

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ИСПОЛНЕНИЯ НАКАЗАНИЙ
Федеральное казённое образовательное учреждение высшего образования
«Самарский юридический институт Федеральной службы исполнения наказаний»
Юридический факультет
Кафедра режима и охраны в уголовно-исполнительной системе

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

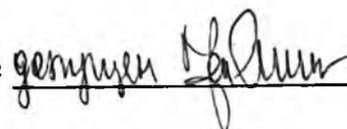
Тема: Организация службы временных караулов, назначаемых от отделов охраны исправительных учреждений

Выполнил
слушатель 661 группы 6 курса
прапорщик внутренней службы
Галлямов Руслан Радикович

Научный руководитель:
Заместитель начальника кафедры
режима и охраны
уголовно-исполнительной системе,
полковник внутренней службы
Шиханов Вячеслав Александрович

Рецензент:
Начальник ФКУ СИЗО-3
УФСИН России
по Краснодарскому краю
подполковник внутренней службы
Огребов Максим Владимирович

Решение начальника кафедры о допуске к защите



Дата защиты: 01.07.2021

Оценка 4 (хорошо)

Самара
2021

Введение	3
ГЛАВА 1. ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОСУЖДЕННЫМ И ЗАКЛЮЧЕННЫМ ПОД СТРАЖУ ЛИЦАМ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ ИХ БЕЗОПАСНОСТИ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ	9
1.1. Основные понятия правового механизма оказания медицинской помощи осуждённым и заключённым под стражу лицам в медицинских учреждениях	9
1.2. Особенности правового регулирования в вопросах конвоирования и охраны больных осуждённых и заключённых под стражу лиц в медицинских учреждениях государственных и муниципальных систем здравоохранения.	24
ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ОХРАНЕ ОСУЖДЁННЫХ И ЗАКЛЮЧЕННЫХ ПОД СТРАЖУ ЛИЦ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ И МУНИЦИПАЛЬНЫХ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	33
2.1. Организация службы временных караулов по конвоированию и охране осуждённых и заключённых под стражу лиц в медицинских учреждениях государственных и муниципальных систем здравоохранения	33
2.2. Проблемные вопросы организации безопасных условий во время охраны осуждённых и заключённых под стражу лиц в медицинских учреждениях ..	43
Заключение	53
Библиографический список	57
Приложения	65

Введение

Актуальность темы. В соответствии с конституционными нормами Российской Федерации, каждый гражданин имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. На основании них, а также в соответствии с ч. 6 ст. 12 Уголовно-исполнительный кодекс Российской Федерации от 8 января 1997 г. №1-ФЗ (ред. от 26.05.2021 № 154-ФЗ)¹ (далее – УИК РФ) осужденным и лицам, содержащимся под стражей, должна быть предоставлена первичная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь в амбулаторно-поликлинических или стационарных условиях, в зависимости от медицинского заключения.

По состоянию на 1 июня 2021 г. в учреждениях уголовно-исполнительной системы (далее – УИС) в 663 исправительных колониях отбывало наказание 366 783 чел., в том числе в 106 колониях-поселениях отбывало наказание 28 767 чел., в 7 исправительных колониях для осужденных к пожизненному лишению свободы и лиц, которым смертная казнь в порядке помилования заменена лишением свободы отбывало наказание 1 966 чел.; в 207 следственных изоляторах и 74 помещениях, функционирующих в режиме следственного изолятора, содержалось – 106 016 чел.; в 8 тюрьмах отбывало наказание 1 292 чел.; в 18 воспитательных колониях для несовершеннолетних – 918 чел. Статистическими данными отмечено, что в учреждениях Федеральной службы исполнения наказаний России (далее – ФСИН России) по состоянию на 1 мая 2021 г. в учреждениях содержится 39,227 тысяч женщин, в том числе 29,604 тысяч – в исправительных колониях, лечебных исправительных учреждениях, лечебно-профилактических учреждениях, воспитательных колониях и 9,623 тысяч – в следственных изоляторах и помеще-

¹ Уголовно-исполнительный кодекс РФ от 8 января 1997 г. №1-ФЗ (ред. от 26 мая 2021 № 154-ФЗ) // Собрание законодательства РФ. – 1997. – № 2. – Ст. 198 (Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru) – 6 июля 2021 г.).

ниях, функционирующих в режиме следственного изолятора. При женских колониях имеется 13 домов ребенка, в которых проживает 355 детей².

В учреждениях уголовно-исполнительной системы сконцентрировано более 23 000 лиц, больных активным туберкулезом, более 60 тыс. ВИЧ-инфицированных, более 6 тыс. лиц, инфицированных ВИЧ в сочетании с туберкулезом³. В связи с чем, становится очевиден тот факт, что, принимая людей с патологиями, медико-санитарные части ФСИН России, по сути, осуществляют их диспансеризацию и оказывают им медицинскую помощь, гарантированную Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. от на от 26.05.2021 № 152-ФЗ)⁴ (далее – Закон «Об охране здоровья»).

Стоит отметить, что при рассмотрении краткой характеристики УИС в структуре УИС в составе 69 медико-санитарных частей ФСИН России функционируют 623 медицинских части, 152 фельдшерских и 67 врачебных здравпунктов, 55 центров медицинской и социальной реабилитации, 74 военно-врачебные комиссии, 74 центра санитарно-эпидемиологического надзора, 142 больницы (в том числе 61 туберкулезная, 5 психиатрических, 7 больниц для оказания медицинской помощи сотрудникам ФСИН России).

Стоит признать, что на фоне сложившейся ситуации, не всегда существует возможность предоставления квалифицированной медицинской помощи в учреждениях УИС, в условиях лишения свободы и содержания под стражей. Так как, отмечается в концепции федеральной целевой программы,

² Краткая характеристика уголовно-исполнительной системы [Электронный ресурс] // ФСИН России. Главная. Статистические данные: офиц. сайт. 12.09.2018 – Режим доступа: <https://fsin.gov.ru/structure/inspector/iao/statistika/Kratkaya%20harka%20UIS/> (дата обращения: 2.06.2021).

³ Об утверждении Концепция федеральной целевой программы «Развитие уголовно-исполнительной системы (2017 - 2025 годы)»: распоряжение Правительства РФ от 23 декабря 2016 г. № 2808-р // Собрание законодательства РФ. – 2017. – № 2 (Часть II). – Ст. 413.

⁴ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федеральный закон: текст с изменениями и дополнениями на от 26.05.2021 № 152-ФЗ [принят от 21.11.2011 № 323-ФЗ] // Собрание законодательства РФ. 2021. – № 22. – Ст. 3687 (Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru) 25 мая 2021 г.).

имеющиеся площади медико-санитарных частей учреждений не позволяют в полном объеме разместить подозреваемых, обвиняемых и осужденных, нуждающихся в стационарном и амбулаторном лечении, с учетом установленных санитарно-гигиенических требований.

В этой связи, а также в целях соблюдения данного права осужденных и лиц, содержащихся под стражей, на подразделения охраны учреждения УИС возлагается задача по охране вышеуказанных лиц при оказании им медицинской помощи в медицинских организациях государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения (далее – медицинские организации). Для выполнения данной задачи назначается временный караул.

Общий анализ количества назначенных временных караулов в учреждениях УИС Российской Федерации за 2015–2020 гг. (*Приложение 1*). Данные, представленные на диаграмме, свидетельствуют о том, что ежегодно к выполнению задач по охране осужденных и лиц, заключенных под стражу, в медицинских организациях привлекается большое количество сил подразделений охраны учреждений УИС. В 2020 году назначено 48417 временных караулов, что на 20% меньше, чем в 2019 году (60375 караулов). Уменьшение количества временных караулов отмечается в 66 из 81 (82%) территориальных органах ФСИН России⁵.

Актуальность проблемы обусловлена тем, что отсутствие оптимальных условий для осуществления лечебно-диагностического процесса, и несоблюдения санитарно-противоэпидемического режима и требований охраны труда медицинского персонала и другого персонала учреждений, а также отсутствием возможности соблюдения требований Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» при обеспечении права подозреваемых, обвиняемых и осужденных на охрану здоровья и получение качественной (безопасной) медицинской помощи.

⁵ О состоянии надежности охраны исправительных учреждений и следственных изоляторов в 2020 году и мерах по ее совершенствованию: информационное письмо от 31.03.2021 исх-08-21157 (неопубликованный акт).

Объектом исследования являются общественные отношения, возникающие в процессе оказания медицинской помощи и осуществления изоляции осужденных и заключенных под стражу лиц в лечебных учреждениях государственной и муниципальной системы здравоохранения.

Предметом исследования являются нормативные правовые акты, регламентирующие порядок организации оказания медицинской помощи и осуществления изоляции и безопасности в отношении осужденных и заключенных под стражу лиц, а также правовую доктрину государства в отношении соблюдения прав человека в изоляции.

Целью исследования изучение и раскрытие организационно-правовых основ оказания медицинской помощи в лечебных учреждениях государственной и муниципальной системы здравоохранения осужденным и заключенным под стражу лицам и осуществления их изоляции, и обеспечение безопасности в них.

Для достижения указанной цели необходимо решить следующие **задачи:**

- изучить генезис правового механизма оказания медицинской помощи осужденным и заключенным под стражу лицам в медицинских учреждениях;
- анализировать особенности правового регулирования в вопросах конвоирования и охраны больных осужденных и заключенных под стражу лиц в медицинских учреждениях государственных и муниципальных систем здравоохранения;
- охарактеризовать организацию службы временных караулов по конвоированию и охране осужденных и заключенных под стражу лиц в медицинских учреждениях;
- исследовать проблемные вопросы организации безопасных условий во время охраны осужденных и заключенных под стражу лиц в медицинских учреждениях.

Методы исследования. В работе использовались диалектический метод научного познания, а также частнонаучные методы: историко-правовой (при рассмотрении вопросов эволюции оказания медицинской помощи осужденным к лишению свободы в отечественном уголовно-исполнительном законодательстве), сравнительно-правовой (при изучении отечественного и зарубежного пенитенциарного законодательства в части охраны здоровья осужденных к лишению свободы и оказания им медицинской помощи), системно-структурный (при обосновании оптимальных форм и методов оказания медицинской помощи осужденным к лишению свободы).

Теоретическая база исследования и степень научной разработанности темы.

Теоретическую базу исследования составляют труды отечественных и зарубежных ученых в области конституционного, уголовно-исполнительного права и иных отраслей права, материалы научно-практических конференций по вопросам деятельности УИС, публикации государственных и ведомственных специальных периодических изданий, статистические данные по вопросам оказания медицинской помощи осужденным и заключенным под стражу лицам, организации службы временных караулов. Вопросы охраны здоровья осужденных и оказания им медицинской помощи при исполнении наказания в виде лишения свободы являются далеко не новыми в юридической науке и практике. Существенный вклад в исследование вопросов зарождения, становления и развития института оказания медицинской помощи осужденным в местах лишения свободы в пенитенциарном праве внесли такие авторы, как О. А. Алфимова, Ю.М. Антонян, М. Н. Гернет, О.В. Жданова, Л. В. Комарова, А. Ф. Кони, Л. Ф. Пертли, О.Ю. Пестова, В. И. Селиверстов, Е. В. Середа, А. П. Скиба, В. А. Уткин, И. Я. Фойницкий.

Кроме авторов, освещавших вопросы охраны здоровья осужденных и заключенных лиц, вопросов освобождения от наказания по причине болезни, авторов, исследующих вопросы создания безопасных условий содержания,

организации охраны и конвоирования не представилось возможным по причине закрытости такого рода информации.

Структура работы определена целью и задачами исследования. Работа состоит из введения, двух глав, включающих в себя четыре параграфа, заключения, библиографического списка и приложений.

ГЛАВА 1. ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОСУЖДЕННЫМ И ЗАКЛЮЧЕННЫМ ПОД СТРАЖУ ЛИЦАМ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ ИХ БЕЗОПАСНОСТИ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

1.1. Основные понятия правового механизма оказания медицинской помощи осужденным и заключенным под стражу лицам в медицинских учреждениях

Для изучения проблем, связанных с организацией охраны и конвоирования осужденных, подозреваемых и обвиняемых в лечебные учреждения государственной и муниципальной системы здравоохранения прежде всего следует разобраться в основополагающих причинах и понятиях этого правового и организационного механизма, которыми выступают здоровье осужденных и заключенных под стражу лиц, охрана их здоровья, медицинская помощь, изоляция, безопасность и другие понятия. Начиная свое исследование, мы хотели подвергнуть анализу такое общепринятое и популярное в обществе слово, как «здоровье». На первый взгляд это слово понятное нам с раннего детства воспринимается образом светлого комфортного состояния жизнедеятельности человека, оберегаемого от каких-либо угроз вокруг. Со временем человек приобретая все больше информации, в том числе и в отношении такой смысловой категории, как «здоровье», начинает осознавать, что его здоровье является главной ценностью в его жизни, и поддержание здоровья является очень важной из имеющихся потребностей человека. Также человек понимает, что здоровье олицетворяет человеческое счастье и является неотъемлемым условием для успешного социального, экономического развития личности. Люди понимают, что с плохим здоровьем реализация интеллектуального, нравственно-духовного, физического и репродуктивного потенциала в обществе представляется крайне сложным. В связи с этим обуславливаются задачи государства, которые необходимы для поддержания

уровня жизнедеятельности населения и охраны здоровья людей. Мы понимаем, что в определении категории «здоровье» на сегодняшний день имеется достаточно ёмкое и смысловое значение.

Еще в древние времена человечество задумывалось об определении слова «здоровье», так в своих трудах, известный во всем мире Гален, древнеримский медик, хирург и философ греческого происхождения, живший во II веке до нашей эры, обозначал, что здоровье – это вид гармонии, но его границы очень широкие и не у всех одинаковые. Также он отмечал: «Здоровье – это состояние в котором мы не испытываем боли и которое не мешает выполнять функции нашей каждодневной жизни: участвовать в руководстве, мыться, пить, есть и делать все другое, что мы хотим»⁶. В словаре В.И. Даля содержится значение слова «здоровье» или «здравие» – это среднее состояние животного тела или растения, когда все жизненные отправления идут в полном порядке; отсутствие недуга, болезни⁷. Возвращаясь к разработке и становлению понятия «здоровье» ученые сороковых годов уже XX века, считали, что человека, который характеризуется гармоничным развитием и хорошо адаптирован к окружающей его физической и социальной среде, можно считать здоровым. Известный американский медик Г. Сигерист считал: «Само здоровье не означает просто отсутствие болезней: это нечто положительное, это жизнерадостное и охотное выполнение обязанностей, которые жизнь возлагает на человека»⁸. Позже данное определение было включено и принято, как основополагающее понятие в Уставе (Конституции) Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ), основанной в 1948 году. Также в тексте Устава ВОЗ определено, что пользование наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав каждого человека без

⁶ Айзман Р.И. Медико-биологические основы обучения и воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья: учеб, пособие для СПО / отв. ред. Р. И. Айзман. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Издательство Юрайт, 2018. – С.12.

⁷ Даль В.И. Толковый словарь живого великорусского языка. В 2 т. Т. 1: А-О. / В.И. Даль. – М.: Олма-Пресс. 2002. – С.569.

⁸ Овчаров Е. А. Здоровье: аксиологический, медико-социальный и экологический анализ: Учеб. пособие. – Нижневартовск: Издательство Нижневарт. пед. ин-та 2002. – С. 17.

различия расы, религии, политических убеждений, экономического или социального статуса⁹. Данный международный орган пристально следит и за ситуацией оказания медицинской помощи осужденным и заключенным под стражу лицам, так в 1995 году Европейское региональное бюро ВОЗ обозначило о работе Проекта «Охрана здоровья в тюрьмах», на основании которого ежегодно представители министерств 36 стран Европейского региона ВОЗ отчитываются о состоянии охраны и укрепления здоровья в местах лишения свободы в интересах заключенных, персонала и всего населения страны. На одном из таких отчетов, участниками государств-членов Проекта, организациями-партнерами и экспертами было рассмотрены проблемы женщин, находящихся в системе уголовного правосудия и с особым вниманием уделено грубейшим нарушениям в отношении охраны здоровья женщин в местах лишения свободы.

Проблемные вопросы в медицинском обеспечении осужденных и заключенных под стражу лиц возникали и ранее, и они были непосредственно связаны с процессом становления и развития пенитенциарной системы в России.

В Древней Руси медицинская помощь населению, как отмечают ученые, включала организационные формы с тремя основными разновидностями: народная медицина, монастырская медицина, светская или городская медицина¹⁰ Позже в XVII веке меняются взгляды и подход у мирового сообщества в отношении тюрьмы, которое до этого ассоциировалось с местом народного порицания и позора, теперь оно больше склоняется к месту исполнения наказания. В связи с чем возникают идеи реформирования мест исполнения наказания. Вместе с реформированием непосредственно тюрем, преду-

⁹ Устав ВОЗ [Электронный ресурс] // Всемирная организация здравоохранения Главная. Информация ВОЗ. Руководствующие органы. Ресурсы: офиц. сайт. 26.02.2019 Режим доступа: <https://www.who.int/governance/eb/constitution/ru/> (дата обращения 15.04.2019).

¹⁰ Братановский С. Н., Кизилев В. В. Правовое регулирование организации и деятельности медицинских учреждений в России / под ред. С. Н. Братановского. Саратов: Издательство СГУ, 2005. – С. 6.

смаatrивалось решить вопросы и медицинского обеспечения арестантов. Как отмечал М.Н. Гернет в отношении больниц для арестантов, то в связи с рассмотренным и утвержденным проектом, они должны были организовываться при каждой тюрьме. По проекту в самой тюремной больнице предусматривалась дифференциация содержащихся в ней лиц, так больницы были поделены на три части: для подсудимых, для осужденных к срочной тюрьме и для осужденных и каторжан¹¹. Но, как после отмечал, известный русский тюремовед, идеи тюремных больниц остались лежать на бумаге, в большинстве мест содержания арестантов больницы отсутствовали и зачастую больных арестантов помещали вместе со здоровыми. Сами места пребывания арестантов оставляли желать лучшего, в острогах камеры оборудовались в узких подземных и полуподвальных помещениях «каменных мешках», в которых были постоянны сырость, антисанитария и, как следствие инфекционные болезни.

Первые упоминания о медицинской помощи в дореволюционной России, оказываемой арестантам государством, отмечается от 7 сентября 1775 года, данное явление связано с принятием законодательного акта – Манифеста «Учреждения для управления губерний Всероссийской империи» принятым императрицей Екатериной II, которая предприняла попытку реформирования основ административно-территориального управления в стране¹². В том числе реформирование не обошло и пенитенциарные учреждения. Как отмечает А.А. Феличкин, впервые для закупки медикаментов больным арестантам, из государственной казны было выделено 200 рублей, что по тем деньгам являлось жестом небывалой щедрости¹³. Документом, подтвержда-

¹¹ Гернет М. Н. История царской тюрьмы / М.Н. Гернет Т. 1. – М.: Государственное издательство юридической литературы, 1960. – С. 49.

¹² Манифест: «Благочестивейшая самодержавнейшая великия государыни имп. Екатерины Вторыя. учреждения для управления губерний Всероссийския империи» [Электронный ресурс] // Президентская библиотека. Главная. Коллекция. Гос. Власть. История законодат. Законодат. В XVIII в. Законодат акты Екатерины II: – Режим доступа: <https://www.prlib.ru/item/399028> (дата обращения 11.10.2018).

¹³ Феличкин А. А. История становления пенитенциарной медицины в России / А. А. Феличкин // Уголовно-исполнительное право. – 2006. – № 1. – С. 90.

ющим желание монарха реформировать имеющуюся пенитенциарную систему России, был проект Положения о тюрьмах 1778 года. Разработчиками Положения был использован передовой опыт организации тюрем европейских государств, в том числе и опыт оборудования тюремных больниц. Но к нашему сожалению идеи улучшить быт и медицинское обеспечение арестантов, остались только на бумаге, по причине проблем в материальном и организационном обеспечении самого Положения. Не оставляя мысль реформирования пенитенциарных учреждений, Екатерина II в 1778 году издала указ, в котором определила рацион питания для здоровых и больных «колодников», а также с 1796 года разрешила выделение государственных средств из казны на лечение больных арестантов¹⁴. Попытки Екатерины II пересмотреть отношение государства к местам изоляции, были крайне недостаточными. М.Н. Гернет, изучая устройство системы отмечал: «Заклученные не дождались изменений ни от самой Екатерины, ни от всех ее преемников, они тысячами умирали в сырых казематах от голода и холода, пыток и истязаний»¹⁵.

И только в 1819 году, как отмечает О.Ю. Пестова, в следствии резонансного возмущения российской общественности, основанного на нечеловеческих отношениях и издевательствах администрации тюрем над арестантами, создается учреждение Попечительного о тюрьмах общества¹⁶. Далее, в результате государственных преобразований, с 1819 года функция оказания медицинской помощи была в ведении Министерства внутренних дел, где были образованы медицинский совет и медицинский департамент. В губерниях же организация медицинской помощи представлялась врачебным отделением, под руководством губернского врачебного инспектора, который подчинялся губернатору. Для решения вопросов лечения больных арестантов в ме-

¹⁴ Спасенников Б. А., Пертли Л. Ф. Развитие медицинской помощи в тюремной системе России (конец XVIII - начало XX века) / Б. А. Спасенников, Л. Ф. Пертли // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2016. – № 4. – С. 252.

¹⁵ Гернет М. Н. История царской тюрьмы / М. Н. Гернет Т. 1. – М.: Государственное издательство юридической литературы, 1960. – С. 71.

¹⁶ Пестова О.Ю. Развитие института оказания медицинской помощи заключенным России (конец XVII - начало XX в.) / О. Ю. Пестова // Вестник Вятского государственного гуманитарного университета. – 2014. – № 2. – С. 49.

стах, где не было особых больниц при острогах, губернатор обязан был лично осуществлять попечительство над такими врачебными отделениями. Сами же врачебные отделения комплектовались уездными врачами, фельдшерами, а в городах назначался городской врач¹⁷. В 1831 году вопросы организации и правового обеспечения медицинской помощи заключенным были изложены в таком документе, как Инструкция смотрителя губернского тюремного замка (далее – Инструкция смотрителя), являющимся подзаконным нормативным актом. В Инструкции, Глава IX, состоящая из 55 статей, достаточно полно описывала организацию медицинской помощи при исполнении уголовных наказаний. Таким образом, исходя из требований Инструкций Смотрителя, условия содержания и лечения в тюремном лазарете должны были соответствовать общим правилам в городских больницах. А смотритель тюремного замка лично отвечал за санитарно-гигиеническое состояние мест содержания под стражей. Организация лечебно-профилактической работы в замке была возложена на врача, которому подчинялся не только медицинский персонал больницы и аптеки, но и все сотрудники тюрьмы. В обязанности врача замка входил медицинский осмотр вновь прибывающих заключенных, ежедневная экскурсия по замку для контроля санитарного состояния, руководство тюремной больницей и аптекой, направление больных заключенных в больницу и их последующее выздоровление. Каждый день врач тюремного замка должен был сообщать смотрителю о больных заключенных и обращаться за лекарствами. Инструкция смотрителя регулировала условия размещения больных арестантов по роду болезней, а также снабжение их бельем, одеждой, питанием в соответствии с предписанием врача¹⁸.

Состояние дел по медицинскому обеспечению в тюремных больницах, на тот момент, можно оценить по информации из донесений тюремных реви-

¹⁷ Спасенников Б. А., Пертли Л. Ф. Развитие медицинской помощи в тюремной системе России (конец XVIII - начало XX века) / Б. А. Спасенников, Л. Ф. Пертли // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2016. – № 4. – С.253.

¹⁸ Рассказов Л. П., Упоров И. В. Инструкция смотрителю губернского тюремного замка 1831 г. как исток уголовно-исполнительного права России / Л. П. Рассказов, И. В. Упоров // Правоведение. – 2000. – № 2. – С.246.

зоров, составлявших донесения в Министерство внутренних дел. Так В.Н. Юферов отмечал, что на 1000 арестантов в 1850 году приходилось 77 больных, а при учете того, что через тюрьмы Российской империи прошли 980 000 арестантов, из их числа умерло 1598 человек, то количество умерших составило 0,16 %¹⁹. Учитывая вышесказанное, можно сделать вывод, что первые попытки в нормативно-правовом регулировании медико-санитарного состояния пенитенциарных учреждений и уровня оказания медицинской помощи осужденным и заключенным лицам, за счет государства, на тот момент времени, являются результативными. Дальнейшее развитие исторических событий XIX века отмечает закрепление медицинской помощи арестантам, в обязанностях государства и вводом в штаты Главного тюремного управления (далее – ГТУ) должности инспектора по медицинской части. В задачи которого входила координация оказания медицинской помощи заключенным и разработка необходимых санитарно-гигиенических мероприятий. В 1912 году, в результате расширения объема задач в аппарате ГТУ, и реорганизации структуры самого управления, функции по оказанию медицинской помощи были переданы в ведение хозяйственной части²⁰. Которая, кроме контроля за организацией медико-санитарной помощи и медицинской помощи при этапировании заключенных, отвечала за продовольствие и одежное довольствие арестантов, отопление и освещение мест заключения. Как отмечают ряд авторов непосредственно надзор за лечением больных арестантов осуществлялся на основании ст. 17 Устава врачебного издания 1905 года и был возложен на Губернские врачебные управления²¹. В Уставе содержания под стражей и Уставе о ссыльных на эти управления также возлагались обязанности

¹⁹ Юферов В. Н. Материалы для тюремной статистики России – СПб.: Записки Императорского Русского географического общества по отделению Статистики. Т. 3., 1873. – С. 18.

²⁰ Детков М. Г. Тюрьмы, лагеря и колонии России: Исторический очерк –2-е изд., перераб. и доп. – М.: Юрлитинформ, 2009. – С.25.

²¹ Спасенников Б. А., Пертли Л. Ф. Развитие медицинской помощи в тюремной системе России (конец XVIII - начало XX века) // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2016. – № 4. – С.254.

по освидетельствованию трудоспособности арестантов и больных ссыльных лиц.

Нельзя не отметить в развитии правоотношений, регулирующих медико-санитарное состояние учреждений пенитенциарной системы дореволюционной России большой вклад, который внес великий гуманист и филантроп Ф. П. Гааз. Именно по его личной инициативе и по велению царя в 1829 году был создан Московский попечительный о тюрьмах комитет, благодаря которому было немало сделано для облегчения жизни заключенных и ссыльных арестантов. В отношении самого же Ф. П. Гааза, уроженца Германии, ходили легенды, которые были запечатлены такими классиками русской художественной литературы, как А. И. Герцен и Ф. М. Достоевский и А. П. Чехов в своих известных всему миру произведениях. Ранее в 1828 году Ф.П. Гааз был назначен на должность главного врача московских тюрем, по предложению князя Д.В. Голицына, генерал-губернатора города Москвы. В Комитете же Ф.П. Гааз проработал 25 лет, за это время им было разработано не мало предложений об облегчении условий пребывания арестантов. Так, например, ему удалось добиться отмены «прута» И.И. Дибича на «цепи» П.М. Капцевича, используемым для конвоирования ссыльных арестантов, отмены позорного бритья головы у этапиремых женщин арестантов, использования облегченных кандалов и наручников. Многие ученые медицины склоняются к мнению, что ряд заболеваний у человека, на прямую воздействует на область мозга, отвечающую за социальное поведение. В своих работах Ф.П. Гааз отмечал, что для исправления преступников их надо сначала вылечить. В этих мыслях, мы согласны с мнением многих авторов, что он опередил свое время.

В истории развития пенитенциарной медицины, а именно в развитие и урегулировании правоотношений нельзя не отметить роль таких подзаконных нормативных актов, как циркуляры. Документы, относимые к циркулярам, являлись письменными документами, которые передавались от руководителей до исполнителей. Такое название они получили от немецкого слова

«zirkular», которое происходило от латинского «circularis» обозначавшего по кругу, то есть письмо, которое направлено одним автором многим адресатам. В Российском праве, особенно в период Российской империи, циркуляры имели большое предназначение. На знании соответствующих циркуляров основывалось непосредственное знание практического права в большинстве областей административного управления. Но беда русских циркуляров была в том, что они стали необходимы по причине неполноты и несовершенства российского законодательства и усилило эту беду отсутствие в законе правил издания самих циркуляров. Так уполномоченные государством субъекты, к их числу причислялись министерства, могли издавать циркуляры, и по причине отсутствия четкого регламента закона придумывать свои правила, которые в конечном итоге могли противоречить и самому закону. Правовые традиции циркуляров существуют и по сей день, но наша задача изучить становление правовых отношений в пенитенциарной медицине и возможность отследить только по ним. Так в 1889 году руководство ГТУ, имея цель урегулировать и устранить проблемы в лечебно-диагностической помощи в местах заключения, и установить выгодную кадровую политику в замещении врачебных должностей, согласовав с Медицинским департаментом, издало циркуляр № 1 от 7 января 1889 года. Согласно которого, приоритет в замещении должностей тюремных больниц принадлежал докторам медицины с опытом административно-лечебной работы в должности городских и уездных врачей, на должности фельдшеров, назначались лица, имеющие только профессиональное образование. Но проблемы медицинского обеспечения оставались, особенно в тех учреждениях, где в штатах тюрьмы не было медицинского персонала, и они находились в географическом отдалении от центров. Тогда как на основании правил, указанных в циркуляре МВД № 207 от 10 февраля 1883 года, допускалось приглашение врачей и фельдшеров к заключенным, без предъявления ими требований, указанных выше. Причем в циркуляре № 1290 главного врачебного инспектора МВД от 30. 09.1910 года пояснялось, что городские врачи могут не исполнять обязанности тюремных

врачей, это является лишь актом их добровольного соглашения с Обществом попечительным о тюрьмах, причем они выполняют эту работу безвозмездно или получают вознаграждение от Общества²². Как мы уже отмечали создание тюремных больниц при учреждениях, в те времена, было делом крайне сложным и продолжительным, в связи с чем, открытие таких больниц было обозначено, как приоритетное направление работы ГТУ. Ведь это и понятно, штатные врачи и фельдшеры могли контролировать обстановку и оказывать помощь по больнице постоянно, а приезжие врачи, приезжали редко и для этого требовались денежные затраты, которых всегда не хватало.

Другая проблема пенитенциарных учреждений, это социально опасные болезни, в числе которых туберкулез. Учитывая данный факт, на основании циркуляра ГТУ № 28 от 8 июля 1910 года врачи тюремных больниц имели право не назначать на этап больного заключенного в холодную погоду при температуре минус 18°С. При водворении в карцер заключенного под стражу лица, по причине их неудовлетворительного состояния, врач мог отказать в водворении. Для больных заключенных указывалось послаблять режим, это заключалось в выделении более просторных камер, с частым режимом проветривания, еженедельное мытье арестантов в бане и смену белья, а также дезинфекция камер формалином²³. В 1915 году был издан последний нормативно-правовой акт, регулирующий медицинскую помощь в тюрьмах. Этим актом явилась Общая тюремная инструкция 1915 года (далее – инструкция 1915 года). На основании требований инструкции 1915 года, во избежание всяких злоупотреблений в учреждениях со стороны начальника места заключения и администрации, медицинский персонал тюремной больницы переподчинили губернатору и губернскому тюремному инспектору. Текст инструкции 1915 года содержал информацию о всех должностных обязанностях медицинского персонала и строго воспрещала начальнику тюрьмы использовать их в других целях. Также новеллами инструкции 1915 года явились са-

²² Пертли Л. Ф., Спасенников Б. А. Медицинская помощь в пенитенциарной системе дореволюционной России // Вестник Кузбасского института. – № 3(28). – 2016. – С.132.

²³ Там же. – С.134.

нитарные листки, которые заводились на каждого арестанта, кроме пере-сылных. Такой вид персонального учета был большим шагом оказания медицинской помощи в местах изоляции и используется в наши дни. Лечение же заключенных в городских и земских больницах инструкция ограничивала, исключением были только особые случаи, обязательно согласованные с губернским тюремным инспектором, а в случаях с подследственными, еще и с разрешения прокурора. Но как утверждают авторы работ, эта норма носила больше рекомендательный характер, даже по той причине, по которой в инструкции 1915 года не было перечня заболеваний, по которым лечение должно было обязательно проходить в городской или земской больнице²⁴. Уже тогда руководство ГТУ понимало, что лечение больных арестантов в медицинских учреждениях не пенитенциарной системы опасны побегами, кроме этого требовался персонал для охраны и надзора, который отрывался из учреждения, без того плохо укомплектованного. Мы осмелимся предположить, что такое отношение повлияло на формирование недоверия со стороны администрации тюрем в отношении качественного освидетельствования врачами-специалистами, которое также было основано и на нежелании департамента полиции и тюремной администрации переводить больных арестантов, как в тюремные больницы, так и вывозить на лечение в иные медицинские учреждения. Поэтому, как отмечают такое состояние авторы, безнадежным делом было обращение за врачебной помощью со стороны заключенных, так как нередко они попадали в карцер и под розги вместо больницы, а тяжелобольные зачислялись в «симулянты»²⁵. Всецело на период начала XX века в пенитенциарных учреждениях, по причине недофинансирования, тюремных больниц по-прежнему не хватало, слабый медицинский контроль допускал совмещение больных и здоровых арестантов, страдающих такими значимыми заболеваниями, как цинга, тиф, туберкулез, холера и другими, по причине

²⁴ Пертли Л. Ф., Спасенников Б. А. Медицинская помощь в пенитенциарной системе дореволюционной России // Вестник Кузбасского института. – № 3(28). – 2016. – С. 135.

²⁵ Гернет М. Н. История царской тюрьмы. Петропавловская крепость (1900 – 1917). Том 4. – М.: Государственное издательство юридической литературы, 1962. – С. 32.

ограниченности свободного пространства среди арестантов камерах тюрьмы, привело к ухудшению условий и риска заболеваний и в конечном итоге к увеличению смертности среди заключенных лиц. Послереволюционный и довоенный период был тяжелым периодом в вопросах медицинского обеспечения. В связи с народными волнениями в стране и сменами правительств, лихорадило и пенитенциарные учреждения. Как отмечает И. В. Упоров, так в соответствии с лозунгом о полном сломе царской тюремной системы в стране «демонстративно» были разрушены около 400 зданий тюрем, преимущественно уездных (видимо, по аналогии с разрушением церквей), а многие были приспособлены для различных хозяйственных нужд²⁶.

На восстановление былого уровня отношений ушли десятки лет. Ранее построенная правовая система уголовных наказаний, как и оказания медицинской помощи дореволюционной России, существовавшая ранее, категорически отвергалась новым правительством. На смену прежних нормативно-правовых актов, была создана Временная инструкция 1918 года «О лишении свободы как мере наказания и порядке отбывания наказания», где в качестве медицинских учреждений предусматривались карательно-лечебные заведения для содержания в них арестантов, с заметными психическими дефектами и тюремные больницы – для душевнобольных²⁷.

Народным комиссариатом юстиции в 1920 году принимается Положение об общих местах заключения в РСФСР, в котором было включено регламентирование деятельности врачебно-санитарных частей в местах лишения свободы. Система оказания помощи больным осужденным и заключенным строится на оказание помощи непосредственно в месте отбывания наказания, в учреждении от медицинского персонала, но допускается возможность в приглашении врачей к больным в учреждение. Больных осужденных и за-

²⁶ Упоров И. В. Уголовное наказание в виде лишения свободы в законодательных актах начального периода советской власти // Теория и практика общественного развития. – 2016. – № 10. – С.105.

²⁷ Пестова О. Ю. Нормативно-правовое регулирование оказания медицинской помощи осужденным к лишению свободы в России: дис. ... канд. юрид. наук. – М.: Российская академия адвокатуры и нотариата, 2018. – С.47.

ключенных лиц, нуждающихся в стационарном лечении, помещали в лечебные части в учреждении и в специальные больницы для осужденных и в редких случаях больной осужденный или заключенный направлялся в общегражданские больницы. Позже, при увеличении в учреждениях количества осужденных и заключенных лиц, возникла угроза эпидемических заболеваний. Выход из создавшейся ситуации нашли в создании санитарного отряда из числа осужденных лиц. За участие в работе санитарного отряда осужденные имели преференции перед администрацией учреждения и даже могли премироваться за счет Наркомздрава. Ситуация в системе в 1922 году сложилась следующая, все учреждения, осуществляющие лишение свободы, сосредотачивались в ведении Народного комитета юстиции и Народного комитета внутренних дел (НКВД). В их числе были 159 исправительно-трудовых домов, 54 дома предварительного заключения, 2 изоляционные тюрьмы, 3 пересыльные тюрьмы, 29 сельхозколоний, 4 трудовых дома для несовершеннолетних, 1 трудовая колония, 56 концлагерей, 5 тюремных больниц и 17 прочих учреждений. Общая численность спецконтингента составляла 80 559 человек, причем следует отметить, что лимит наполняемости составлял 85 531 место²⁸, а лимит койка мест в больницах составлял 1000 мест, с учетом заполнения 821 человек²⁹.

С принятием Исправительно-трудового кодекса РСФСР 1924 года для медицинского обеспечения предусмотрены учреждения по применению мер социальной защиты медицинского характера, которыми являются колонии для психически неуравновешенных, туберкулезных и других больных заключенных, а также институты психиатрической экспертизы и больницы. Более того, следует отметить, что законодатель включил в перечень учреждений специальные колонии для заключенных, больных туберкулезом, мы можем

²⁸ Упоров И. В. Уголовное наказание в виде лишения свободы в законодательных актах начального периода советской власти // Теория и практика общественного развития. – 2016. – № 10. – С. 108.

²⁹ Детков М. Г. Тюрьмы, лагеря и колонии России, исторический очерк. – М.: Юрлитинформ. 2009. – С. 54.

предположить по причине большой численности заболевших среди числа осужденных.

Последующий период уголовно-исполнительной системы описывается многими авторами, как тяжелый период эпохи ГУЛАГ. Отвлечённость руководства страны на экономическое развитие, путем использования рабского труда осужденных отмечаются просчетами в управлении, что привело к произволу администрации и криминальных элементов, плохое вещевое обеспечение, тяжелые санитарно-гигиенические условия и низкий уровень медицинского обслуживания. Как отмечает О.Ю. Пестова, изучая приказ НКВД СССР № 00314 от 25 сентября 1939 года, «во всех колониях Башкирской АССР отмечена антисанитария; у заключенных обнаружена массовая вшивость; особенно плохие жилищно-бытовые условия отмечены в колониях № 9 и пересыльном пункте. Подготовка к зиме жилых, лечебно-санитарных, коммунальных и других помещений не проводится. На строительстве № 1 в зимнее время имел место ежедневный невыход на работу до 400 заключенных на производство по причине «разутости и раздетости»³⁰. Смертность заключенных в лагерях ГУЛАГ в тот период ученые констатируют пиковой в процентах от общего количества заключенных: в 1933 году – 15,2%, 1938 год – 6,18%, 1942 год – 17,58%³¹. Ситуация в военные годы не улучшила положения медицинского обеспечения осужденных, вся страна воевала с фашистскими захватчиками, как на фронте, так и в тылу, была важна мобилизация сил и средств. Средств на улучшения условий осужденным не хватало, как не хватало и медикаментов. В послевоенные годы страна начала возрождаться, как полагают авторы, этот факт повлиял на снижение и смертность в лагерях. Так, С. И. Кузьмин отмечает в 1942 году в местах изоляции умерло – 248 877

³⁰ Пестова О. Ю. Нормативно-правовое регулирование оказания медицинской помощи осужденным к лишению свободы в России: дис. ... канд. юрид. наук. – М.: Российская академия адвокатуры и нотариата, 2018. – С.51.

³¹ Нахапетов Б. А. Очерки истории санитарной службы ГУЛАГа. – М.: Издательство Юрайт, 2009. – С. 38.

человек, то в 1946 году – 18 154 человека³². Все годы войны и послевоенный период характеризуется большим объемом задач, стоящих перед УИС. Учреждения системы должны были обеспечить надежную изоляцию и криминальным элементам, и националистам, перешедшим на сторону фашистов во время войны, и военнопленным, которые также требовали надлежащих условий содержания. Только в 1957 году, наступила относительная гуманизация советской пенитенциарной системы, в этот период было принято Положение о медицинской службе Главного управления исправительно-трудовых колоний МВД СССР и его учреждений. Так в соответствии с разделом IV предусматривалась врачебно-трудовая экспертиза, устанавливающая возможности осужденных к труду. Председателем экспертизы назначался врач, а не администратор как это было ранее. Врачебно-трудовые комиссии были обязаны проводить экспертизу освидетельствования осужденных один раз в год, а вновь прибывающих осужденных освидетельствовать через 21 день по прибытию. Штатные численности персонала в лечебных учреждениях УИС, приравнивают к лечебным учреждениям Минздрава СССР. В 1960 году вместе с реорганизацией государства, меняется и УИС, исправительно-трудовые лагеря теперь называют исправительно-трудовыми колониями. В конце 1969 года в структуре Центрального управления МВД создается единый самостоятельный орган управления ведомственной медицины, а с начала 1971 года и принятием Исправительно-трудового кодекса РСФСР все медицинские мероприятия регламентировались законодательством о здравоохранении. В дальнейшем медицинское управление крепло и прирастало медицинскими управлениями и отделами в республиках, краях, областей, в последствии как отмечает О. Ю. Пестова, данный процесс качественно изменил ведомственное медицинское обеспечение³³. В связи с расширением медицин-

³² Кузьмин С. И. Лагерники. ГУЛАГ без ретуши // Молодая гвардия. – 1986. – № 3. – С. 145.

³³ Пестова О. Ю. Нормативно-правовое регулирование оказания медицинской помощи осужденным к лишению свободы в России: дис. ... канд. юрид. наук. – М.: Российская академия адвокатуры и нотариата, 2018. – С.62.

ской деятельности были созданы новые виды помощи, в их числе: психопрофилактические, психонаркологические, противотуберкулезные, которые значительно усиливают систему учреждений военно-врачебной экспертизы и санитарно-эпидемиологического надзора и по сей день.

1.2. Особенности правового регулирования в вопросах конвоирования и охраны больных осуждённых и заключённых под стражу лиц в медицинских учреждениях государственных и муниципальных систем здравоохранения

В нашей стране на конституционном уровне закреплены различные права человека, каждое из которых не оспоримо и охраняется законом. Так в статье 41 Конституции Российской Федерации, «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь». Следовательно, право на охрану здоровья реализуется в возможности удовлетворения социально-экономических, личных потребностей и интересов самого человека, в части восприятия им профилактических мероприятий по охране здоровья и, особенно, в части непосредственного восстановления нарушенного здоровья. Право на охрану здоровья в уголовно-исполнительной системе принадлежит, как персоналу учреждений, так и осужденным и заключённым под стражу лицам.

Реализация правового механизма по охране здоровья также раскрывается в статье 26 Федерального закона «Об основах охраны здоровья» в которой определены права лиц, задержанных, заключённых под стражу, отбывающих наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы либо административного ареста, на получение медицинской помощи. В части 2 рассматриваемой статьи право на оказание медицинской помощи, в том числе в медицинских организациях охраны материнства и детства имеют бере-

менные женщины, а также женщины во время родов и в послеродовой период из числа осуждённых и заключённых под стражу лиц.

Так в соответствии с законодательством Российской Федерации лица, задержанные, заключённые 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 учреждениях.

Во время оказания медицинской помощи в медицинских организациях государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения сотрудниками органов и учреждений уголовно-исполнительной системы осуществляется охрана осуждённых и заключённых под стражу лиц, и при необходимости ведётся круглосуточное наблюдение за ними для обеспечения безопасности указанных лиц, медицинских работников, а также иных лиц, находящихся в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения, в установленном порядке.

Стоит отметить, что испытание новых методов профилактики, диагностики, лечения, медицинской реабилитации, а также лекарственных препаратов, специализированных продуктов лечебного питания, медицинских изделий и дезинфекционных средств с привлечением в качестве объекта для этих целей, осуждённых и заключённых под стражу лиц, не допускается.

Осуществление права осуждённых на охрану здоровья также закреплена и в статье 6 УИК РФ, где осуждённые имеют право на охрану здоровья, включая получение первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических или стационарных условиях в зависимости от медицинского заключения. Аналогичное закрепление содержит и статья 24 Федерального закона от 21 июня 1995 г. № 103-ФЗ «О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений»³⁴ (далее – Федеральный закон «О содержании под стражей») в

³⁴ О содержании под стражей, подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений: федеральный закон: текст с изменениями и дополнениями на 26 мая 2021 г. №

ст. 15 Федерального закона «О содержании под стражей» в отношении заключенных под стражу лиц, где оказание медицинской помощи и обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия в местах содержания под стражей организуются в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья, а администрация указанных мест обязана выполнять санитарно-гигиенические требования, обеспечивающие охрану здоровья подозреваемых и обвиняемых.

В случаях отсутствия условий и невозможности оказания медицинской помощи лицу, заключенному под стражу или отбывающему наказание в виде лишения свободы в учреждениях УИС в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 28 декабря 2012 г. № 1466 «Об утверждении Правил оказания лицам, заключенным под стражу или отбывающим наказание в виде лишения свободы, медицинской помощи в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения, а также приглашения для проведения консультаций врачей-специалистов указанных медицинских организаций при невозможности оказания медицинской помощи в учреждениях уголовно-исполнительной системы»³⁵ определены Правила оказания медицинской помощи в медицинских организациях государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения, а также приглашения для проведения консультаций врачей-специалистов указанных медицинских организаций при невозможности оказания медицинской помощи в учреждениях уголовно-исполнительной системы. В соответствии с данным правовым актом осужденные и заключенные под стражу лица (далее – больные), за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, преду-

103-ФЗ: [принят Государственной думой 21 июня 1995 г.] // Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru) 26 мая 2021 г.

³⁵ Об утверждении Правил оказания лицам, заключенным под стражу или отбывающим наказание в виде лишения свободы, медицинской помощи в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения, а также приглашения для проведения консультаций врачей-специалистов указанных медицинских организаций при невозможности оказания медицинской помощи в учреждениях уголовно-исполнительной системы: Постановление Правительства РФ от 28 декабря 2012 г. № 1466 // Собрание законодательства РФ. – 2013 – № 1 – Ст. 61.

смотренных на эти цели, имеют право получить помощь от приглашенных для проведения консультаций врачей-специалистов указанных медицинских организаций.

Констатация случаев членовредительства со стороны осужденных и заключенных под стражу лиц, свидетельствует о непростых условиях, возникающих в среде самих осужденных и заключенных под стражу лиц. Как мы отмечали ранее, практически во всех исправительных учреждениях УИС встречаются случаи умышленного причинения вреда своему здоровью, со стороны контингента учреждений. Также не следует исключать и возможные криминальные планы лиц, находящихся в изоляции, и их безудержное желание их реализовать за пределами мест изоляции.

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 13 октября 2004 года № 1314 (ред. от 08.09.2017 № 412) вопросы медико-санитарного обеспечения осужденных, а также обеспечение прав осужденных и заключенных под стражу лиц находится в компетенции Федеральной службы исполнения наказаний³⁶. Стоит отметить, что за эту категорию травм осужденные на основании п.2 ст. 102 УИК РФ должны, в законном порядке, возместить государству полную стоимость денежных средств, затраченных на их лечение. Это законодательно закреплено в статье 102 «Материальная ответственность осужденных к лишению свободы» Уголовно-исполнительного кодекса Российской Федерации. Сама процедура взыскания материального ущерба с осужденных законодательно на сегодняшний день не определена.

В отношении заключенных под стражу лиц действует другой правовой механизм. Так на основании Ст. 36 Федерального закона «О содержании под стражей» в числе основных обязанностей заключенных под стражу лиц в п.9 указана обязанность не совершать умышленных действий, угрожающих соб-

³⁶ Вопросы Федеральной службы исполнения наказаний: указ Президента РФ от 13 октября 2004 № 1314 (ред. от 17 мая 2021 № 284) // Российская газета. – 2004. – 19 октября (Официальный интернет-портал правовой информации <http://pravo.gov.ru>, 17.05.2021).

ственной жизни и здоровью, а также жизни и здоровью других лиц, но вот ответственности за причиненный учреждению ущерб, в том числе дополнительные затраты, связанные с его лечением в случае умышленного причинения вреда своему здоровью законом не предусмотрено, а все затраты на медицинскую помощь компенсируются по страховому случаю, как с гражданского лица по полису медицинского страхования.

В Правилах под невозможностью оказания медицинской помощи в учреждениях УИС понимаются следующие условия:

а) отсутствие в учреждении уголовно-исполнительной системы врача-специалиста соответствующего профиля или квалификации, оборудования или условий для оказания необходимого объема медицинской помощи;

б) ситуация, при которой отсрочка на определенное время в оказании медицинской помощи, в том числе связанная с ожиданием транспортировки больного в другое учреждение уголовно-исполнительной системы, может повлечь за собой ухудшение его состояния, угрозу жизни и здоровью.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается лицам, лишенным свободы, в экстренной и неотложной форме как в медицинских организациях, так и вне медицинских организаций с учетом соблюдения установленных требований к срокам ее оказания.

Решение о вызове бригады скорой медицинской помощи принимает медицинский работник учреждения УИС, осуществляющий в соответствии с должностными обязанностями организацию и оказание медицинской помощи лицам, лишенным свободы, а в его отсутствие – руководитель этого учреждения или уполномоченное им должностное лицо.

Порядок оказания медицинской, в том числе психиатрической, помощи больным в учреждениях УИС, а также порядок их содержания в медицинских организациях и привлечения к их обслуживанию медицинских работников этих организаций определен в Приказе Минюста России от 28 декабря 2017 № 285 «Об утверждении Порядка организации оказания медицинской помощи лицам, заключенным под стражу или отбывающим наказание в виде

лишения свободы»³⁷ (далее – Порядок организации оказания медицинской помощи). В соответствии с пунктом 2 нормативно-правового акта оказание медицинской помощи лицам, заключенным под стражу, или осужденным осуществляется структурными подразделениями (филиалами) медицинских организаций, подведомственных ФСИН России, и СИЗО УИС, подчиненных непосредственно ФСИН России, а при невозможности оказания медицинской помощи в медицинских организациях УИС – в иных медицинских организациях государственной и муниципальной системы здравоохранения (далее – медицинские организации).

Осужденные с признаками стойкой утраты трудоспособности подлежат направлению на медико-социальную экспертизу (далее – МСЭ) в установленном законом порядке, который предусматривается приказом Минюста России от 02 октября 2015 № 233³⁸.

Перемещение осужденных беременных женщин, женщин, имеющих при себе детей в возрасте до трех лет, допускается по заключению врача о возможности перемещения, а при необходимости согласно данному заключению – в сопровождении медицинского работника. Перемещение беременных женщин с беременностью свыше 30 недель и женщин, имеющих при себе детей в возрасте до трех лет, осуществляется в сопровождении медицинского работника.

На МСЭ направляются лица, содержащиеся в ИУ, в случаях нарушения здоровья, приведшего к ограничению жизнедеятельности, со стойкими

³⁷ Об утверждении Порядка организации оказания медицинской помощи лицам, заключенным под стражу или отбывающим наказание в виде лишения свободы: приказ Минюста России от 28 декабря 2017 года № 285 // Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru) 9 февраля 2018 г.

³⁸ Об утверждении порядка и сроков направления на освидетельствование и переосвидетельствование осужденных, являющихся инвалидами и находящихся в исправительных учреждениях, подачи указанными лицами заявлений на проведение освидетельствования или переосвидетельствования, обжалования решения федерального учреждения медико-социальной экспертизы, а также порядка организации охраны и надзора за осужденными, находящимися в исправительных учреждениях, при проведении их освидетельствования или переосвидетельствования в федеральных учреждениях медико-социальной экспертизы: приказ Минюста России от 2 октября 2015 № 233 // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. – 2015. – № 48.

нарушениями функций организма и нуждающиеся в мерах социальной защиты и медицинской реабилитации. Лицо, нуждающееся в проведении МСЭ, в установленном порядке в произвольной форме подает письменное заявление на имя руководителя бюро МСЭ по месту нахождения ИУ.

Перед направлением на МСЭ для уточнения диагноза и степени выраженности функциональных нарушений начальник лечебно-профилактического учреждения УИС принимает меры к обследованию лица, содержащегося в ИУ, в условиях ЛПУ УИС, а при необходимости – в ЛПУ государственной и муниципальной систем здравоохранения.

По результатам клинико-диагностического обследования, подтверждающего выраженные нарушения функций организма и ограничения жизнедеятельности, врачи ЛПУ оформляют направление на МСЭ.

Администрация Учреждения формирует и представляет в бюро МСЭ по месту нахождения ИУ личное дело, характеристику, медицинскую карту амбулаторного больного (медицинскую карту стационарного больного), направление на медико-социальную экспертизу и заявление лица, содержащегося в Учреждении, о проведении освидетельствования (переосвидетельствования), одновременно решается вопрос о времени и месте проведения освидетельствования (переосвидетельствования).

В случае, связанном с производственным травматизмом, к указанным документам приобщается акт о несчастном случае на производстве установленной формы. Освидетельствование (переосвидетельствование) может проводиться как непосредственно в ИУ, так и в бюро медико-социальной экспертизы по месту нахождения ИУ на общих основаниях.

При освидетельствовании (переосвидетельствовании) лица, содержащегося в ИУ, администрация обеспечивает его доставку на освидетельствование в бюро МСЭ по месту нахождения ИУ в плановом порядке. Обязательны присутствие врача медицинской части или ЛПУ УИС, а также начальника отряда или воспитателя и надлежащая охрана в целях пресечения возможных эксцессов со стороны освидетельствуемого лица.

Мы также не можем не согласиться с мнением Е.В. Середы, которая считает одной из проблем оказания медицинской помощи осужденным к лишению свободы лицам, значительную удаленность мест лишения свободы от больших городов, в связи с чем бывает сложно найти квалифицированный медицинский персонал для работы в исправительных учреждениях, а те, которые все же работают в таких медицинских частях, не обладают достаточной квалификацией³⁹

Вывод к первой главе.

На основании вышеизложенного мы, изучив исторический путь зарождения, развития и становления правового института охраны здоровья осужденных и заключенных под стражу лиц пришли к выводу, что за более чем три столетия существования структурных подразделений, исполняющих наказания, лишь со второй половины XX века они стали приобретать статус специализированных мест отбывания наказаний, а с ними вместе и тюремные больницы. Нехватка денежных средств, квалифицированных кадров и подобающих условий, заставляли администрацию учреждений к услугам врачей городских медучреждений. На сегодняшний день ситуация заметно изменилась, но обращаясь за качественной медицинской помощью осужденным и заключенным под стражу лицам администрация учреждений вынуждена изыскивать возможности оказания медицинских услуг за пределами учреждений, что понуждает дополнительно использовать силы и средства вооруженной охраны.

Рост количества служебных нарядов ведет к существенному увеличению нагрузки на сотрудников подразделений охраны и надзора, требует дифференцированного подхода к организации охраны различных категорий подозреваемых, обвиняемых и осужденных в медицинских организациях. В последнее время наблюдается устойчивая тенденция увеличения числа назначенных временных караулов (служебных нарядов) от учреждений тер-

³⁹ Середа Е.В. Тенденции оказания медицинской помощи осужденным // Уголовно-исполнительное право. – 2018. – № 1. – С.56.

риториальных органов ФСИН России по конвоированию и охране подозреваемых, обвиняемых и осужденных в медицинских организациях 2017 год – 50 588, 2018 год – 52 380, 2019 год – 60 375.

Анализ выполнения аналогичных служебных задач правоохранительными органами Российской Федерации показал, что Наставлением по служебной деятельности изоляторов временного содержания подозреваемых и обвиняемых органов внутренних дел, предусмотрено обеспечение охраны подозреваемых и обвиняемых в медицинских организациях служебных нарядами в количестве не менее двух сотрудников.

С учетом изложенного, становится актуальным применение дифференцированного подхода к назначению количества сотрудников для конвоирования и охраны подозреваемых, обвиняемых и осужденных в медицинских организациях.

ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ОХРАНЕ ОСУЖДЁННЫХ И ЗАКЛЮЧЕННЫХ ПОД СТРАЖУ ЛИЦ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ И МУНИЦИПАЛЬНЫХ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

2.1. Организация службы временных караулов по конвоированию и охране осуждённых и заключённых под стражу лиц в медицинских учреждениях государственных и муниципальных систем здравоохранения

Успешное выполнение задач, стоящих перед службой охраны учреждений УИС по осуществлению качественной изоляции осужденных и заключенных под стражу лиц непосредственно зависит от организации планирования и уровня профессиональной грамотности и психологической готовности сотрудников. Правильно спланированная деятельность, хорошо подготовленные сотрудники и необходимое для осуществления этой деятельности оборудование, техника, технологии и вводимые новые методики работы – важный элемент организации службы. Именно этому данному вопросу всегда уделяется большое внимание. Подготовка сил и средств при организации деятельности – вопрос, который требует отдельного закрепления. Данный вопрос разрабатывается и документально закрепляется на различных уровнях организации и управления. Должностными лицами, ответственными за подготовку сил и средств при организации деятельности решается важная задача, ведь именно от их решения зависит её нормальное протекание успех.

На этапе планирования задач по конвоированию и охране в медицинских учреждениях государственных и муниципальных систем здравоохранения вместе с вопросами разработки качественной системы охраны и оформлении плана охраны необходимо продумать вопрос выделения достаточного и требуемого количества сотрудников. Так из числа резерва сотрудников отдела охраны, допущенных приказом начальника территориального органа к

самостоятельному несению службы, заместитель начальника учреждения по охране формирует состав временного караула, наряжаемого до выполнения непосредственной задачи и сдачи больного осужденного или заключенного под стражу лица. Порядок охраны в ИУ и СИЗО УИС запрещает назначать в состав временных караулов должностных лиц из состава караула, выполняющего в данное время служебные задачи по охране объектов учреждений. В связи с чем, возникает ряд организационных проблем с укомплектованием временных караулов, выполняющих задачи по конвоированию и охране больных осужденных и заключенных под стражу лиц, сотрудниками отделов охраны учреждений.

В свою очередь, начальник учреждения обязан принять все необходимые меры для обеспечения надежной охраны и надзора за больными в медицинском учреждении, всестороннего обеспечения караула, организации контроля его службы. Для конвоирования из учреждения одного больного назначается не менее трех вооружённых сотрудников от подразделения охраны (начальник караула и два часовых), также для обеспечения безопасности в здании, помещениях, кабинетах больницы и другим мест назначается сотрудник отдела режима, безопасности или оперативного отдела.

Временный караул возглавляется начальником караула, который назначается из числа сотрудников среднего и старшего начальствующего состава отдела охраны учреждения (заместитель начальника учреждения – начальник отдела охраны, заместитель начальника отдела охраны, старший инспектор отдела охраны, инспектор отдела охраны, штатные начальники караулов).

Кроме того, для осуществления круглосуточного наблюдения в состав караула дополнительно назначается сотрудник, экипированный специальными средствами. Как правило, сотрудник, осуществляющий круглосуточное наблюдение экипируется аэрозольными упаковками «Резеда-10», «Зверобой-10», палкой резиновой, наручниками. Он находится в оперативном подчинении начальника караула.

Таким образом, для конвоирования (охраны) одного осужденного в медицинскую организацию из состава резерва учреждения назначаются, как минимум, четыре сотрудника (караул не менее 3 человек и сотрудник, осуществляющий круглосуточное наблюдение).

Решение о конвоировании подозреваемых, обвиняемых и осужденных для оказания медицинской помощи в медицинскую организацию принимается:

- при направлении на плановую госпитализацию, консультацию - начальником учреждения уголовно-исполнительной системы Российской Федерации с разрешения начальника территориального органа ФСИН России на основании докладной записки медицинского работника медицинской организации УИС;

- в экстренных случаях - начальником учреждения УИС, лицом, исполняющим его обязанности, а в их отсутствие - ответственным от руководства СИЗО, исправительного учреждения УИС (дежурным помощником начальника учреждения УИС) на основании докладной записки медицинского работника медицинской организации УИС (заклучения медицинского работника бригады скорой медицинской помощи) с последующим немедленным докладом начальнику учреждения УИС и начальнику территориального органа ФСИН России.

В целях совершенствования работы по организации службы служебных нарядов в период оказания подозреваемым, обвиняемым и осужденным медицинской помощи в медицинских организациях допускается принятие решения начальником территориального органа ФСИН России, начальником учреждения УИС (лицом, исполняющим его обязанности) об организации несения службы служебными нарядами в количестве не менее двух сотрудников.

После принятия решения на конвоирование осужденного, заключенного под стражу лица в медицинскую организацию для оказания ему медицинской помощи, проведения организационных и подготовительных мероприя-

тии и прибытия личного состава, назначенного в состав временный караул, осуществляется подготовка караула к выполнению служебных задач. В целом на подготовку данного вида караула к несению службы должно отводиться не менее 30 минут.

На основании указания ФСИН России от 13 июля 2012 г. № 9-13717-08т⁴⁰ проведение инструктажа должен производить лично начальник учреждения, а в его отсутствие – дежурный от руководства учреждения. На инструктаже должны присутствовать начальник временного караула, его помощники. Инструктаж сотрудника, осуществляющего круглосуточное наблюдение, проводится совместно с личным составом караула.

На инструктаже до состава назначаемого временного караула доводится информация о месте дислокации медицинской организации, куда необходимо конвоировать осужденного, особенностях личности осужденного, подлежащего конвоированию, маршруте конвоирования, порядок использования средств связи, ИТСО, транспортных и других средств, также доводятся приказы и ориентировки руководства ФСИН России и территориального органа УИС в части, касающейся организации службы временных караулов. Проверяется знание обязанностей составом караула и порядок действий караула при происшестввах. Затем напоминаются требования по соблюдению законности, дисциплины, порядка обращения с оружием, другим мерам безопасности при несении службы, требования по недопущению наличия средств мобильной связи у личного состава временного караула. Также даются указания по проведению воспитательной работы с лицами караула. Объявляется, когда, где и кем будет проводиться инструктивное занятие с личным составом.

В процессе проведения инструктажа могут привлекаться специалисты группы инженерно-технического обеспечения связи и вооружения и сотрудники других служб учреждения. Инструктивное занятие проводится на учеб-

⁴⁰ О побеговой активности: указание директора ФСИН России от 13 июля 2012 г. № 9-13717-08-т (неопубликованный акт).

ном городке служебной подготовки с использованием служебных документов, а также схем, макетов и другой учебно-материальной базы. На занятиях отрабатываются практические вопросы и вводные с применением средств имитации, максимально приближенных к реальности. В исключительных случаях при плохих погодных условиях, обострении оперативной обстановки вокруг объекта и т.д. инструктивное занятие может проводиться в классе.

На инструктивном занятии объявляются специальные звания, фамилии лиц, входящих в состав временного караула, указывается, какие транспортные средства, средства связи и другая техника ему выделяется; доводятся приказы и ориентировки руководства ФСИН России и территориального органа УИС, в части, касающейся организации службы временных караулов, оперативные данные на осужденного (подозреваемого, обвиняемого в совершении преступлений), указывается порядок несения службы, использования ИТСО, средств связи и выделенных транспортных средств; определяется порядок взаимодействия между часовыми постов внутри караула, с дежурной сменой учреждения и поддержания связи. В ходе инструктивного занятия проверяются знания личным составом обязанностей часовых по табелю постам, порядка и особенностей применения физической силы, специальных средств и оружия, требований по соблюдению законности, порядка обращения с оружием, мер безопасности при несении службы, отрабатываются действия караула при возникновении чрезвычайных обстоятельств, проводятся тренировки по выполнению боевых приемов борьбы.

После занятия производится медицинский осмотр сотрудников, заступающих в караул, проводит медицинский работник учреждения. В ходе медицинского осмотра производится визуальное обследование кожных покровов, слизистых глаз, рта, зева; измерение артериального давления, температуры тела; уточняется наличие жалоб у личного состава на состояние здоровья.

В соответствии с инструкцией по охране исправительных учреждений и следственных изоляторов УИС (п. 260), а также указанием управления

охраны и конвоирования ФСИН России от 6 ноября 2015 года № исх-03-69996 задача по подготовке и отправке временных караулов по конвоированию осужденных и лиц, содержащихся под стражей, в медицинские организации, для оказания им медицинской помощи, возложена на сотрудников старшего или среднего начальствующего состава отдела охраны, за исключением штатных начальников караулов, в том числе, дежурного сотрудника отдела охраны⁴¹.

Организация выполнения задач по экстренному конвоированию и охране осужденных и заключенных под стражу лиц строится на основании норм приказа Министерства юстиции Российской Федерации от 12.12. 2017 г. № 285 «Об утверждении Порядка организации оказания медицинской помощи лицам, содержащимся под стражей или отбывающим наказание в виде лишения свободы» (с изменениями. 21.01. 2020)⁴² (далее – Порядок организации оказания медицинской помощи) согласно требованиям совместного приказа Минюста России и Министерства здравоохранения учреждения ФСИН России могут осуществлять конвоирование и охрану больных осужденных, подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений в лечебно-профилактических учреждениях муниципальной системы органов здравоохранения. Данный подзаконный нормативный акт является актом, содержащим служебную информацию ограниченного распространения и предназначен для организации службы временных караулов, назначаемых от отделов охраны учреждений УИС.

На основании статьи 26 Закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и статьи 9 Порядка организации оказания медицинской помощи в случае невозможности оказания медицинской помощи в одном из структурных подразделениях медицинской организации УИС лица,

⁴¹ О побеговой активности: указание начальник управления охраны и конвоирования ФСИН России от 6 ноября 2015 № исх-03-69996 (неопубликованный акт).

⁴² Об утверждении Порядка организации оказания медицинской помощи лицам, заключенным под стражу или отбывающим наказание в виде лишения свободы: приказ Минюста России от 28 декабря 2017 № 285 // Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru) 09.02.2018 г.

заключенные под стражу, или осужденные направляются в иные структурные подразделения медицинской организации УИС или медицинские организации, где такая медицинская помощь может быть оказана. Под иными установлены медицинские организации государственной и муниципальной системы здравоохранения.

В следствии чего для организации службы в определенном медицинском учреждении заместитель начальника учреждения по охране прибывает в медицинское учреждение и обследует палаты, где будет содержаться больной, туалеты, коридоры и определяет маршрут передвижения караула и больного.

Порядок охраны полагает два варианта оказания медицинской помощи в учреждениях. Во-первых, в плановом порядке, когда нет необходимости в срочном хирургическом вмешательстве или оказании другой неотложной медицинской помощи. И во-вторых, в экстренных случаях, когда необходимо срочное хирургическое вмешательство или оказание другой неотложной медицинской помощи и нет возможности оказания им необходимой медицинской помощи в учреждениях УИС (например, проведение оперативного вмешательства по удалению аппендикса). И в том, и в другом случае наряжается караул в составе не менее 3 человек и сотрудник для осуществления надзора. Но в зависимости от ситуации имеется определенная специфика в решении данного вопроса.

Так в первом случае при направлении на плановую госпитализацию (консультацию) решение на конвоирование в медицинскую организацию принимает начальник учреждения с разрешения начальника территориального органа УИС. Данное решение начальник учреждения принимает на основании мотивированного рапорта начальника медицинской службы, согласованного с оперативными и режимными службами, подробной выписки о состоянии здоровья больного.

По материалам преддипломной практики автором работы был проведен анализ назначения временных караулов для охраны осуждённых и лиц,

содержащих под стражей для получения медицинской помощи в лечебных учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения, назначаемых от ФКУ СИЗО-3 УФСИН России по Краснодарскому краю в ЦГБ-1 г. Новороссийска. *(Приложение 3.)*. Анализируемая информация показала, что количество караулов в ЦГБ за 2019 и 2020 года заметно подросло, увеличилось и количество конвоируемых заключенных под стражу лиц.

Изучение особенностей принятия решения на конвоирование осужденных и лиц, содержащихся под стражей, для оказания им медицинской помощи в медицинских организациях позволяет сформулировать следующую последовательность действий:

- в территориальный орган направляется письмо с запросом о разрешении на конвоирование;
- после поступления разрешения на конвоирование назначается временный караул и, как правило, издается приказ территориального органа о назначении временного караула.

В экстренных же случаях, когда промедление недопустимо, данное решение принимает начальник учреждения, лицо, исполняющее его обязанности, а в их отсутствие – дежурный от руководства по учреждению на основании рапорта медицинского работника учреждения УИС с последующим немедленным докладом начальнику территориального органа ФСИН России. Доклад, как правило, оформляется в виде рапорта. В докладе указывается фамилия, имя отчество осужденного (подозреваемого, обвиняемого в совершении преступлений), конвоируемого в медицинскую организацию в экстренном порядке, статья и срок назначенного наказания, адрес и наименование медицинской организации, предполагаемый диагноз. Данный рапорт направляется в территориальный орган факсимильной связью в дежурную часть, кроме того информация об экстренном конвоировании дублируется устным сообщением по телефону. Для конвоирования, больного осужденного или заключенного лица в экстренных случаях, все службы учреждения проводят необходимые мероприятия в максимально оперативном порядке.

Медицинское подразделение учреждения (медицинская часть, здравпункт) оформляет необходимую документацию (мотивированный рапорт, выписка из истории болезни, медицинская карта). Отдел специального учета – справку по личному делу. Отдел охраны проводит мероприятия по подготовке временного караула. В случаях, когда ситуация происходит в отсутствие персонала учреждения, то вся подготовка ложится на дежурного помощника начальника учреждения, дежурную смену и караул по охране. Для сокращения времени подготовки временного караула в учреждениях должны быть предусмотренные формализованные документы (рапорт медицинского работника, справка по личному делу, предписание начальнику временного караула, постовая ведомость караула, акты на случай чрезвычайных происшествий и применения мер безопасности), которые не требуют длительной подготовки и заполнения. План охраны временного караула должен быть заранее разработан и ориентирован на определенное медицинское учреждение государственной или муниципальной системы здравоохранения. На сокращение времени для выдвижения временного караула может повлиять подготовка транспортного средства, на котором осуществляется конвоирование или производится сопровождение. Также важно время на вооружение и экипировку караула, для этого необходимо разработать алгоритм выдачи оружия составу караула, как в случае присутствия должностных лиц, организующих выдачу оружия, так и в их отсутствие. Для оперативности реагирования составу временного караула следует укомплектовать тревожный чемодан, в который необходимо положить имущество и документацию караула (*Приложение 4*). Также для оборудования палаты медицинского учреждения необходимо предусмотреть инженерно-технические средства охраны.

По прибытию в медицинское учреждение начальник временного караула должен выполнить следующие мероприятия:

– информировать медицинский персонал лечебного учреждения (отделения) о поступившем больном, его склонностях имеющиеся отклонения и возможных противоправных действия и выдать необходимые рекомендации

с целью обеспечения безопасности персонала медицинского учреждения;

- уточнить с главным (дежурным) врачом вопросы содержания больного;

- изучить места проведения процедур, места общего пользования и маршруты движения к ним;

- организовать пропускной режим, ограничивающий доступ посторонним гражданам в палату, где размещен больной осужденный;

- определить места размещения личного состава караула;

- составить временную схему охраны, схему конвоирования на процедуры (лечение) с указанием маршрута движения больного осужденного и расстановки лиц караула (если произошли изменения в схеме плана охраны);

- организовать охрану и доложить начальнику учреждения по средствам сотовой связи, а заместителю начальника учреждения по охране, по его прибытию в медицинское учреждение.

По согласованию с руководством лечебного учреждения в учреждении для содержания, больного осужденного (его лечения, освидетельствования и т.п.) может отводиться отдельная палата, которая по возможности (по согласованию с администрацией лечебного учреждения) оборудуется решетками на окнах, запорами на дверях.

В зданиях лечебных учреждений с этажностью 5 этажей и более оборудование оконных проёмов решетками и другими средствами блокирования не представляется целесообразным. Учитывая данный факт и добиваясь безопасности караула, больных осужденных следует размещать (по соглашению с руководством городской больницы) не ниже 5 этажа, для исключения случаев побега через оконный проём.

Палаты, отдельно выделенные администрацией больниц, оборудуются оконными решетками, металлическими дверями со смотровыми окошками. Учреждениями, где отсутствует возможность оборудования отдельных медицинских палат для содержания больных осужденных стационарными оконными решетками, либо в зависимости от диагноза больного осужденного, воз-

можно его перемещение по лечебному учреждению (из отделения в отделение, с этажа на этаж, либо вообще в другой корпус) изготовлены мобильные (съёмные) оконные решетки

2.2. Проблемные вопросы организации безопасных условий во время охраны осуждённых и заключённых под стражу лиц в медицинских учреждениях

Право на охрану здоровья в УИС принадлежит, как персоналу учреждений, так и осужденным и заключенным под стражу лицам. Бесспорно, государство проявляет заботу о здоровье всех граждан, в том числе и в местах отбывания наказания, и местах содержания под стражей. Данный факт защиты конституционных прав граждан, необходимая мера, должна изменять человека в лучшую сторону, так как человек чувствуя заботу должен становиться лучше и добрее, но криминально настроенные лица, отбывающие наказание, зачастую используют это в своих преступных целях.

Процесс оснащения лечебных учреждений УИС необходимым оборудованием, комплектование специалистами востребованных в обществе сфер медицины ориентирован, как стратегически приоритетный в развития уголовно-исполнительной системы и на сегодняшний день имеет значительные сдвиги в охране здоровья граждан в изоляции. Но даже эти показатели не могут удовлетворить лиц, отбывающих наказание и содержащихся под стражей, поправить своё запущенное, в силу криминального существования здоровье на территории лечебных учреждений системы.

С одной стороны, здоровье у каждого человека одно и данный факт является первоочередной потребностью человека, даже находящегося в изоляции. Кроме того, сама изоляция, являясь психологическим стрессом, может обострять уже имеющиеся хронические заболевания у человека. Мы согласимся с мнением Е.В. Середы, что даже помещение в штрафной или дисци-

плинарный изолятор (далее – ШИЗО, ДИЗО) может способствовать ухудшению здоровья. Так автор отмечает, что отрицательную роль играет стресс, вызванный изоляцией, а также и более строгие условия отбывания наказания в таких помещениях. В случае имеющегося хронического заболевания у такого осужденного, риск его обострения возрастает во много раз⁴³. Учитывая данный факт, перед водворением в ШИЗО, ДИЗО и другие камерные помещения для дисциплинарного воздействия администрация подтверждает самочувствие и здоровье водворяемого. Учитывая и то, что здоровье осужденных и заключенных под стражу лиц является правом, то на сегодняшний день, отстаивание данного права, а, следовательно, и факт его нарушения можно отследить по обращениям к Уполномоченному по правам человека. Так в 2017 году при поддержке ФСИН России и органов прокуратуры Российской Федерации Уполномоченному удалось добиться удовлетворения 139 жалоб на нарушения прав граждан в местах принудительного содержания. В общей сложности это коснулось интересов 9,5 тыс. человек⁴⁴.

Уполномоченный по правам сообщил, что к нему поступил ряд обращений от правозащитных организаций и родственников осужденной Р., страдающей онкологическим заболеванием и отбывающей наказание в исправительном учреждении ГУФСИН России по Пермскому краю, об оказании ей медицинской помощи. Уполномоченный обратился к директору ФСИН России с просьбой об оказании Р. необходимой медицинской помощи и к уполномоченному по правам человека в Пермском крае с предложением посетить заявительницу. В результате осужденной провели комплексные клинико-лабораторные и инструментальные обследования, назначен курс медикаментозной терапии, врачом-онкомаммологом краевого онкологического диспан-

⁴³ Середа Е.В. Государственная политика в сфере оказания медицинской помощи осужденным // Вестник общественной научно-исследовательской лаборатории «Взаимодействие уголовно-исполнительной системы с институтами гражданского общества: историко-правовые и теоретико-методологические аспекты» – Рязань: Академия права и управления ФСИН России, 2017. – № 10. – С 32.

⁴⁴ Доклад о деятельности Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации за 2017 год от 17 апреля 2018 г. // Российская газета. – 2018. – 17 апреля. – С12.

сера проведены дополнительные консультации и даны рекомендации по дальнейшему наблюдению и по ходатайству Уполномоченного Московским городским судом удовлетворена жалоба осужденного М., лишенного возможности самостоятельно передвигаться и обслуживать себя. Наказание в виде лишения свободы было заменено на штраф⁴⁵.

С другой стороны, ссылаясь на ненадлежащее обеспечение медицинским оборудованием или нехваткой специалистов медиков в лечебно-профилактических учреждениях УИС, осужденные и заключенные под стражу лица предпринимают попытки «вырваться» за пределы мест отбывания наказания и содержания под стражей, скрасить условия своей изоляции в лечебных учреждениях государственных и муниципальных систем здравоохранения, откуда и совершают побеги из-под охраны временных караулов. Случаи причинения себе травм и увечий лицами в изоляции по причине конфликтов в среде осужденных и заключенных не редки, результатом драк и разборок среди данного контингента лиц становятся не только факты нарушения режима в учреждении, но и вынуждение администрации учреждения на экстренное конвоирование в лечебные учреждения, которое в итоге ослабляет системы охраны и надзора учреждения. Для многих руководителей данных служб, на фоне изменения штатных расписаний учреждений представляется проблемой назначение временных караулов, тем более выставлениеточных постов охраны в лечебных учреждениях муниципальных образований. Стоит отметить, что сотрудники учреждений уголовно-исполнительной системы, назначенные во временные караулы, выполняют служебные задачи с огнестрельным оружием, вдали от своего учреждения и в небольшом составе, что представляется сложными и опасными условиями.

Во-первых, обеспечения изоляции осужденных и лиц, содержащихся под стражей в различных помещениях медицинского учреждения, в процедурных, перевязочных кабинетах, операционных, сопровождение в санузлы,

⁴⁵ Доклад о деятельности Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации за 2017 год от 17 апреля 2018 г. // Российская газета. – 2018. – 17 апреля. – С13.

душевые, во время проведения медицинских процедур и осмотров врачей-специалистов, как правило происходит при большом скоплении людей (больные, медперсонал, посетители). Помещения медицинских учреждений не предназначены для осуществления какой-либо изоляции людей.

Во-вторых, по причине удаленности от подразделений УИС ограничивается возможность контроля за ходом несения службы и взаимодействия со служебными нарядами УИС, другими правоохранительными органами, при возникновении чрезвычайных обстоятельств.

В-третьих, возникают проблемы с бытовым устройством временных караулов, отсутствуют места размещения и отдыха лиц караула, условия хранения оружия, боеприпасов и специальных средств, приема пищи и т.д.

Вопросы организаций надлежащих условий для охраны осужденных в городских больницах для учреждений представляет определенную трудность, администрация больниц не всегда может выделить палату и дать разрешение на её оборудование элементами камерной изоляции.

Для реализации права осуждённых на охрану здоровья в учреждениях на сотрудников отделов охраны и надзора возлагается дополнительная служебная нагрузка по обеспечению надёжной изоляции и безопасности в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения, где вопросы организации изоляции и безопасности должны реализовываться на необходимом уровне исключая возможность совершения побега из-под охраны, нападение на персонал медицинских учреждений и граждан, захват заложников и т.д.

Для избежания указанных негативных фактов, возникающих в процессе организации конвоирования больных осужденных и заключенных под стражу лиц в медицинских организации государственной и муниципальной систем здравоохранения необходим рациональный подход с применением эффективных мер, позволяющих грамотно планировать и выполнять поставленные задачи.

Авторы, затрагивая проблемы организации службы во временных караулах, склонны считать, что одной из важных причин побегов, осуждённых и содержащихся под стражей лиц, является их умелое симулирование или инициирование заболевания (совершают членовредительство), чтобы попасть в больницу и попытаться совершить побег, например, из окон палат, кабинетов, санузлов, в условиях отсутствия постоянного надзора⁴⁶. Да, стоит признать, что эта причина одна из основополагающих, но не стоит забывать и допускаемую халатность сотрудников, которые выполняют задачи вдали от своего подразделения. Монотонность событий в медицинском учреждении, зачастую, утомляет, расхолаживает сотрудников и без должного контроля и настроения они склонны нарушать элементарные требования мер безопасности.

Об этом свидетельствуют условия побегов, например, в 2013 году побег из-под охраны временных караулов были допущены в двух территориальных органах, в ГУФСИН России по Свердловской области и ОФСИН России по Республике Ингушетия⁴⁷. Остановимся подробнее на каждом из них. Так 27 августа 2013 г. из СИЗО № 1 г. Екатеринбург в городскую больницу № 23 для лечения был вывезен обвиняемый по ст. 166 ч. 4 УК РФ Патыгулин А. В. Находясь в больнице какое-то время заключенный изучил слабые стороны несения службы сотрудниками и 1 сентября 2013 г. в 23:20 совершил побег из-под охраны временного караула. Так под надзором сотрудника отдела режима заключенный был выведен в туалет, расположенный на первом этаже медицинской организации. Личный состав караула при выводе в туалет задействован не был, пост охраны с внешней стороны выставлен не был, обыск лица не производился, помещение не осматривалось, сотрудник, осуществляющий надзор, находился за закрытой дверью туалетной комнаты. Воспользовавшись этим, заключенный Патыгулин А. В. освободился от

⁴⁶ Кутякин С.А., Ткаченко Н.И., Лядов Э.В. Криминалистическая характеристика побегов из учреждений уголовно - исполнительной системы: учеб. Пособие – Рязань: Академия права и управления ФСИН России, 2005. – С.36.

⁴⁷ О результатах обеспечения охраны объектов уголовно-исполнительной системы в 2013 году и мерах по повышению ее эффективности в 2014 году: информационное письмо от 19 марта 2014 года № исх.-08-11210. (неопубликованный акт).

наручников, которыми был пристегнут к батарее отопления, и через окно, не оборудованное решёткой, выходящее за пределы здания, совершил побег. Сотрудник отдела безопасности подал сигнал «ПОБЕГ» и перешёл на преследование бежавшего.

Этого же года 13 сентября, в г. Карабулак, подозреваемый в совершении преступления, предусмотренного ч. 3 ст. 159 УК РФ Омаев М. У., содержащийся под стражей в СИЗО-1 был конвоирован в республиканский инфекционный диспансер с диагнозом «туберкулез». Заключенный был размещен в палате, где уже находились двое подследственных с аналогичным диагнозом.

27 сентября 2013 г. в 03 часа 30 мин. подозреваемый был выведен на прогулку часовым временного караула во двор больницы, откуда Омаев М. У. с использованием автомобиля совершил побег. При анализе причин побега было выяснено, что караул возглавлял младший инспектор отдела охраны, не имеющего опыта службы по должности начальника караула, караул был выставлен с нарушением системы охраны (неполной численности – менее трех сотрудников), и конечно решающим фактом побега явилось то, что преступно халатное отношение к несению службы сотрудниками, а именно то, что начальник временного караула самовольно покинул место несения службы, уехав домой на личном автомобиле, и отсутствие должностного контроля за службой временного караула, поспособствовали случившемуся.

В 2014 году 23 августа в Губахинскую городскую больницу был конвоирован осужденный Хуслитсманов Р. Р. 1989 г.р. с диагнозом «аппендицит». В этот же день успешно была проведена операция. Осужденный был размещен в палате № 5, расположенной на втором этаже. Установлено, что в связи с отсутствием мест в палатах Губахинской городской больницы, в палате № 5 находились двое больных граждан и двое осужденных из ФКУ ИК-12 Хуслитсманов Р. Р. и Субботинский К. В., с диагнозом «аппендицит», для охраны которых был выставлен 1 временный караул из 5 человек (1 – начальник караула от отдела охраны; 2 – часовых от отдела охраны, 1 – мл. инспектор отдела безопасности; 1 – оперуполномоченный). 27 августа около 03:30

осужденный воспользовавшись ситуацией, когда караул находился в коридоре и в палате не было сотрудников, совершил побег из палаты №5 через окно, спрыгнув со второго этажа.

16 апреля в 2015 году В ГУФСИН России по Приморскому краю от исправительного учреждения строгого режима ИК-27 в поселке Волчанец в городскую больницу города Находки, временным караулом учреждения был доставлен осужденный Выявлесов С. П. с резаными ранами на руках. При выводе осужденного в туалет, сотрудники сопровождающие осужденного, действовали с нарушениями требований мер безопасности, и перед тем, как впустить осужденного в туалет осмотр помещения не произвели, блокирование подступов к окнам не выполнили. В результате осужденный, воспользовавшись этой ошибкой сотрудников, один вошел в туалет резко захлопнув за собой дверь и закрылся на щеколду. В дальнейшем, совместными усилиями начальника караула и часового дверь была взломана, но осужденный успел скрыться через окно, спрыгнув с третьего этажа здания⁴⁸.

Позднее 6 июня 2016, в 2.20 из палаты Ленской ЦРБ был допущен аналогичный побег осужденного по ст. 161 ч.2, 166 ч.2, 226 ч.1, 317 УК РФ Омарова М. Р., отбывавшего наказание в ИК-8 особого режима УФСИН России по Республике Саха (Якутия). В нарушении требований инструкции и плана охраны сотрудниками неоднократно в палату к осужденному допускались посторонние лица, именно в этот период осужденный оставался без надзора. Воспользовавшись отсутствием надзора, охраны осужденный Омаров М. Р., и помощью граждански Штефановой И.В. используя эластичные бинты, совершил побег из палаты через окно, третьего этажа больницы. Побег стал возможен по причине халатного отношения к выполнению своих должностных обязанностей, неисполнения требований нормативных, правовых актов

⁴⁸ О состоянии надежности охраны исправительных учреждений и следственных изоляторов в 2015 году и мерах по ее совершенствованию: информационное письмо от 29 марта 2016 года № исх.-083-16834 (неопубликованный акт).

сотрудниками временного караула по охране и сотрудником отдела безопасности, осуществляющим надзор в медицинском учреждении⁴⁹.

Анализ обстоятельств совершенных побегов из-под охраны временных караулов позволяет сделать вывод о том, что условиями, способствующими их совершению, являются, в том числе, невыполнение требований нормативных правовых актов Минюста России и организационно-распорядительных документов ФСИН России. Например, назначение в качестве начальника караула сотрудников, не имеющих опыта службы и не обученных действиям при осложнении обстановки и происшествиях; выставление караула неполной численности (менее 3 человек); отсутствие должного контроля за службой временного караула; не качественное (не полное) оборудование мест несения службы ИТСОН.

Кроме того, в качестве условий, способствующих совершению побегов из-под охраны временных караулов, необходимо отметить не добросовестное отношение личного состава караула к выполнению поставленных задач: употребление алкогольных напитков; сон на посту; отсутствие должного контроля за лицами, заключенными под стражу или отбывающими наказание в виде лишения свободы, вверенными под охрану.

Как правило, лица, заключенные под стражу или отбывающие наказание в виде лишения свободы, совершают побег из-под охраны временных караулов через оконные проемы, не оборудованные инженерными средствами охраны, либо при выводе в туалет. Совершая побег вышеуказанными способами осужденные (подозреваемые, обвиняемые в совершении преступлений) применяют следующие ухищрения: использование халатности и невнимательности личного состава временного караула; симуляция острой формы (приступа) болезни или преднамеренное членовредительство с целью перемещения его для проведения медицинских манипуляций в иное помещение, не оборудованное инженерными средствами охраны; подкуп, шантаж.

⁴⁹ О результатах обеспечения охраны объектов уголовно-исполнительной системы в 2016 году и мерах повышению ее эффективности в 2017 году: информационное письмо от 01 марта 2017 года № исх.-08-12288. (неопубликованный акт).

Вывод ко второй главе.

Проведя анализ нормативно-правовых актов, регулирующих реализацию права осужденных и заключенных лиц на охрану здоровья мы пришли к мнению, что на сегодняшний день в этой сфере существует немало правовых механизмов позволяющих качественно осуществить медицинскую помощь, как на территории лечебных учреждений УИС, так и медицинских учреждений государственных и муниципальных систем здравоохранения. Приобретенная возможность реализации права на охрану здоровья среди осужденных и заключенных под стражу лиц не всегда носит позитивный характер и иногда используется ими для осуществления их криминальных замыслов. В связи с возникающими угрозами, следует отметить необходимость в сосредоточении дополнительных сил и средств от учреждений и применения дополнительных мер безопасности.

Учитывая сложные условия при выполнении возложенных на караул задач, желательно назначать физически подготовленных, владеющих навыками применения приемов рукопашного боя и специальных средств сотрудников, также умело владеющих закрепленным огнестрельным оружием. В основном это лица из числа среднего начальствующего состава отдела охраны. В целях соблюдения данного права на подразделения охраны учреждений уголовно-исполнительной системы Российской Федерации возлагается задача по охране подозреваемых, обвиняемых и осужденных при оказании им медицинской помощи в медицинских организациях государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения.

От своевременности разработки документации зависит успех выполнения служебной задачи караула. Качественный анализ системы охраны осужденных и заключенных под стражу лиц во время конвоирования и охране в помещениях медицинского учреждения способствует повышению личной безопасности сотрудников караула и персонала медицинского учреждения, а также предупредит возможные угрозы при выполнении служебных задач в непростых для караула условиях. Для этого разработка плана охраны должна

быть произведена заранее. Заместитель по охране учреждения (лицо уполномоченное) выезжая в медицинское учреждение, уточняет с его администрацией поэтажное размещение палат, туалетов, процедурных и других помещений, места парковок автомобилей и другие сведения, используемые для выстраивания системы охраны. Также разрабатываются формализованные документы, которые обретают юридический статус по их заполнению

Для исключения случаев возникновения угроз, связанных с побегом или нарушением законности безопасности при осуществлении конвоирования и охраны сужденных (заключенных под стражей) лиц в медицинских учреждениях, необходимо неукоснительно выполнять предусмотренные системой охраны меры безопасности демонстрируются схемы охраны на всех этапах несения службы караула.

Не стоит забывать о качественном своевременном контроле за службой караула. ДПНК получив доклад от НВК делает отметку в специальном журнале и докладывает оперативному дежурному территориального органа. Также не стоит забывать и о том, что караулы в медицинских учреждениях назначаются на период не более 12 часов, а в качестве начальника временного караула следует назначать лиц, наиболее подготовленных к действиям в нестандартных ситуациях, требующих от сотрудников максимальной концентрации внимания.

Заключение

На сегодняшний день уголовно-исполнительная система переживает процессы, определенные программами реформ и некоторые сферы ее деятельности более активнее, подвергаются изменениям в сравнении с другими. Так медицинское обеспечение осужденных и заключенных под стражу лиц выстраивается на новый современный уровень, и вчерашние подходы в организации решения вопросов оказания медицинской помощи в учреждениях уголовно-исполнительной системы не работают. В связи с этим приходится искать пути решения этих вопросов и реализовывать их в современных условиях. В связи с чем подготовка и организация службы караулов по конвоированию и охране осужденных и заключенных под стражу лиц в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения является одной из важных задач, стоящих перед отделами охраны учреждений она нацелена на совершенствование практических профессиональных навыков персонала подразделений охраны уголовно-исполнительной системы для выполнения служебных задач в непростых условиях.

Проблематикой оказания медицинской помощи осужденным и заключенным под стражу лицам не в специализированных медицинских учреждениях уголовно-исполнительной системы всегда была система мер для осуществления безопасности как персонала учреждения, больных граждан, персонала учреждения и непосредственно лиц осужденных и заключенных под стражу. Не приспособленная под осуществление надежной изоляции больничная палата медицинского учреждения и условия постоянного нахождения посторонних лиц, отсутствием возможности применения оружия, способствует большой утомляемости персонала караула и надзора за больными изолируемыми лицами. В результате, на протяжении длительного времени данное направление давало высокую динамику побегов из-под охраны караулов.

Оказании медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в виде лишения свободы и лицам, находящимся под стражей, занимает особое место

в социальной политике государства. Это факт связан с рядом причин, во-первых, большинство лиц, осужденных и заключенных под стражу до своего осуждения или заключения относились к маргинальным группам населения страны, уязвимым к угрозам значимых заболеваний. Во-вторых, по причине своей криминализированности, данные лица не проявляли беспокойства за свое здоровье и, в связи с чем, не были охвачены и учтены системой общественного здравоохранения и социальных служб. И в-третьих, условия отбывания наказания или содержания под стражей, все же в первую очередь, ориентированы на обеспечение изоляции от общества

На основании вышеизложенного мы, изучив исторический путь зарождения, развития и становления правового института охраны здоровья осужденных и заключенных под стражу лиц пришли к выводу, что за более чем три столетия существования структурных подразделений, исполняющих наказания, лишь со второй половины XX века они стали приобретать статус специализированных мест отбывания наказаний, а с ними вместе и тюремные больницы. Нехватка денежных средств, квалифицированных кадров и подobaющих условий, заставляли администрацию учреждений к услугам врачей городских медучреждений. На сегодняшний день ситуация заметно изменилась, но обращаясь за качественной медицинской помощью осужденным и заключенным под стражу лицам администрация учреждений вынуждена изыскивать возможности оказания медицинских услуг за пределами учреждений, что понуждает дополнительно использовать силы и средства вооруженной охраны.

В процессе организации службы временного караула для конвоирования осужденных и заключенных под стражу лиц в медицинские учреждения необходимо основательно подходить к выстраиванию системы охраны. Система охраны для данного вида караула подразумевает использование предназначенных сил и средств. При подготовке сотрудников, назначаемых в караулы, необходима специальная подготовка в изучении законодательства регулирующего правоотношения, связанные с оказанием медицинской помощи

осуждённым и заключённым под стражу лицам. Кроме того, необходимо отметить важность в материально-техническом оснащении места пребывания больного лица и караула в городском лечебном учреждении. Бесспорно, и то, что служебная нагрузка на сотрудника высока и определенный системой охраны объём службы должен быть соблюден, потому, что сотрудники при выполнении служебных задач в карауле, находятся вне учреждения УИС и им приходится надеяться только на свои силы. Изначально допуская ослабление охраны, выделением наименьшего количества сотрудников караула является недопустимой ошибкой руководителей учреждений и органов и может привести к совершению побега, захвата заложника и другим негативным последствиям.

По нашему мнению, в имеющихся нормативно-правовых актах, регулирующих реализацию права осужденных и заключенных лиц на охрану существует немало правовых механизмов позволяющих качественно осуществить медицинскую помощь, как на территории лечебных учреждений УИС, так и медицинских учреждений государственных и муниципальных систем здравоохранения. В тоже время приобретённая возможность реализации права на охрану здоровья среди осужденных и заключённых под стражу лиц не всегда представляется безопасным и несет позитивный характер. Учитывая ослабление бдительности сотрудников, нехватка сил и средств, увеличенная служебная нагрузка, влечет определенные риски побегов. В связи с чем возникает необходимость в сосредоточении дополнительных сил и средств от учреждений и применения дополнительных мер безопасности, для обеспечения качественной изоляции осужденных и заключенных под стражу лиц в медицинских учреждениях государственных и муниципальных систем здравоохранения во время их осмотров, консультаций и оказания необходимой медицинской помощи. Но в процессе решения данных задач существует ряд проблемных вопросов, связанный со спецификой охраны и конвоирования в таких учреждениях. Инструкцией по охране на наш взгляд недостаточно урегулированы вопросы охраны лиц непосредственно в самих медицинских

учреждениях, в связи с чем и существующая стабильная побеговая активность. В данном вопросе на наш взгляд необходимо законодательно закрепить право сотрудников ФСИН осуществлять необходимую изоляцию в отношении осужденных и заключенных под стражу лиц на специально отведенных, закреплённых и оборудованных помещениях в медицинских учреждениях государственных и муниципальных систем здравоохранения.

Библиографический список

Нормативно-правовые акты

1. Конституция Российской Федерации: текст с изменениями и дополнениями на 14 марта 2020 г. № 1-ФКЗ: [принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 г.] // Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru) 04 июля 2020 г.

2. Об учреждениях и органах, исполняющих уголовные наказания в виде лишения свободы: закон РФ текст с изменениями и дополнениями на 05 апреля 2021 г. № 78-ФЗ [принят 21 июля 1993 г. № 5473-1] // Официальный интернет-портале правовой информации (www.pravo.gov.ru) 05 апреля 2021 г.

3. О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений: федеральный закон текст с изменениями и дополнениями на 05 апреля 2021 г. № 78-ФЗ [принят 15 июля 1995 г. № 103 –ФЗ] // Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru) – 05 апреля 2021 г.

4. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13 июня 1996 № 63-ФЗ (ред. от 05.04.2021) // Собрание законодательства РФ. – 1996. – № 25. – Ст. 2954 (Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru) – 5 апреля 2021 г.).

5. Уголовно-исполнительный кодекс РФ от 8 января 1997 г. № 1-ФЗ (ред. от 26 мая 2021 № 154-ФЗ) // Собрание законодательства РФ. – 1997. – № 2. – Ст. 198 (Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru) – 6 июля 2021 г.).

6. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федеральный закон: текст с изменениями и дополнениями на от 26.05.2021 № 152-ФЗ [принят от 21.11.2011 № 323-ФЗ] // Собрание законодательства РФ.

2021. – № 22. – Ст. 3687 (Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru) 25 мая 2021 г.).

7. Об учреждениях и органах, исполняющих уголовные наказания в виде лишения свободы: закон РФ текст с изменениями и дополнениями на 05 апреля 2021 г. № 78-ФЗ [принят 21 июля 1993 г. № 5473-1] // Официальный интернет-портале правовой информации (www.pravo.gov.ru) 05 апреля 2021 г.

8. О безопасности: федеральный закон: от 28 декабря 2010 г. № 390-ФЗ (ред. федеральный закона от 09.11.2020 № 365-ФЗ) // Российская газета. – 2010. – 29 декабря (Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru) – 9 ноября 2020 г.).

9. О некоторых вопросах Федеральной службы исполнения наказаний: указ Президента РФ от 3 октября 2016 № 519 (ред. от 4 ноября 2020 № 663) // Собрание законодательства РФ. – 2016. – № 41. – Ст. 5805 (Официальный интернет-портале правовой информации (www.pravo.gov.ru) 4 ноября 2020 г.).

10. Об утверждении Правил оказания лицам, заключенным под стражу или отбывающим наказание в виде лишения свободы, медицинской помощи в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения, а также приглашения для проведения консультаций врачей-специалистов указанных медицинских организаций при невозможности оказания медицинской помощи в учреждениях уголовно-исполнительной системы: постановление Правительства РФ от 28 декабря 2012 г. № 1466 // Собрание законодательства РФ. – 2013 – № 1 – Ст. 61.

11. Об утверждении Концепция федеральной целевой программы «Развитие уголовно-исполнительной системы (2017 – 2025 годы)»: распоряжение Правительства РФ от 23 декабря 2016 г. № 2808-р // Собрание законодательства РФ. – 2017. – № 2 (Часть II). – Ст. 413.

12. Об утверждении Порядка организации оказания медицинской помощи лицам, заключенным под стражу или отбывающим наказание в виде лишения свободы: приказ Минюста РФ: текст с изменениями и дополнения-

ми на 31 января 2020 г № 6 [принят 28 декабря 2017 № 285] // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru> - 14.02.2020).

13. Об утверждении Правил внутреннего распорядка исправительных учреждений: приказ Минюста России от 16 декабря 2016 г. № 295 (в ред. от 27.03.2019 № 51) // Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru) 27 декабря 2016 г. (Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru) 16 апреля 2019 г.).

14. Об утверждении Правил внутреннего распорядка следственных изоляторов уголовно-исполнительной системы: приказ Минюста Российской Федерации от 14 октября 2005 г. № 189 (ред. от 29 января 2021 г. № 6) // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. – 2005. – № 46 (Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru) – 29 января 2021 г.).

15. Об утверждении порядка и сроков направления на освидетельствование и переосвидетельствование осужденных, являющихся инвалидами и находящихся в исправительных учреждениях, подачи указанными лицами заявлений на проведение освидетельствования или переосвидетельствования, обжалования решения федерального учреждения медико-социальной экспертизы, а также порядка организации охраны и надзора за осужденными, находящимися в исправительных учреждениях, при проведении их освидетельствования или переосвидетельствования в федеральных учреждениях медико-социальной экспертизы: приказ Минюста России от 2 октября 2015 г. № 233 // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. – 2015. – № 48.

Научные, учебные, справочные издания

18. Айзман Р.И. Медико-биологические основы обучения и воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья: учеб, пособие для СПО /

отв. ред. Р. И. Айзман. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Издательство Юрайт, 2018. – 224 с.

19. Галузин А. Ф. Правовая безопасность и ее принципы: учебное пособие / А. Ф. Галузин. – СПб.: Юридический центр Пресс, 2008. – 361 с.

20. Даль В.И. Толковый словарь живого великорусского языка. В 2 т. Т. 1. / В.И. Даль. – М.: Олма-Пресс. 2002 – 1280 с.

21. Братановский С. Н., Кизилов В. В. Правовое регулирование организации и деятельности медицинских учреждений в России / под ред. С. Н. Братановского. – Саратов: Издательство СГУ, 2005. – 112 с.

22. Гернет М. Н. История царской тюрьмы / М.Н. Гернет. Т. 4. – М.: Государственное издательство юридической литературы 1962. – 320 с.

23. Детков М.Г. Тюрьмы, лагеря и колонии России: Исторический очерк / М. Г. Детков. -2-е изд., перераб. и доп. – М.: Юрлитинформ, 2009 – 478 с.

24. Кутякин С. А., Ткаченко Н. И., Лядов Э. В. Криминалистическая характеристика побегов из учреждений уголовно - исполнительной системы: учеб. пособие / С.А. Кутякин, Н. И. Ткаченко, Э. В. Лядов. – Рязань: Академия права и управления ФСИН России, 2005. – 165 с.

25. Нахапетов Б. А. Очерки истории санитарной службы ГУЛАГа. / Б. А. Нахапетов. – М.: Издательство Юрайт, 2009. – 191 с.

26. Овчаров Е. А. Здоровье: аксиологический, медико-социальный и экологический анализ: учеб. пособие / Е. А. Овчаров. – Нижневартовск: Издательство Нижневарт. пед. ин-та, 2002. – 798 с.

27. Юферов В. Н. Материалы для тюремной статистики России / В.Н. Юферов. – СПб.: Записки Императорского Русского географического общества по отделению Статистики. Т. 3., 1873 – 262 с.

Материалы периодической печати

28. Доклад о деятельности Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации за 2017 год от 17 апреля 2018 г. // Российская газета. – 2018. – 17 апреля.

29. Кузьмин С. И. Лагерники. ГУЛАГ без ретуши / С.И Кузьмин // Молодая гвардия. – 1986. – № 3. – С.145 – 150.

30. Пертли Л.Ф., Спасенников Б.А. Медицинская помощь в пенитенциарной системе дореволюционной России / Л. Ф. Пертли, Б. А. Спасенников // Вестник Кузбасского института – № 3(28). – 2016 – С.130 – 136.

31. Пестова О.Ю. Развитие института оказания медицинской помощи заключенным России (конец XVII - начало XX в.) / О. Ю Пестова // Вестник Вятского государственного гуманитарного университета. – 2014. – № 2. – С. 48 – 51.

32. Рассказов Л.П., Упоров И.В. Инструкция смотрителю губернского тюремного замка 1831 г. как исток уголовно-исполнительного права России / Л. П. Рассказов, И. В. Упоров // Правоведение. – СПб.: Изд-во С.-Петербург. ун-та. – 2000. – № 2. – С.244 – 249.

33. Серeda Е.В. Государственная политика в сфере оказания медицинской помощи осужденным / Е.В. Серeda // Вестник общественной научно-исследовательской лаборатории «Взаимодействие уголовно-исполнительной системы с институтами гражданского общества: историко-правовые и теоретико-методологические аспекты» – Рязань: Академия права и управления ФСИН России, 2017. – № 10. – С 29 – 35.

34. Серeda Е.В. Тенденции оказания медицинской помощи осужденным / Е.В. Серeda // Уголовно-исполнительное право. – 2018. – № 1. – С. 56 – 61.

35. Спасенников Б. А., Пертли Л.Ф. Развитие медицинской помощи в тюремной системе России (конец XVIII - начало XX века) / Б. А. Спасенни-

ков, Л.Ф. Пертли // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2016. – №4. – С. 252 – 256.

36. Упоров И.В. Уголовное наказание в виде лишения свободы в законодательных актах начального периода советской власти / И.В. Упоров // Теория и практика общественного развития, – 2016. – № 10. – С.103 – 108.

37. Филичкин А. А. История становления пенитенциарной медицины в России / А. А. Филичкин // Уголовно-исполнительное право. – 2006. – № 1. – С. 88 – 92.

Диссертации и авторефераты

38. Пестова, О. Ю. Нормативно-правовое регулирование оказания медицинской помощи осужденным к лишению свободы в России: автореферат дис. ... кандидата юридических наук / О.Ю. Пестова. – М.: Российская академия адвокатуры и нотариата, 2018 – 30 с.

39. Пестова О.Ю. Нормативно-правовое регулирование оказания медицинской помощи осужденным к лишению свободы в России: дис. ... канд. юрид. наук / О.Ю. Пестова. – М.: Российская академия адвокатуры и нотариата, 2018. – 209 с.

Материалы юридической практики

40. Информация временных караулов в ФКУ СИЗО-3 УФСИН России по Краснодарскому краю для охраны осуждённых и лиц, содержащих под стражей для получения медицинской помощи в лечебных учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения / материалы научно-исследовательской работы Галлямова Р.Р. – Самара: Самарский юридический институт ФСИН России. – 2021. (неопубликованный акт).

41. О побеговой активности: указание директора ФСИН России от 13 июля 2012 № 9-13717-08-т (неопубликованный акт).

42. О побеговой активности: указание начальник управления охраны и конвоирования ФСИН России от 06. 11. 2015 № исх-03-69996 (неопубликованный акт).

43. О результатах обеспечения охраны объектов уголовно-исполнительной системы в 2013 году и мерах по повышению ее эффективности в 2014 году: информационное письмо: от 19 марта 2014 г. № исх.-08-11210. (неопубликованный акт).

44. О состоянии надежности охраны исправительных учреждений и следственных изоляторов в 2015 году и мерах по ее совершенствованию: информационное письмо от 29 марта 2016 г. № исх.-083-16834. (неопубликованный акт).

45. О результатах обеспечения охраны объектов уголовно-исполнительной системы в 2016 году и мерах повышению ее эффективности в 2017 году: информационное письмо от 1 марта 2017 г. № исх.-08-12288. (неопубликованный акт).

46. О результатах обеспечения охраны объектов уголовно-исполнительной системы в 2016 году и мерах по повышению ее эффективности в 2017 году: информационное письмо: от 01 марта 2017 г. № исх-08-12288 (неопубликованный акт).

47. О состоянии надежности охраны исправительных учреждений и следственных изоляторов в 2020 году и мерах по ее совершенствованию: информационное письмо от 31.03.2021 исх-08-21157 (неопубликованный акт)

Электронные ресурсы

48. Краткая характеристика уголовно-исполнительной системы [Электронный ресурс] // ФСИН России. Главная. Статистические данные: офиц. сайт. 12.09.2018 – Режим доступа: <https://fsin.gov.ru/structure/inspector/iao/statistika/Kratkaya%20harka%20UIS/> (дата обращения: 2.06.2021).

49. Краткая характеристика уголовно-исполнительной системы [Электронный ресурс] // ФСИН России. Главная. Статистические данные: офиц. сайт. 12.09.2018 – Режим доступа: <https://fsin.gov.ru/structure/inspector/iao/statistika/Kratkaya%20harka%20UIS/> (дата обращения: 2.06.2021). Манифест: «Благочестивейшая самодержавнейшая великая государыни имп. Екатерины Вторья. учреждения для управления губерний Всероссийския империи» [Электронный ресурс] // Президентская библиотека. Главная. Коллекция. Гос. Власть. История законодат. Законодат. В XVIII в. Законодат акты Екатерины II: – Режим доступа: <https://www.prlib.ru/item/399028> (дата обращения 11.10.2018).

50. Устав ВОЗ [Электронный ресурс] // Всемирная организация здравоохранения Главная. Информация ВОЗ. Руководствующие органы. Ресурсы: офиц. сайт. 26.02.2019 – Режим доступа: <https://www.who.int/governance/eb/constitution/ru/> (дата обращения 15.04.2019).

**Общий анализ количества назначенных временных караулов
в период с 2012 по 2018 гг.⁵⁰**

⁵⁰ О результатах обеспечения охраны объектов уголовно-исполнительной системы в 2016 году и мерах повышению ее эффективности в 2017 году: информационное письмо от 1 марта 2017 г. № исх.-08-122884 (неопубликованный акт); О результатах обеспечения охраны объектов уголовно-исполнительной системы в 2018 году и мерах по повышению ее эффективности в 2019 году: информационное письмо: от 1 марта 2019 г. № исх-08-12288 (неопубликованный акт); О состоянии надежности охраны исправительных учреждений и следственных изоляторов в 2020 году и мерах по ее совершенствованию: информационное письмо от 31.03.2021 исх-08-21157 (неопубликованный акт).

Общий анализ доли допущенных побегов из-под охраны временных караулов в период с 2015 по 2020 гг.⁵¹



⁵¹ О результатах обеспечения охраны объектов уголовно-исполнительной системы в 2013 году и мерах по повышению ее эффективности в 2014 году: информационное письмо: от 19 марта 2014 г. № исх.-08-11210 (неопубликованный акт); О состоянии надежности охраны исправительных учреждений и следственных изоляторов в 2015 году и мерах по ее совершенствованию: информационное письмо от 29 марта 2016 г. № исх.-083-16834 (неопубликованный акт); О результатах обеспечения охраны объектов уголовно-исполнительной системы в 2016 году и мерах по повышению ее эффективности в 2017 году: информационное письмо от 1 марта 2017 г. № исх.-08-122884 (неопубликованный акт); О состоянии надежности охраны исправительных учреждений и следственных изоляторов в 2020 году и мерах по ее совершенствованию: информационное письмо от 31.03.2021 исх-08-21157 (неопубликованный акт).

Информация временных караулов в ФКУ СИЗО-3 УФСИН России по Краснодарскому краю⁵²



⁵² Информация временных караулов в ФКУ СИЗО-3 УФСИН России по Краснодарскому краю для охраны осуждённых и лиц, содержащих под стражей для получения медицинской помощи в лечебных учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения / материалы преддипломной практики Галлямова Р.Р. (неопубликованный акт).

Экипировка временного караула

Фото 1. Содержимое чемодана начальника временного караула:
1. Бахилы для обуви; 2. Радиостанции; 3. Сотовый телефон НК;
4. Газовый баллончик «Резеда – 10», «Зверобой – 10»; 5. Халат больничный;
6. Наручники «БРС»; 7. Документация караула (план охраны, формализованные акты и др. док.)