобу устно или письменно (п. 57). Все письменные предложения, заявления, ходатайства или жалобы направляются по адресу через администрацию исправительного учреждения. Они регистрируются в отделах специального учета или в канцелярии колонии (п. 61).

Из имеющихся в материала дела копий журнала учета жалоб и заявлений (внутренние) осужденных № (начат 14.01.2003, окончен 31.12.2008), журнала учета предложений, заявлений и жалоб осужденных (внутренние) № (начат 16.02.2009, окончен 29.12.2012), журнала учета предложений, заявлений и жалоб осужденных (внутренние) № администрации ФКУ ИК - № [ \_ ] (начат 09.01.2013) следует, что за период отбывания наказания в ФКУ ИК - № (с ГГ.ММ. ГГГГ по ГГ.ММ.ГГГГ) истец с предложениями, жалобами и заявлениями к администрации исправительного учреждения не обращался.

Привлеченный к участию в рассмотрении дела в качестве специалиста врач - фтизиатр ГБУЗ АО АКПТД Б. пояснила, что каких - либо нарушений при оказании медицинской помощи Д. допущено не было.

Согласно заключению назначенной судом судебно - медицинской экспертизы № от ГГ.ММ.ГГГГ, проведенной экспертами ГБУЗ Архангельской области «Бюро судебно - медицинской экспертизы» у Д. имелось заболевание - <данные изъяты>. Данные предоставленных медицинских документов свидетельствуют, что впервые Д. с данным заболеванием обратился за медицинской помощью ГГ.ММ.ГГГГ. Согласно имеющемуся в деле объяснению заместителя начальника ФКУ ИК - №, осужденный Д. в период с ГГ.ММ.ГГГГ по ГГ.ММ.ГГГГ за медицинской помощью

с жалобами на состояние здоровья не обращался. В экспертизе указывается, что путь заражения <данные изъяты> в подавляющем большинстве случаев (95-96%) воздушно-капельный, но заражение возможно и при употреблении в пищу инфицированных продуктов. На современном этапе развития медицинской науки и практики считается, что подавляющее большинство населения России до 20 - летнего возраста инфицируется микобактериями <данные изъяты>. При этом первичное заражение чаще происходит в детском возрасте, реже - в юношеском возрасте и редко - у взрослых. Болезнь чаще развивается у лиц среднего и пожилого возраста в следствие реактивации «старых», неактивных туберкулезных очагов, возникших при инфицировании организма микобактериями туберкулеза в более раннем периоде, чему могут способствовать генетическая предрасположенность и снижение иммунной резистентности организма инфицированного человека (в следствие недостаточного питания, авитаминозов, хронических интоксикаций (курение, алкоголь), психозмоционального перенапряжения и стрессовых ситуаций, сахарного диабета, синдрома приобретенного иммунодефицита, иных сопутствующих патологий, сопровождающихся иммунодепрессивными состояниями). Эксперты также отмечают, что условия содержания Д. в ИК - № и ИК - № не могли являться, и не явились исключительными причинами развития у него <данные изъяты>, и не состоят в прямой причинно - следственной связи с возникновением у него указанного заболевания. При установлении диагноза при обращениях Д. за медицинской помощью ГГ.ММ.ГГГГ и ГГ.ММ.ГГГГ ему с установленным диагнозом было назначено правильное лечение. Однако назначенное лечение оказалось малоэффективным, поэтому Д. для уточнения диагноза и назначения курса необходимого лечения был своевременно госпитализирован в ФКУ «Областная больница УФСИН России по Архангельской области», где ему было назначено адекватное необходимое лечение, в т.ч. выполнена показанная ему операция - эпидидимэктомия справа. <данные изъяты> характер поражения <данные изъяты> у Д. был установлен позднее, лишь после проведения гистологического исследования <данные изъяты> (ввиду схожести клинических проявлений неспецифического хронического <данные изъяты>, дифференциальная диагностика возможна только либо при исследовании биоптата <данные изъяты>, либо гистологическом исследовании удаленных в ходе операции патологически измененных тканей). Таким образом, анализ предоставленных медицинских документов, а также то, что Д. за медицинской помощью обратился лишь через три месяца после появления симптомов заболевания <данные изъяты>, свидетельствуют о том, что медицинская помощь пациенту с диагностированным у него заболеванием <данные изъяты> оказывалась правильно, диагностика и лечение выявленного заболевания осуществлялась своевременно, правильно, в соответствии с указанными выше нормативными документами, данными специальной медицинской литературы и сложившейся клинической практикой. Также следует отметить, что наличие у пациента туберкулеза <данные изъяты> не является противопоказанием к его транспортировке, в т.ч. к переводу из одного исправительного учреждения в другое.

Каких - либо оснований ставить под сомнение выводы данной судебно - медицинской экспертизы у суда не имеется.

Проверкой Архангельской прокуратуры по надзору за соблюдением законов в исправительных учреждениях также установлено, что жалоба Д. о неоказании ему надлежащей медицинской помощи в ФКУ ИК № [ \_ ] и ФКУ «Областная больница УФСИН России по Архангельской области» необоснованна.

В соответствии со ст.56 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации (далее по тексту решения - ГПК РФ) каждая из сторон по делу должна доказать те обстоятельства, на которые она ссылается в обоснование своих требований и возражений.

В силу положений ч.1 ст.55 ГПК РФ доказательствами по делу являются полученные в предусмотренном законом порядке сведения о фактах, на основе которых суд устанавливает наличие или отсутствие обстоятельств, обосновывающих требования и возражения сторон, а также иных обстоятельств, имеющих значение для правильного рассмотрения и разрешения дела. Эти сведения могут быть получены из объяснений сторон и третьих лиц, показаний свидетелей, письменных и вещественных доказательств, аудио- и видеозаписей, заключений экспертов.

Истцом в материалы дела не представлены, а судом не добыты какие - либо доказательства, подтверждающие факты незаконного наложения на него дисциплинарных взысканий, нарушений условий его содержания, ненадлежащего оказания медицинской помощи.

Решение суда не может быть основано на предположениях.

На основании изложенного выше суд не находит оснований для удовлетворения заявленного иска.

Руководствуясь статьями 194-199 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации, суд

**р е ш и л :**

Исковые требования Д. к Министерству финансов РФ, Управлению Федеральной службы исполнения наказаний по Архангельской области, Федеральному казенному учреждению исправительная колония № УФСИН России по Архангельской области, Федеральному казенному учреждению исправительная колония № [ \_ ] УФСИН России по Архангельской области о взыскании денежной компенсации морального вреда оставить без удовлетворения.

### **Иск о возмещении морального вреда в связи с потерей слуха, зрения и перенесенными инфарктами.**

Шмарловский Н.Ф. обратился в суд с иском к Российской Федерации в лице Управления Федерального казначейства Министерства Финансов Российской Федерации по Красноярскому краю о компенсации морального вреда в связи с ненадлежащим оказанием ему медицинской помощи при нахождении в СИЗО-1 г. Красноярска, исправительных колониях 31 и 34. Требования мотивированы тем, что при нахождении в местах лишения свободы не получил полного и объективного лечения по поводу имеющихся заболеваний, поскольку начальники медицинских частей исправительных колоний указывали на отсутствие средств для приобретения лекарственных препаратов, при этом его обращения в ГУИН края, а также в краевую прокуратуру положение не исправили, надзирающие органы не принимали мер к устранению допущенных нарушений, надлежащих проверок не проводили. Считал, что в результате незаконных действий исправительных учреждений, СИЗО-1 г. Красноярска, а также Красноярской краевой прокуратуры нарушены его личные неимущественные права, причинены нравственные и физические страдания в виде потери зрения, слуха, затемнения легких и двух сердечных инфарктов. Моральный вред оценил в размере 7 084 800 рублей, которые просил взыскать за счёт Российской Федерации.

## Решения судов:

1. Истец отбывает наказание в местах лишения свободы. Учитывая характер спора и значение личных объяснений истца для рассмотрения данного дела, а также возможность участия в деле представителей заявителя, судебная коллегия считает возможным рассмотреть дело без этапирования заявителя в судебное заседание.

2. Проверив материалы дела, обсудив доводы кассационной жалобы и поданных к ней дополнений, выслушав представителей прокуратуры Красноярского края Мамаеву Т.В., ГУ ФСИН РФ по Красноярскому краю Николаеву Е.В., Управления Федерального казначейства по Красноярскому краю Егоркину М.А., возражавших против доводов жалобы, суд ая коллегия не находит оснований для отмены решения суда.

3. Согласно ст. 151 Гражданского кодекса Российской Федерации, если гражданину причинен моральный вред (физические или нравственные страдания) действиями, нарушающими личные неимущественные права либо посягающими на принадлежащие гражданину материальные блага, а также в других случаях, предусмотренных законом, суд может возложить на нарушителя обязанность денежной компенсации указанного вреда.

4. При определении размеров компенсации морального вреда суд принимает во внимание степень вины нарушителя и иные заслуживающие внимания обстоятельства. Суд должен также учитывать степень физических и нравственных страданий, связанных с индивидуальными особенностями лица, которому причинен вред.

5. Из дела видно, что в обоснование исковых требований о компенсации морального вреда Шмарловский Н.Ф. ссылался на ненадлежащее оказание ему медицинской помощи при нахождении в СИЗО-1 г. Красноярска, ФБУ ИК-31 и ФБУ ИК-36, а также непринятие надзирающими органами мер к устранению допущенных нарушений и не проведение соответствующих проверок.

6. Отказывая в удовлетворении иска, суд обоснованно исходил из того, что Шмарловским Н.Ф. не было представлено достоверных доказательств ненадлежащего оказания ему медицинской помощи в указанных учреждениях за период отбывания наказания, а также вины администраций этих учреждений в причинении ему вреда в виде ухудшения состояния здоровья.

7. Вместе с тем, как видно из материалов дела и верно отражено в решении суда, медицинская помощь Шмарловскому Н.Ф. при его обращениях оказывалась надлежаще и своевременно, при необходимости или в случае отсутствия необходимых медикаментов он направлялся в стационар для консультаций специалистов и обследования.

8. Кроме того, по истребованным судом документам из исправительных и медицинских учреждений, в которых содержался и проходил лечение Шмарловский Н.Ф., на основании данных его обследования, для определения выставленных ему за период нахождения в исправительных учреждениях диагнозов, их соответствия его фактическому состоянию здоровья, соответствия проводимого лечения выставленным диагнозам была проведена комиссия судебно-медицинская экспертиза, которой установлено отсутствие причинно-следственной связи между проведенным Шмарловскому Н.Ф. лечением и наступлением у него ухудшения зрения, слуха, затемнения легких и двух инфарктов.

9. Также судом правильно установлено и подтверждено материалами дела, что при обращении Шмарловского Н.Ф. в органы, производящие контроль за соблю-

дением законов в исправительных учреждениях, ими проводились соответствующие проверки, с результатами которых он был ознакомлен.

10. При таких обстоятельствах суд обоснованно отказал Шмарловскому Н.Ф. в удовлетворении его исковых требований о взыскании компенсации морального вреда.

### **Дело №2-9695.10.2013**

#### **Решение Кинешемского городского суда Ивановской области о компенсации морального вреда в связи с причинением вреда здоровью ввиду несвоевременных и ненадлежащих мер со стороны администрации колонии**

Х. обратился с иском к Учреждению ФКУ ИК-4 УФСИН России по Ивановской области о взыскании денежной компенсации морального вреда в связи с причинением вреда здоровью. В связи с тем, что учреждение не приняло необходимых и своевременных мер к обследованию и лечению его глазного заболевания в связи с чем его зрение существенно ухудшилось.

Согласно п.п. 44, 45 Порядка прибытия осужденных для профилактического осмотра в исправительных учреждениях организует и осуществляет начальник отряда, а в тюрьмах — начальник учреждения. В ходе осмотра проводится, в том числе, сбор анамнестических данных жалоб; антропометрическое исследование (рост, масса, тело); объективное исследование по органам и системам; определение остроты зрения и слуха.

Согласно п.п. 56-59 Порядка, при обследовании больного на амбулаторном приеме врач выясняет жалобы, изучает анамнез заболевания и жизни, проводит внешний осмотр с целью обнаружения телесных повреждений, вновь нанесенных татуировок, иных особых примет, проводит всестороннее объективное обследование, используя общепринятые методы осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации. При обследовании больных выполняются необходимые лабораторные и функциональные исследования (п.56). После осмотра больного врач кратко и разборчиво заносит в его медицинскую карту амбулаторного больного дату приема, жалобы, данные объективного обследования, диагноз, лечебно-диагностические назначения, делает заключение о необходимости освобождения от работы, указывает дату повторной явки на прием (п.57). В сложных случаях установления и дифференциации диагноза заболевания и выработки тактики лечения больные осматриваются комиссионно или направляются на консультацию к врачам-специалистам. Для консультации привлекаются врачи-специалисты лечебно-профилактических и лечебно-исправительных учреждений УИС, а также врачи-специалисты СПУ муниципальной и государственной систем здравоохранения. Консультация врачами-специалистами может осуществляться в медицинской части учреждения или другом лечебном учреждении. (п. 58). Специально выделенный медицинский работник ведет журнал регистрации амбулаторных больных. В журнале регистрации амбулаторных больных врач или фельдшер четко записывает диагноз, заключение об освобождении от работы или нарядов, дату повторной явки к врачу (п.59).

Согласно п.п. 67, 68 Порядка медикаменты подозреваемым, обвиняемым и осужденным на руки не выдаются, прием лекарственных препаратов прово-

дится в присутствии медицинского работника. Исключение могут составлять препараты, не относящиеся к наркотическим, психотропным, сильнодействующим или ядовитым, назначаемые при заболеваниях назначаемым нуждающимся в непрерывном поддерживающем лечении (ишемическая болезнь сердца со стенокардией напряжения и покоя, гипертоническая болезнь со стойким повышением артериального давления, сахарный диабет, эпилепсия и другие подобные заболевания). Решение вопроса о выдаче этих препаратов на руки больному (из расчета на одни сутки) принимается начальником медицинской части в индивидуальном порядке в соответствии с назначением лечащего врача. По просьбе больного при согласовании с лечащим врачом и начальником медицинской части больному может быть разрешено в установленном порядке приобретение (получение) необходимых для его лечения медикаментов (п.67). Больные, находящиеся на амбулаторном лечении для приема лекарств, выполнения других лечебно-диагностических процедур, являются в медицинскую часть в установленное время. На каждого больного, получающего амбулаторное лечение, оформляется процедурная карточка. Врачебные назначения выполняет фельдшер (медсестра), о чем делает отметки в процедурной карточке. Перед выдачей лекарства фельдшер (медсестра) повторно уточняет у больного переносимость каждого назначенного лекарственного препарата, а также проверяет соответствие выдаваемого препарата и его дозировку назначению (п.68).

Согласно п. 77 Порядка, во время пребывания в стационаре больной проходит обследование, при котором используются все возможные в условиях медицинской части методы инструментального и лабораторного исследования. При необходимости для консультации привлекаются врачи-специалисты лечебно-профилактических и лечебных исправительных учреждений УИС, а также лечебно-профилактические учреждения государственной и муниципальной систем здравоохранения. Плановые консультации осуществляются по графику, а в неотложных случаях — в любое время суток.

Согласно п. 115 Порядка, показанием к плановой госпитализации являются:

- заболевания, требующие большого объема оперативного вмешательства, невыполнимого в условиях медицинской части;
- хронические заболевания, лечение которых в условиях медицинской части оказалось неэффективным;
- госпитализация с целью уточнения диагноза, требующая применение специальной аппаратуры или особых условий исследования;
- оказание специализированной помощи, требующей специальной аппаратуры или специальных методов и навыков ведения больного.

Плановая госпитализация направлена на предупреждение развития острых состояний путем своевременного выявления патологии, требующей санации.

Согласно п. 120 Порядка, устные и письменные заявления и жалобы больных — подозреваемых, обвиняемых и осужденных, их родственников и законных представителей регистрируются и рассматриваются администрацией больницы в установленном порядке. Жалобы больных на некорректное отношение к ним со стороны персонала больницы проверяются незамедлительно назначенными начальником больницы лицами. Письма, заявления и жалобы больных направляются адресату в установленном порядке. В случае, если их содержание отражает болезненные (психопатологические) переживания



больного, они регистрируются в специальном журнале, их копии приобщаются к истории болезни в качестве клинического материала.

Согласно п. 126 Порядка, в больнице каждому больному обеспечиваются необходимые исследования его психического и соматического состояния и, в зависимости от характера заболевания, все современные методы лечения и медицинской реабилитации.

Согласно п.п. 139, 140 Порядка, при госпитализации больного на него заполняется история болезни, куда заносятся все необходимые данные анамнеза, в том числе эпидемиологического, наружного осмотра, объективного и дополнительных методов исследования, оценивается его общее состояние (п. 139). При отсутствии показаний для госпитализации дежурный врач отказывается в приеме в стационар. Каждый случай отказа с его мотивацией регистрируется в «Журнале учета приема, выписки больных и отказов в госпитализации» с последующим извещением в течение суток Учреждения, направившего больного. О каждом случае отказа в госпитализации и принятых мерах дежурный врач рапортом ставит в известность начальника больницы или его заместителя (п. 140).

Согласно п.п. 156, 157 Порядка, в ходе выездов в медицинские части врачи обязаны, в частности, оказывать организационно-методическую и консультативно-диагностическую помощь медицинским работникам медицинских частей Учреждений по вопросам диагностики, лечения и медицинской реабилитации подозреваемых, обвиняемых и осужденных (п. 156). В зависимости от решаемых задач больница может иметь в своем составе лечебно-диагностические отделения, в т.ч. офтальмологическое (п. 157).

Согласно заявления от 01.12.2009 года матери осужденного Х. начальнику Учреждения ОК ¼ Баранову Н.И. следует, что просила разрешения поставить на очередь обследования в центральной больнице ее сына Х. с ухудшением зрения, т. к. в 2004 году его зрение составляло — 16 Д на оба глаза, а на сегодняшний день составляет — 18 Д (копия на л.д. 87). Указанное заявление принято работником Учреждения, но по неизвестной причине не зарегистрировано в установленном порядке. Данный документ является первым письменным подтверждением обращения матери истца в Учреждение о направлении ее сына Х. на обследование в связи с ухудшением его зрения. У суда не имеется оснований не доверять истцу и его представителю в том, что они оба неоднократно (и периодически) на протяжении 2007-2010 годов также и в устной форме обращались к ответчику (начальнику Учреждения, начальнику медицинской части) с ходатайствами о направлении Х. на обследование в связи с заболеванием глаз и их лечении. Представители ответчика в суде в качестве проводимого истцу Х. лечения указывали на ношение им очков, что, по мнению суда, не может являться достаточным лечебным средством.

Из письменного ответа представителю истца Хх. начальника Управления исполнения приговоров и специального учета Федеральной службы исполнения наказаний (УИПСУ ФСИН России) от 26.09.2013 года следует, что по заключению Управления организации медико-санитарного обеспечения ФСИН России по прибытии 13.07.2004 г. в ФКУ ИК-4 УФСИН России по Ивановской области осужденный Х. прошел медицинский осмотр, **был взят на диспансерный учет в связи с патологией органа зрения.**

Согласно ст.1085 ГК РФ, при причинении гражданину увечья или ином повреждении его здоровья возмещению подлежит утраченный потерпевшим

заработок (доход), который он имел либо определенно мог иметь, а также дополнительно понесенные расходы, вызванные повреждением здоровья, в том числе расходы на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, протезирование, посторонний уход, санаторно-курортное лечение, приобретение специальных транспортных средств, подготовку к другой профессии, если установлено, что потерпевший нуждается в этих видах помощи и ухода и не имеет права на их бесплатное получение (ч.1). Объем и размер возмещения вреда, причитающегося потерпевшему в соответствии с настоящей статьей, могут быть увеличены законом или договором (ч.3).

Согласно ст. 1064 ГК РФ, вред, причиненный личности или имуществу гражданина, подлежит возмещению в полном объеме лицом, причинившим вред. Лицо, причинившее вред, освобождается от возмещения вреда, если докажет, что вред причинен не по его вине. Законом может быть предусмотрено возмещение вреда и при отсутствии вины причинителя вреда.

Согласно п. 11 Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 26.01.2010 № 1 «О применении судами гражданского законодательства, регулирующего отношения по обязательствам вследствие причинения вреда жизни или здоровью гражданина», по общему правилу, установленному п. 1 и 2 статьи 1064 ГК РФ, ответственность за причинение вреда возлагается на лицо, причинившее вред, если оно не докажет отсутствие своей вины. В случаях, специально предусмотренных законом, вред возмещается независимо от вины причинителя вреда (пункт 1 статьи 1070, статья 1079, пункт 1 статьи 1095, статья 1100 ГК РФ). Обязанность по возмещению вреда может быть возложена на лиц, не являющихся причинителями вреда (статьи 1069, 1070, 1073, 1074, 1079 и 1095 ГК РФ). Установленная статьей 1064 ГК РФ презумпция вины причинителя предполагает, что доказательства отсутствия его вины должен представить сам ответчик. Потерпевший представляет доказательства, подтверждающие факт увечья или иного повреждения здоровья, размер причиненного вреда, а также доказательства того, что ответчик является причинителем вреда или лицом, в силу закона обязанным возместить вред.

Истец Х. указывает, что в результате несвоевременного оказания ему медицинской помощи у него значительно ухудшилось зрение на правый глаз и полностью утрачено зрение на левый глаз (необратимый процесс). С учетом заключения экспертов, оснований не доверять которым у суда не имеется, суд приходит к выводу о том, что бездействие ответчика Учреждения ФКУ ИК-4 в обследовании и лечении зрения осужденного истца Х. в значительной мере способствовало утрате им здоровья. Начальник Учреждения достоверно знал о наличии обращения матери осужденного Х. зрения, но не принял необходимых и своевременных мер для его обследования и лечения.

Бездействием ответчика, продолжившимся в период 2007-2010 г.г., истцу Х. причинен моральный вред, выразившийся в физических и нравственных страданиях, вызванных ухудшением его зрения в связи с неоказанием ему должной медицинской помощи, утратой полностью зрительной функции левого глаза и невозможностью ее восстановления, значительным ухудшением зрительной функции правого глаза, установлением истцу 3-й группы инвалидности по зрению, трудностями в быту в связи с частичной утратой зрения. Размер денежной компенсации морального вреда истец оценивает в размере 2.000.000 рублей.

Представители ответчика оспаривают вину Учреждения в причинении вреда здоровью истца, поскольку медицинская помощь истцу оказывалась своевременно, доступ истца к медицинской помощи ограниченным не являлся; диагностика и медицинская помощь в ФКУ ИК-4 осуществляется и оказывается своевременно с учетом характера заболевания, наблюдение за истцом осуществляется регулярно; истец не трудоустроен; действующим законодательством возможность возмещения морального вреда при ущемлении имущественных прав не установлена; считают, что имущественные права истца администрацией ФКУ ИК-4 не нарушены; факты, подтверждающие причинение истцу морального вреда отсутствуют, требование компенсации морального вреда не соответствуют требованиям разумности и справедливости (возражения на л.д. 69-70).

Доводы представителей ответчика не основаны на представленных ими суду доказательствах, в связи с чем являются необоснованными. Отсутствие денежных средств на оказание медицинской помощи осужденным в 2007-2010 годах также не является основанием для отказа в удовлетворении исковых требований.

Суд считает, что ответчик в данном случае не предпринял необходимые меры по обследованию и лечению осужденного Х., а при отсутствии в штате врача-офтальмолога и нахождении истца при поступлении в ФКУ ИК-4 на диспансерном учете по заболеванию глаз — должен был направлять истца на обследования в специализированные лечебные учреждения, чего сделано не было и что явилось в результате одной из причин необратимых явлений при утрате истцом зрительной функции левого глаза и значительного ухудшения зрительной функции правого глаза.

С учетом положений действующего законодательства, подтверждении факта причинения вреда истцу по причине виновного бездействия ответчика, суд приходит к выводу о необходимости возмещения истцу вреда, причиненного здоровью: денежной компенсации морального вреда, а также возмещении расходов по оплате услуг эксперта.

Ответчик является юридическим лицом, его представители не ссылаются на тяжелое финансовое положение Учреждения и невозможность выплат в пользу истца.

Участвующие в судебном заседании лица не представили новых, дополнительных доказательств, кроме уже имеющихся, в связи с чем суд рассматривает дело по имеющимся материалам.

Согласно ст. 151 ГК РФ, если гражданину причинен моральный вред (физические или нравственные страдания), действиями, нарушающими его личные неимущественные права либо посягающими на принадлежащие гражданину другие нематериальные блага, а также в других случаях, предусмотренных законом, суд может возложить на нарушителя обязанность денежной компенсации указанного вреда. При определении размеров компенсации морального вреда суд принимает во внимание степень вины нарушителя и иные заслуживающие внимание обстоятельства. Суд должен также учитывать степень физических и нравственных страданий, связанных с индивидуальными особенностями лица, которому причинен вред.

Согласно ст. 1100 ГК РФ, компенсация морального вреда осуществляется независимо от вины причинителя вреда в случае, в частности, когда вред причинен жизни или здоровью гражданина источником повышенной опасности.

Согласно ст. 1101 ГК РФ, компенсация морального вреда осуществляется в денежной форме. Размер компенсации морального вреда определяется судом в зависимости от характера причиненных потерпевшему физических и нравственных страданий, а также степени вины причинителя вреда в случаях, когда вина является основанием возмещения вреда. При определении размера компенсации вреда должны учитываться требования разумности и справедливости. Характер физических и нравственных страданий оценивается судом с учетом фактических обстоятельств, при которых был причинен моральный вред, и индивидуальных особенностей потерпевшего.

Моральный вред истцу ответчиком не возмещен, мер к его возмещению ответчик не принимал.

С учетом вышеизложенного, обстоятельств усугубления заболевания глаз истца Х., страдавшего данным заболеванием с детства (11-летнего возраста), имевшего на момент поступления в Учреждение ФКУ ИК-4 значительное снижение зрения обоих глаз, учитывая физические и нравственные переживания истца, индивидуальные особенности и материальное положение сторон, семейное положение истца, учитывая виновное бездействие ответчика, не возмещавшего истцу причиненный моральный вред в добровольном порядке, а также учитывая, прежде всего, принципы разумности и справедливости, суд приходит к выводу о необходимости частичного удовлетворения требований истца Х. о денежной компенсации **морального вреда, определив его в размере 70.000 рублей**, отказав в удовлетворении остальной части данных исковых требований.

Таким образом, принимая во внимание обстоятельства дела и руководствуясь положениями ст. 1064, 1085, 151, 11– Гражданского кодекса РФ, суд приходит к выводу об определении размера денежной компенсации морального вреда истцу Х. в сумме **70.000 рублей**.

**Проект «Мониторинг оказания медицинской помощи в местах принудительного содержания» направлен на содействие соблюдению европейских и российских стандартов оказания медицинской помощи в местах принудительного содержания, подготовку экспертов проведения мониторинга оказания медицинской помощи в МПС. Выполняется в 2014-2015 году при финансовой поддержке Европейского Союза.**

**Проект является частью совместного проекта Уполномоченного по правам человека в РФ и Совета Европы, направленного на повышение потенциала российских наблюдательных комиссий, улучшение условий содержания в МПС, снижение количества обоснованных жалоб в Европейский суд по правам человека.**

Межрегиональная общественная организация «Человек и Закон» решением Министерства юстиции России 30.12.2014 года внесена в реестр некоммерческих организаций, согласно п. 6 ст. 2 Федерального закона от 12.01.1996 г. №7-ФЗ «О некоммерческих организациях» (с учетом ранее внесенных изменений, а также в ред. От 02.07.2013), «выполняющих функции иностранного агента».