

РОМАНОВ М. В.,
кандидат юридичних наук,
доцент кафедри кримінології
і кримінально-виконавчого права
(Національний юридичний університет
імені Ярослава Мудрого)

УДК 343.8 (477)

DOI <https://doi.org/10.32842/2078-3736-2019-4-39>

МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВА НА МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ ЗАСУДЖЕНИМ

Статтю присвячено дослідженню міжнародного досвіду та практики Європейського суду з прав людини (далі – ЄСПЛ) щодо медичних прав засуджених. На підставі аналізу міжнародних нормативно-правових актів та рішень ЄСПЛ вивчені основні вимоги, які ставляться в європейській практиці виконання покарань до інституту забезпечення прав засуджених на медичну допомогу та обслуговування.

Щодо рішень ЄСПЛ, то розглянуті саме ті з них, які безпосередньо стосуються кримінально-виконавчої діяльності в Україні. На підставі аналізу цих рішень сформульовані критерії належного медичного забезпечення, які використовуються як такі в правозастосовній діяльності європейських країн. Серед цих критеріїв виокремлені наступні: забезпечення докладного документування стану здоров'я ув'язненого та його або її лікування протягом ув'язнення; оперативність та точність діагнозу і лікування; регулярність та систематичність нагляду та наявність плану терапевтичних заходів з метою лікування хвороб ув'язненого або запобігання їхньому ускладненню, а не усунення симптомів; створення умов, необхідних для фактичного надання призначеного лікування; обов'язок держави вилікувати тяжко хворого ув'язненого є обов'язком вжиття засобів, а не досягнення результату (критерій належної старанності).

Виходячи з наведених критеріїв зазначено, що обсяг надання медичної допомоги засудженим у європейських країнах включає такі напрями: доступ до лікаря; згода пацієнта і конфіденційність; профілактика захворювань; професійна незалежність медичних працівників та їх професійна компетентність.

Проміжним висновком є вказівка на те, що в Україні стан забезпечення медичної допомоги засудженим знаходиться на екстремально низькому рівні.

Формулюючи висновки, в роботі зазначено, що міжнародно-правове регулювання і досвід надання медичної допомоги засудженим має певні сталі правила, які з одного боку враховують стан здоров'я таких осіб, а з іншого не створюють зайвих дискримінаційних умов поводження або тримання для них.

Ключові слова: міжнародні стандарти, медична допомога засудженим, лікування засуджених, доступ до лікаря, медичні послуги ув'язненим, катування умовами тримання.

The article is devoted to the study of international experience and practice of the European Court of Human Rights (hereinafter – ECHR) on the medical rights of prisoners. On the basis of the analysis of international normative legal acts and decisions of the ECHR, the basic requirements, which are put in the European



practice of execution of sentences to the institute of ensuring the rights of prisoners for medical assistance and service, were studied.

Concerning the decisions of the ECtHR, it is considered those which directly concern the criminal-executive activity in Ukraine. Based on the analysis of these decisions, criteria for proper medical care are formulated, which are used as such in the law enforcement activities of European countries. Among these criteria are the following: ensuring the detailed documentation of the state of health of the prisoner and his or her treatment during imprisonment; efficiency and accuracy of diagnosis and treatment; the regularity and systematic supervision and the existence of a plan of therapeutic measures for the treatment of a prisoner's disease or prevention of their complication, rather than the elimination of symptoms; creation of the conditions necessary for the actual provision of the prescribed treatment; the obligation of the state to heal a heavily diseased prisoner is a duty to use means rather than to achieve a result (a criterion of due diligence).

Based on the above criteria, the scope of medical care provided to prisoners in European countries includes the following areas: access to a doctor; patient consent and confidentiality; disease prevention; the professional independence of health professionals and their professional competence.

An interim conclusion is an indication that in Ukraine the state of providing medical care to the prisoners is at an extremely low level.

In formulating the conclusions, the work noted that the international legal regulation and experience of providing medical care to the prisoners has certain rules that take into account the health of such persons on the one hand and, on the other, do not create unnecessary discriminatory conditions of treatment or detention for them.

Key words: *international standards, medical assistance to the prisoners, treatment of prisoners, access to a doctor, medical services for prisoners, torture conditions of detention.*

Вступ. Як зазначалося в Загальній доповіді 1993 року Європейського комітету з питань запобігання катуванням чи нелюдському або такому, що принижує гідність, поводженню чи покаранню: медичні служби для позбавлених волі осіб є об'єктом, який має безпосереднє відношення до повноважень Комітету у запобіганні катуванням. Недостатній рівень медичних служб може призвести до ситуації, яку можна охарактеризувати як нелюдське або таке, що принижує гідність, поводження.

Європейський суд з прав людини має велику практику щодо фіксації випадків катувань, пов'язаних з ненаданням або неналежним наданням медичної допомоги засудженим.

Постановка завдання. Наукова спільнота останнім часом досить активно досліджує міжнародні стандарти і практику їх забезпечення під час виконання кримінальних покарань. Зокрема, питаннями дослідження міжнародного досвіду різних аспектів виконання покарань вивчали Т.А. Денисова, О.В., М.В. Романов, А.Х. Степанюк, В.О. Човган, І.С. Яковець та інші.

Треба зазначити, що зазвичай міжнародний досвід розглядається в контексті конкретного інституту кримінально-виконавчого права і відноситься до окремих його норм. Найчастіше спираються на практику Європейського суду з прав людини, рішення якого розглядаються як певний індикатор впровадження міжнародних стандартів і їх реалізації у національному правозастосовному полі. Це є нормальним з огляду на положення ст. 17 Закону України «Про виконання рішень та застосування практики Європейського суду з прав людини», яка визначає практику Європейського суду в якості джерела права. Тому **завданням цього дослідження** є вивчення міжнародного досвіду щодо забезпечення права на медичну допомогу засудженим з метою встановлення стану впровадження цього досвіду в кримінально-виконавчу діяльність в Україні і перспектив вдосконалення національного законодавства.



Результати дослідження. Серед найбільш резонансних справ Європейського суду з прав людини, які констатували порушення права засуджених на медичну допомогу є справи – Луньов проти України та Сергій Антонов проти України. У вказаних рішеннях суд неодноразово наголошував, що держава повинна забезпечити тримання особи під вартою в умовах, які відповідають принципу поваги до її людської гідності, а спосіб і метод позбавлення свободи не завдають їй душевного страждання чи труднощів, які б перевищували невідворотний рівень страждання, притаманний триманню під вартою, і щоб з урахуванням практичних вимог ув'язнення належним чином забезпечувалися охорона здоров'я такої особи та її благополуччя.

В обох рішеннях суд встановив наявність порушення ст. 3 Конвенції і визначив наявність жорстокого і нелюдського поводження. Причому, у кожній з названих справ, формальний бік надання медичної допомоги був виконаний. Засуджені були оглянуті, їм був наданий доступ до лікаря, але потім, у зв'язку з різними причинами, належна медична допомога засудженим не була надана. Досліджуючи конкретні обставини справи, суд зазначав, що «належність» медичної допомоги залишається найбільш важким елементом для визначення. При його оцінці суд встановлював, що сам факт огляду ув'язненого лікарем та призначення йому певного виду лікування автоматично не може призвести до висновку, що медична допомога була належною (рішення у справі «Хумматов проти Азербайджану» (Hummatov v. Azerbaijan), п. 116).

Органи влади повинні також забезпечити докладне документування стану здоров'я ув'язненої особи та його або її лікування протягом ув'язнення (див. рішення у справі «Худобін проти Росії» (Khudobin v. Russia), заява № 59696/00, п. 83, ECHR 2006-XII (витяги)), оперативність та точність діагнозу і лікування (див. рішення у справі «Мельник проти України» (Melnik v. Ukraine), заява № 72286/01, пп. 104-106, від 28 березня 2006 року, та згадане рішення у справі «Хумматов проти Азербайджану» (Hummatov v. Azerbaijan), п. 115), а за умови, коли це викликано медичним станом, – регулярність та систематичність нагляду та наявність плану терапевтичних заходів із метою лікування хвороб ув'язненого або запобігання їхньому ускладненню, а не усунення симптомів (рішення у справі «Попов проти Росії» (Popov v. Russia), заява № 26853/04, п. 211, від 13 липня 2006 року та згадане рішення у справі «Хумматов проти Азербайджану» (Hummatov v. Azerbaijan), пп. 109 та 114).

Державні органи влади також повинні довести, що було створено умови, необхідні для фактичного надання призначеного лікування (рішення у справі «Голомийов проти Молдови» (Holomiov v. Moldova), заява № 30649/05, п. 117, від 7 листопада 2006 року та згадане рішення у справі «Хумматов проти Азербайджану» (Hummatov v. Azerbaijan), п. 116). У той же час обов'язок держави вилікувати тяжко хворого ув'язненого є обов'язком вжиття засобів, а не досягнення результату (критерій належної старанності) (див. рішення у справі «Гжінашвілі проти Грузії» (Goginashvili v. Georgia), заява № 47729/08, п. 71 від 4 жовтня 2011 року).

Фактично суд у вказаних рішеннях визначив критерії «належності» медичної допомоги засуджених. Ними є:

1) забезпечення докладного документування стану здоров'я ув'язненого та його або її лікування протягом ув'язнення. Цей критерій безпосередньо пов'язаний із правом засудженого на інформацію про стан його здоров'я. Докладність – це повнота, достовірність документування та лікування;

2) оперативність та точність діагнозу і лікування. У зв'язку з цим критерієм необхідно в законодавстві визначити конкретні строки для огляду та надання допомоги особам, які тримаються в місцях несвободи. Це є особливо важливим для тих осіб, які хворіють на ВІЛ / СНІД, туберкульоз або інші тяжкі хвороби. Автор вважає, що у питаннях оперативності і своєчасності у адміністрацій місць несвободи немає і не може бути ніяких перешкод, оскільки особи, які в них тримаються знаходяться під повним контролем таких адміністрацій. Тому і забезпечити можливість діагностування та надання допомоги є, зазвичай, доступною справою;



3) регулярність та систематичність нагляду та наявність плану терапевтичних заходів з метою лікування хвороб ув'язненого або запобігання їхньому ускладненню, а не усунення симптомів (за умови, коли це викликано медичним станом). Зрозуміло, що це питання виконання медичного протоколу, але знов таки, зважаючи на те, що засуджений (або інша особа, яка тримається в місцях несвободи) завжди «під рукою», виконання цієї вимоги для медичного працівника не повинне складати проблеми і він повинен намагатися допомогти тавилікувати особу;

4) створення умов, необхідних для фактичного надання призначеного лікування. На жаль, для пенітенціарної системи України цей критерій залишається недосяжним. Проблема недофінансування і байдужого ставлення для ув'язнених призводить до того, що умови для надання лікування відсутні майже у всіх вітчизняних установах;

5) обов'язок державивилікувати тяжко хворого ув'язненого є обов'язком життя засобів, а не досягнення результату (критерій належної старанності). Цей критерій також вказує на необхідність створення комплексу умов і виконання заходів, які мають на меті реальну допомогу ув'язненим, а не лише буквальне дотримання формальних вимог законодавства (якщо закон вимагає оглянути – оглянемо, але без намагання досягнути реальних наслідків такого огляду). Тобто медичні працівники, працюючи з ув'язненим, повинні діяти, орієнтуючись на настання реальних наслідків своїх дій, спрямовуючи медичну допомогу на те, щоб всебічно підтримати хворого і створити умови для його одужання.

У своїх рішеннях суд спеціально уточнює, що статтю 3 Конвенції не можна тлумачити як таку, що гарантує кожному ув'язненому медичну допомогу на рівні «найкращих закладів охорони здоров'я» (див. ухвалу щодо прийнятності у справі «Мірілашівілі проти Росії» (Mirilashivili v. Russia), заява № 6293/04 від 10 липня 2007 року). Суд також зазначив, що «готовий прийняти аргумент про те, що загалом ресурси медичних установ пенітенціарної системи обмежені порівняно з ресурсами закладів охорони здоров'я» (рішення у справі «Гришин проти Росії» (Grishin v. Russia), заява № 30983/02, п. 76 від 15 листопада 2007 року). Цю тезу не можна розглядати як таку, що дає можливість індульгувати установам, в яких тримаються ув'язнені. Ця теза означає, що установи, надаючи медичну допомогу, виходять зі своїх можливостей, але в їх межах діють із максимально можливою ефективністю, дотримуючись не лише нормативних актів та формальних вимог, а й принципів професійної етики, гуманізму та спрямовуючи свою діяльність на допомогу. Зрозуміло, що все це оціночні категорії. Але саме так і рекомендує діяти суд.

Під час надання медичної допомоги ув'язненим необхідно виходити з конкретних і реальних умов, які і повинні бути основним рухомим важелем, що зумовлює зміст та «інтенсивність» допомоги відповідній особі. Таке розуміння змісту медичної допомоги є вкрай важливим і таким, що повинно бути основоположним, оскільки формальний критерій у вітчизняних кримінально-виконавчих установах зазвичай виконується.

Це можна побачити, звернувшись до нормативних актів. Нормативи в галузі охорони здоров'я в Україні забезпечені низкою ратифікованих міжнародних документів: Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права, Конвенція про права інвалідів, Конвенція про права дитини, Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод, Європейська соціальна Хартія.

Національне законодавство базується передусім на Конституції України, законах України, серед яких провідну роль відіграє Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», постановах Кабінету Міністрів України, відомчих нормативно-правових актах. Всі ці акти формулюють основні підходи та засади до охорони здоров'я. Їм вторить Конституція України, яка визначає, що людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю. Ця декларація підтримана в низці нормативних актів.

Відповідно до ст. 4 Основ законодавства «Про охорону здоров'я» основними принципами охорони здоров'я в Україні є: визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним із головних чинників виживання та розвитку народу



Україні; дотримання прав і свобод людини і громадянина в сфері охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій. Таких прикладів багато.

Загалом вітчизняне законодавство відповідає міжнародним нормативним актам в частині правового регулювання, а точніше декларування прав на охорону здоров'я і медичних прав громадян. Однак реальний стан речей і практичне втілення правових норм свідчить про те, що охорона здоров'я, в тому числі тих, хто утримується в місцях позбавлення волі, знаходяться на низькому рівні, поступово перетворюючись у системну проблему.

Тут особливої уваги заслуговують особи, які живуть з ВІЛ / СНІД і тримаються в кримінально-виконавчих установах. Досвід міжнародно-правового регулювання цієї групи правовідносин і практика їх реалізації, свідчить про те, що особи, які живуть з ВІЛ / СНІД і тримаються в місцях позбавлення волі у розвинутих країнах, мають значно більший рівень забезпечення своїх медичних прав і захищеності. Основним принципом організації медичної допомоги в таких країнах є положення про те, що ув'язнені мають право на таке саме медичне обслуговування, як і все інше населення. Цей принцип тісно пов'язаний з основними правами особи.

Обсяг надання медичної допомоги у європейських країнах включає такі напрями: доступ до лікаря; згода пацієнта і конфіденційність; профілактика захворювань; професійна незалежність медичних працівників та їх професійна компетентність. Всі перераховані напрями застосовуються і до ув'язнених, які живуть з ВІЛ / СНІД.

Специфікою надання медичної допомоги таким особам є те, що вони потребують постійної, систематичної та безперервної допомоги, причому допомоги не лише медикаментозної, але й психологічної. Одночасно з цим міжнародні стандарти передбачають, що не існує жодних медичних показань для сегрегації ув'язненого і тримання його в ізоляції на підставі того, що він є ВІЛ-інфікованим.

Висновки. Можна стверджувати, що міжнародно-правове регулювання і досвід надання медичної допомоги засудженим має певні сталі правила, які з одного боку враховують стан здоров'я таких осіб, а з іншого не створюють зайвих дискримінаційних умов поводження або тримання для них. До таких можна віднести:

1) Надання кваліфікованої медичної допомоги на рівні вільних осіб, в тому числі з можливістю обрання лікаря. Це є загальним правилом, яке включає в себе необхідність забезпечення з боку місця несвободи регулярних амбулаторних консультацій, невідкладну медичну допомогу того, можливість залучення інших фахівців, якими місце несвободи не укомплектоване, але які можуть стати у потребі для надання допомоги конкретній особі. Зважаючи на те, що у багатьох випадках для забезпечення лікування недостатньо ініціативи з боку ув'язненого, потрібно забезпечити доступний та простий механізм залучення необхідних медичних фахівців персоналом відповідного місця несвободи.

Кожного разу, коли виникає потреба госпіталізувати ув'язнену особу чи здійснити спеціальне обстеження в умовах лікарні, транспортування ув'язнених пацієнтів повинно здійснюватись у такі строки та за таких умов, як того вимагає стан їхнього здоров'я.

2) Забезпечення конфіденційності та дотримання правил щодо доступу до інформації про стан здоров'я ув'язненого. Інформація про стан здоров'я може стати інструментом маніпуляції та впливу на особу, яка знаходиться в місцях несвободи. Саме тому міжнародна практика йде шляхом забезпечення того, щоб розголошення медичної таємниці в місцях несвободи не мало місця, так само, як і взагалі в практиці суспільного життя.

Відповідальність за зберігання медичних карток пацієнтів покладається на лікаря. Всі медичні обстеження ув'язнених (як відразу по прибутті, так і пізніше) повинні здійснюватись у такий спосіб, щоб немедичний персонал не міг чути, а по можливості й спостерігати за обстеженням. Окрім цього, позбавлені волі особи повинні проходити обстеження не групами, а в індивідуальному порядку.

3) Забезпечення проведення обов'язкових процедур (тестування, АРТ, госпіталізація тощо) для тих, хто таких процедур потребує. Як зазначено у вітчизняних нормативних актах з цього приводу: спеціалізована медична допомога дорослим та підліткам з діагнозом –



ВІЛ-інфекція надається через мережу спеціалізованих закладів, які повинні бути укомплектовані необхідним обладнанням та персоналом [Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 12.07.2010 р. № 551, яким затверджений «Клінічний протокол антиретровірусної терапії (АРТ) ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків»].

Міжнародні рекомендації встановлюють, що медичні служби в місцях позбавлення волі повинні бути в змозі забезпечити медичну допомогу та лікування, а також відповідну дієту, фізіотерапію, реабілітацію чи будь-який інший спеціальний догляд на такому ж рівні, який пропонується пацієнтам в цивільних медичних закладах.

Повинна бути передбачена забезпеченість лікарським, допоміжним медичним і технічним персоналом а також бути надані відповідні приміщення, обладнання і устаткування. Повинен бути забезпечений відповідний нагляд за розподілом ліків та медичних препаратів, а підготовка медичних препаратів має доручатись виключно кваліфікованому персоналу (фармацевту, медичній сестрі тощо). Отже, місця несвободи повинні бути належним чином забезпечені або, як мінімум, мати постійні зв'язки з відповідними фахівцями і залучати їх без зволікання.

4) Надання психологічної та інформаційної допомоги та підтримки таким особам; Європейський комітет із запобігання катуванням у своїх рекомендаціях зазначає наступне. Так, якщо йдеться про захворювання на СНІД, то слід надавати відповідну підтримку психолога як до, так і після обстеження.

Персонал в'язниці повинен проходити постійну підготовку з питань превентивних заходів та поведінки по відношенню до ВІЛ-інфікованих. Персонал також повинен отримати відповідні інструкції про недопущення дискримінації осіб чи розголосу конфіденційної інформації.

5) Здійснення коректних профілактичних заходів, в тому числі спрямованих на інформування інших осіб про особливості розповсюдження хвороб, їх протікання та лікування.

Необхідно постійно проводити відповідні інформаційні кампанії, інформуючи про основні шляхи отримання інфекцій, групи ризику та профілактичні заходи. У цьому зв'язку фахівці з питань надання медичної допомоги в пенітенціарних установах зазначають: необхідно постійно залучати до освітніх та навчальних програм щодо медичної допомоги усю спільноту пенітенціарної установи: засуджених та ув'язнених, працівників та адміністрацію пенітенціарної установи, осіб, для яких характерна та нехарактерна ризикована поведінка.

Програми повинні містити відомості щодо етіології та патогенезу відповідних інфекційних захворювань, їхнього протікання, симптомів, діагностики та лікування, а особливо, щодо шляхів і способів передачі, шляхів уникнення передачі, способів захисту себе та інших, засобів із зниження шкоди і порядку дій після можливого зараження. На них також необхідно запрошувати на добровільну конфіденційну консультацію та діагностику.

Проте інформація щодо засобів зниження шкоди і діагностування, якщо вони взагалі надаються і є доступними у пенітенціарній установі, є лише запобіжною. Частотність регулярних освітніх і навчальних заходів з цієї проблеми повинна залежати від частоти зміни засуджених та ув'язнених і працівників пенітенціарної установи, а також важливості збереження актуальності знань і свідомості із даної теми [1; с. 50].

З іншого боку, необхідно суворо дотримуватися конфіденційності щодо стану здоров'я відповідних осіб і не розповсюджувати таку інформацію серед тих, хто не має до неї відношення.

Недискримінація осіб, які живуть з ВІЛ / СНІД і знаходяться в місцях

несвободи; йдеться про відсутність сегрегації, обмеження прав та можливостей для таких осіб. Європейський комітет з запобігання катуванням сформулював беззаперечне правило: не існує жодних медичних показань для сегрегації ув'язненого і тримання його в ізоляції на підставі того, що він є ВІЛ-інфікованим.

Список використаних джерел:

1. Андрес Лехтметс Йорг Понт. Охорона здоров'я та медична етика в пенітенціарних установах / Посібник для медичного персоналу пенітенціарних установ та іншого персоналу, відповідального за стан здоров'я засуджених та ув'язнених. Рада Європи. 2016. 77 с.

