МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ В ТЮРЬМАХ

КЛЮЧЕВЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ТАДЖИКИСТАНА

Подготовлено для Республики Таджикистан
2024

The project is implemented with the
financial support of the UN Democracy Fund

АННОТАЦИЯ

1. Международные Стандарты Медицинского Обслуживания в Тюрьмах.
2. Анализ Правовой Базы Медицинской Помощи в Пенитенциарной Системе Республики Таджикистан.
3. Ключевые Рекомендации.

Подготовлено: доктором медицины - Мариам Джишкариани
Электронная почта: mariamjishkariani79@gmail.com

Настоящий анализ подготовлен в рамках проекта «Права лиц, лишенных свободы и реформа исправительной системы в Таджикистане», реализуемого со стороны ОО «Центр по правам человека», от имени Коалиции гражданского общества против пыток и безнаказанности в Таджикистане, в партнерстве с Главным управлением исполнения уголовных наказаний (ГУИУН МЮ РТ) Министерства юстиции Республики Таджикистан, при финансовой поддержке Правительства Швейцарии и Фонда демократии ООН.

ОГЛАВЛЕНИЕ

I. ВВЕДЕНИЕ..... 4

II. ОСНОВНЫЕ МЕЖДУНАРОДНЫЕ СТАНДАРТЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ТАДЖИКИСТАНУ..... 6

III. МЕЖДУНАРОДНЫЕ СТАНДАРТЫ И НОРМЫ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЕ ЗНАЧИМОСТЬ ОРИЕНТИРОВАННОГО НА КЛИЕНТА МЕДИЦИНСКОГО, ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ..... 11

IV. ПОДХОДЫ, УЧИТЫВАЮЩИЕ ПОЛ, ВОЗРАСТ И КУЛЬТУРУ..... 37

V. СПЕЦИФИКАЦИЯ ПО ВОЗРАСТУ..... 42

VI. УГОЛОВНОЕ ПРАВОСУДИЕ В ОТНОШЕНИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ И РАССМОТРЕНИЕ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ, ОРИЕНТИРОВАННЫХ НА ДЕТЕЙ..... 43

VII. ЗАКЛЮЧЕННЫЕ НАСИЛЬСТВЕННОГО ЭКСТРЕМИЗМА И ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ РАДИКАЛИЗАЦИИ К НАСИЛИЮ В ТЮРЬМАХ..... 53

VIII. КЛЮЧЕВЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ В ТЮРЬМАХ (МЕЖДУНАРОДНЫЕ СТАНДАРТЫ)..... 57

IX. ИТОГОВОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ О МЕДИЦИНСКОМ ОБСЛУЖИВАНИИ В ТЮРЬМАХ И МЕЖДУНАРОДНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКЕ..... 76

X. ТРУДНОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ, БАРЬЕРЫ..... 89

XIII. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:..... 119

I. ВВЕДЕНИЕ

Рабочая статья направлена на анализ правовой базы системы медицинского обслуживания в тюрьмах Республики Таджикистан в сравнении с международными стандартами медицинского обслуживания в тюрьмах.

Таджикистан — постсоветская страна, расположенная в Центральной Азии. Согласно данным Country Meters, текущая численность населения Таджикистана составляет 10,478,586 человек. Права народа Таджикистана гарантированы Конституцией Таджикистана, **Статья 1.** Республика Таджикистан - суверенное демократическое правовое светское унитарное государство. Форма правления Республикой Таджикистан является президентской. Таджикистан, являясь социальным государством, создает условия, обеспечивающие достойную жизнь и свободное развитие человека. Республика Таджикистан и Таджикистан - равнозначные понятия. Согласно Конституции, народ Таджикистана, без какой-либо дискриминации, имеет гарантии на жизнь, судебной защиты, образования, права на медицинское обслуживание, труда, права на конфиденциальность, свободы вероисповедания и доступа к культурной и художественной деятельности. Конституция Таджикистана создает правовую основу для реализации лучших стандартов прав человека в системе тюремного заключения также.

Таджикистан, как Государство-Член ООН, ратифицировал Конвенцию ООН против Пыток и Другого Жестокого, Бесчеловечного или Унизительного Обращения или Наказания, Принятую и открытую для подписания, ратификации и присоединения резолюцией Генеральной Ассамблеи 39/46 от 10 декабря 1984 года, вступившую в силу 26 июня 1987 года, согласно статье 27(1), в 1995 году этот документ является обязательным для борьбы с пытками и безнаказанностью и для установления гуманной системы тюремного заключения. Другие конвенции ООН, ратифицированные Таджикистаном, включают КЛДЖ (CEDAW) — Конвенцию по Ликвидации Всех Форм Дискриминации в отношении женщин в 1993[1] году, КЛДР (CERD) — Международную Конвенцию по Ликвидации Всех Форм Расовой Дискриминации в 1995[2] году, МКЭСПП (CESCR) — Международный Пакт об Экономических, Социальных и Культурных Правах в 1999[3] году, МКЗП (CMW) — Международную Конвенцию о Защите Прав Всех Трудящихся-Мигрантов и Членов их Семей в 2002[4] году, КПД (CRC) — Конвенцию о Правах Ребенка в 1993[5] году,

ДП-КПД-ВД (CRC-OP-AC) — Дополнительный Протокол к Конвенции о Правах Ребенка о вовлечении детей в вооруженные конфликты в 2002 году, и ДП-КПД-СП (CRC-OP-SC) — Дополнительный Протокол к Конвенции о Правах Ребенка о торговле детьми, детской проституции и детской порнографии (CRC-OP-SC) был принят в 2002[6] году, а Конвенция о

---

[1] **КЛДЖ** — Конвенция по Ликвидации Всех Форм Дискриминации в отношении Женщин в 1993 году, https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women

[2] **КЛДР** — Международная Конвенция по Ликвидации Всех Форм Расовой Дискриминации в 1995 году, https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-convention-elimination-all-forms-racial

[3] **МКЭСПП** — Международный Пакт об Экономических, Социальных и Культурных Правах в 1999 году, https://www.ohchr.org/sites/default/files/cescr.pdf

[4] **МКЗП** — Международная Конвенция о Защите Прав Всех Трудящихся-Мигрантов и Членов их Семей в 2002 году, https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-convention-protection-rights-all-migrant-workers

[5] **КПД** — Конвенция о Правах Ребенка в 1993 году, https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child

[6] **ФПКПР-ТДПД** — Факультативный протокол к Конвенции о правах ребенка, касающийся торговли детьми, детской проституции и детской порнографии, принят в 2002 году, https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-11-c&chapter=4&clang=_en

Правах Людей с Инвалидностью (CRPD) — в 2018[7] году. Указанные обязательства создают благоприятные условия для реализации реформ в пенитенциарной системе Таджикистана и, в целом, в Системе Уголовного Правосудия.

Тюремная система Таджикистана находится в ведении Министерства юстиции. Численность заключенных составляет около 14 000 человек (по данным World Prison Brief Data) (https://www.prisonstudies.org/country/tajikistan). Тюремная система управляется Центральным управлением тюрем – Дирекцией по исполнению уголовных наказаний Министерства юстиции Республики Таджикистан, в состав которой входят также медицинское и психосоциальное подразделения.

Первый пенитенциарный форум Таджикистана состоялся 20 ноября 2019 года в Душанбе. В этот день в стране была запущена масштабная реформа пенитенциарной системы. Также функционируют межведомственные рабочие группы, занимающиеся внесением изменений в Уголовно-исполнительный кодекс Республики Таджикистан. Система уголовного правосудия, включая пенитенциарную систему, регулируется следующими нормативными актами: Уголовный кодекс Таджикистана, Уголовно-процессуальный кодекс, ЗАКОН РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН О ПОРЯДКЕ И УСЛОВИЯХ СОДЕРЖАНИЯ ПОДОЗРЕВАЕМЫХ, ОБВИНЯЕМЫХ И ПОДСУДИМЫХ, КОДЕКС ИСПОЛНЕНИЯ УГОЛОВНЫХ НАКАЗАНИЙ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН. Система здравоохранения Таджикистана регулируется Кодексом о здравоохранении, однако регулирование медицинского обеспечения в тюремной системе осуществляется главным образом регламентом Главного управления исполнения наказаний Министерства юстиции: ПРИКАЗ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ, ОТБЫВАЮЩИМ НАКАЗАНИЕ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ И СОДЕРЖАНИЯ ПОД СТРАЖЕЙ, а также ПОСТАНОВЛЕНИЕМ ПЛЕНУМА ВЕРХОВНОГО СУДА РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН № 74 от 30 ноября 2015 года, Душанбе, о применении принудительных медицинских мер (с изменениями, внесенными Постановлением Пленума от 14 июня 2018 года № 36), который регулирует принудительное психиатрическое лечение в соответствии с международными стандартами, применимыми к Таджикистану, а именно "Минимальными стандартными правилами обращения с заключенными" (принятыми на Первом конгрессе ООН по предупреждению преступности и обращению с правонарушителями 30 августа 1955 года), которые предусматривают, что "лица с тяжелыми психическими расстройствами не должны подвергаться заключению, и должны быть приняты меры для их скорейшей передачи в учреждения психиатрической помощи" (Правило 82.1).

[7] **КПИ** — Конвенция о правах инвалидов, принята в 2018 году, https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities

II. ОСНОВНЫЕ МЕЖДУНАРОДНЫЕ СТАНДАРТЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ТАДЖИКИСТАНУ

Обязательные и необязательные стандарты, применимые к Таджикистану:

Конвенция против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания[8]. Принята и открыта для подписания, ратификации и присоединения резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН 39/46 от 10 декабря 1984 года. Вступила в силу 26 июня 1987 года в соответствии со статьей 27 (1). Особо важные статьи для системы здравоохранения в тюрьмах: 1, 10, 11, 12, 13, 14, 15 и 16.

Статья 1. Для целей настоящей Конвенции определение «пытка» означает любое действие, которым какому-либо лицу умышленно причиняется сильная боль или страдание, физическое или нравственное, чтобы получить от него или от третьего лица сведения или признания, наказать его за действие, которое совершило оно или третье лицо или в совершении которого оно подозревается, а также запугать или принудить его или третье лицо, или по любой причине, основанной на дискриминации любого характера, когда такая боль или страдание причиняются государственным должностным лицом или иным лицом, выступающим в официальном качестве, или по их подстрекательству, или с их ведома или молчаливого согласия. В это определение не включаются боль или страдания, которые возникают лишь в результате законных санкций, неотделимы от этих санкций или вызываются ими случайно.

Статья 10.

1. Каждое Государство-участник обеспечивает, чтобы учебные материалы и информации относительно запрещения пыток в полной мере включались в программы подготовки персонала правоприменительных органов, гражданского или военного, медицинского персонала, государственных должностных лиц и других лиц, которые могут иметь отношение к содержанию под стражей и допросам лиц, подвергнутых любой форме ареста, задержания или тюремного заключения, или обращению с ними.

2. Каждое Государство-участник включает это запрещение в правила или инструкции, касающиеся обязанностей и функций любых таких лиц.

Статья 11. Каждое Государство-участник систематически рассматривает правила, инструкции, методы и практику, касающиеся допроса, а также условия содержания под стражей и обращения с лицами, подвергнутыми любой форма ареста, задержания или тюремного заключения на любой территории, находящейся под его юрисдикцией, с тем чтобы не допускать каких-либо случаев пыток.

Статья 12. Каждое Государство-участник обеспечивает, чтобы его компетентные органы проводили быстрое и беспристрастное расследование, когда имеются достаточные основания полагать, что пытка была применена на любой территории, находящейся под его юрисдикцией.

Статья 13. Каждое Государство-участник обеспечивает любому лицу, которое утверждает, что оно было подвергнуто пыткам на любой территории, находящейся под юрисдикцией этого Государства, право на предъявление жалобы компетентным властям этого

[8] Конвенция ООН против пыток и другого жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения и наказания, https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-against-torture-and-other-cruel-inhuman-or-degrading

Государства и на быстрое и беспристрастное рассмотрение ими такой жалобы. Предпринимаются меры для обеспечения защиты истца и свидетелей от любых форм плохого обращения или запугивания в связи с его жалобой или любыми свидетельскими показаниями.

Статья 14.

1. Каждое Государство-участник обеспечивает в своей правовой системе, чтобы жертва пыток получала возмещение и имела подкрепляемое правовой санкцией право на справедливую и адекватную компенсацию, включая средства для возможно более полной реабилитации. В случае смерти жертвы в результате пытки право на компенсацию предоставляется его иждивенцам.

2. Ничто в настоящей статье не затрагивает любого права жертвы или других лиц на компенсацию, которое может существовать согласно национальному законодательству.

Статья 15. Каждое Государство-участник обеспечивает, чтобы любое заявление, которое, как установлено, было сделано под пыткой, не использовалось в качестве доказательства в ходе любого судебного разбирательства, за исключением случаев, когда оно используется против лица, обвиняемого в совершении пыток, как доказательство того, что это заявление было сделано.

Статья 16.

1. Каждое Государство-участник обязуется предотвращать на любой территории, находящейся под его юрисдикцией, другие акты жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения и наказания, которые не подпадают под определение пытки, содержащееся в статье 1, когда такие акты совершаются государственным должностным лицом или иным лицом, выступающим в официальном качестве, или по их подстрекательству, или с их ведома или молчаливого согласия. В частности, обязательства, содержащиеся в статьях 10, 11, 12 и 13, применяются с заменой упоминаний о пытке упоминаниями о других формах жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения и наказания.

2. Положения настоящей Конвенции не наносят ущерба положениям любых других международных договоров или национального законодательства, которые запрещают жестокое, бесчеловечное или унижающее достоинство обращение и наказание или касаются выдачи или высылки."

Следовательно, согласно Конвенции ООН против пыток (UN CAT), следующие международные стандарты должны быть реализованы для достижения гуманной тюремной системы, включая здравоохранение в тюрьмах.

Международный пакт о гражданских и политических правах, принятый 16 декабря 1966 года резолюцией 2200A (XXI) Генеральной Ассамблеей ООН, вступил в силу 23 марта 1976[9] года, в соответствии со статьей 49.

Особо следует отметить, что следующие статьи данного Пакта являются наиболее важными для стандартов здравоохранения в тюрьмах: Часть 1 Статьи 1–5.

Статья 7. Никто не должен подвергаться пыткам или жестокому, бесчеловечному или унижающему достоинство обращению или наказанию. В частности, никто не должен подвергаться медицинским или научным экспериментам без его свободного согласия.

Статья 10.

1. Все лица, лишенные свободы, должны обращаться с гуманностью и с уважением к их присущему человеческому достоинству.
2. (a) Обвиняемые лица, за исключением исключительных обстоятельств, должны быть отделены от осужденных лиц и подлежать отдельному обращению, соответствующему их статусу как не обвинённых лиц;

[9] Международный пакт о гражданских и политических правах, принятый 16 декабря 1966 года, резолюцией 2200A (XXI) Генеральной Ассамблеей ООН, вступил в силу 23 марта 1976 года, https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-rights

(б) Обвиняемые несовершеннолетние должны быть отделены от взрослых и как можно быстрее представлены для судебного разбирательства.

3. Пенитенциарная система должна предусматривать обращение с заключенными, основная цель которого – их исправление и социальная реабилитация. Несовершеннолетние преступники должны содержаться отдельно от взрослых и получать обращение, соответствующее их возрасту и правовому статусу.

Статья 26. Все люди равны перед законом и имеют право без какой-либо дискриминации на равную защиту закона. В этом отношении закон должен запрещать любую дискриминацию и гарантировать всем лицам равную и эффективную защиту от дискриминации по признакам расы, цвета кожи, пола, языка, религии, политических или иных убеждений, национального или социального происхождения, имущественного положения, рождения или иного статуса.

Учитывая обязательства по эффективному, своевременному и беспристрастному расследованию случаев пыток и/или бесчеловечного, ненадлежащего обращения, рекомендуется соблюдать следующие рекомендации для реализации в стране:

Стамбульский Протокол[10], Серия профессиональной подготовки № 8/Ред. 2, «Руководство по эффективному расследованию и документированию пыток и иных жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения или наказания», © 2001, 2004, 2022 Организация Объединенных Наций.

Документ подробно описывает права осужденных или заключенных лиц, а также иных лиц на эффективное расследование и документирование/экспертизу случаев бесчеловечного обращения. Он также включает конкретные темы, касающиеся международных стандартов медицинской этики. Некоторые из них будут описаны ниже в соответствующих разделах, связанных со здравоохранением в тюрьмах.

В качестве руководящего документа для реализации международных стандартов здравоохранения в тюрьмах должны быть использованы Правила Нельсона Манделы [11]

Минимальные стандартные правила ООН по обращению с заключенными (Правила Нельсона Манделы), Медицинские услуги:

Правило 24

1. Обеспечение медицинской помощи заключенным является обязанностью государства. Заключенные должны иметь доступ к тем же стандартам медицинской помощи, которые доступны в обществе, и должны бесплатно получать необходимую медицинскую помощь без дискриминации по их правовому статусу.
2. Медицинские службы должны быть организованы в тесной связи с общей системой здравоохранения и обеспечивать непрерывность лечения и ухода, включая ВИЧ, туберкулез и другие инфекционные заболевания, а также зависимость от наркотиков.

Правило 25

1. Каждое исправительное учреждение должно иметь медицинскую службу, задачей которой является оценка, содействие, защита и улучшение физического и психического здоровья заключенных, с особым вниманием к лицам с особыми медицинскими потребностями.
2. Медицинская служба должна быть междисциплинарной командой, состоящей из квалифицированного персонала, действующего с полной клинической независимостью, и включать специалистов по психологии и психиатрии. Услуги квалифицированного стоматолога должны быть доступны каждому заключенному.

---

[10] UN Istanbul Protocol https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/publications/2022-06-29/Istanbul- Protocol_Rev2_EN.pdf

[11] Правила Нельсона Манделы https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-E- ebook.pdf

Правило 26

1. Медицинская служба обязана подготавливать и вести точные, актуальные и конфиденциальные индивидуальные медицинские файлы на всех заключенных. Всем заключенным должен быть предоставлен доступ к их файлам по запросу. Заключенный может назначить третье лицо для получения доступа к своему медицинскому файлу.
2. Медицинские файлы должны быть переданы медицинской службе принимающего учреждения при переводе заключенного и подчиняться принципу медицинской конфиденциальности.

Правило 27

1. Все тюрьмы должны обеспечивать незамедлительный доступ к медицинской помощи в экстренных случаях. Заключенные, нуждающиеся в специализированном лечении или хирургическом вмешательстве, должны быть переведены в специализированные учреждения или гражданские больницы. Если в тюремной системе имеются собственные больничные учреждения, они должны быть укомплектованы квалифицированным персоналом и оснащены необходимым оборудованием для предоставления надлежащего лечения и ухода.

2. Клинические решения могут приниматься только ответственными медицинскими работниками и не могут быть отменены или проигнорированы немедицинским персоналом тюрьмы.

Правило 28

В женских тюрьмах должно быть предусмотрено специальное помещение для обеспечения всех необходимых мер по пренатальному и постнатальному уходу и лечению. Везде, где это возможно, должны быть организованы роды в гражданской больнице за пределами тюрьмы. Если ребенок рождается в тюрьме, это не должно указываться в его свидетельстве о рождении.

Правило 29

1. Решение о том, чтобы позволить ребенку оставаться с родителем в тюрьме, должно основываться на наилучших интересах ребенка. Если детям разрешается оставаться в тюрьме с родителем, необходимо предусмотреть:

   (a) Внутренние или внешние учреждения по уходу за детьми, укомплектованные квалифицированным персоналом, где дети будут находиться, если они не находятся под присмотром родителя;

   (b) Медицинские услуги, ориентированные на детей, включая медицинские обследования при поступлении и постоянный мониторинг их развития специалистами.

2. Дети, находящиеся в тюрьме с родителем, никогда не должны рассматриваться как заключенные.

Правило 30

Врач или другие квалифицированные медицинские работники, независимо от необходимости докладывать врачу, должны встретиться, поговорить и обследовать каждого заключенного как можно скорее после его поступления, а затем по мере необходимости. Особое внимание должно уделяться:

(a) Определению медицинских потребностей и принятию всех необходимых мер для лечения;

(b) Выявлению любых случаев жестокого обращения, которым подвергались заключенные до поступления;

(c) Выявлению признаков психологического или иного стресса, вызванного заключением, включая, но не ограничиваясь, риском суицида, самоповреждений и симптомов отмены, связанных с употреблением наркотиков, медикаментов или алкоголя, и принятию всех соответствующих индивидуальных мер или лечения;

(d) При подозрении на инфекционные заболевания — организации клинической изоляции и надлежащего лечения таких заключенных в течение инфекционного периода;

(e) Определению пригодности заключенных для работы, упражнений и участия в других мероприятиях, где это необходимо.

Правило 31

Врач или, в соответствующих случаях, другие квалифицированные медицинские работники должны иметь ежедневный доступ ко всем больным заключенным, всем заключенным, жалующимся на физические или психические проблемы, и любому заключенному, на которого было обращено их внимание. Все медицинские осмотры должны проводиться с соблюдением полной конфиденциальности.

Правило 32

1. Отношения между врачом или другими медицинскими работниками и заключенными должны регулироваться такими же этическими и профессиональными стандартами, как и отношения с пациентами в обществе, в частности:

(a) Обязанностью защищать физическое и психическое здоровье заключенных, а также предотвращать и лечить заболевания исключительно на основании клинических показаний;

(б) Соблюдением автономии заключенных в вопросах их здоровья и информированного согласия в отношениях врач-пациент;

(в) Соблюдением конфиденциальности медицинской информации, за исключением случаев, когда сохранение конфиденциальности представляет реальную и неминуемую угрозу для пациента или других лиц;

(г) Абсолютным запретом на участие в действиях, которые могут быть признаны пытками или другим жестоким, бесчеловечным или унижающим достоинство обращением или наказанием, включая медицинские или научные эксперименты, наносящие вред здоровью заключенного, такие как изъятие клеток, тканей или органов.

2. Без ущерба для пункта (д) настоящего правила заключенные могут, при наличии их свободного и информированного согласия и в соответствии с применимым законодательством, участвовать в клинических исследованиях и других медицинских экспериментах, если они могут принести непосредственную и значительную пользу их здоровью, а также могут сдавать клетки, ткани или органы родственникам.

Правило 33

Врач должен сообщить начальнику тюрьмы, если, по его мнению, физическое или психическое здоровье заключенного было или будет ухудшено в результате содержания под стражей или условий содержания.

Правило 34

Если во время осмотра или лечения заключенного медицинские работники обнаружат признаки пыток или другого жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения, они должны задокументировать и сообщить об этих случаях в компетентные медицинские, административные или судебные органы. При этом необходимо соблюдать надлежащие процедурные гарантии, чтобы не подвергнуть заключенного или других лиц риску предсказуемого вреда.

Правило 35

1. Врач или компетентный орган общественного здравоохранения должны регулярно проводить инспекции и консультировать начальника тюрьмы по следующим вопросам:

   (а) Количество, качество, приготовление и подача пищи;
   (б) Гигиена и чистота учреждения и заключенных;
   (в) Санитарные условия, температура, освещение и вентиляция в тюрьме;
   (г) Соответствие и чистота одежды и постельных принадлежностей заключенных;
   (д) Соблюдение правил, касающихся физического воспитания и спорта, в случаях, когда за эти виды деятельности не отвечает технический персонал

2. Начальник тюрьмы должен учитывать рекомендации и отчеты, предоставленные в соответствии с пунктом 1 настоящего правила и правила 33, и принимать незамедлительные меры для их выполнения. Если рекомендации или предложения выходят за пределы компетенции начальника тюрьмы или если он/она с ними не согласен(на), начальник обязан немедленно представить вышестоящему органу свой собственный отчет, а также рекомендации или предложения врача или компетентного органа общественного здравоохранения.

III. МЕЖДУНАРОДНЫЕ СТАНДАРТЫ И НОРМЫ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЕ ЗНАЧИМОСТЬ ОРИЕНТИРОВАННОГО НА КЛИЕНТА МЕДИЦИНСКОГО, ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ

Существует ряд важных стандартов, соответствующих Правилам Нельсона Манделы[12], которые имеют ключевое значение для эффективности и результативности комплексного медицинского и психосоциального ухода и реабилитации в условиях тюрем. Основные моменты можно описать следующим образом:

1. **Необходимость обеспечения безопасной среды, что особенно важно для психического здоровья**

[12] Стандартные минимальные правила Организации Объединенных Наций в отношении обращения с заключенными (Правила Нельсона Манделы), https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/GA-RESOLUTION/E_ebook.pdf

Основные принципы Правил Нельсона Манделы, Правило 1: Безопасность и защита заключенных, персонала, поставщиков услуг и посетителей должны обеспечиваться в любое время.

Как указано в Руководстве ООН УНП ООН по классификации заключенных, серия справочников по уголовному правосудию[13]:

Основная ответственность всех тюремных и исправительных систем заключается в поддержании безопасности заключенных, тюремного персонала, всех других лиц, находящихся в тюремных учреждениях, а также общества в целом. Учитывая широкий спектр лиц, находящихся в условиях заключения — от обвиняемых или осужденных за мелкие или ненасильственные преступления до лиц с длительной историей насилия, — выполнение этой задачи может быть весьма сложным.

Эффективные процедуры оценки и классификации заключенных позволяют надлежащим образом группировать лиц для управления и проведения необходимых вмешательств. Это является ключевым элементом в снижении вероятности инцидентов, таких как нападения на заключенных и персонал, побеги и попытки побега, а также в поддержании порядка в тюремных учреждениях, что крайне важно для содействия усилиям по социальной реинтеграции.

Кроме того, это помогает выявлять и защищать заключенных, которые могут быть уязвимы перед угрозами со стороны других заключенных, если не будут размещены в подходящих условиях. Исследования показали, что структурированные инструменты, разработанные для классификации заключенных, могут прогнозировать ключевые результаты, такие как вероятность неправомерного поведения, уровень потребностей, мотивацию и потенциал реинтеграции.

2. **Гуманное обращение с заключенными также является важным аспектом для создания здоровой среды в закрытых учреждениях, что необходимо для предотвращения психических и психологических проблем**

Правила Нельсона Манделы: **Основные принципы**

Правило 1: Все заключенные должны относиться с уважением, которого заслуживает их врожденное достоинство и ценность как человеческих существ.

Правило 3: Лишение свободы и другие меры, которые отсекают людей от внешнего мира, сами по себе являются тяжелым испытанием, поскольку они лишают человека права на самоопределение, ограничивая его свободу. Поэтому тюремная система не должна, за исключением случаев оправданного разделения или поддержания дисциплины, усугублять страдания, присущие такой ситуации.

Следовательно, объективная и основанная на доказательствах система классификации с четкими процессами и процедурами должна рассматриваться как важный фактор защиты прав человека заключенных и обеспечения прозрачного и подотчетного управления тюремной системой в целом.

---

[13] Руководство УНП ООН по классификации заключенных, серия справочников по уголовному правосудию, "Безопасность и защита заключенных, тюремного персонала и общества".

3. Индивидуализированное планирование дела и приговора: основные принципы организации комплексных программ медицинского и психологического ухода для различных категорий осужденных

Правила Нельсона Манделы: **Лечение**

Правило 91: Лечение лиц, приговоренных к лишению свободы или к аналогичным мерам, должно, насколько позволяет срок приговора, иметь целью формирование у них стремления вести законопослушную и самостоятельную жизнь после освобождения, а также подготовку к этому. Лечение должно быть таким, чтобы оно поощряло их самоуважение и развивало чувство ответственности.

Классификация и индивидуализация

Правило 94: как можно скорее после прибытия и изучения личности каждого заключенного, приговоренного к соответствующему сроку, для него или нее должна быть подготовлена программа лечения с учетом полученной информации об индивидуальных потребностях, способностях и склонностях.

Эффективная система классификации заключенных основывается на оценке рисков и потребностей, которые представляет заключенный, не только для определения подходящего места размещения и режима безопасности, но и для выявления и устранения факторов, связанных с его или ее вовлечением в преступную деятельность. Это позволяет разрабатывать индивидуальные планы дела и исполнения приговора, которые размещают заключенного в наименее ограничивающей среде, соответствующей требованиям, и определяют вмешательства, направленные на устранение факторов, связанных с его правонарушениями, а также более широких реабилитационных потребностей, таких как психическое и физическое здоровье.

Постоянно подтверждается, что такой подход способствует реабилитации, повышает шансы на социальную реинтеграцию и снижает рецидивизм после освобождения, что соответствует цели лишения свободы, изложенной в

Правило 4, пункт 1 Правил Нельсона Манделы:

Целью наказания в виде лишения свободы или аналогичных мер, предусматривающих ограничение свободы человека, является в первую очередь защита общества от преступности и снижение уровня рецидивизма. Эти цели могут быть достигнуты только в том случае, если период лишения свободы будет использован для обеспечения, насколько это возможно, социальной реинтеграции таких лиц после освобождения, чтобы они могли вести законопослушную и самостоятельную жизнь[14].

В том же Руководстве УНП ООН подчеркиваются различия в классификации и разделении заключенных.

---

[14] Руководство УНП ООН по КЛАССИФИКАЦИИ ЗАКЛЮЧЕННЫХ, СЕРИЯ СПРАВОЧНИКОВ ПО УГОЛОВНОМУ ПРАВОСУДИЮ, 2. Гуманное содержание заключенных, 3. Индивидуализированное планирование дела и исполнения приговора, II. Ключевые вопросы классификации заключенных https://www.unodc.org/documents/dohadeclaration/Prisons/HandBookPrisonerClassification/20-01921_Classification_of_Prisoners_Ebook.pdf

Правила Нельсона Манделы:

Разделение категорий

Правило 11: Различные категории заключенных должны содержаться в отдельных учреждениях или в отдельных частях учреждений, с учетом их пола, возраста, судимости, юридических оснований их заключения и необходимости лечения; таким образом:

- (а) Мужчины и женщины должны, насколько это возможно, содержаться в отдельных учреждениях; в учреждениях, принимающих как мужчин, так и женщин, все помещения, выделенные для женщин, должны быть полностью изолированы.
- (б) Неосужденные заключенные должны содержаться отдельно от осужденных.
- (в) Лица, лишенные свободы за долги, и другие гражданские заключенные должны содержаться отдельно от лиц, лишенных свободы за уголовные преступления.
- (г) Молодые заключенные должны содержаться отдельно от взрослых.

Классификация и индивидуализация

Правило 93: Цели классификации заключенных заключаются в следующем:

(а) Отделение от остальных тех заключенных, которые из-за своей судимости или характера могут оказывать негативное влияние;
(б) Разделение заключенных на классы для облегчения их лечения с целью социальной реабилитации.

4. ЗАКЛЮЧЕННЫЕ С ОСОБЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ

Комплексные программы лечения и реабилитации заключенных должны включать специальные меры для отдельных категорий заключенных. Среди них выделяются следующие группы:

Согласно Руководству УНП ООН по заключенным с особыми потребностями [15], к таким категориям относятся:

4.1. ЗАКЛЮЧЕННЫЕ С ПОТРЕБНОСТЯМИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

В эту категорию входят заключенные с психическими расстройствами, а также с проблемами зависимости, такими как наркомания и/или алкоголизм или другое зависимое поведение. Сюда также относятся заключенные с тенденцией к членовредительству, агрессивным поведением, пережившие сексуальное насилие, а также находящиеся в зоне риска суицида или уже имеющие попытки суицида.

Реабилитационные программы для таких заключенных должны включать специальные подпрограммы для надлежащего лечения психических заболеваний, предотвращения членовредительства и суицида с использованием инструментов оценки риска, как на начальном этапе, так и в процессе динамического наблюдения.

[15] UNODC, Handbook on Prisoners with special needs, https://www.unodc.org/pdf/criminal_justice/Handbook_on_Prisoners_with_Special_Needs.pdf

Согласно тому же Руководству УНП ООН, были выдвинуты следующие рекомендации для эффективного управления заключенными с психическими расстройствами:

Рекомендации законодателям и политикам

- Решить проблемы, связанные с предоставлением адекватной медицинской помощи для общего населения, и улучшить доступ к медицинским услугам как первый шаг к снижению ненужного, несправедливого и вредного лишения свободы лиц с психическими нарушениями.
- Пересмотреть карательные меры в судебной практике, которые приводят к увеличению числа заключенных из уязвимых групп, включая лиц с психическими расстройствами, чтобы сократить количество таких людей в учреждениях, не предназначенных для их социальной реинтеграции.
- Принять законы о психическом здоровье для защиты прав лиц с психическими расстройствами, включая заключенных. Учитывать потребности заключенных в национальной политике здравоохранения и выделять достаточное финансирование для удовлетворения их медицинских (и физических) нужд.
- Разработать механизмы и политику интеграции пенитенциарной и гражданской систем здравоохранения для повышения эквивалентности медицинского обслуживания в тюрьмах и обеспечения его преемственности после освобождения.
- Законодательно запретить лишение свободы лиц с психическими расстройствами в случае отсутствия альтернативных общественных служб психического здоровья.

Альтернативные меры и наказания

- Внедрить или расширить возможности перенаправления нарушителей с психическими расстройствами из системы уголовного правосудия на медицинское лечение с обеспечением адекватного финансирования таких программ.
- Проводить обучение и информирование сотрудников правоохранительных органов и судебных органов для содействия перенаправлению таких лиц.
- Ввести альтернативные меры наказания для нарушителей с психическими расстройствами, которые совершили более серьезные преступления, с обязательным включением медицинского ухода и контроля.

Инспекция

- Разработать независимые механизмы мониторинга, которые будут отчитываться перед независимыми органами, для контроля психиатрической помощи, предоставляемой в тюрьмах.
- Убедиться, что независимые органы инспекции тюрем включают в свой мониторинг условия содержания заключенных с психическими расстройствами, их лечение и случаи дискриминации, а также инициируют надлежащие меры реагирования и дисциплинарные/уголовные процедуры.

Для правоохранительных органов и судебных органов

- Использовать лишение свободы в качестве крайней меры для лиц с психическими расстройствами, отдавая предпочтение перенаправлению из системы уголовного правосудия или альтернативным мерам наказания, насколько это возможно.

Для тюремных администраций, служб пробации и/или других социальных служб

Политика и стратегии управления

- Обеспечить, чтобы условия содержания и услуги в тюрьмах были направлены на защиту и укрепление психического и физического благополучия всех заключенных.
- Убедиться, что продвижение психического здоровья в тюрьмах является ключевым элементом политики управления и здравоохранения в тюрьмах. Разработать всеобъемлющие стратегии и политики, связанные с управлением заключенными, нуждающимися в психиатрической помощи. Улучшение сотрудничества с общественными службами психиатрической помощи должно стать одной из главных задач стратегии управления.
- Разработать руководящие принципы политики и практики для центральной тюремной администрации.
- Назначить советника по вопросам политики и стратегии психического здоровья на уровне центрального управления. В зависимости от ресурсов создать команды по психическому здоровью в каждой тюрьме или назначить координаторов, работающих с тюремными медицинскими офицерами, общественными медицинскими службами и службами пробации или социальной помощи.
- Повышать осведомленность тюремного персонала, заключенных и их семей с помощью информационных и образовательных материалов о психических расстройствах.
- Разработать гендерно-ориентированные политики и стратегии в области психического здоровья для удовлетворения потребностей женщин-заключенных, нуждающихся в психиатрической помощи.
- Разработать измеримые стандарты для оценки и анализа результатов таких стратегий и практик.

Персонал

- Обеспечить наличие в каждой тюрьме достаточного количества медицинского персонала, обладающего специализированными навыками в области выявления и управления психическими расстройствами.
- Решить проблему привлечения квалифицированных специалистов в области психического здоровья для работы в тюрьмах, обеспечивая условия труда, не менее привлекательные, чем для аналогичных специалистов, работающих в гражданской медицине.
- Оказывать поддержку и проводить регулярное обучение для специалистов на протяжении всей их карьеры.
- Обеспечить регулярное присутствие специалистов из общественных медицинских служб в тюрьмах как альтернативу найму дополнительного персонала, особенно в условиях ограниченных ресурсов.
- Обучать администраторов и первичный тюремный персонал основам психического здоровья. Такое обучение должно способствовать пониманию психических расстройств, повышать осведомленность о правах человека, устранять стигматизацию и поощрять продвижение психического здоровья как среди персонала, так и среди заключенных.

Доступ к правосудию

- Обеспечить, чтобы заключенные с психическими расстройствами имели немедленный и регулярный доступ к юридической помощи на протяжении всего периода ареста, содержания под стражей и заключения, как и другие заключенные.
- Учитывая трудности, с которыми сталкиваются лица с психическими расстройствами при получении юридической помощи, оказывать им содействие в доступе к бесплатной юридической помощи, особенно в период ареста, судебного преследования и предварительного заключения, а также в последующий период.

Оценка, распределение и размещение

- Обеспечить, чтобы условия размещения всех заключенных, включая нуждающихся в психиатрической помощи, соответствовали требованиям **Минимальных стандартных правил ООН обращения с заключенными** и способствовали их психическому благополучию.
- Провести тщательную оценку рисков заключенных, чтобы гарантировать защиту лиц с психическими расстройствами от злоупотреблений и насилия со стороны других заключенных.
- Размещать заключенных с психическими расстройствами в отделениях под наблюдением медицинского работника.
- Временно переводить заключенных, нуждающихся в остром лечении, в психиатрические отделения общих больниц с соответствующим уровнем безопасности.
- Избегать использования одиночного заключения для заключенных с психическими расстройствами и никогда не применять административную изоляцию/изоляционные камеры для их содержания на длительные периоды.

Психиатрическая помощь

- Обеспечить, чтобы предоставляемые заключенным медицинские услуги соответствовали уровню медицинской помощи, доступной в обществе.
- Гарантировать, что профилактика психических расстройств и раннее вмешательство являются важными компонентами предоставляемой психиатрической помощи.
- Обеспечить, чтобы каждый заключенный проходил медицинскую оценку при поступлении в тюрьму, включая проверку на наличие психических расстройств, риска членовредительства и суицида. Оценку должны проводить квалифицированные специалисты.
- Включать скрининг на сопутствующие расстройства, такие как зависимости, в общую оценку психического здоровья.
- Обеспечить легкий доступ заключенных к психиатрическим услугам без дискриминации по признаку психического состояния или иного статуса.
- Предоставлять заключенным полную информацию о вариантах лечения и максимально вовлекать их в процесс принятия решений о лечении. Если необходимо, использовать механизмы поддерживающего принятия решений и обеспечивать получение информированного согласия на лечение.
- Гарантировать, что любое лечение без свободного и информированного согласия проходит строгий контроль и регулируется законодательством в соответствии с Конвенцией о правах инвалидов.
- Предоставлять индивидуализированное и многопрофильное лечение, включая сбалансированное сочетание медицинских, психологических и иных программ поддержки в зависимости от индивидуальных потребностей.

- Соблюдать принципы конфиденциальности консультаций и медицинской информации.
- Сотрудничать с общественными медицинскими службами в максимальной степени, а также рассматривать возможность подготовки заключенных к предоставлению взаимной поддержки.
- Быть внимательными к периодам повышенного риска и принимать соответствующие меры для предотвращения и устранения психического дистресса.

Профилактика суицида и членовредительства

- Разработать стратегии и терапевтические программы для предотвращения суицида и членовредительства в сотрудничестве с общественными специалистами и НПО.
- Организовать приемную зону и программу адаптации при поступлении в тюрьму для поддержки и помощи заключенным в этот период высокого риска психического дистресса.
- Не наказывать заключенных за членовредительство или попытки суицида.

Непрерывность ухода

- Обеспечить, чтобы все переводы заключенных сопровождались передачей полных медицинских данных и рекомендаций, описывающих текущие проблемы со здоровьем и индивидуальный план лечения.
- Начать взаимодействие с общественными службами психического здоровья заранее, до освобождения заключенного, чтобы обеспечить плавный переход к обслуживанию в обществе.
- Гарантировать конфиденциальность передачи медицинских данных.

Программы для заключенных и контакты с семьей

- Обеспечить доступ заключенных с психическими расстройствами ко всем программам для заключенных, соответствующим их потребностям.
- Разработать специальные терапевтические программы для заключенных с психическими расстройствами с привлечением специалистов в области психического здоровья.
- Гарантировать регулярный и значимый контакт и общение с родственниками и друзьями на протяжении всего срока заключения.

Безопасность и дисциплина

- Обеспечить безопасность заключенных с психическими расстройствами путем тщательного распределения и постоянного наблюдения.
- Пересмотреть дисциплинарные меры для заключенных с психическими расстройствами, разрабатывая различные критерии для реагирования на нарушения, с упором на профилактику, а не на наказание.
- Использовать дисциплинарную изоляцию только в качестве крайней меры и на минимальный срок для заключенных с психическими расстройствами. В случае нарушений правил тюрьмы такими заключенными консультироваться с медицинскими работниками.
- Гарантировать, что заключенные с психическими расстройствами могут защищать себя во время дисциплинарных слушаний, и предоставлять им всю необходимую помощь, включая персональных адвокатов.

- Обеспечить равный доступ заключенных с психическими расстройствами к процедурам подачи жалоб и предоставить им помощь, если необходимо.
- Исключить участие медицинского персонала в принятии решений о наложении дисциплинарных наказаний.

Подготовка к освобождению и поддержка после освобождения

- Разработать комплексные протоколы и механизмы ухода с участием общественных психиатрических служб, чтобы разорвать цикл освобождения, рецидива и заключения.
- Начать сотрудничество с внешними агентствами на ранних этапах подготовки. Предоставлять заключенным советы по вопросам занятости и жилья в сотрудничестве с такими агентствами и организовывать уход для нуждающихся в сообществе.
- Внедрить специальные механизмы ухода и поддержки бывших заключенных с психическими расстройствами, которые не имеют дома для возвращения. Важно сотрудничать с НПО и другими общественными или благотворительными организациями, особенно в странах с ограниченными ресурсами.

Мониторинг

- Внедрить механизмы для постоянного мониторинга лечения заключенных с психическими расстройствами, параллельно с независимой инспекцией, упомянутой выше, и при необходимости принимать соответствующие корректирующие и дисциплинарные меры.

4.2. ЗАКЛЮЧЕННЫЕ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ

Рекомендации для законодателей и разработчиков политики

- Принять соответствующее законодательство и процедуры, чтобы обеспечить равный доступ к правосудию для лиц с инвалидностью и исключить дискриминацию лиц с инвалидностью, обвиняемых в уголовных преступлениях, в системе уголовного правосудия.

Для правоохранительных органов и судебных органов

- Перенаправлять правонарушителей с инвалидностью из системы уголовного правосудия на соответствующее лечение и программы как можно раньше, с учетом характера преступления и степени риска, который представляет правонарушитель.
- Использовать тюремное заключение как крайнюю меру для правонарушителей с инвалидностью, принимая во внимание их особые потребности в случае лишения свободы и риск для общества.
- Разработать подходящие программы без лишения свободы для лиц с инвалидностью, сочетая лечение, где это необходимо, с контролем в рамках сообщества.

Для тюремных администраций, служб пробации и/или других социальных служб

Политика и стратегии управления

- Разработать заявление о политике пенитенциарной службы, четко запрещающее дискриминацию заключенных с инвалидностью и активно продвигающее равное обращение.
- Разработать соответствующие политики и стратегии для удовлетворения особых потребностей заключенных с инвалидностью.
- Проанализировать и внести изменения в существующие политики, которые ставят заключенных с инвалидностью в неблагоприятное положение.
- Проводить консультации с организациями и службами гражданского общества, работающими с лицами с инвалидностью, и оценивать потребности заключенных с инвалидностью как неотъемлемую часть разработки политики и стратегии.
- Проводить регулярный сбор данных и оценку для выявления недостатков и успешных практик с целью дальнейшего сокращения неблагоприятных условий, с которыми сталкиваются заключенные с инвалидностью.

Персонал

- При наличии ресурсов назначить в каждой тюрьме сотрудника, который будет контактным лицом для заключенных с инвалидностью и советником администрации тюрьмы по вопросам политики и потребностей заключенных с инвалидностью.
- Включить обучение по мерам и техникам ухода и надзора за заключенными с инвалидностью в программы подготовки тюремного персонала, подчеркивая, что заключенные с инвалидностью обладают такими же правами человека, как и другие заключенные, и не должны подвергаться дискриминации.
- Обучать персонал эффективному надзору за заключенными с инвалидностью, чтобы предотвращать их злоупотребления и жестокое обращение со стороны других заключенных.
- Подготовить персонал к выявлению признаков дистресса у заключенных с инвалидностью и взаимодействию с медицинским персоналом для предотвращения возникновения и ухудшения психических расстройств.

Доступ к правосудию

- Обеспечить, чтобы заключенные с инвалидностью имели своевременный и регулярный доступ к юридической помощи, как и другие подозреваемые, начиная с момента задержания.
- Учитывать их особые потребности, связанные с инвалидностью, на протяжении всего уголовного процесса, чтобы они могли участвовать в процедурах на равных условиях с другими.

Допуск

- Предоставить заключенным с инвалидностью возможность заявить о наличии инвалидности при поступлении в тюрьму и сообщить о своих особых потребностях.
- Предоставлять заключенным с инвалидностью информацию о тюрьме и правилах тюремного содержания в формате, понятном для них.

- Разрешить заключенным с инвалидностью сохранять при себе вспомогательные средства, связанные с их инвалидностью, такие как инвалидные коляски или костыли. Если это представляет реальный риск, обеспечить подходящие альтернативы.
- Обеспечить, чтобы заключенные с инвалидностью проходили адаптационную программу, соответствующую их потребностям, для выявления их возможностей и особых требований, а также для определения уровня и типа необходимой поддержки.
- Предоставить заключенным с инвалидностью информацию о том, к кому обращаться в случае необходимости, и тщательно объяснить процедуры.

Распределение и размещение

- Размещать заключенных с инвалидностью в подходящих условиях и вносить необходимые корректировки для удовлетворения их особых потребностей.
- Учитывать риск злоупотреблений со стороны других заключенных при определении места размещения заключенных с инвалидностью, чтобы обеспечить их защиту.

Медицинское обслуживание

- Обеспечить, чтобы заключенные с инвалидностью не подвергались дискриминации в доступе к медицинской помощи. Это включает обязанность предоставлять подходящую помощь заключенным, у которых из-за инвалидности возникают трудности с коммуникацией.
- Предоставлять заключенным с инвалидностью такой же уровень специализированной медицинской помощи, который доступен в обществе.

Доступ к программам и услугам

- Принять все возможные меры для обеспечения равного доступа заключенных с инвалидностью к тюремным мероприятиям, включая образовательные и профессиональные программы, консультации и отдых.
- Установить сотрудничество с организациями гражданского общества для разработки и проведения программ, подходящих для потребностей заключенных с инвалидностью.
- Организовать подходящие групповые мероприятия для заключенных с аналогичными видами инвалидности с привлечением внешних организаций.
- Обеспечить, чтобы тюремные библиотеки предоставляли книги в альтернативных форматах, отвечающих потребностям заключенных с инвалидностью. В случаях, когда заключенные с нарушениями подвижности испытывают трудности с доступом в библиотеку, организовать доставку книг в камеры/общежития.
- Предоставлять контактную информацию организаций, оказывающих помощь людям с инвалидностью.

Безопасность

- Не применять к заключенным с инвалидностью непропорциональные и несправедливые меры наказания.
- Обеспечить чувство безопасности у заключенных с инвалидностью, например, проводя обыск с особой чувствительностью, предварительно объясняя причины и порядок проведения процедуры.
- Использовать изоляционные камеры только в крайнем случае, когда это абсолютно необходимо, и на минимально возможный срок.

- Оказывать всю необходимую помощь заключенным с инвалидностью, чтобы они могли защищать себя во время дисциплинарных слушаний.
- Обеспечить равный доступ заключенных с инвалидностью к процедурам подачи жалоб. Если у заключенных с инвалидностью возникают трудности с подачей жалоб из-за их состояния, предоставлять соответствующую помощь.

Подготовка к освобождению/условное досрочное освобождение/освобождение по гуманным причинам

- Привлекать службы пробации, социальные агентства и соответствующие организации гражданского общества для подготовки заключенных с инвалидностью к освобождению.
- Начать процесс сотрудничества с внешними агентствами как можно раньше. Обеспечить равный доступ заключенных с инвалидностью к процедурам условно-досрочного освобождения.
- Рассматривать возможность освобождения по гуманным причинам для тех, кто не представляет угрозы для общества, и чья инвалидность приводит к серьезным трудностям в условиях заключения, подрывая усилия по социальной реинтеграции.

4.3. ЭТНИЧЕСКИЕ И РАСОВЫЕ МЕНЬШИНСТВА, А ТАКЖЕ КОРЕННЫЕ НАРОДЫ

Рекомендации для законодателей и разработчиков политики

- Пересмотреть законодательство, которое оказывает несоразмерное влияние на этнические и расовые меньшинства, а также коренные народы, и принять меры для исправления дисбаланса, принимая во внимание цели общественной безопасности.
- Провести переоценку затрат и выгод чрезмерного использования уголовных санкций для борьбы с определенными преступлениями, такими как употребление наркотиков и их торговля, которые оказывают несоразмерное воздействие на лишение свободы этнических и расовых меньшинств в некоторых странах. Обеспечить четкое различие между наказаниями для ненасильственных правонарушителей, связанных с наркотиками, лиц, употребляющих наркотики, мелких участников наркоторговли и крупных наркоторговцев.
- Пересмотреть законы о вынесении обязательных приговоров, которые приводят к чрезмерному представительству в тюрьмах уязвимых групп, включая меньшинства и коренные народы. Убедиться, что правонарушители с различным поведением, степенью угрозы для общества и вины не подвергаются одинаковому обращению, и соответствующим образом пересмотреть руководства по вынесению приговоров.
- Провести переоценку стратегий правоохранительных органов, чтобы выявить способы сделать их более справедливыми в отношении расового разнообразия.
- Инициировать программы обучения для полиции, прокуроров и других правоохранительных органов, чтобы повысить их осведомленность о ситуации и потребностях чрезмерно представленных групп и устранить расовые предубеждения.
- Обеспечить, чтобы этнические и расовые меньшинства, а также коренные народы не подвергались дискриминации при рассмотрении альтернативных санкций и мер, не связанных с лишением свободы.
- Работать с представителями меньшинств и коренных народов для разработки общественных программ, которые будут учитывать потребности правонарушителей из различных этнических, расовых и коренных групп, чтобы увеличить их шансы на

получение тех же прав, что и у большинства населения при рассмотрении альтернативных вариантов заключения.

Для тюремных администраций, служб пробации и/или других социальных служб

Управление тюрьмами

- Ясно заявить о своей приверженности расовому и этническому равенству, сделать это неотъемлемой частью политики управления тюрьмами и разместить заявление об этом на видном месте в тюремных учреждениях.
- Создать механизмы, такие как формирование многопрофильных и мультикультурных команд, представляющих основные службы, и формализовать сотрудничество с представителями меньшинств и коренных народов в обществе для консультирования по вопросам внедрения соответствующей политики и регуляций, направленных на искоренение дискриминации и улучшение инициатив по социальной реинтеграции в тюрьмах.
- Внедрить механизмы для постоянного мониторинга дискриминации по признаку этнической принадлежности, расы и происхождения, а также гарантировать, что неравное обращение с заключенными на основе расы, этнической принадлежности и происхождения будет устранено.

Персонал

- Увеличить долю представителей чрезмерно представленных групп среди тюремного персонала и назначать их на должности на всех уровнях административной иерархии. Принять меры для обеспечения отсутствия дискриминации между сотрудниками на основе их расы, этнической принадлежности и происхождения.
- Включить межкультурное обучение как неотъемлемую часть учебных программ подготовки персонала, чтобы помочь сотрудникам понимать особые потребности меньшинств и коренных народов, а также поддерживать политику нулевой терпимости к расовой и этнической дискриминации.

Распределение и размещение

- Не допускать чрезмерной классификации заключенных из чрезмерно представленных групп, чтобы сократить ненужное использование и затраты на содержание в тюрьмах строгого режима, а также их чрезмерное представительство в таких учреждениях.
- Обеспечить, чтобы заключенные из числа меньшинств и коренных народов размещались в камерах/общежитиях, которые обеспечивают защиту от высокорисковых правонарушителей, и чтобы условия их размещения были равны условиям для большинства заключенных.

Контакты с внешним миром

- Сделать все возможное, чтобы размещать правонарушителей из числа меньшинств и коренных народов как можно ближе к их домам, чтобы увеличить шансы на поддержание связей с их семьями и сообществами.
- Обеспечить уважительное отношение к посетителям из числа меньшинств и коренных народов. Установить связи с общественными организациями для поощрения визитов и поддержки заключенных из этих групп.

- В случаях, когда визиты семей затруднены из-за удаленного размещения заключенного, разрешать более длительное время посещений для компенсации их редкости, разрешать дополнительные телефонные звонки и, если позволяют ресурсы, покрывать их стоимость.
- При наличии ресурсов оказывать помощь в транспортировке членов семей из числа меньшинств и коренных народов, живущих на большом расстоянии и не имеющих средств на поездки.
- Устанавливать связи с общественными организациями, чтобы поощрять их посещения и поддержку заключенных из числа меньшинств и коренных народов.

Язык

- Обеспечить удовлетворение языковых потребностей меньшинств и коренных народов, включая перевод правил и регламентов тюрьмы, устный перевод во время дисциплинарных слушаний и программ для заключенных, а также предоставление печатных материалов на языках меньшинств. Правила тюрьмы должны объясняться устно, независимо от того, предоставлены ли они в письменной форме.
- Не применять наказания к представителям меньшинств и коренных народов за использование их родного языка в тюрьме или в переписке.

Религия

- Обеспечить удовлетворение духовных и религиозных потребностей заключенных из числа меньшинств и коренных народов, включая доступ к представителям их вероисповедания, местам для поклонения, специальным диетам и гигиеническим условиям, если это необходимо.

Программы для заключенных

- Обеспечить заключенным из числа меньшинств и коренных народов равный доступ ко всем услугам и реабилитационным программам, как и большинству заключенных, предоставляя им равные шансы на социальную реинтеграцию и снижение уровня классификации безопасности.
- Рассматривать профессиональное обучение, трудовую деятельность и образование как ключевые компоненты социальной реинтеграции чрезмерно представленных групп, принимая во внимание их неблагоприятное социально-экономическое положение.
- Применять позитивные меры, предоставляя представителям меньшинств и коренных народов специальные программы, направленные на устранение их преступного поведения, с учетом их культуры и традиций, включая программы, учитывающие потребности женщин из числа меньшинств и коренных народов.
- Сотрудничать с сообществом для разработки и реализации таких программ.

Медицинское обслуживание

- Обеспечить равный доступ к медицинской помощи для заключенных из числа меньшинств и коренных народов, принимая во внимание их высокий риск в отношении определенных заболеваний, таких как зависимость от наркотиков и алкоголя.
- Убедиться, что предоставляемая в тюрьмах медицинская помощь учитывает культурное происхождение заключенных.

Безопасность и защита

- Размещать этнические и расовые меньшинства, а также коренные народы в условиях с минимально необходимыми ограничениями безопасности, как и других заключенных.
- Обеспечить, чтобы персонал регулярно проверял жилые зоны, чтобы предотвратить злоупотребления в отношении этнических и расовых меньшинств, а также коренных народов со стороны других заключенных.
- Установить четкие процедуры в отношении применения дисциплинарных мер, включая административную изоляцию, чтобы гарантировать, что наказания не применяются несоразмерно к представителям меньшинств и коренных народов.
- Тщательно расследовать жалобы на дискриминацию по признаку этнической принадлежности, расы и происхождения, а также на преследования и злоупотребления со стороны персонала или других заключенных, и принимать соответствующие дисциплинарные меры.

Подготовка к освобождению

- Принять меры для обеспечения того, чтобы чрезмерно представленные группы могли на равных условиях с другими заключенными пользоваться программами временного и досрочного освобождения. Устранить все препятствия, которые приводят к несоразмерным результатам в этом отношении, такие как отсутствие равного доступа к реабилитационным программам и дискриминация в дисциплинарных наказаниях.
- Координировать действия с социальными службами в сообществе по вопросам подготовки к освобождению и поддержки после освобождения, чтобы обеспечить удовлетворение потребностей меньшинств и коренных народов в жилье, социальной помощи, занятости и медицинском обслуживании.
- Работать с представителями меньшинств и коренных народов в сообществе, а также с организациями гражданского общества, предоставляющими поддержку этим группам, для содействия оказанию культурно-чувствительной помощи во время их возвращения в общество.

4.4. ИНОСТРАННЫЕ ЗАКЛЮЧЕННЫЕ

Рекомендации для органов вынесения приговоров

- Обеспечить, чтобы иностранные граждане не подвергались дискриминации при рассмотрении альтернатив заключению, как на этапе предварительного расследования, так и при вынесении приговора.

Для тюремных администраций, служб пробации и/или других социальных служб

Перевод заключенных

- Предоставлять четкую и полную информацию о праве осужденных заключенных запросить перевод в их собственную страну для отбывания наказания, а также о юридических последствиях такого перевода, чтобы они могли принять осознанное решение относительно своей ситуации.
- Содействовать переводу иностранных заключенных, если они подают заявку на перевод, координируя действия со всеми вовлеченными органами уголовного правосудия, как за границей, так и внутри страны.

Управление тюрьмами

- Включить заботу о иностранных заключенных в общие стратегии управления, разработанные в центральном управлении тюрем, и выпустить руководящие принципы для всех тюрем, чтобы удовлетворить требования таких стратегий.
- Рассмотреть возможность назначения советника по политике и стратегии в отношении иностранных граждан на уровне центрального управления, а также координаторов для работы с иностранными заключенными в отдельных тюрьмах, если их количество оправдывает такое назначение.
- Рассмотреть возможность формирования групп поддержки для иностранных граждан в тюрьмах, чтобы обеспечить взаимную поддержку и направление запросов от иностранных заключенных в администрацию тюрьмы.
- Проводить консультации с представителями иностранных сообществ, соответствующих большинству иностранного контингента заключенных, при разработке политик и стратегий.
- Мотивировать и поощрять руководителей тюрем к разработке программ, основанных на этих руководящих принципах.
- Разработать измеримые стандарты для оценки и анализа результатов таких стратегий и практик, что позволит улучшить стратегии и их реализацию.

Персонал

- Включить вопросы, касающиеся управления иностранными заключенными, в регулярные программы обучения персонала.

Доступ к правосудию

- Информировать иностранных заключенных об их юридических правах на языке, который они понимают, а также оказывать помощь и содействие в доступе к правосудию в сотрудничестве с организациями гражданского общества, предоставляющими юридическую помощь заключенным.

Классификация и распределение

- Не допускать чрезмерной классификации иностранных заключенных. Проводить классификацию и назначать иностранным заключенным соответствующий уровень безопасности на основе оценки рисков, проведенной при их поступлении в тюрьму, как и для других заключенных.
- Учитывать особые потребности иностранных заключенных при этом процессе, например, размещать их в учреждениях, где они могут общаться с лицами той же национальности, религии или культуры.
- Рассматривать возможность размещения иностранных заключенных в столице или поблизости, чтобы облегчить контакт с консульскими представителями и упростить транспортировку членов их семей для посещений.

Контакты с внешним миром

- Информировать иностранных заключенных об их праве немедленно связаться с дипломатическими представителями после поступления в тюрьму, предоставить возможность для такого контакта и организовать необходимые условия для общения.

- Компенсировать недостаточный уровень общения иностранных заключенных с их семьями и родственниками, предоставляя гибкие права на телефонные звонки, увеличивая часы посещений и субсидируя поездки членов семей, если это возможно.
- Поощрять посещения тюрем неправительственными организациями, поддерживающими иностранных заключенных, и внедрение соответствующих программ.

Языковые потребности

- Обеспечить наличие правил и регламентов тюрьмы в письменной форме на ряде языков, соответствующих национальностям, наиболее часто представленным среди заключенных, и выдавать копии при поступлении.
- Предоставлять дополнительные экземпляры в тюремной библиотеке. Тщательно объяснять правила каждому заключенному на понятном ему языке сразу после поступления и в дальнейшем по мере необходимости. Обеспечить, чтобы в тюремных библиотеках было достаточно книг, периодических изданий и газет на различных иностранных языках.
- Содействовать общению между заключенными одной национальности, учитывая вопросы безопасности и пожелания самих заключенных.
- Предоставить возможность иностранным заключенным изучать язык страны, в которой они отбывают наказание.
- Обеспечить наличие переводчиков для юридических консультаций, оказания медицинской помощи, дисциплинарных слушаний и процедур подачи жалоб.
- Разрешить заключенным использовать их родной язык во время посещений, переписки и телефонных звонков.

Культура и религия

- Обеспечить заключенным доступ к представителям их религии, если они этого желают, а также предоставить необходимые условия для исполнения религиозных обрядов.
- Учитывать диетические требования иностранных заключенных.

Программы для заключенных

- Обеспечить иностранным заключенным равные возможности для участия в образовательных, профессиональных и других тюремных программах, включая меры позитивного действия, такие как предоставление услуг переводчиков, перевод материалов и языковые курсы для иностранцев.
- Обеспечить равный доступ иностранных заключенных к рабочим местам в тюрьмах. Возможно применение положительной дискриминации при распределении работы для компенсации недостатков, с которыми сталкиваются иностранцы, принимая во внимание их особую потребность в финансовом доходе.
- Рассмотреть возможность внедрения специальных программ для удовлетворения потребностей иностранных заключенных в консультации с иностранными сообществами или НПО.
- Разработать специальные программы для содействия интеграции иностранных заключенных, переведенных в свою страну для отбывания наказания.

Подготовка к освобождению и поддержка после освобождения

- Разработать совместную стратегию и механизмы координации с иммиграционными органами для улучшения обмена информацией и оказания помощи иностранным заключенным, имеющим нерешенные иммиграционные вопросы.
- Как можно раньше во время отбывания срока информировать иностранных заключенных и тюремные администрации о том, будет ли заключенный депортирован после освобождения, чтобы можно было спланировать соответствующие программы реабилитации и подготовки к освобождению.
- Обеспечить равный доступ иностранных заключенных к услугам, таким как пробация, социальная помощь, жилищные и трудовые агентства, а также облегчить контакты между этими службами и заключенными.
- Ввести информационные сессии для иностранных граждан, посвященные специфическим вопросам, с которыми они сталкиваются после освобождения.
- Гарантировать, что право иностранных заключенных на временное и досрочное освобождение соблюдается, и что решения о предоставлении отпуска или досрочного освобождения не зависят от национальности заключенных или их статуса как возможных депортируемых.
- В случае депортации заключенных приложить максимальные усилия для оказания помощи в получении необходимых документов, организации поездок и содействия в общении между заключенными и их родственниками в стране происхождения. Поощрять консульские власти и НПО к оказанию помощи в этих вопросах.
- Рассмотреть возможность предоставления языковых курсов заключенным, которых депортируют в страну, язык которой они не знают.
- Если решение по иммиграции не принято к моменту окончания срока заключения, не продолжать задержание заключенного, за исключением случаев индивидуальной оценки риска, отдавая предпочтение альтернативным методам надзора.
- Если бывшие заключенные вынуждены оставаться под стражей в ожидании решения по их иммиграционному статусу, переводить их в отдельные учреждения для содержания иммиграционных задержанных с соответствующими условиями и режимом, подходящими для их правового положения, и с персоналом, обладающим необходимой квалификацией и специальной подготовкой.
- Не депортировать иностранных правонарушителей в страны, где они могут подвергаться пыткам или жестокому обращению.
- Оказывать практическую помощь заключенным, депортированным в их страны происхождения после освобождения, включая помощь в получении официальных документов, трудоустройстве, получении социальной помощи и других вопросах.

Для консульских властей

- Оказывать помощь своим задержанным гражданам, регулярно посещать их, содействовать доступу к правосудию и социальной реабилитации, облегчать контакты с адвокатами, членами семьи и общественными группами.
- Рассмотреть возможность выпуска информационных брошюр с контактной информацией консульских властей, перечнем оказываемых услуг и условиями перевода, чтобы предоставить их иностранным заключенным при поступлении в тюрьму.

4.5. ЛЕСБИЯНКИ, ГЕИ, БИСЕКСУАЛЫ И ТРАНСГЕНДЕРНЫЕ (ЛГБТ) ЗАКЛЮЧЕННЫЕ

Рекомендации для законодателей

- Пересмотреть уголовное законодательство, касающееся однополых отношений между взрослыми по взаимному согласию, с учетом требований Всеобщей декларации прав человека, Международного пакта о гражданских и политических правах, Конвенции против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания, с целью отмены законов, криминализирующих такие действия. В промежутке времени до внесения изменений в законодательство не применять смертную казнь или телесные наказания в отношении лиц, осужденных за такие действия.

Рекомендации для органов вынесения приговоров

- Обеспечить, чтобы лица ЛГБТ не подвергались дискриминации при рассмотрении альтернативных мер и наказаний, не связанных с лишением свободы, на основании их сексуальной ориентации или гендерной идентичности.
- Как и для всех правонарушителей, ЛГБТ, совершившие ненасильственные преступления и не представляющие угрозы обществу, должны иметь возможность воспользоваться альтернативными мерами наказания, которые лучше способствуют их социальной реинтеграции. При этом органы вынесения приговоров должны учитывать крайнюю уязвимость ЛГБТ в условиях тюрьмы.

Рекомендации для тюремных администраций, служб пробации и/или других социальных служб

Политика управления и стратегии

- Разработать политику и стратегии, обеспечивающие максимальную защиту ЛГБТ-заключенных, запрещающие дискриминацию на основании сексуальной ориентации и гендерной идентичности, предусматривающие дисциплинарные меры в отношении сотрудников, нарушающих эти принципы, а также уважающие право заключенных на частную жизнь в отношении их сексуальной ориентации и гендерной идентичности.
- Консультироваться с представителями ЛГБТ-сообществ и организаций при формулировании соответствующей политики и стратегий.
- Разработать измеримые стандарты для оценки результатов таких стратегий и практик.

Персонал

- Нанимать достаточное количество сотрудников для надзора. Включить в программы обучения сотрудников модули, повышающие осведомленность о международных стандартах прав человека и принципах равенства и недискриминации, включая вопросы сексуальной ориентации и гендерной идентичности.
- Включить обучение по запрету дискриминации в отношении ЛГБТ-заключенных, а также по их особым потребностям и защите, в учебные программы для сотрудников.
- Не допускать дискриминации ЛГБТ-сотрудников и стараться обеспечивать представленность разных сексуальных ориентаций среди персонала, насколько это возможно.

Доступ к правосудию

- Оказывать помощь ЛГБТ-заключенным в доступе к юридическим консультациям, бесплатной юридической помощи и услугам параюристов с самого начала их содержания под стражей, без дискриминации.
- Предоставлять информацию о названиях и контактных данных организаций, которые оказывают помощь ЛГБТ в системе уголовного правосудия.

Классификация и размещение

- Применять систему классификации, признающую особые потребности в защите ЛГБТ.
- Учитывать пожелания и опасения самих заключенных при распределении.
- Не размещать ЛГБТ-заключенных в общежитиях или камерах с заключенными, которые могут представлять угрозу их безопасности.
- Не считать размещение трансгендерных заключенных по их биологическому полу единственным вариантом. Вместо этого консультироваться с самими заключенными, учитывая их индивидуальные потребности в размещении, включая тех, кто прошел или не прошел операцию по смене пола, и различия между трансгендерными мужчинами и женщинами.
- Обеспечить, чтобы качество условий содержания для ЛГБТ-заключенных не отличалось от условий для других групп.

Контакты с внешним миром

- В случае, если законодательство запрещает посещения со стороны неженатых партнеров, рассмотреть возможность изменения правил, чтобы избежать разрыва связей заключенных с внешним миром, их изоляции и снижения шансов на поддержку после освобождения.
- В юрисдикциях, где разрешены супружеские посещения, обеспечить предоставление этих прав всем заключенным, независимо от их сексуальной ориентации.

Медицинское обслуживание

- Обеспечить, чтобы ЛГБТ-заключенные проходили полное медицинское обследование при поступлении в тюрьму, как и все другие заключенные, и получали медицинскую помощь, эквивалентную той, которая доступна в обществе и другим заключенным.
- Удовлетворять особые медицинские потребности ЛГБТ-заключенных, включая лечение гендерной дисфории, гормональную терапию и операции по смене пола, если они доступны в обществе.
- Проводить программы по профилактике ВИЧ, предоставлять информационные материалы о передаче ВИЧ/СПИД и мерах защиты всем заключенным, включая ЛГБТ.

Программы для заключенных

- Обеспечить доступ ЛГБТ-заключенных ко всем тюремным мероприятиям без дискриминации, а также их защиту от насилия и злоупотреблений во время участия в этих мероприятиях.

- Разработать специальные программы, посвященные предотвращению изнасилований в тюрьмах, включая вводные занятия для новых заключенных о мерах самозащиты от сексуального насилия.
- Обеспечить специальные консультационные программы для ЛГБТ-заключенных, особенно тех, кто подвергся унижению, сексуальному насилию или изнасилованию, как в тюрьме, так и до заключения.
- Поощрять НПО и другие организации гражданского общества, работающие над правами и потребностями ЛГБТ-заключенных, посещать тюрьмы и внедрять специализированные программы для этой группы.

Безопасность и защита

- Включить в учебные программы сотрудников обучение методам надзора и процедурам действий в случаях сексуального насилия, чтобы сотрудники могли эффективно предотвращать и выявлять сексуальное насилие в отношении всех заключенных, включая ЛГБТ. Создать эффективный, доступный и конфиденциальный механизм подачи жалоб.
- Обеспечить, чтобы ЛГБТ-заключенные не подвергались дискриминации в процессе подачи жалоб, чтобы им предоставлялась полная защита после сообщений о сексуальном насилии, изнасиловании или страхе перед такими действиями, а также чтобы виновные в сексуальном насилии или других формах насилия привлекались к ответственности.
- Не допускать дискриминации в отношении ЛГБТ-заключенных при применении дисциплинарных наказаний, включая административную изоляцию. Гарантировать, что обыски ЛГБТ-заключенных не проводятся произвольно и без необходимости. Обеспечить, чтобы интимные обыски проводились только при наличии реального обоснования, как и для всех заключенных, и учитывать пожелания трансгендерных заключенных относительно пола сотрудника, проводящего обыск.
- Внедрить эффективные политики, позволяющие ЛГБТ-заключенным получить доступ к защитной изоляции, если она им необходима.

Подготовка к освобождению и поддержка после освобождения

- Установить контакты с соответствующими организациями гражданского общества и агентствами, оказывающими помощь ЛГБТ-заключенным и бывшим заключенным.
- Сотрудничать со службами пробации или другими социальными агентствами, чтобы обеспечить их помощь в поиске жилья и работы для ЛГБТ без дискриминации.
- Обеспечить координацию с медицинскими службами в обществе, чтобы медицинское лечение, начатое ЛГБТ-заключенными в тюрьме, продолжалось без перерыва.

Мониторинг

- Внедрить механизмы для независимого мониторинга сексуального насилия в целом, а также дискриминации по признаку сексуальной ориентации, сексуального насилия и злоупотреблений в отношении ЛГБТ-заключенных в частности. Тюремные администрации должны принимать меры на основе собранных данных, чтобы предотвратить неравное обращение с ЛГБТ-заключенными, сексуальное насилие и изнасилования всех заключенных, включая ЛГБТ.

4.6. ПОЖИЛЫЕ ЗАКЛЮЧЕННЫЕ

Рекомендации для органов вынесения приговоров

- Проводить политику уголовного правосудия, при которой длительные сроки заключения назначаются только в случае необходимости для защиты общества.
- При вынесении приговоров учитывать возраст правонарушителей, их психическое и физическое состояние, а также возможность получения надлежащей помощи в тюрьме, чтобы наказания не были чрезмерно суровыми.
- Рассматривать возможность применения альтернативных мер и наказаний, не связанных с лишением свободы, для пожилых заключенных, совершивших ненасильственные преступления, так как их уход может быть намного лучше обеспечен в обществе.

Для тюремных администраций, служб пробации и/или социальных служб

Политика управления и стратегии

- Разработать специальные политики и стратегии для удовлетворения потребностей этой уязвимой группы заключенных.
- Вовлекать многопрофильные команды специалистов тюрем, работающих в координации со специалистами и поставщиками услуг из общества, особенно в области медицинской помощи.
- Включить такие вопросы, как обучение персонала, размещение пожилых заключенных в системе, улучшение услуг, координация с гражданским обществом, досрочное освобождение, освобождение по гуманным причинам и адаптация после освобождения, в разрабатываемые стратегии.

Персонал

- Обеспечить, чтобы весь персонал, связанный с надзором и уходом за пожилыми заключенными, прошел обучение, позволяющее эффективно работать с этой группой.
- Поощрять сотрудников тюрем сотрудничать с организациями гражданского общества, а также с медицинскими и социальными службами, чтобы удовлетворить все потребности пожилых заключенных и обеспечить их непрерывный уход после освобождения.

Доступ к правосудию

- Обеспечить помощь пожилым заключенным в доступе к юридическим консультациям, бесплатной юридической и параюридической помощи с момента их задержания.
- Предоставлять дополнительную поддержку пожилым заключенным с психическими или физическими нарушениями, чтобы они не подвергались дискриминации в доступе к правосудию и обращении в системе уголовного правосудия.

Оценка и распределение

- Обеспечить проведение надлежащей оценки потребностей пожилых заключенных при поступлении, учитывая низкий уровень риска большинства пожилых правонарушителей.
- Учитывая быстро изменяющееся состояние пожилых заключенных, особенно в области здоровья, регулярно пересматривать программы и уровни безопасности.

Размещение

- Размещать большинство пожилых заключенных в общей тюремной популяции с учетом их особых потребностей в размещении, спокойствии и возможности общения с ровесниками.
- Размещать небольшое количество заключенных в специализированных подразделениях только в случае крайней необходимости, если это требуется для обеспечения специализированного ухода и благополучия заключенных. Отдавать предпочтение освобождению таких заключенных по гуманным причинам для лечения в обществе.

Медицинская помощь

- Обеспечить, чтобы медицинские, диетические и психологические потребности пожилых заключенных удовлетворялись с привлечением многопрофильной команды специалистов.
- Установить тесное сотрудничество с медицинскими учреждениями в обществе для предоставления специализированной помощи, а также перевода заключенных, чьи потребности невозможно удовлетворить в тюрьме, в гражданские больницы.
- Предоставлять специальные программы, направленные на решение проблем психического здоровья, таких как депрессия и страх смерти, а также индивидуальное консультирование.

Контакты с внешним миром

- Размещать пожилых заключенных как можно ближе к дому, чтобы они могли поддерживать контакты с членами семьи.
- Организовывать семейные визиты для тех, кто слишком стар для путешествий, при наличии ресурсов.
- Поощрять организации гражданского общества, работающие с пожилыми людьми, включать посещения тюрем в свои программы.

Программы для заключенных

- Модифицировать существующие программы, чтобы пожилые заключенные могли участвовать, а также внедрять специальные программы для удовлетворения их потребностей.
- Включать профессиональное обучение, например, ремесла и искусство, а также создавать зоны для чтения, настольных игр и общения.
- Разрабатывать программы по вопросам здоровья, старения, страха смерти, изоляции и зависимости.
- Привлекать помощь других заключенных в уходе за пожилыми после тщательной оценки и обучения.
- Сотрудничать с НПО и службами сообщества для разработки программ и мероприятий для пожилых заключенных.

Подготовка к освобождению и поддержка после освобождения

- Разрабатывать индивидуальные программы подготовки к освобождению с учетом потребностей пожилых заключенных, особенно тех, кто не имеет семейной поддержки, для восстановления их связей с обществом.

- Работать в тесной координации со службами пробации и другими НПО, чтобы предоставить максимальную поддержку пожилым заключенным при их реинтеграции в общество.

Досрочное и гуманное освобождение

- Разрабатывать специальные критерии для условно-досрочного освобождения пожилых заключенных, чтобы минимизировать их недостатки в процессе рассмотрения.
- Освобождать по гуманным причинам пожилых заключенных, нуждающихся в постоянной медицинской помощи, которые не представляют угрозы обществу, переводя их в соответствующие учреждения.
- Обеспечить, чтобы пожилые заключенные, особенно женщины, были включены в приоритетные группы для амнистии после оценки рисков.

4.7. ЗАКЛЮЧЕННЫЕ С НЕИЗЛЕЧИМЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Рекомендации для законодателей

- Ввести законодательство и политики, предусматривающие применение мер и наказаний, не связанных с лишением свободы, для правонарушителей с неизлечимыми заболеваниями, а также гуманное или досрочное освобождение заключенных с неизлечимыми заболеваниями, чтобы они могли получать необходимую медицинскую помощь и умирать с достоинством, окруженные семьей и друзьями, а не в изолированной обстановке тюрем.
- Обеспечить, чтобы правила и процедуры, касающиеся заключенных с неизлечимыми заболеваниями, включали критерии для гуманного освобождения, которые учитывают необходимость обеспечения общественной безопасности, но при этом не являются чрезмерно ограничительными. Также процедуры должны быть доступными, чтобы избежать необоснованного затягивания сроков ожидания.

ЗАКЛЮЧЕННЫЕ С НЕИЗЛЕЧИМЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Для тюремных администраций, служб пробации и/или других социальных служб.

Политика управления и стратегии

- Включить четкие правила и процедуры, касающиеся обращения с заключенными с неизлечимыми заболеваниями, а также их освобождения, в политику и руководящие принципы управления тюрьмами.
- Обеспечить наличие четких критериев и процедур, связанных с оказанием помощи заключенным под следствием с неизлечимыми заболеваниями, включая подачу заявлений об освобождении под залог и/или немедленный перевод в гражданские больницы в зависимости от их медицинского состояния, гуманное освобождение заключенных с неизлечимыми заболеваниями и сотрудничество с медицинскими службами общества для организации непрерывного ухода после освобождения.

Персонал

- Обеспечить наличие достаточного количества квалифицированных медицинских специалистов и психологов для удовлетворения уникальных потребностей пациентов с неизлечимыми заболеваниями.

- Обучать другой персонал заботе и общению с заключенными с неизлечимыми заболеваниями и их семьями с чуткостью и уважением.

Доступ к правосудию

- Обеспечить, чтобы лица с неизлечимыми заболеваниями имели доступ к юридической помощи, включая бесплатные юридические услуги, если они малоимущие, на протяжении всего процесса уголовного судопроизводства, а также предоставлять необходимую помощь для реализации этого права.

Распределение и размещение

- Размещать заключенных с неизлечимыми заболеваниями как можно ближе к их дому, чтобы они могли регулярно встречаться с семьей и друзьями.
- Обеспечить комфортные условия для заключенных с неизлечимыми заболеваниями, находящихся под медицинским наблюдением тюремного медицинского персонала, с уровнем безопасности, соответствующим их оценке риска.
- Если необходимое медицинское лечение доступно только в учреждении с более высоким уровнем безопасности, гарантировать, что режим, применяемый к таким заключенным, соответствует их индивидуальной оценке риска. Заключенных с инфекционными заболеваниями следует размещать отдельно от других заключенных.

Медицинская помощь

- Создать многопрофильную команду, включая врача, медсестру и психолога, как минимум, для удовлетворения уникальных и меняющихся потребностей заключенных с неизлечимыми заболеваниями, а также для мониторинга их состояния.
- Разработать индивидуальный план ухода для каждого заключенного с неизлечимым заболеванием, учитывая его конкретные потребности, связанные с характером заболевания, возрастом, наличием или отсутствием семейных связей и другими факторами.
- Обеспечить, чтобы заключенные с продвинутой стадией СПИДа (как и другие ВИЧ-инфицированные) имели такой же доступ к антиретровирусной терапии, как и пациенты в обществе.
- Удовлетворять особые диетические и пищевые потребности заключенных с неизлечимыми заболеваниями.
- Обеспечить доступность паллиативной помощи для всех пациентов с неизлечимыми заболеваниями в сотрудничестве со специалистами по паллиативной помощи из общественных медицинских учреждений.
- Организовать периодическую передышку для пациентов в специализированных хосписах, а при отсутствии адекватной медицинской помощи в тюрьме переводить таких заключенных в гражданские больницы.

Семейные связи, психологическая и духовная поддержка

- Максимально способствовать поддержанию контактов с семьей и друзьями. Обеспечить удовлетворение психологических, духовных и религиозных потребностей заключенных с неизлечимыми заболеваниями.
- Поощрять участие НПО в поддержке заключенных с неизлечимыми заболеваниями.
- Обучать добровольцев из числа заключенных предоставлению ухода и психологической поддержки пациентам с неизлечимыми заболеваниями.

Досуг

- Обеспечить, чтобы заключенные с неизлечимыми заболеваниями имели доступ к книгам, периодическим изданиям, радио, телевидению и настольным играм, как минимум, в той же степени, что и другие заключенные. Уровень их участия в прогулках на свежем воздухе и/или физической активности должен определяться их состоянием здоровья на основе рекомендаций медицинского персонала.

Гуманное освобождение и другие формы досрочного освобождения

- Проводить регулярные оценки состояния заключенных с неизлечимыми заболеваниями и инициировать процедуры для досрочного или гуманного освобождения, как только будет установлено, что медицинская помощь и другие поддерживающие услуги, предоставляемые тюрьмой, недостаточны для удовлетворения потребностей пациента.
- Активно поддерживать гуманное и досрочное освобождение заключенных с неизлечимыми заболеваниями: взаимодействовать с юридическими представителями заключенного и, при необходимости, содействовать получению бесплатной юридической помощи, чтобы обеспечить защиту и реализацию их прав в процессе принятия решения, который в некоторых системах может быть долгим и сложным.
- Установить тесное сотрудничество между тюремными и гражданскими медицинскими службами, чтобы обеспечить непрерывность ухода в обществе после освобождения.
- Наладить контакты с соответствующими хосписами, где это возможно, предоставляющими специализированную помощь пациентам с неизлечимыми заболеваниями.

4.8. ЗАКЛЮЧЕННЫЕ, ПРИГОВОРЕННЫЕ К СМЕРТНОЙ КАЗНИ, ГДЕ ПРИМЕНИМО

Основные положения

- Международные инструменты по правам человека единодушно призывают к отмене смертной казни. Комиссия ООН по правам человека неоднократно призывала государства, которые все еще применяют смертную казнь, к её отмене и, в ожидании этого, к введению моратория на казни.
- В странах, где сохраняется смертная казнь, законодательство и его реализация должны гарантировать соблюдение всех мер защиты, предусмотренных стандартами ООН, обеспечивающими защиту прав лиц, приговоренных к смертной казни. Это включает минимизацию судебных ошибок, отказ от исполнения наказания для лиц, не совершивших самых тяжких преступлений, и исключение казни для определенных категорий заключенных, таких как лица младше 18 лет, беременные женщины и лица с психическими (включая интеллектуальные) нарушениями.
- Государства и тюремные администрации должны соблюдать требования международных документов, предоставляющих специальную правовую защиту заключенным, приговоренным к смертной казни, и обеспечить, чтобы такие заключенные содержались в условиях, соответствующих стандартам ООН для обращения с заключенными, как и все другие заключенные.
- Иностранные заключенные имеют дополнительные права, включая контакт с консульскими представителями, предусмотренные статьей 36 Венской конвенции о консульских сношениях, а также право на услуги переводчика, которые должны

предоставляться с момента их задержания и на протяжении всего уголовного судопроизводства.

IV. ПОДХОДЫ, УЧИТЫВАЮЩИЕ ПОЛ, ВОЗРАСТ И КУЛЬТУРУ[16]

Системы классификации заключенных должны соответствовать международным стандартам и нормам, а также быть основаны на данных и методах, учитывающих такие факторы, как пол, возраст и культура, для оценки рисков и потребностей, а также для разработки соответствующих интервенций, особенно в организационных аспектах медицинского обслуживания в тюрьмах.

Гендер

Бангкокские правила: Классификация и индивидуализация (Дополняют правила 67–69 Нельсоновских правил.)

Бангкокские правила

Правило 40:

Администраторы тюрем должны разрабатывать и внедрять методы классификации, учитывающие гендерные потребности и обстоятельства женщин-заключенных, для обеспечения соответствующего и индивидуализированного планирования и реализации мероприятий, направленных на их раннюю реабилитацию, лечение и реинтеграцию в общество.

Правило 41:

(а) Учитывать, что женщины-заключенные, как правило, представляют меньший риск для окружающих, а также принимать во внимание особенно вредные последствия, которые могут иметь меры повышенной безопасности и изоляция для женщин-заключенных;

(б) Включать важную информацию о прошлом женщин, такую как опыт насилия, истории психических расстройств и злоупотребления психоактивными веществами, а также их родительские и другие обязанности по уходу, чтобы эта информация учитывалась при планировании их размещения и назначения наказания;

(в) Гарантировать, что планы исполнения наказания для женщин включают реабилитационные программы и услуги, соответствующие их гендерным потребностям; ...

Исторически сложилось так, что большинство инструментов классификации, включая актуарные методы, разработаны для взрослых мужчин и валидированы на них. Однако доказано, что многие показатели, используемые для прогнозирования поведения взрослых мужчин-заключенных, не применимы к женщинам. Использование таких инструментов часто приводит к чрезмерной классификации, в результате чего женщин помещают в более строгие условия безопасности, чем это необходимо.

---

[16] УНП ООН, Руководство по классификации заключенных

Как отмечено в комментарии к правилам 40 и 41 Бангкокских правил, 21 женщины часто сталкиваются с дискриминацией при применении принципов классификации из-за сочетания ряда факторов.

Во-первых, в подавляющем большинстве тюрем по всему миру для мужчин и женщин используются одни и те же инструменты классификации, несмотря на их разные потребности и обстоятельства.

Во-вторых, такие области, как история домашнего насилия, сексуального насилия и родительская ответственность, часто не учитываются при оценке женщин.

В результате процедуры классификации и оценки часто не предоставляют важной информации о женщинах, что увеличивает вероятность их размещения на более высоком уровне безопасности, чем это необходимо. Это, в свою очередь, снижает возможности для предоставления соответствующих программ для заключенных, которые соответствуют их индивидуальным потребностям.

Следовательно, при разработке и внедрении системы классификации заключенных крайне важно основываться на имеющихся научных данных о значимых факторах как для мужчин, так и для женщин, а также разрабатывать подходы и инструменты, отражающие эти различия, чтобы гарантировать правильную классификацию с применением минимально необходимого уровня безопасности.

В результате процедуры классификации и оценки не предоставляют важной информации о женщинах, что может увеличить вероятность их размещения на более высоком уровне безопасности, чем это необходимо. Это также ограничивает возможности для предоставления соответствующих программ для заключенных, которые соответствуют их индивидуальным потребностям. Следовательно, при разработке и внедрении системы классификации заключенных крайне важно опираться на имеющиеся научные данные о значимых факторах как для мужчин, так и для женщин, а также разрабатывать подходы и инструменты, которые учитывают эти различия, чтобы обеспечить правильную классификацию с минимально необходимым уровнем безопасности.

Бангкокские правила: Полное применение к специфическим потребностям женщин-заключенных[17]

Правила Организации Объединенных Наций для обращения с женщинами-заключенными и применения мер, не связанных с лишением свободы, к женщинам-правонарушителям (Бангкокские правила) были приняты Генеральной Ассамблеей ООН 21 декабря 2010 года.

Эти правила предоставляют рекомендации для политиков, законодателей, судебных органов и тюремного персонала о том, как сократить необоснованное лишение свободы женщин и учитывать их специфические потребности, включая успешную реабилитацию. До принятия Бангкокских правил международные стандарты не охватывали в достаточной степени особенности и потребности женщин и девочек в системах уголовного правосудия.

[17] Бангкокские правила ООН в отношении женщин-правонарушителей и женщин-заключенных. Краткое руководство: https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2013/07/PRI-Short-Guide-Bangkok-Rules-2013-Web-Final.pdf

Кроме того, эти правила стали первым международным инструментом, который затрагивает потребности детей, находящихся в тюрьмах вместе с родителями.

Бангкокские правила дополняют как Нельсоновские правила, так и **Минимальные стандартные правила ООН, касающиеся мер, не связанных с лишением свободы (Токийские правила)**, принятые в 1990 году.

Правило 29 Бангкокских правил указывает, что персонал должен быть обучен для того, чтобы учитывать «особые социальные потребности женщин-заключенных в процессе реинтеграции и управлять безопасными и реабилитационными учреждениями».

Проекты реабилитации и руководства по оценке потребностей должны разрабатываться непосредственно для женщин-заключенных, а также охватывать особые категории, такие как девочки, беременные женщины, женщины с приоритетом заботы о детях и другие специальные категории, описанные в главе, посвященной заключенным с особыми потребностями[18].

Бангкокские правила[19] о медицинском обслуживании женщин-правонарушителей:

5. Личная гигиена *(Дополняет правила 15 и 16 Минимальных стандартных правил обращения с заключенными.)*

Правило 5

Если женщина-заключенная находится с ребенком, этот ребенок также должен пройти медицинский осмотр, предпочтительно специалистом в области детского здравоохранения, чтобы определить необходимость лечения или медицинской помощи. Адекватное медицинское обслуживание, как минимум равное тому, что предоставляется в обществе, должно быть обеспечено.

6. Медицинские услуги

[Дополнение правил 22–26 Стандартных минимальных правил обращения с заключенными]

(a) Медицинский осмотр при поступлении

[Дополнение правила 24 Стандартных минимальных правил обращения с заключенными]

Правило 6

Медицинский осмотр женщин-заключенных должен включать комплексное обследование для определения первоочередных потребностей в медицинской помощи, а также должен определять:

[18] Реабилитация и социальная реинтеграция женщин-заключенных. Реализация Бангкокских правил, публикация PRI.

[19] Бангкокские правила: https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Bangkok_Rules_ENG_22032015.pdf

(а) Наличие заболеваний, передающихся половым путем, или инфекций, передающихся через кровь; в зависимости от факторов риска, женщинам-заключенным также может быть предложено пройти тестирование на ВИЧ с консультацией до и после тестирования;

(б) Потребности в психиатрической помощи, включая посттравматическое стрессовое расстройство и риски суицида и самоповреждений;

(в) Историю репродуктивного здоровья женщины-заключенной, включая текущие или недавние беременности, роды и любые связанные с этим проблемы репродуктивного здоровья;

(г) Наличие зависимости от наркотиков;

(д) Сексуальное насилие и другие формы насилия, которым она могла подвергнуться до поступления.

Правило 7

1. Если будет установлено, что женщина-заключенная подвергалась сексуальному насилию или другим формам насилия до или во время задержания, ей будет разъяснено её право обратиться в судебные органы. Женщина должна быть полностью проинформирована о процедурах и шагах, которые ей предстоит пройти. Если она согласится предпринять юридические шаги, соответствующий персонал должен быть уведомлен, и дело должно быть немедленно передано в компетентные органы для расследования. Тюремные власти должны помочь таким женщинам получить юридическую помощь.
2. Независимо от того, решит ли женщина предпринять юридические шаги, тюремные власти должны обеспечить ей немедленный доступ к специализированной психологической поддержке или консультациям.
3. Должны быть разработаны конкретные меры для предотвращения мести в отношении тех, кто сообщает о насилии или предпринимает юридические шаги.

Правило 8

Право женщин-заключенных на медицинскую конфиденциальность, включая право не раскрывать информацию и не проходить обследования по вопросам их репродуктивного здоровья, должно уважаться в любое время.

Правило 9

Если женщина-заключенная сопровождается ребенком, этот ребенок также должен пройти медицинское обследование, желательно специалистом по детскому здоровью, для определения необходимых процедур и медицинских нужд. Должна быть предоставлена соответствующая медицинская помощь, как минимум, эквивалентная медицинским услугам, предоставляемым в сообществе.

(б) Гендерно-специфическая медицинская помощь

Правило 10

1. Медицинские услуги, соответствующие гендерным потребностям женщин, должны быть как минимум равны тем, что доступны в обществе.

2. Если женщина-заключенная просит, чтобы ее осмотрел или лечил врач или медсестра женского пола, это должно быть обеспечено, насколько это возможно, за исключением ситуаций, требующих неотложного медицинского вмешательства. Если осмотр проводит врач-мужчина вопреки желанию женщины-заключенной, во время осмотра должна присутствовать женщина-сотрудник.

Правило 11

1. Во время медицинских осмотров должны присутствовать только медицинские сотрудники, за исключением случаев, когда врач считает, что существуют исключительные обстоятельства, или если врач запрашивает присутствие сотрудника тюрьмы по соображениям безопасности, или если женщина-заключенная просит присутствие сотрудника, как указано в пункте 2 правила 10.
2. Если необходимо присутствие сотрудников тюрьмы, не являющихся медицинским персоналом, во время медицинских осмотров, такие сотрудники должны быть женщинами, а осмотры должны проводиться таким образом, чтобы гарантировать сохранение конфиденциальности, достоинства и личного пространства.

(в) Психическое здоровье и уход

Правило 12

Индивидуализированные, гендерно-чувствительные, ориентированные на травму и комплексные программы психиатрической помощи и реабилитации должны быть доступны для женщин-заключенных с потребностями в области психического здоровья, как в тюрьме, так и в условиях, не связанных с лишением свободы.

Правило 13

Сотрудники тюрьмы должны быть осведомлены о временах, когда женщины могут испытывать особый стресс, чтобы чутко относиться к их состоянию и предоставлять соответствующую поддержку.

(г) Профилактика, лечение и уход в связи с ВИЧ

Правило 14

При разработке ответных мер на ВИЧ/СПИД в пенитенциарных учреждениях программы и услуги должны учитывать специфические потребности женщин, включая профилактику передачи ВИЧ от матери к ребенку. В этом контексте тюремные администрации должны поощрять и поддерживать инициативы по профилактике ВИЧ, лечению и уходу, такие как обучение на основе равного участия.

(д) Программы лечения зависимости от психоактивных веществ

Правило 15

Медицинские службы тюрьмы должны предоставлять или способствовать предоставлению специализированных программ лечения для женщин, страдающих от зависимости, с учетом их прошлого опыта насилия, особых потребностей беременных женщин и женщин с детьми, а также их культурных особенностей.

(е) Профилактика суицидов и членовредительства

Правило 16

Разработка и внедрение стратегий по предотвращению суицидов и членовредительства среди женщин-заключенных в консультации с психиатрическими и социальными службами, а также предоставление соответствующей, гендерно-специфической и специализированной поддержки тем, кто находится в зоне риска, должны быть частью комплексной политики психиатрической помощи в женских тюрьмах.

(ё) Профилактические медицинские услуги

Правило 17

Женщины-заключенные должны получать образование и информацию о мерах профилактики заболеваний, включая ВИЧ, заболевания, передающиеся половым путем, и другие инфекции, передающиеся через кровь, а также о гендерно-специфических состояниях здоровья.

Правило 18

Профилактические медицинские меры, имеющие особое значение для женщин, такие как ПАП-тесты и скрининг на рак груди и гинекологический рак, должны предлагаться женщинам-заключенным на тех же условиях, что и женщинам соответствующего возраста в обществе.

V. СПЕЦИФИКАЦИЯ ПО ВОЗРАСТУ

Исследования выявили особые аспекты, которые необходимо учитывать при оценке, классификации и управлении заключенными из возрастных групп молодых взрослых и пожилых людей в условиях тюрьмы. В отношении молодых взрослых (обычно это лица в возрасте от 18 до 21 года, а иногда до 24 лет), исследования о взаимосвязи биологии развивающегося мозга, психологии молодых людей и влияния социального контекста показали, что этап развития, называемый подростковым возрастом, продолжается и после 18 лет, который во многих юрисдикциях является юридическим возрастом совершеннолетия.

В частности, исследования указывают, что взрослый мозг полностью формируется только к середине двадцатых годов, особенно область лобной доли, которая отвечает за суждения и контроль импульсов[20].

Эти результаты поддерживают подход, учитывающий возрастные особенности, при работе с молодыми взрослыми в системе уголовного правосудия.

На другом конце возрастного спектра пожилые заключенные также требуют особого внимания. Как отмечает Уильямс[21], хотя нет единого мирового консенсуса о возрасте, с

[20] Justice Policy Institute, «Улучшение подходов к работе с молодыми взрослыми в системе правосудия» (Вашингтон, округ Колумбия, декабрь 2016 года)

[21] Бри Уильямс, «Решение проблемы старения в сфере здравоохранения уголовного правосудия: использование медицинских данных для стимулирования изменения политики», в **Ageing and Imprisonment: Summary Report**, Международный комитет Красного Креста (Париж, июнь 2018 г.).

которого заключенного можно считать "пожилым", несколько исследований определяют пожилых заключенных как лиц старше 50 или 55 лет.

Более того, многие системы уголовного правосудия считают, что физиологический возраст многих заключенных на 10–15 лет превышает их хронологический возраст из-за высокой распространенности факторов риска для здоровья, таких как зависимость от психоактивных веществ, травматические повреждения мозга и низкий социально-экономический статус.

Пожилые заключенные, как правило, имеют особые потребности, которые представляют вызовы для управления тюрьмами, включая ограничения в подвижности, слухе и когнитивных функциях. Эти потребности могут серьезно ограничивать участие пожилых заключенных в тюремной жизни и делать их уязвимыми к потенциальным злоупотреблениям со стороны других заключенных.

Для помощи в управлении этой группой заключенных были определены следующие шаги: проведение функциональных оценок для определения наилучшего размещения, соответствующего способностям человека; скрининг на деменцию; и программы, разработанные с учетом гериатрических особенностей[22].

Культурно-специфические вопросы, основанные на классификации заключенных (Руководство UNODC по классификации заключенных, II. Ключевые вопросы классификации заключенных)

В некоторых юрисдикциях может быть важно учитывать культурные аспекты при разработке и валидации подходов к классификации заключенных. Культурное происхождение заключенного может играть значительную роль в проявлении рисков, связанных с нормами поведения и ожиданиями, приемлемыми реакциями на угрозу, эмоциональной подачей, моделями коммуникации, целями и мотивацией.

Инструменты оценки рисков часто разрабатываются в соответствии с основной культурной группой страны и могут игнорировать различия между субпопуляциями. Следовательно, прогностическая точность инструментов и методов классификации может быть менее точной для этнических меньшинств. Это вызывает особую обеспокоенность в отношении некоторых маргинализированных этнических меньшинств, которые сталкивались с несправедливостью и плохим обращением.

Инструменты оценки и подходы должны отражать особенности той популяции, которую они измеряют, учитывая влияние информации, полученной при оценке, на процесс принятия решений, затрагивающий общественную безопасность, лечение правонарушителей и гражданские свободы[23].

VI. УГОЛОВНОЕ ПРАВОСУДИЕ В ОТНОШЕНИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ И РАССМОТРЕНИЕ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ, ОРИЕНТИРОВАННЫХ НА ДЕТЕЙ

Для системы здравоохранения, разработанной для учреждений для несовершеннолетних, ключевое значение имеет целостный подход и взаимодействие между

[22] УНП ООН, **Руководство по классификации заключенных**, II. Ключевые вопросы классификации заключенных.

[23] Стефан М. Шеперд и Роберто Льюис-Фернандес, «Оценка рисков в судебной практике и культурное разнообразие: современные вызовы и направления на будущее», **Psychology, Public Policy, and Law**, том 22, № 4 (ноябрь 2016 г.), стр. 427–438.

медицинским, психосоциальным персоналом и администрацией тюрьмы. Целостный подход и система индивидуального планирования являются гарантией профилактики заболеваний и, особенно, предотвращения и раннего лечения психических расстройств.

Программы медицинской и психосоциальной реабилитации для несовершеннолетних правонарушителей должны основываться на **Конвенции о правах ребенка**, принятой и открытой для подписания, ратификации и присоединения резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН 44/25 от 20 ноября 1989 года, вступившей в силу 2 сентября 1990 года в соответствии со статьей 49[24].

Принята и открыта для подписания, ратификации и присоединения резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН 44/25 от 20 ноября 1989 года, вступила в силу 2 сентября 1990 года в соответствии со статьей 49.

Эти программы также должны учитывать **Минимальные стандартные правила Организации Объединенных Наций для осуществления правосудия в отношении несовершеннолетних** (так называемые Пекинские правила), которые были приняты резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН 40/33 от 29 ноября 1985 года[25].

Согласно Пекинским правилам, государствам-членам рекомендуется применять заключение под стражу для несовершеннолетних только как крайнюю меру и разрабатывать отдельные стандарты и законодательство для системы правосудия в отношении несовершеннолетних.

Также следует отметить, что учреждения для несовершеннолетних должны быть полностью отделены от тюрем для взрослых, включая места предварительного заключения.

Большинство программ реабилитации и ресоциализации разработаны для несовершеннолетних правонарушителей, детей, вступивших в конфликт с законом, и подростков-правонарушителей. Эти программы включают реабилитационные меры в качестве альтернативы заключению. Однако следует упомянуть, что за особо тяжкие преступления несовершеннолетние могут быть приговорены к лишению свободы.

Особое внимание в этом контексте уделяется **реабилитации несовершеннолетних правонарушителей, связанных с насильственным экстремизмом, находящихся в заключении[26]**.

Согласно данной политике, стандарты и нормы правосудия в отношении несовершеннолетних являются основой для содержания под стражей, реабилитации и реинтеграции несовершеннолетних правонарушителей, связанных с насильственным экстремизмом (JVEOs)[27]. Дети, вступившие в конфликт с законом, признаются отдельной

---

[24] Конвенция о правах ребенка https://www.ohchr.org/documents/professionalinterest/crc.pdf

[25] Минимальные стандартные правила Организации Объединенных Наций для осуществления правосудия в отношении несовершеннолетних ("Пекинские правила") ря 1985 года.
https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/beijingrules.pdf

[26] Глобальный центр кооперативной безопасности, Политический документ, декабрь 2016 года

[27] "Реабилитация несовершеннолетних правонарушителей, связанных с насильственным экстремизмом, находящихся в заключении: продвижение подхода к правосудию в отношении несовершеннолетних."

категорией правонарушителей в процессе уголовного правосудия в силу их умственной, интеллектуальной и физической незрелости[28].

Международные стандарты и нормы правосудия в отношении несовершеннолетних[29] придают приоритет реабилитационным мерам[30] и предусматривают особый надзор и защиту для детей, находящихся в местах лишения свободы, учитывая их особую уязвимость и риск жестокого обращения в условиях содержания под стражей.

В этом политическом документе термины "ребенок", "молодежь" и "несовершеннолетний" относятся к лицам, достигшим национального возраста уголовной ответственности, которые по закону отличаются от взрослых правонарушителей в системе уголовного правосудия из-за их возраста.

Документ не исключает возможности применения некоторых рекомендаций к лицам старше 18 лет. Например, Конвенция ООН о правах ребенка определяет термин "молодежь" как "ребенок до 18 лет", в то время как UN Habitat обозначает возрастной диапазон от 15 до 32 лет. Для дальнейшего обсуждения определения "молодежь" в системе ООН см. Департамент ООН по экономическим и социальным вопросам:

Эти принципы требуют, чтобы несовершеннолетние содержались и к ним применялись меры отдельно от взрослых, а также чтобы лишение свободы использовалось только как крайняя мера, наряду с другими соображениями[31].

Эти стандарты должны соблюдаться для всех детей, независимо от характера или тяжести их преступления[32].

В рамках этой категории несовершеннолетние правонарушители, связанные с насильственным экстремизмом (JVEOs), как и взрослые экстремисты (VEOs), относятся к категории правонарушителей с особыми потребностями. Это гетерогенная группа, пути к криминальной деятельности которой сильно различаются, как и степень тяжести их преступлений. Общественные предубеждения, сенсационность и исключительность, часто связанные с терроризмом и насильственным экстремизмом, увеличивают риск ненадлежащего обращения с JVEOs.

---

[28] Декларация прав ребенка (1953), резолюция Генеральной Ассамблеи 1386 (XIV), документ ООН A/4354, в преамбуле указывает: *"Ребенок, в силу своей физической и умственной незрелости, нуждается в особых гарантиях и заботе, включая надлежащую правовую защиту, как до, так и после рождения"*; см. также Общий комментарий № 10 Комитета ООН по правам ребенка: Права детей в системе правосудия для несовершеннолетних, CRC/C/GC/10, 25 апреля 2007 года, пункт 10

[29] Основные документы ООН, касающиеся обращения с несовершеннолетними правонарушителями: Международный пакт о гражданских и политических правах (МПГПП), 16 декабря 1966 года; Конвенция ООН о правах ребенка (КПР), 20 ноября 1989 года; Правила защиты несовершеннолетних, лишенных свободы (Гаванские правила), 14 декабря 1990 года; Минимальные стандартные правила ООН для осуществления правосудия в отношении несовершеннолетних (Пекинские правила), 29

[30] Наказательные подходы и плохие условия систем содержания несовершеннолетних под стражей во всем мире привели к высоким показателям рецидивизма. См., например, Ian Lambie и Isabel Randell, "The Impact of Incarceration on Juvenile Offenders," Clinical Psychological Review 33, no. 3 (April 2013): 448–459; и R. Mendel, No Place for Kids: The Case for Reducing Juvenile Incarceration, Annie E. Casey Foundation, 2011.

[31] Пекинские правила, правило 3.3; Минимальные стандартные правила ООН для обращения с заключенными (Правила Манделы), 17 декабря 2015 года, A/RES/70/175, правило 11(d); КПР, статья 37(c). См. также Общий комментарий №10 Комитета ООН по правам ребенка: Права детей в системе правосудия для несовершеннолетних, CRC/C/GC/10, 25 апреля 2007 года, пункт 85.

[32] КПР, статья 37(b); Пекинские правила, правило 19; Гаванские правила, правило 2.

По этой причине власти должны уделять особое внимание защите несовершеннолетних правонарушителей, включая JVEOs, и предпринимать шаги для их реабилитации и реинтеграции.

Данный документ подчеркивает ключевые меры, необходимые для лечения и реабилитации JVEOs. Ниже приведены необходимые шаги, начиная с оценки рисков до разработки комплексных индивидуальных планов реабилитации и реинтеграции после освобождения.

Ноябрь 1985 года, A/RES/40/33; Руководящие принципы ООН по предотвращению правонарушений среди несовершеннолетних (Эр-Риядские руководящие принципы), 15 декабря 1990 года, A/RES.45/112; Руководящие принципы действий в отношении детей в системе уголовного правосудия (Венские руководящие принципы), 21 июля 1997 года, ECOSOC Res. 1997/30.

1. Проведение индивидуализированной оценки и анализа рисков для принятия решений по управлению и планированию интервенций

Администрации тюрем часто не обладают достаточной информацией о правонарушителях, переданных в их ведение. В некоторых случаях офицеры могут не иметь сведений о судебных разбирательствах, касающихся предполагаемого участия в преступлениях, связанных с насильственным экстремизмом, особенно в юрисдикциях с менее развитым законодательством. Эти трудности подчеркивают важность поддержания открытых каналов связи между пенитенциарными учреждениями и другими судебными органами для эффективного управления сроками заключения. Полная индивидуализированная оценка и анализ рисков являются критически важным первым шагом для должностных лиц, принимающих на себя юридическую и физическую ответственность за несовершеннолетних правонарушителей.

2. Формирование целостного представления о несовершеннолетнем правонарушителе, начиная с вводного интервью

Когда несовершеннолетний правонарушитель поступает под стражу, квалифицированный специалист должен провести вводную оценку, чтобы познакомить его с персоналом и условиями содержания, выявить медицинские и другие особые потребности, а также определить надлежащий уровень надзора, ухода и размещения.

Идеальным вариантом является проведение индивидуальных интервью с новоприбывшими в непринужденной и неформальной обстановке для снятия страхов и тревог, а также для установления с несовершеннолетних предварительных целей, которых предстоит достичь в рамках реабилитационных программ. Это также позволяет определить ожидания и начать выстраивать взаимопонимание, необходимое для обеспечения доверия и добровольного участия несовершеннолетнего.

Вводное интервью является первой возможностью задать тон для будущих бесед, наблюдений и взаимодействий с властями в целом, в соответствии с подходом динамической безопасности[33].

---

[33] **Динамическая безопасность** — это «концепция, при которой сотрудники тюрем активно и регулярно наблюдают за заключенными и взаимодействуют с ними, чтобы лучше понимать и осознавать их поведение, а также оценивать риски, которые они представляют». См. Департамент операций по поддержанию мира ООН, *"Prison Incident Management Handbook,"* 2013,

Эти процессы должны быть прозрачными. Ребенку следует предоставить возможность оспорить свою классификацию как насильственного экстремиста и выразить свое мнение относительно содержания плана лечения.

3. Оценка риска и классификация JVEOs

Для оценки риска несовершеннолетних правонарушителей, связанных с насильственным экстремизмом (JVEOs), могут быть подходящими некоторые методологии, специально разработанные для несовершеннолетних. Однако их применение требует тщательного анализа. На данный момент отсутствуют инструменты оценки риска насильственного экстремизма, которые учитывали бы умственную, интеллектуальную и эмоциональную зрелость несовершеннолетних. Разработка такого инструмента потребует проведения дополнительных контекстуально-специфических исследований, направленных на JVEOs. Инструменты оценки риска насильственного экстремизма, такие как Руководство по оценке рисков экстремизма 22+ (ERG 22+)[34], Многоуровневые руководящие принципы (MLG)[35] и Оценка рисков насильственного экстремизма версия 2 (VERA 2)[36], изначально разработанные преимущественно для взрослых, могут предоставить определенные ориентиры. Однако их применимость к несовершеннолетним должна быть строго проанализирована. Особое внимание следует уделять недопущению произвольной классификации детей как насильственных экстремистов на основании характера их преступлений, религии или истории поездок[37]. Власти должны установить четкие рекомендации относительно времени и оснований для проведения оценки риска экстремистских наклонностей, основываясь на судебных заключениях. Оценка рисков должна учитывать, обусловлено ли участие JVEO в насильственном экстремизме индоктринацией, криминальной выгодой, принуждением или другими факторами. Это важно для разработки соответствующих планов надзора, реабилитации и реинтеграции. Регулярные оценки риска обеспечивают важную информацию как о положительных, так и об отрицательных изменениях в мышлении и поведении несовершеннолетнего, что позволяет корректировать подходы к управлению и интервенциям на протяжении всего срока содержания под стражей. На основе вводной оценки, анализа рисков и медицинского отчета персонал может начать

---

https://www.un.org/ruleoflaw/files/Prison_Incident_Management_Handbook_OROLSI_Mar2013.pdf, стр. 10. Этот подход отличается от физических и процедурных методов безопасности, так как он основан на развитии положительных, последовательных и регулярных взаимодействий между заключенными и тюремными офицерами, а также на своевременном обмене и анализе информации для улучшения условий труда и проживания, а также для более эффективного мониторинга поведения заключенных. См. UNODC, *"Handbook on Dynamic Security and Prison Intelligence"* (Нью-Йорк: ООН, 2015).

[34] См. Chris Dean, *"Intervening Effectively with Terrorist Offenders,"* Prison Service Journal 203 (сентябрь 2012): 31–36.

[35] См. Alana N. Cook, *"Risk Assessment and Management of Group-Based Violence"* (диссертация на степень PhD, Университет Саймона Фрейзера, 2014), http://summit.sfu.ca/system/files/iritems1/14289/etd8437_ACook.pdf.

[36] См. Elaine Pressman и John Flockton, *"Calibrating Risk for Violent Extremists and Terrorists: The VERA 2 Structured Assessment,"* British Journal of Forensic Practice 14, no. 4 (2012): 237–251.

[37] С точки зрения Международного комитета Красного Креста (МККК), «без четких и конкретных критериев, в соответствии с которыми человек обозначается как "радикализованный" или находящийся в зоне риска "радикализации", ответственным органам сложно обеспечить контроль за законностью содержания под стражей, включая определение, когда критерии больше не выполняются и ограничения должны быть сняты». См. МККК, *"Radicalization in Detention—the ICRC's perspective,"* 11 июля 2016 года, https://www.icrc.org/en/document/responding-radicalization-detention-icrc-perspective.

разрабатывать соответствующие программы, направленные на образовательные, умственные, физические, эмоциональные и социальные потребности несовершеннолетнего. Этот первый этап предоставляет важную возможность построить доверие и установить сотрудничество с подростком. Участие несовершеннолетнего в процессе планирования должно активно поощряться, особенно если его вовлеченность в насильственные экстремистские действия была связана с недоверием к государственным органам.

4. Ведение документации для обеспечения непрерывности ухода

Индивидуальное, конфиденциальное и защищенное досье должно сопровождать несовершеннолетнего на всем протяжении его нахождения под стражей, а также в период испытательного срока. После освобождения несовершеннолетнего записи должны быть запечатаны, а при необходимости — удалены. Должны быть разработаны процедуры, обеспечивающие доступ несовершеннолетнего и его юридического представителя к содержимому досье.

5. Разработка интервенций, способствующих реабилитации и реинтеграции

На основе подхода к управлению, который поддерживает реабилитацию, и с учетом индивидуальных оценок, JVEOs должны получать целевые интервенции, направленные на снижение рисков, связанных с насильственным экстремизмом, и успешную реабилитацию и реинтеграцию. Эти интервенции включают психосоциальное и религиозное консультирование, образовательные программы и профессиональное обучение. Основные цели реабилитационного плана JVEO и последующих программ должны определяться исходя из ключевых причин вовлеченности несовершеннолетнего в преступную деятельность и экстремизм, его интересов, прошлого опыта правонарушений, поведения в период содержания, личных сильных сторон, амбиций и путей к прекращению противоправных действий.

6. Применение подходов, основанных на доказательствах, для реабилитации JVEOs

Подходы к реабилитации, основанные на доказательствах, такие как модель *"риск-потребность-ответственность" (Risk-Need-Responsivity, RNR)*, считаются эффективными для широкого круга правонарушителей. Принцип риска подразумевает, что интенсивность лечения должна соответствовать уровню риска рецидива. Принцип потребности утверждает, что программы исправления должны быть направлены на устранение криминогенных потребностей — характеристик, черт и поведения, непосредственно связанных с преступной деятельностью. Принцип ответственности предполагает, что интервенции должны соответствовать профилю правонарушителя, быть адаптированы к его способностям, сильным сторонам и мотивации к участию в лечении. Программы, включающие модель RNR, доказали свою эффективность в снижении уровня рецидивов среди несовершеннолетних[38].

Подходы, основанные на сильных сторонах и отказе от правонарушений, акцентируют внимание на защитных факторах, а не на рисках, и способствуют развитию позитивных качеств, позволяя лучше справляться с трудностями или снижать риски. Подходы, основанные на сильных сторонах, направлены на предоставление ресурсов и возможностей, которые помогают удовлетворять потребности более адаптивными и социально одобряемыми способами, преодолевая стигматизацию JVEOs. Подходы, основанные на отказе от

[38] Gina M. Vincent et al., “Risk Assessment in Juvenile Justice: A Guidebook for Implementation,” Models for Change (ноябрь 2012), http://njjn.org/uploads/digital-library/Risk_Assessment_in_Juvenile_Justice_A_Guidebook_for_Implementation.pdf, стр. 23.

правонарушений, сосредоточены на факторах, способствующих прекращению преступной деятельности, и создают благоприятные условия через интервенционные усилия, такие как групповое консультирование, помогающее молодежи отказаться от негативных социальных связей. Эти подходы открывают перспективные возможности для интервенций с JVEOs и могут дополнять модели, основанные на RNR, несмотря на их различия в философской основе.

7. Проведение реабилитационных интервенций для JVEOs

Реабилитационные интервенции для несовершеннолетних, как правило, включают элементы психосоциального консультирования и наставничества, образовательные и профессиональные программы, занятия искусством, спортом и досугом, а также вовлечение сообщества и семьи. Эти интервенции составляют основную часть как тюремных, так и альтернативных реабилитационных программ, которые применяются к детям-солдатам и несовершеннолетним, покинувшим деятельность, связанную с насильственным экстремизмом[39].

8. Психосоциальные знания, понимание и практические подходы

Психосоциальные интервенции помогают индивидуумам осознать свои правонарушения и вовлеченность, а также развивать навыки и методы, способствующие личным изменениям (включая управление эмоциями, критическое мышление и механизмы преодоления). Постоянный мониторинг и оценка психосоциального развития и поведения несовершеннолетнего являются важными для измерения прогресса в сравнении с его начальными данными и результатами текущей оценки рисков.

Проблемы с психическим здоровьем могут предшествовать или развиваться в результате вовлеченности JVEO в насильственную экстремистскую деятельность или из-за травм, связанных с насилием, которому они подвергались до или во время заключения. Квалифицированные специалисты по психическому здоровью лучше всего подходят для проведения консультаций, которые могут включать подходы, основанные на сильных сторонах и отказе от правонарушений, чтобы помочь понять и устранить мысли, чувства и действия, способствовавшие противоправному поведению.

Такие подходы включают поддержку детей в развитии альтернативных, социально приемлемых способов мышления и поведения, которые позволят им отказаться от преступной деятельности и снизить вероятность рецидива. Сотрудники должны также координировать и поддерживать связь с религиозными консультантами, терапевтами или наставниками, которые могут предоставлять социальное и психологическое консультирование. Несовершеннолетние, страдающие от тяжелых психических заболеваний, не должны находиться в местах лишения свободы, а должны проходить лечение в специализированных учреждениях психического здоровья[40].

9. Предоставление наставничества авторитетными и компетентными фигурами

Наставники, обладающие авторитетом, компетентностью и состраданием, могут способствовать отказу JVEO от правонарушений, формируя позитивные отношения, предоставляя молодежи чувство смысла, цели, структуры, руководства и контроля над своим

---

[39] For examples of programs that have been developed for adolescents, including former combatants, in conflict and post- conflict situations, see UNICEF, "Map of Programmes for Adolescent Participation During Conflict and Post-Conflict Situations", September 2003, https://www.unicef.org/emerg/files/Map_of_Programmes.pdf

[40] Havana Rules, art. 53.

будущим[41]. Внешние наставники, тщательно проверенные для работы с несовершеннолетними, могут быть особенно полезны, так как их могут воспринимать как нейтральных посредников, не связанных с тюремной системой или правительством.

Наставники могут быть привлечены из гражданского общества, таких как местные общественные организации, школы или религиозные группы. Бывшие участники VEO также выступают в роли наставников для молодежи с проблемным поведением. Имея возможность говорить с несовершеннолетними, опираясь на собственный опыт, такие наставники могут быть особенно эффективными в том, чтобы побудить JVEOs пересмотреть свои мировоззрения. В определенных обстоятельствах бывшие VEOs могут стать примерами для подражания, демонстрируя, что успешная реабилитация возможна и желательна.

10. Проведение эффективных программ дерадикализации, соответствующих правам человека

Некоторые страны предлагают консультирование для VEOs и JVEOs в рамках программ дерадикализации, направленных на разбор и опровержение экстремистских идеологий. Хотя такие программы не всегда применимы ко всем VEOs и JVEOs, они могут предоставить убедительные контрнарративы для оспаривания насильственных экстремистских взглядов среди тех, чья индоктринация способствовала совершению преступлений. Однако следует позаботиться о том, чтобы эти усилия не сводились к замене одной формы индоктринации на другую, а сочетались с другими образовательными программами, развивающими навыки принятия решений и критического мышления у несовершеннолетних.

Программы дерадикализации, особенно касающиеся религиозных доктрин, должны избегать посягательства на право ребенка исповедовать свою религию и следовать своим обычаям. Наставники и консультанты должны быть обучены подходам, основанным на сильных сторонах и отказе от правонарушений, чтобы защищать подопечных от негативного влияния и направлять их к конструктивным изменениям, а не просто исправлять их убеждения, рассматриваемые как ошибочные. Групповое и индивидуальное консультирование могут иметь свои преимущества и недостатки, поэтому следует тщательно оценивать, какой формат предпочтительнее в зависимости от целей и ожидаемых результатов программы.

11. Обеспечение регулярного доступа к образовательным программам и профессиональному обучению

Образовательные программы и профессиональная подготовка являются ключевыми элементами реабилитации несовершеннолетних как в открытых, так и в закрытых учреждениях. Несовершеннолетние правонарушители имеют право на образование и возможности для личностного развития в соответствии с международным правом.

Для несовершеннолетних правонарушителей образовательные программы улучшают перспективы трудоустройства, способствуют вовлеченности в сообщество и формируют чувство личной уверенности[42]. Хотя для JVEOs могут существовать определенные

[41] UN Interregional Crime and Justice Research Institute, Building on the GCTF's Rome Memorandum: Additional Guidance on the Role of Religious Scholars and Other Ideological Experts in Rehabilitation and Reintegration Programmes, n.d. http://www.unicri.it/topics/counter_terrorism/UNICRI_SPAIN_Religious_Scholars_in_Rehab.pdf.

[42] См. Гаванские правила, ст. 45; Глобальный контртеррористический форум (GCTF), "*The Rome Memorandum on Good Practices for Rehabilitation and Reintegration of Violent Extremist Offenders,*" без даты,

ограничения из-за их классификации по уровню риска, по возможности доступ к этим программам должен сохраняться. Комплексные программы, включающие профессиональное обучение, поддержку в поиске работы и трудоустройстве, а также программы непрерывного образования, играют важную роль в содействии социальной интеграции, создании устойчивой основы для возвращения в общество и снижении риска рецидива[43].

12. Стимулирование JVEOs через искусство и досуговые мероприятия

Искусство, включая писательское творчество, гуманитарные науки, театр и музыку, может служить полезным инструментом для JVEOs, позволяя им исследовать свою личность и осознавать окружающий их мир[44].

Творческие терапии могут способствовать развитию чувства социальной ответственности, укреплять товарищеские отношения среди участников и предоставлять молодым людям эффективный способ осмысленно выражать свои мысли и чувства. Физические упражнения также являются важной составляющей умственного и физического развития детей. Спорт и досуговые мероприятия не только служат выходом для энергии или агрессии, но и помогают формировать самоуважение, дисциплину и командный дух[45].

13. Переход JVEOs из учреждений для несовершеннолетних

Систематическая непрерывность ухода за несовершеннолетними должна обеспечиваться на всех этапах их пребывания под стражей, реинтеграции или перевода во взрослые исправительные учреждения. В некоторых странах тюремные и пробационные службы объединены в рамках одного министерства или агентства.

В других случаях эти обязанности распределены между разными министерствами или переданы на аутсорсинг неправительственным организациям или местным властям. Комплексный и унифицированный подход, включающий поддержку местных акторов, внешних пробационных органов и персонала исправительных учреждений, является оптимальным для поддержания последовательности в управлении делами, особенно если у заключенных уже установились доверительные отношения с сотрудниками пенитенциарной системы.

14. Поддержка после освобождения

Успешный переход от заключения к жизни в обществе требует планирования до момента своевременного освобождения несовершеннолетнего. Поддержка после освобождения, включающая помощь в обеспечении жильем, финансах, медицинском обслуживании, образовании и трудоустройстве, играет решающую роль в успешной

---

https://www.thegctf.org/Portals/1/Documents/Framework%20Documents/A/GCTF-Rome-Memorandum-ENG.pdf (далее — Римский меморандум), практика 16. См. также Комитет ООН по правам ребенка, *"General Comment No. 1: The Aims of Education (article 29),"* CRC/GC/2001/1, 17 апреля 2001 года, п. 2.

[43] См. Гаванские правила, ст. 39; Пекинские правила, ст. 1.2 и 26.1; Совет Европы, *"Guidelines for Prison and Probation Services Regarding Radicalisation and Violent Extremism,"* 2 марта 2016 года, http://www.coe.int/t/DGHL/STANDARDSETTING/PRISONS/PCCP%20documents%202016/Guidelines%20for%20prison%20and%20probation%20services%20regarding%20radicalisation%20and%20violent%20extremism.pdf, ст. III (d)(15) (далее — Руководство Совета Европы).

[44] См. Конвенция о правах ребенка, ст. 31(2).

[45] См. Конвенция о правах ребенка (CRC), ст. 47; Гаванские правила, ст. 32

реинтеграции. JVEOs могут столкнуться с проблемами социальной интеграции после освобождения, включая остракизм и стигматизацию, что увеличивает риск рецидива.

Планирование постпенитенциарной поддержки JVEOs должно использовать положительные связи с ресурсами сообщества и укреплять просоциальные связи с семьей, сверстниками, социальными, культурными и религиозными институтами, а также другими соответствующими сетями поддержки. Однако возможно, что семья несовершеннолетнего вовлечена в насильственную экстремистскую деятельность или определенные родственники или члены сообщества оказали на него значительное влияние, подтолкнув к преступлениям. В таких случаях возникает вопрос о наилучшем решении в интересах ребенка. Варианты включают помещение несовершеннолетнего под опеку приемной семьи, другого члена семьи или попечителя, либо его переселение в специализированное учреждение, удаленное от вредных влияний.

Такая мера может быть контрпродуктивной для JVEOs, которым необходимо развивать способность противостоять лицам, подталкивающим их к повторному участию в насильственных действиях. Несовершеннолетние, вместе с родителями и членами сообщества, должны учиться строить и поддерживать здоровые и конструктивные отношения в течение всего процесса реинтеграции. По возможности следует организовывать поддержку и обучение членов положительного социального окружения несовершеннолетнего, чтобы подготовить их к оказанию помощи после завершения его срока содержания.

Для JVEOs чрезмерно строгие или карательные ограничения свободы после освобождения могут привести к несоблюдению установленных требований и потенциально подтолкнуть их к повторным правонарушениям. По возможности должны применяться пробационные периоды, мониторинг и/или неформальные проверки, а прогресс необходимо фиксировать в постпенитенциарных отчетах несовершеннолетнего.

15. Переход во взрослые учреждения

JVEOs, достигшие совершеннолетия в учреждениях для несовершеннолетних, могут быть переведены под опеку семьи или социальных служб в сообществе, либо они могут продолжить отбывать оставшуюся часть наказания во взрослых исправительных учреждениях. Несовершеннолетний, достигший 18 лет, не обязан автоматически переводиться во взрослое учреждение, если продолжение пребывания в учреждении для несовершеннолетних отвечает его наилучшим интересам и не противоречит интересам других детей в учреждении[46].

Для лиц, переведенных во взрослые тюрьмы, их переклассификация как взрослых осужденных не должна автоматически означать применение к ним стандартных правил для

---

[46] Комитет ООН по правам ребенка, Общий комментарий № 10: *Права детей в ювенальной юстиции*, CRC/C/GC/10, 25 апреля 2007 г., параграф 86. В то время как национальное законодательство может устанавливать возраст юридической зрелости, такие границы не подтверждаются нейробиологическими данными о развитии зрелости и не означают естественного прекращения преступной деятельности. Лица в возрасте от 18 до 24 лет могут быть ближе к несовершеннолетним, чем к взрослым, с точки зрения их преступного поведения, уровня развития и жизненных обстоятельств. Национальный институт юстиции США, *От подростковой преступности к преступности молодых взрослых*, обновлено 11 марта 2014 г., http://www.nij.gov/topics/crime/Pages/delinquency-to-adult-offending.aspx.

взрослых преступников или VEOs[47]. Напротив, требуется тщательное планирование, чтобы обеспечить непрерывность ухода и соблюдение передовых практик в управлении делами.

Переход из системы ювенальной юстиции во взрослую пенитенциарную систему может иметь серьезные последствия для переведенных молодых людей. Он может привести к разрыву в их личностном развитии, негативно сказаться на формировании их идентичности, отношениях и прогрессе в рамках их реабилитационной программы. С институциональной точки зрения такой переход может означать смену реабилитационного подхода ювенальной юстиции на более карательную и изоляционную модель взрослой пенитенциарной системы.

Подводя итог *Policy Brief on Rehabilitating Juvenile Violent Extremist Offenders in Detention* от ICCT и всем стандартам ювенальной юстиции, можно заключить, что необходимо разрабатывать отдельные стратегии и программы для реабилитации и ресоциализации несовершеннолетних правонарушителей как внутри, так и за пределами исправительных учреждений.

VII. ЗАКЛЮЧЕННЫЕ НАСИЛЬСТВЕННОГО ЭКСТРЕМИЗМА И ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ РАДИКАЛИЗАЦИИ К НАСИЛИЮ В ТЮРЬМАХ

Управление насильственными экстремистами в тюрьмах (VEP) и предотвращение радикализации представляют собой одну из наиболее сложных проблем для многих стран. Согласно *UNODC* Руководству по управлению насильственными экстремистами в тюрьмах и предотвращению радикализации к насилию в тюрьмах[48], основная функция тюрем, содержащих предполагаемых, обвиняемых или осужденных насильственных экстремистов, остается такой же, как и у любых других исправительных учреждений — способствовать общественной безопасности.

Для выполнения этой функции тюрьмы должны обеспечивать безопасность содержания заключенных и предотвращать их побег из-под законной стражи.

Администрация тюрьмы также должна работать над тем, чтобы удержать их от будущих актов насилия и подготовить к социальной реинтеграции в общество. Учитывая риск того, что тюрьмы могут стать местами радикализации заключенных, осужденных за преступления, не связанные с насильственным экстремизмом, исправительные учреждения также должны стремиться предотвращать радикализацию других заключенных. В то же время администрация тюрьмы должна помнить, что тюремное заключение может также стать возможностью для отказа заключенных от насилия. Время, проведенное в заключении, может привести к изменению их взглядов и даже стать катализатором позитивных изменений.

Правильная оценка рисков, связанных с заключенными, является одним из ключевых компонентов эффективного управления исправительными учреждениями. Это способствует рациональному использованию ресурсов, индивидуализации наказаний, защите общества и соблюдению прав заключенных. Инвестиции в разработку и внедрение эффективных, основанных на доказательствах систем оценки рисков могут также помочь государствам

---

[47] Примеры руководящих принципов, разработанных специально для VEOs, см. *Римский меморандум* и *Руководящие принципы Совета Европы*.

[48] UNODC, *Руководство по управлению насильственными экстремистами в тюрьмах и предотвращению радикализации к насилию в тюрьмах*.

улучшить перспективы отказа насильственных экстремистов от насилия. Эффективное управление заключенными невозможно без оценки рисков, которые они представляют.

Поэтому при поступлении каждого заключенного в тюрьму администрация должна проводить тщательную оценку рисков, известную как "скрининг". Более детальная оценка должна повторяться на регулярной основе. Диапазон рисков, которые должны быть оценены во время первоначального скрининга, включает:

• Причинение вреда самому себе, другим заключенным или сотрудникам и посетителям тюрьмы (риск, связанный с причинением вреда).

• Угроза подрыва порядка в тюрьме и радикализация других заключенных (риск, связанный с порядком).

• Вероятность побега (риск, связанный с безопасностью).

• Совершение нового тяжкого преступления во время тюремного отпуска или после освобождения (риск, связанный с рецидивом).

• Организация преступной деятельности за пределами тюрьмы в сотрудничестве с сообщниками на свободе (риск, связанный с преступностью).

• Определение, является ли заключенный насильственным экстремистом, включая случаи, когда преступление не связано с насильственным экстремизмом[49].

Программы реабилитации, ориентированные на эту группу, должны включать:

Интервенции по выходу из насильственного экстремизма в тюрьмах. Интервенции, связанные с выходом, могут включать различные виды деятельности, такие как:

• Психологическое консультирование и поддержка; когнитивно-поведенческие программы; социальные интервенции; обсуждения и диалоги на религиозные темы; образование; профессиональное обучение; творческие терапии; физические терапии (например, йога, спорт, упражнения); семейная активность; социальные, культурные и развлекательные мероприятия.

• Для того, чтобы они были эффективными, интервенции по выходу и социальной реинтеграции должны учитывать гендерные особенности и касаться различных опытов, а также специфических препятствий и проблем, с которыми могут столкнуться женщины.

• Учитывая доступность ресурсов, проведение интервенций по выходу и социальной реинтеграции для заключенных, представляющих угрозу насильственного экстремизма, не должно негативно сказываться, но должно сопровождаться предоставлением реабилитационных программ для «обычного» тюремного населения, чтобы не создавать «специального статуса группы», что может привести к враждебности или стремлению других заключенных стать насильственными экстремистами.

• Целью всех вышеупомянутых тюремных интервенций, связанных с заключенными-насильственными экстремистами, должно быть изменение их поведения, чтобы они отказались от использования насилия для достижения своих целей. Это отражает тот факт, что наличие радикальной идеологии само по себе не обязательно представляет угрозу безопасности тюрьмы (или сообщества).

• Важным элементом является отчетность по деятельности, связанной с выходом, чтобы обеспечить подотчетность, облегчить адаптацию интервенций и служить основой для оценки.

---

[49] УНП ООН, Руководство по управлению насильственными экстремистами в тюрьмах и предотвращению радикализации к насилию в тюрьмах, Оценка и управление рисками, связанными с насильственными экстремистами.

Для заключенных-насильственных экстремистов следует применять подход с интегрированной системой управления делами, который использует общую структуру, инструменты и язык для оценки, выявления потребностей и мониторинга прогресса, а также обновляет результаты в ходе тюремного заключения, перехода к освобождению и надзора в сообществе.

• Все практики, включая сотрудников безопасности, охраны, вспомогательных, контролирующих и административных работников, не имеющих прямого отношения к проведению структурированных интервенций, должны способствовать поддержанию условий, благоприятных для проведения интервенций и поддержания прогресса в процессе выхода.

- **Там, где это возможно**, в команду по реализации интервенций должен входить междисциплинарный коллектив специалистов, включая психологов, психиатров, религиозных лидеров, инструкторов по спорту, арт-терапевтов, социальных работников, консультантов по профориентации, преподавателей и медицинских работников.
- **Для эффективного взаимодействия** членов команды с насильственными экстремистами в тюрьмах важно, чтобы хотя бы один или несколько участников команды владели языком, на котором говорят содержащиеся в тюрьме насильственные экстремисты.
- **Основные обязанности** команды по проведению интервенций включают: проведение первичной оценки насильственных экстремистов для выявления рисков, потребностей и необходимых мер воздействия; ведение и обновление личных досье заключенных; реализацию интервенционных программ; участие в рабочих совещаниях по делам заключенных; проведение повторных оценок с установленной периодичностью; использование материалов, инструментов и оборудования, предоставленных для программ отказа от экстремизма.
- **Команда по интервенциям** должна тесно сотрудничать с директором тюрьмы, в которой они работают, чтобы он был полностью осведомлен о требованиях и деятельности программы, а также чтобы эти меры соответствовали системе безопасности конкретной тюрьмы.
- **На уровне центрального управления** должна существовать надзорная или управляющая команда, ответственная за разработку, внедрение и оценку интервенций, а также за наставничество и поддержку команд, работающих в тюрьмах.
- **Должно быть создано единое динамическое досье** на насильственного экстремиста сразу после его поступления в тюрьму, которое должно обновляться и изменяться по мере его прогресса. Члены команды по интервенциям должны регулярно участвовать в командных встречах, пересмотре дел и совещаниях.
- **Для реализации интервенционных программ** учреждению необходимо обеспечить наличие следующих объектов: помещения для индивидуальных консультаций и интервью, классы для групповых занятий, презентаций и лекций, помещения для богослужений, мастерские для профессионального обучения, спортивные площадки и залы, а также зоны для проведения арт-терапии и других творческих занятий.
- **Насильственные экстремисты должны быть проинформированы** о целях интервенций и их механизмах. Сотрудники должны объяснять заключенным, что участие в программе является добровольным. Должны быть предусмотрены соответствующие стимулы для участия в программах отказа от экстремизма.
- **Необходимо внедрять различные способы признания участия и завершения программы**, включая церемонии выпуска, вручение сертификатов и медалей,

приглашение семей и высокопоставленных представителей общества для участия в этих мероприятиях.

- **Работа с медиа** должна проводиться регулярно, чтобы общественность понимала позитивные аспекты работы по отказу от экстремизма в тюрьмах, цели интервенций и их влияние на заключенных.

Предотвращение радикализации в тюрьмах:

Администрации тюрем должны внедрять меры по предотвращению распространения насильственного экстремизма в местах заключения. Улучшение условий содержания и борьба с перенаселенностью являются важными аспектами предотвращения вербовки заключенных в экстремистские группы.

- **Вербовщики** способны выявлять, оценивать и привлекать уязвимых заключенных в экстремистские организации, используя различные методы. Администрация тюрем должна осознавать, что такие вербовщики не всегда имеют высокий статус в криминальной иерархии и могут внешне соответствовать установленным тюремным порядкам. В то же время харизматические лидеры могут использовать эмоциональные триггеры, такие как ненависть, жажда мести и чувство разочарования, формируя в заключенных общую идентичность вокруг насильственных идеологий.
- **При наличии доказательств**, что заключенный пытается радикализовать других к насилию, следует принимать незамедлительные меры (например, ограничение его контактов с уязвимыми заключенными, контроль взаимодействий, перевод в другое крыло или другую тюрьму).
- **Существуют определенные признаки**, которые могут указывать на склонность к радикализации: (а) выражаемые мнения; (б) владение экстремистскими материалами; (в) изменения в поведении. Персонал тюрем должен тщательно оценивать достоверность и значимость этих признаков.
- **Если администрации тюрем считают**, что заключенному требуется поддержка для снижения уязвимости к радикализации, следует разработать индивидуальную программу поддержки.

Подготовка к освобождению:

Программы реабилитации насильственных экстремистов также должны включать подготовку к их реинтеграции в общество.

- **Должен быть разработан индивидуальный план освобождения**, в котором будут определены потребности насильственного экстремиста в реинтеграции и указаны интервенции, необходимые для повышения его шансов на успешную адаптацию.
- **Следует внедрять тюремные программы подготовки к освобождению и возвращению в общество.** Основная цель — постепенное перемещение заключенного в менее строгие условия содержания на основе периодических индивидуальных оценок рисков.
- **Социальная реинтеграция насильственных экстремистов** требует междисциплинарного подхода и тесной координации различных заинтересованных сторон, включая гражданское общество, государственные учреждения, частный сектор, НПО, семьи и сообщества. Если необходимо, следует продолжить психологическое и религиозное консультирование, помощь в трудоустройстве и поддержку семьи.
- **Семьи могут играть ключевую роль** в процессе реинтеграции и должны быть вовлечены до освобождения заключенного. Они также могут выполнять функции

мониторинга после освобождения. Однако следует учитывать, что в некоторых случаях семья может быть частью проблемы и препятствовать отказу от экстремизма.

- **Необходимо информировать общество** о процессе реинтеграции бывших насильственных экстремистов, чтобы снизить уровень стигматизации и разрушить барьеры и предубеждения в отношении них.
- **При наличии достоверной информации**, что насильственный экстремист может подвергнуться угрозе жизни после освобождения, следует рассмотреть возможность применения мер защиты для него и его семьи.
- **Мониторинг после освобождения** (формальный или неформальный) может быть эффективным методом предотвращения рецидивов. Контроль и руководство должны поддерживать договоренности, достигнутые в ходе предосвободительных программ[50].

VIII. КЛЮЧЕВЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ В ТЮРЬМАХ (МЕЖДУНАРОДНЫЕ СТАНДАРТЫ)

Основой комплексной реабилитации заключенных является адекватная система здравоохранения. Существует несколько международных стандартов, которые имеют решающее значение для реформирования системы здравоохранения в тюрьмах любой страны. Вопрос реформы тюремного здравоохранения включает несколько ключевых характеристик, являющихся минимальными стандартами охраны здоровья в местах лишения свободы.

Согласно руководству Совета Европы, *Тюремное здравоохранение и медицинская этика*[51] – Руководству для медицинских работников и другого персонала тюрем, ответственного за благополучие заключенных, подчеркивается следующее:

"Неадекватное медицинское обслуживание может быстро привести к ситуациям бесчеловечного и унижающего достоинство обращения, тогда как медицинский и немедицинский персонал тюрем, обладающий более высокими профессиональными знаниями и навыками, способствует созданию более здоровой и безопасной среды как для заключенных, так и для сотрудников тюрем, а также обеспечивает лучшую защиту общества за счет снижения рисков передачи проблем со здоровьем из тюрем в общество."

1. Основные характеристики тюремного здравоохранения:

- Право на здоровье
- Доступ к врачу
- Профилактика пыток, жестокого и бесчеловечного обращения, а также насилия в тюрьмах
- Право на отказ от лечения
- Права в случае объявления голодовки

Основные аспекты здравоохранения в тюрьмах представлены на следующей диаграмме:

---

[50] УНП ООН, *Руководство по управлению насильственными экстремистами в тюрьмах и предотвращению радикализации к насилию в тюрьмах*, Краткое изложение ключевых принципов и рекомендаций. https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Violent_Extremist_Prisoners_HB.pdf.

[51] Совет Европы, *Тюремное здравоохранение и медицинская этика* – Руководство для медицинских работников и другого персонала тюрем, ответственного за благополучие заключенных. https://www.coe.int/en/web/prison-health/prison-health-care-and-medical-ethics.

Принципы медицинского обслуживания в тюрьмах должны охватывать следующие взаимосвязанные вопросы:

Доступ к врачу

Согласно Руководящим принципам Совета Европы, изложенным выше, в соответствии с **CM Rec (2006)2** по **Европейским тюремным правилам (EPR), пункт 42.1-3 (Обязанности медицинского работника)**, врач обязан осмотреть каждого заключенного **как можно скорее после поступления**, **в случае жалоб на болезни**, **после получения травм или насилия**, а также **перед освобождением**. Если врач **не может лично осмотреть** нового заключенного или пациента в тюрьме в установленный срок, он должен обеспечить замену другим врачом или **квалифицированной медсестрой**[52].

Если это **невозможно** из-за нехватки медицинского персонала и/или **перенаселенности тюрем**, то **первый из семи основных принципов CPT – доступ к врачу – будет нарушен**. В обязанности медицинского персонала входит **требование** дополнительного персонала в случае необходимости и **документирование этого запроса**.

Во время визитов в различные страны CPT неоднократно выявлял недостаток медицинского персонала в тюрьмах, что приводило к задержкам или отсутствию медицинских

[52] **CM: Рекомендация (2006)2 о Европейских тюремных правилах (пересмотренная версия)**, https://rm.coe.int/09000016809ee581

осмотров, консультаций и лечения. Это может быть расценено как бесчеловечное обращение и нарушение статьи 3 ЕКПЧ (Европейской Конвенции по правам человека)[53].

Основные принципы обращения с заключенными

Приняты и провозглашены **Генеральной Ассамблеей ООН резолюцией 45/111 от 14 декабря 1990 года**[54]

9. Заключенные должны иметь доступ к медицинским услугам, доступным в стране, без какой-либо дискриминации на основании их правового статуса.

Согласно статьям 25 и 30 Минимальных стандартных правил ООН обращения с заключенными (Правила Нельсона Манделы), принятым в резолюции 70/175 Генеральной Ассамблеи 17 декабря 2015 года.

Заключённые должны иметь доступ к врачу в любое время, независимо от режима их содержания.

Это особенно важно, если человек находится в режиме одиночного заключения. Медицинская служба должна обеспечивать возможность обращения к врачу без необоснованных задержек.

Амбулаторное лечение должно находиться под контролем медицинского персонала; во многих случаях недостаточно, чтобы последующее медицинское наблюдение зависело только от запроса заключённого. Дальнейшее лечение должно быть заранее спланировано.

Доступ к лекарствам

Лекарственные препараты должны предоставляться заключённым в соответствии с их состоянием здоровья. Принцип **эквивалентности медицинской помощи** применяется и в этом случае.

Выделенные на содержание тюрем средства должны быть достаточными для обеспечения бесплатного предоставления лекарств тем заключённым, которые не имеют медицинской страховки или финансовых средств для их самостоятельной оплаты.

Не должно быть перерывов в лечении (например, при переводе из одного учреждения в другое), чтобы гарантировать непрерывность долгосрочной терапии[55].

Ключевые рекомендации и основные характеристики системы здравоохранения в тюрьмах изложены в **Рекомендации № R (98) 7 Комитета министров государствам-членам**

---

[53] **Павэлаке против Румынии (Pavalache v. Romania, 38746/03); Худобин против России (Khudobin v. Russia, 59696/00); Гумматов против Азербайджана (Hummatov v. Azerbaijan, 9852/05)**, https://hudoc.echr.coe.int

[54] **Основные принципы обращения с заключенными, принятые и провозглашенные резолюцией Генеральной Ассамблеи 45/111 от 14 декабря 1990 года, принцип 9**, https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/basic-principles-treatment-prisoners

[55] CPT, Медицинское обслуживание в тюрьмах, https://rm.coe.int/16806ce943

о нравственных и организационных аспектах здравоохранения в тюрьмах (принята Комитетом министров 8 апреля 1998 года на 627-м заседании заместителей министров)[56]**.**

Перечисленные ниже рекомендации, изложенные в главе А данного документа, содержат стандарты для реализации **доступа к врачам**:

А. Доступ к врачу

1. При поступлении в тюрьму и в дальнейшем во время отбывания наказания заключённые должны иметь возможность в любое время обратиться к врачу или дипломированной медсестре, независимо от режима их содержания и без необоснованных задержек, если это требуется по состоянию здоровья. Все задержанные должны проходить **надлежащее медицинское обследование** при поступлении. Особое внимание должно быть уделено **выявлению психических расстройств, психологической адаптации к тюремным условиям, симптомов абстиненции от наркотиков, медикаментов или алкоголя, а также инфекционных и хронических заболеваний**.
2. Для удовлетворения медицинских потребностей заключённых в **крупных исправительных учреждениях** должны быть доступны **врачи и квалифицированные медсёстры на постоянной основе**, в зависимости от численности, потока заключённых и их среднего состояния здоровья.
3. Медицинская служба тюрьмы должна, по крайней мере, обеспечивать амбулаторные консультации и неотложную помощь. Если состояние здоровья заключенного требует лечения, которое не может быть предоставлено в тюрьме, необходимо предпринять все возможные меры для обеспечения лечения в соответствующих медицинских учреждениях за пределами тюрьмы, с соблюдением всех мер безопасности.
4. Заключенные должны иметь доступ к врачу при необходимости в любое время суток. В тюрьме всегда должен присутствовать специалист, способный оказать первую помощь. В случае серьезных чрезвычайных ситуаций необходимо незамедлительно уведомлять врача, медицинский персонал и администрацию тюрьмы. Активное участие и ответственность охранного персонала имеют ключевое значение.
5. Доступ к психиатрическим консультациям и психологическому консультированию должен быть обеспечен. В крупных пенитенциарных учреждениях должна работать психиатрическая команда. Если такая команда отсутствует, например, в небольших учреждениях, консультации должны предоставляться психиатром, практикующим в больнице или частной клинике.
6. Услуги квалифицированного стоматолога должны быть доступны каждому заключенному. Администрация тюрьмы должна организовать контакты и сотрудничество с местными государственными и частными медицинскими учреждениями. Поскольку оказание надлежащего лечения в тюрьме для некоторых заключенных, страдающих зависимостью от наркотиков, алкоголя или медикаментов, является затруднительным, необходимо привлекать внешних специалистов, работающих в системе помощи зависимым в обществе, как для консультаций, так и для лечения.

[56] РЕКОМЕНДАЦИЯ № R (98) 7 КОМИТЕТА МИНИСТРОВ ГОСУДАРСТВАМ-ЧЛЕНАМ ОТНОСИТЕЛЬНО ЭТИЧЕСКИХ И ОРГАНИЗАЦИОННЫХ АСПЕКТОВ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ В ТЮРЬМЕ (Принята Комитетом министров 8 апреля 1998 года на 627-м заседании заместителей министров): Приложение к Рекомендации № R (98) 7 I. Основные характеристики права на медицинское обслуживание в тюрьме A. Доступ к врачу, https://rm.coe.int/09000016804fb13c

7. При необходимости должны предоставляться специальные медицинские услуги для женщин-заключенных. Беременные осужденные должны находиться под медицинским наблюдением и иметь возможность рожать в наиболее подходящем для их состояния внешнем медицинском учреждении.
8. При транспортировке в больницу пациента должны сопровождать медицинские работники или медсестры, если это требуется.

2. Равенство в медицинском обслуживании

Минимальные стандартные правила ООН обращения с заключенными (Правила Нельсона Манделы), резолюция Генеральной Ассамблеи 70/175, принята 17 декабря 2015 года

Правило 24

1. Обеспечение медицинской помощи заключенным является обязанностью государства. Заключенные должны иметь возможность получать медицинское обслуживание, соответствующее стандартам, принятым в обществе, и иметь доступ к необходимым медицинским услугам бесплатно, без какой-либо дискриминации на основании их правового статуса.
2. Медицинские услуги должны быть организованы в тесной связи с общей системой общественного здравоохранения таким образом, чтобы обеспечивалась непрерывность лечения и ухода, в том числе при ВИЧ, туберкулезе и других инфекционных заболеваниях, а также при наркотической зависимости.

Согласно **«Здоровье в тюрьмах: руководство ВОЗ по основным аспектам тюремного здравоохранения», Глава 2 «Стандарты тюремного здравоохранения: заключенный как пациент»**[57], международные стандарты четко определяют требования к качеству медицинской помощи и основные принципы равенства в медицинском обслуживании в пенитенциарных учреждениях:

Прежде всего, **статья 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах (ООН, 1966)** закрепляет **«право каждого на пользование наивысшим достижимым уровнем физического и психического здоровья»**. Это право распространяется на заключенных так же, как и на всех остальных людей. Лица, находящиеся в заключении, сохраняют свое **фундаментальное право на здоровье** — как физическое, так и психическое — и имеют право на медицинское обслуживание **не ниже уровня**, принятого в обществе.

Согласно Приложению к Рекомендации № R (98) 7 I. Основные характеристики права на медицинское обслуживание в тюрьме, глава Б[58]:

Б. Эквивалентность ухода

10. Здравоохранительная политика в учреждениях должна быть интегрирована в национальную здравоохранительную политику и соответствовать ей. Служба

[57] Руководство ВОЗ по основам здравоохранения в тюрьмах, глава 2. Стандарты в области здравоохранения в тюрьмах: заключенный как пациент, Эндрю Койл, https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/107829/9789289072809-eng.pdf?sequence=16

[58] CoE, Рекомендация № R (98) 7, Приложение к Рекомендации № R (98) 7 I. Основные характеристики права на медицинскую помощь в тюрьме, B. Эквивалентность ухода, https://rm.coe.int/09000016804fb13c

здравоохранения в тюрьмах должна обеспечивать медицинское, психиатрическое и стоматологическое лечение, а также реализовывать программы гигиены и профилактической медицины в условиях, сопоставимых с теми, которые доступны населению. Тюремные врачи должны иметь возможность обращаться к специалистам. Если требуется второе мнение, обязанностью службы является организация этого.

11. Служба здравоохранения в тюрьмах должна иметь достаточное количество квалифицированных медицинских, сестринских и технических кадров, а также соответствующие помещения, установки и оборудование, качество которых должно быть сопоставимо, если не идентично, с теми, что существуют в внешней среде.

12. Роль министерства, отвечающего за здравоохранение, должна быть усилена в области оценки качества гигиенических условий, медицинского обслуживания и организации здравоохранительных услуг в учреждениях, в соответствии с национальным законодательством. Должно быть четко определено разделение обязанностей и полномочий между министерством здравоохранения или другими компетентными министерствами, которые должны сотрудничать в реализации интегрированной здравоохранительной политики в тюрьмах.

3. Конфиденциальность и информированное согласие

Принципы конфиденциальности и информированного согласия пациента на любое медицинское вмешательство должны быть такими же, как и для публичной системы здравоохранения. Без конфиденциальности невозможно достичь положительного взаимодействия между заключенным и медицинским работником, что негативно отразится на качестве медицинского обслуживания в тюрьме. Информированное согласие также является основой общих международных стандартов в области здравоохранения, и такие же положения должны быть применимы к заключенным.

Согласно Единым минимальным стандартам обращения с заключенными Организации Объединенных Наций (Правила Нельсона Манделы), Резолюция Генеральной Ассамблеи 70/175, приложение, принятие 17 декабря 2015 года.

Правило 31

Врач или, в соответствующих случаях, другие квалифицированные медицинские работники должны иметь ежедневный доступ ко всем больным заключенным, ко всем заключенным, которые жалуются на физические или психические проблемы, травмы, а также к любому заключенному, к которому их внимание направлено специально. Все медицинские осмотры должны проводиться при полном соблюдении конфиденциальности.

Правило 32

1. Отношения между врачом или другими медицинскими работниками и заключенными должны регулироваться теми же этическими и профессиональными стандартами, что и для пациентов в сообществе, в частности:

(a) Обязанность защищать физическое и психическое здоровье заключенных и предотвращать, и лечить заболевания исключительно на клинической основе;

(b) Соблюдение автономии заключенных в вопросах их здоровья и получение информированного согласия в рамках отношений врач-пациент;

(c) Конфиденциальность медицинской информации, за исключением случаев, когда соблюдение конфиденциальности может привести к реальной и неминуемой угрозе для пациента или других лиц;

(d) Абсолютное запрещение участия, активно или пассивно, в актах, которые могут являться пытками или иным жестоким, бесчеловечным или унижающим достоинство обращением или наказанием, включая медицинские или научные эксперименты, которые могут нанести вред здоровью заключенного, такие как удаление клеток, тканей или органов заключенного.

2. Без ущерба для пункта 1(d) этого правила заключенные могут, с их свободного и информированного согласия, и в соответствии с действующим законодательством, принимать участие в клинических испытаниях и других исследованиях здоровья, доступных в сообществе, если они ожидаются приносить прямую и значительную пользу их здоровью, а также могут согласиться на донорство клеток, тканей или органов родственникам.

В рекомендациях КОМИТЕТА МИНИСТРОВ СОВЕТА ЕВРОПЫ РЕКОМЕНДАЦИЯ № R (98) 71 КОМИТЕТА МИНИСТРОВ ГОСУДАРСТВАМ-ЧЛЕНАМ ОТНОСИТЕЛЬНО ЭТИЧЕСКИХ И ОРГАНИЗАЦИОННЫХ АСПЕКТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ТЮРЬМЕ четко изложены ключевые моменты конфиденциальности и информированного согласия в тюрьмах. В этих положениях также содержатся требования к постоянному медицинскому обслуживанию в тюрьме и после освобождения.

B. Согласие пациента и конфиденциальность

13. Медицинская конфиденциальность должна гарантироваться и уважаться с той же строгостью, что и в отношении населения в целом.

14. Если только заключенные не страдают от заболевания, которое лишает их способности понимать характер их состояния, они всегда должны иметь право дать информированное согласие врачу до проведения любого физического осмотра их тела или их биологических продуктов, за исключением случаев, предусмотренных законом. Причины каждого осмотра должны быть ясно объяснены заключенным, и они должны их понять. Указания по поводу назначения медикаментов должны быть разъяснены заключенным, а также возможные побочные эффекты, которые могут возникнуть.

15. Информированное согласие должно быть получено также в случае с пациентами с психическими заболеваниями, а также в ситуациях, когда медицинские обязанности и требования безопасности могут не совпадать, например, в случае отказа от лечения или отказа от пищи.

16. Любое отклонение от принципа свободы согласия должно основываться на законе и руководствоваться теми же принципами, которые применяются к населению в целом.

17. Заключенные под стражей должны иметь право требовать консультации с их собственным врачом или другим внешним врачом за свой счет. Осужденные заключенные могут запросить второе мнение врача, и врач тюрьмы должен с пониманием отнестись к этому предложению. Однако любое решение по поводу заслуженности этого запроса в конечном итоге остается на его ответственности.

18. Все переводы в другие тюрьмы должны сопровождаться полными медицинскими записями. Записи должны быть переданы при условиях, обеспечивающих их конфиденциальность. Заключенные должны быть проинформированы о том, что их

медицинская запись будет передана. Они должны иметь право возразить против передачи в соответствии с национальным законодательством. Все освобожденные заключенные должны получить соответствующую письменную информацию о своем здоровье для их семейного врача.

4. Профессиональная независимость и профессиональная компетентность

Профессия врача является одной из самых независимых и автономных профессий в мире. Обязанности и обязанности медицинских работников регулируются в соответствии с Декларациями Всемирной медицинской ассоциации, которые включены в Руководство по медицинской этике, 3-е издание, опубликованное в 2015 году[59]. Основной целью медицинского работника должно быть: СТАВИТЬ ПАЦИЕНТА НА ПЕРВОЕ МЕСТО, и это решение должно быть принято в расчет для медицинских работников в тюрьмах. Ключевые моменты медицинской этики мы также опишем в специальной главе, посвященной спецификациям международной медицинской этики для тюремных врачей. В данном руководстве выделяются три основных области[60]:

1. Сочувствие, определяемое как понимание и беспокойство за страдания другого человека, является важнейшей частью медицинской практики. Чтобы справиться с проблемами пациента, врач должен определить симптомы, которые испытывает пациент, и их основные причины, а также должен хотеть помочь пациенту достичь облегчения. Пациенты реагируют лучше на лечение, если они ощущают, что врач ценит их беспокойство и лечит их, а не только их болезнь.
2. Очень высокая степень компетенции ожидается и требуется от врачей. Отсутствие компетенции может привести к смерти или серьезной болезни пациента. Врачи проходят длительный период обучения для обеспечения своей компетентности, но с учетом быстрого прогресса медицинских знаний это постоянная проблема для них — поддержание своей компетенции.
3. Автономия, или самоопределение, является основной ценностью медицины, которая изменилась больше всего за годы. Отдельные врачи традиционно пользовались высокой степенью клинической автономии при принятии решений о лечении своих пациентов. Врачи коллективно (медицинское сообщество) были свободны в определении стандартов медицинского образования и медицинской практики.

Врачебно-пациентские отношения[61] являются основой медицинской практики, а следовательно, и медицинской этики. Декларация Женевы требует от врача: «Здоровье моего пациента будет моим первым приоритетом», а Международный кодекс медицинской этики гласит: «Врач обязан быть полностью лояльным к своим пациентам и использовать все научные ресурсы, которые ему доступны».

Все международные стандарты медицинской этики должны быть одинаковыми для медицинских работников, работающих в тюрьмах. Уважение и равенство в здравоохранении

---

[59] ВМА, Руководство по медицинской этике, 3-е издание, опубликованное в 2015 году, https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/Ethics_manual_3rd_Nov2015_en_1x1.pdf

[60] ВМА, Руководство по медицинской этике, 3-е издание, опубликованное в 2015 году, ВМА, Руководство по медицинской этике, 3-е издание, опубликованное в 2015 году, ГЛАВА ПЕРВАЯ – ОСНОВНЫЕ ЧЕРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ, https://www.wma.net/what-we-do/education/medical-ethics-manual/

[61] ВМА, *Руководство по медицинской этике,* 3-е издание, опубликованное в 2015 году, ВМА, *Руководство по медицинской этике,* 3-е издание, опубликованное в 2015 году, ГЛАВА ВТОРАЯ — ВРАЧИ И ПАЦИЕНТЫ, https://www.wma.net/what-we-do/education/medical-ethics-manual/

являются важными элементами международной медицинской этики[62]. В 20 веке было значительно расширено понимание человеческого равенства в контексте прав человека. Одним из первых актов недавно образованных Объединенных Наций было принятие Всеобщей декларации прав человека (1948)[63], которая в статье 1 гласит: «Все люди рождаются свободными и равными по достоинству и правам».

Рекомендация Совета Европы № R (98) 7 определяет ключевые характеристики профессиональной независимости врачей в тюрьмах:

Г. Профессиональная независимость[64]

19. Врачи, работающие в тюрьме, должны предоставлять каждому заключенному те же стандарты медицинского обслуживания, что и пациентам в обществе. Медицинские потребности заключенного должны всегда быть главным приоритетом врача.
20. Клинические решения и любые другие оценки состояния здоровья задержанных должны основываться исключительно на медицинских критериях. Медицинский персонал должен работать с полной независимостью в пределах своей квалификации и компетенции.
21. Медсестры и другие члены медицинского персонала должны выполнять свои обязанности под прямым руководством старшего врача, который не должен передавать задачи парамедицинскому персоналу, кроме тех, что разрешены законом и деонтологическими кодексами. Качество медицинских и сестринских услуг должно оцениваться квалифицированным органом здравоохранения.
22. Оплата труда медицинского персонала не должна быть ниже, чем в других секторах общественного здравоохранения.

В поддержку этих определений, Правила Нельсона Манделы[65] утверждают следующее:

Правило 25

1. В каждой тюрьме должна быть организована служба здравоохранения, которая будет заниматься оценкой, продвижением, защитой и улучшением физического и психического здоровья заключенных, уделяя особое внимание заключенным с особыми потребностями в здравоохранении или с проблемами со здоровьем, которые мешают их реабилитации.
2. Служба здравоохранения должна состоять из междисциплинарной команды с достаточным количеством квалифицированного персонала, действующего в полной клинической независимости, и должна охватывать достаточную экспертизу в области психологии и психиатрии. Услуги квалифицированного стоматолога должны быть доступны каждому заключенному.

---

[62] BMA, *Руководство по медицинской этике*, 3-е издание, опубликованное в 2015 году, BMA, *Руководство по медицинской этике*, 3-е издание, опубликованное в 2015 году, ГЛАВА ВТОРАЯ — ВРАЧИ И ПАЦИЕНТЫ, https://www.wma.net/what-we-do/education/medical-ethics-manual/

[63] Всеобщая декларация прав человека, статья I, https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/eng.pdf

[64] Совета Европы, Рекомендация № R (98) 7, Д. Профессиональная независимость

[65] Минимальные стандартные правила ООН для обращения с заключенными (Правила Нельсона Манделы), резолюция Генеральной Ассамблеи 70/175, приложение, принятое 17 декабря 2015 года, Правила 25, 27

Правило 27

1. Все тюрьмы должны обеспечивать оперативный доступ к медицинской помощи в экстренных случаях. Заключенные, которые нуждаются в специализированном лечении или хирургическом вмешательстве, должны быть переведены в специализированные учреждения или гражданские больницы. Если у тюрьмы есть собственные медицинские учреждения, они должны быть должным образом укомплектованы и оснащены для предоставления заключенным необходимого лечения и ухода.
2. Клинические решения могут быть приняты только ответственными медицинскими специалистами и не могут быть отменены или проигнорированы немедицинским персоналом тюрьмы.

5. Специфическая роль тюремного врача и другого медицинского персонала в контексте тюремной среды

Этот подраздел включает важные вопросы, связанные с специфической ролью медицинского персонала тюрьмы, включая меры профилактики и продвижения общих стандартов здравоохранения в тюрьмах. Для создания позитивной здоровой атмосферы в тюрьме, необходимой для построения доверительных отношений как с заключенными, так и с руководством тюрьмы, необходимо также устанавливать тесные связи с системой здравоохранения для общего населения.

Все сотрудники медицинской службы, работающие в тюрьмах, должны всегда помнить, что их первая обязанность перед любым заключенным, являющимся их пациентом, — это клиническое обслуживание.

Медицинские работники, особенно врачи, отвечающие за медицинское обслуживание заключенных и задержанных, обязаны обеспечивать защиту их физического и психического здоровья, а также лечение заболеваний того же качества и стандарта, что и для тех, кто не находится в заключении или под арестом. Это основное обязательство относится также к остальному медицинскому персоналу.

Важным организационным аспектом тюремной медицины является обеспечение заключенным доступа к медицинской помощи соответствующего качества. Это должно быть достигнуто путем создания тесных связей между медицинскими службами тюрем и общественным здравоохранением.

Всемирная организация здравоохранения настоятельно рекомендует тесную связь между тюремным здравоохранением и общественным здравоохранением[66]. Декларация Москвы о тюремном здравоохранении как части общественного здравоохранения (Региональный офис ВОЗ для Европы, 2003) подробно объяснила некоторые причины, почему важно налаживать тесные рабочие отношения с органами здравоохранения.

• В тюремных учреждениях проживает большое количество людей из наиболее маргинализированных слоев общества, людей с плохим здоровьем и хроническими необработанными заболеваниями, наркозависимых, уязвимых людей и тех, кто занимается

[66] Здоровье в тюрьмах. Руководство ВОЗ по основам здоровья в тюрьмах, 2. Стандарты в тюремной медицине: заключенный как пациент — Эндрю Койл, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf

рискованной деятельностью, такой как инъекционное употребление наркотиков и коммерческая сексуальная деятельность.

• Перемещение людей, уже инфицированных или находящихся в группе высокого риска заболеваний, в тюремные учреждения и их возвращение обратно в гражданское общество без эффективного лечения и последующего наблюдения приводит к риску распространения инфекционных заболеваний как внутри тюремной системы, так и за ее пределами. Ответные меры по профилактике и лечению должны основываться на научных данных и здравоохранительных принципах, с вовлечением частного сектора, неправительственных организаций и затронутых групп населения.

• Условия жизни в большинстве тюрем мира являются нездоровыми. Переполненность, насилие, отсутствие света, свежего воздуха и чистой воды, плохое питание и деятельность, способствующая распространению инфекций, такие как татуировки, — это распространенные явления. Уровни инфекций туберкулезом, ВИЧ и гепатитом значительно выше, чем в общей популяции. Учитывая все стандарты тюремного здравоохранения, включая независимость медицинских работников, тюремный врач должен иметь консультативный статус для тюремной администрации, чтобы предоставлять рекомендации по качеству пищи, условиям проживания и стандартам гигиены в тюрьме, а также обучать заключенных и тюремную администрацию мерам профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний.

Согласно рекомендации Совета Европы No. R (98) 7, глава 2: Конкретная роль тюремного врача и других медицинских работников в контексте тюремной среды:

А. Общие требования

23. Роль тюремного врача заключается, прежде всего, в предоставлении соответствующего медицинского ухода и консультаций всем заключенным, за которых он или она несет клиническую ответственность.

24. Это также включает в себя консультирование тюремного руководства по вопросам, касающимся питания или окружающей среды, в которой заключенные вынуждены жить, а также относительно гигиены и санитарии.

25. Медицинский персонал должен иметь возможность предоставлять информацию о здоровье тюремному руководству и охранникам, а также обеспечивать необходимое медицинское обучение, если это необходимо.

Б. Информация, профилактика и здравоохранительное образование

26. При поступлении в тюрьму каждому человеку должна быть предоставлена информация о его правах и обязанностях, внутренних правилах учреждения, а также о том, как и где получить помощь и консультацию. Эта информация должна быть понятна каждому заключенному. Специальные инструкции должны быть предоставлены неграмотным.

27. Программа здравоохранительного образования должна быть разработана во всех тюремных учреждениях. Как заключенные, так и тюремные администраторы должны получить базовую информацию по здравоохранению, направленную на здоровье лиц в заключении.

28. Особое внимание следует уделить объяснению преимуществ добровольного и анонимного тестирования на инфекционные заболевания и возможным негативным

последствиям от гепатита, заболеваний, передающихся половым путем, туберкулеза или инфекции ВИЧ. Те, кто пройдет тестирование, должны получить консультацию и последующее медицинское наблюдение.

29. Программа здравоохранительного образования должна быть направлена на стимулирование развития здорового образа жизни и обеспечение заключенных возможностью принимать правильные решения в отношении своего здоровья и здоровья своих семей, сохранения и защиты индивидуальной целостности, уменьшения рисков зависимости и рецидивизма. Этот подход должен мотивировать заключенных участвовать в здравоохранительных программах, в которых они обучаются последовательному поведению и стратегиям минимизации рисков для здоровья.

Согласно рекомендации Совета Европы No. R (98) 7, глава 2: Конкретная роль тюремного врача и других медицинских работников в контексте тюремной среды, пункт С включает следующие соображения:

В. Особые формы патологии и профилактическое здравоохранение в тюрьме[67]

30. Любые признаки насилия, обнаруженные во время медицинского осмотра заключенных при поступлении в тюремное учреждение, должны быть полностью зафиксированы врачом, а также любые соответствующие заявления заключенного и выводы врача. Эта информация должна быть предоставлена тюремной администрации с согласия заключенного.

31. Любая информация о случаях насилия в отношении заключенных, произошедших в ходе заключения, должна быть передана соответствующим властям. Как правило, такие действия должны осуществляться только с согласия заключенных.

32. В некоторых исключительных случаях, и в любом случае при строгом соблюдении правил профессиональной этики, информированное согласие заключенного не обязательно, особенно если врач считает, что он или она несет большую ответственность как за пациента, так и за остальную часть тюремного сообщества, чтобы сообщить о серьезном инциденте, который представляет реальную опасность. Служба здравоохранения должна собирать, если это необходимо, периодические статистические данные о наблюдаемых травмах с целью передачи их тюремному руководству и соответствующим министерствам, в соответствии с национальным законодательством о защите данных.

33. Необходимое медицинское обучение для сотрудников охраны должно быть предоставлено с целью помочь им сообщать о физических и психических проблемах, которые они могут обнаружить в тюремной популяции[68].

Г. Профессиональное обучение медицинского персонала тюрем[69]

34. Тюремные врачи должны быть хорошо знакомы как с общими медицинскими, так и с психиатрическими расстройствами. Их обучение должно включать освоение

---

[67] Согласно Рекомендации № R (98) 7 Совета Европы, глава 2: Специфическая роль тюремного врача и другого медицинского персонала в контексте тюремной среды, пункт С, https://rm.coe.int/09000016804fb13c

[68] Рекомендация № R (98) 7 Совета Европы, глава 2: Специфическая роль тюремного врача и другого медицинского персонала в контексте тюремной среды, https://rm.coe.int/09000016804fb13c

[69] Совета Европы Рекомендация № R (98) 7, D. Профессиональное обучение медицинского персонала тюрем, https://rm.coe.int/09000016804fb13c

теоретических знаний, понимание тюремной среды и ее воздействия на медицинскую практику в тюрьме, оценку их навыков и прохождение стажировки под руководством более опытного коллеги. Также им необходимо предоставлять регулярное повышение квалификации.

35. Необходимое обучение также должно быть предоставлено другим сотрудникам здравоохранения, включая знания о функционировании тюрем и соответствующих тюремных правилах.

Рекомендация Совета Европы № R (98) 7, Глава 3 Организация здравоохранения в тюрьме с особым акцентом на управление определенными распространенными проблемами

Специфическая роль тюремного врача также включает предотвращение любых форм насилия в тюрьме, а также документирование и предотвращение случаев пыток и жестокого обращения:

Согласно руководству «Тюремное здравоохранение и медицинская этика - Руководство для медицинских работников и другого тюремного персонала, ответственного за благополучие заключенных», Рекомендация Совета Европы R (1998) 7 и стандарты CPT подчеркивают роль медицинских работников в предотвращении пыток и жестокого обращения, а также предотвращении насилия среди заключенных. Службы тюремного здравоохранения могут помочь предотвратить насилие против заключенных, систематически регистрируя травмы и, если необходимо, регулярно передавая общую информацию компетентным органам о проблеме насилия в тюрьме[70].

Медицинские осмотры после инцидентов насилия предоставляют важную защиту от жестокого обращения и безнаказанности, а также от насилия между заключенными. Это касается не только выявления признаков насилия при медицинских осмотрах при поступлении, но также медицинских осмотров после каждого инцидента насилия во время заключения. Любое обвинение в насилии или жестоком обращении должно быть зафиксировано в соответствии с принципами и руководящими принципами Стамбульского Протокола ООН[71] , за которым следует многопрофильный медицинский осмотр, медицинская документация результатов и заключение врача, которое должно быть передано соответствующему прокурору с согласия пациента как основание для судебного разбирательства[72]. Кроме того, каждый инцидент насилия должен быть включен в систематическую статистическую запись насилия, проводимую медицинскими работниками, чтобы помочь властям оценить уровень насилия в тюрьме и разработать превентивные меры против насилия.

Согласно вышеупомянутым Рекомендациям, подраздел:

---

[70] Стандарты CPT 2002 (пересмотрено в 2011 г.); CPT/Inf (2011)33; (2011)24; (2012)17; (2012)34, https://www.refworld.org/sites/default/files/legacy-pdf/en/2011-3/4d7882092.pdf

[71] Руководство Протокола Стамбула по эффективному расследованию и документированию пыток и другого жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания, https://www.ohchr.org/Documents/Publications/training8rev1en.pdf

[72] Стандарты CPT 2002 (пересмотрено в 2011 г.), https://www.refworld.org/sites/default/files/legacy-pdf/en/2011-3/4d7882092.pdf

F. Насилие в тюрьмах: дисциплинарные процедуры и санкции, дисциплинарное заключение, физическое ограничение, режим строгой безопасности.

64. Заключенные, которые боятся насилия, включая возможные сексуальные преступления со стороны других заключенных по любым причинам, или те, кто недавно подвергался нападению или травмам от других членов тюремного сообщества, должны иметь доступ к полной защите со стороны охраны.

65. Роль врача не должна заключаться в санкционировании и одобрении применения силы со стороны тюремного персонала, который сам несет ответственность за поддержание порядка и дисциплины.

66. В случае применения санкции в виде дисциплинарного изолятора, любого другого дисциплинарного наказания или меры безопасности, которые могут негативно повлиять на физическое или психическое здоровье заключенного, медицинский персонал должен предоставить медицинскую помощь или лечение по просьбе заключенного или тюремного персонала.

Также следует отметить, что участие медицинских работников в дисциплинарных санкциях или любых формах обысков тела является значительным нарушением международных стандартов медицинской этики.

Единственная задача медицинских работников — заботиться о здоровье и благополучии заключенных, включая профилактическую медицинскую помощь и запись и отчетность о признаках насилия и жестокого обращения. CPT подчеркивает, что "тюремный врач действует как личный врач пациента. Следовательно, в интересах сохранения врачебно-пациентских отношений ему не следует просить подтверждения того, что заключенный готов пройти наказание. Он также не должен проводить обыски тела или осмотры по просьбе властей, за исключением чрезвычайных случаев, когда нельзя вызвать другого врача"[73].

Неучастие медицинского персонала в обысках тела и в принятии решения о помещении в одиночную камеру в качестве дисциплинарного наказания также указано в соответствующих заявлениях WMA[74]. Медицинские вмешательства, требуемые властями и не соответствующие интересам заключенного, такие как тестирование на наркотики, интимные обыски тела или судебно-медицинские исследования, должны выполняться медицинскими профессионалами, не участвующими в уходе за заключенными[75].

Те же соображения определены в Рекомендации № R (98) 7 Совета Европы:

Д. Обследования тела, медицинские отчеты, медицинские исследования

73. Врачи тюрем не должны готовить медицинские или психиатрические отчеты для защиты или обвинения, за исключением случаев, когда это запрашивает сам заключенный или по распоряжению суда. Они должны избегать роли медицинских экспертов в судебных процессах, касающихся заключенных под стражей. Они должны собирать и анализировать образцы только для диагностических исследований и исключительно по медицинским показаниям.

---

[73] Совет Европы. Стандарты CPT: Содержательные разделы Общих отчетов CPT, Выпуск из 3-го общего отчета 1993 года, http://hudoc.cpt.coe.int/eng?i=p-standards-inf-1993-12-part-en-1

[74] Заявление о поисках тела заключенных, Всемирная медицинская ассоциация, 2017, https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-body-searches-of-prisoners/ Заявление о одиночном заключении, Всемирная медицинская ассоциация, 2017, https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-solitary-confinement

[75] Руководство Совета Европы: ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ В ТЮРЬМАХ, февраль 2019, Напечатано в Совете Европы, https://rm.coe.int/guidelines-organisation-and-management-of-health-care-in-prisons/168093ae69

74. Медицинские исследования на заключенных должны проводиться в соответствии с принципами, изложенными в Рекомендациях № R (87) 3[76] по Европейским тюремным правилам, № R (90) 3 о медицинских исследованиях на людях и № R (93) 6 о тюремных и криминологических аспектах контроля за инфекционными заболеваниями, включая СПИД и сопутствующие проблемы со здоровьем в тюрьмах.

Рекомендация Совета Европы № R (98) 7, Глава 3, также включает приоритеты здравоохранения в пенитенциарной системе, особые гуманитарные категории, а также обязательства по правам заключенных на голодовке и отказ от лечения.

A. Трансмиссивные заболевания, в частности: инфекция ВИЧ и СПИД, туберкулез, гепатит

36. Для предотвращения инфекций, передающихся половым путем, в тюрьмах должны быть приняты соответствующие профилактические меры.

37. Тесты на ВИЧ должны проводиться только с согласия заключенных, на анонимной основе и в соответствии с действующим законодательством. До и после теста должно быть предоставлено полное консультирование.

38. Изоляция пациента с инфекционным заболеванием оправдана только в том случае, если такая мера была бы предпринята и в условиях, аналогичных тюремным, по тем же медицинским показаниям.

39. Не должно быть предусмотрено никакой формы сегрегации в отношении лиц, у которых положительный результат на антитела к ВИЧ, за исключением случаев, изложенных в пункте 40.
40. Лица, которые серьезно заболели болезнями, связанными с СПИДом, должны получать лечение в отделении здравоохранения тюрьмы, без необходимости полной изоляции. Пациенты, которые нуждаются в защите от инфекционных заболеваний, передаваемых другими пациентами, должны быть изолированы только в случае, если такая мера необходима для их собственной безопасности, чтобы предотвратить заражение вторичными инфекциями, особенно в случаях, когда их иммунная система серьезно ослаблена.

41. Если обнаружены случаи туберкулеза, должны быть применены все необходимые меры для предотвращения распространения инфекции в соответствии с соответствующим законодательством в этой области. Лечение должно проводиться на уровне, соответствующем внешним стандартам.

42. Поскольку вакцинация против гепатита B является единственным эффективным методом предотвращения распространения этого заболевания, она должна быть предложена заключенным и сотрудникам. Информация и соответствующие профилактические меры должны быть предоставлены, учитывая, что гепатиты B и C передаются в основном при внутривенном употреблении наркотиков, а также при семенных и кровяных инфекциях.

[76] Европейские тюремные правила, Совет Европы, июнь 2006, https://book.coe.int/en/penal-law-and-criminology/3565-european-prison-rules.html

Б. Зависимость от наркотиков, алкоголя и медикаментов: управление аптекой и распределение медикаментов

43. Уход за заключенными с проблемами, связанными с алкоголем и наркотиками, должен развиваться дальше, с особым вниманием к услугам, предоставляемым наркозависимым, как это рекомендуется Группой сотрудничества по борьбе с наркозависимостью и незаконным оборотом наркотиков (Группа Помпиду). Поэтому необходимо предоставить достаточное количество обучения медицинскому и тюремному персоналу и улучшить сотрудничество с внешними консультативными службами, чтобы обеспечить продолжение терапии после освобождения в сообществе.

44. Тюремный врач должен поощрять заключенных использовать систему социального или психотерапевтического сопровождения, чтобы предотвратить риски злоупотребления наркотиками, медикаментами и алкоголем.

45. Лечение симптомов отмены наркотиков, алкоголя или медикаментов в тюрьме должно проводиться по тем же принципам, что и в сообществе.

46. Если заключенные проходят курс отмены, врач должен поощрять их как в тюрьме, так и после их освобождения предпринимать все необходимые шаги, чтобы избежать рецидива зависимости.

47. Заключенные должны иметь возможность консультироваться с квалифицированным внутренним или внешним консультантом, который предоставит им необходимую поддержку как в период отбывания наказания, так и во время лечения после освобождения. Такие консультанты также должны быть в состоянии содействовать обучению тюремного персонала.

48. При необходимости заключенным следует разрешать носить предписанные им медикаменты. Однако медикаменты, которые опасны при передозировке, должны быть удержаны и выдаваться им на основе индивидуальной дозы.

49. В консультации с компетентным фармацевтом тюремный врач должен при необходимости составить полный список медикаментов и препаратов, которые обычно прописываются в медицинской службе. Медицинский рецепт должен оставаться исключительной ответственностью медицинского персонала, и медикаменты должны распределяться только уполномоченным персоналом.

В. Лица, не подходящие для продолжения задержания: серьезные физические инвалидности, пожилой возраст, краткосрочные фатальные прогнозы

50. Заключенные с серьезными физическими инвалидностями и пожилые люди должны быть размещены так, чтобы они могли вести как можно более нормальную жизнь и не должны быть изолированы от общей тюремной популяции. Следует провести структурные изменения, чтобы помочь людям на инвалидных колясках и инвалидам, по аналогии с условиями в внешней среде.

51. Решение о том, когда пациенты с краткосрочным фатальным прогнозом должны быть переведены в внешние больницы, должно приниматься на медицинских основаниях. В ожидании такого перевода этим пациентам должна предоставляться оптимальная медицинская помощь в терминальной стадии их болезни в тюремной медицинской службе. В таких случаях следует предусматривать периодический отдых в внешнем

хосписе. Следует также рассмотреть возможность помилования по медицинским причинам или условного освобождения.

Г. Психиатрические симптомы, психические расстройства и серьезные личностные расстройства, риск самоубийства

52. Тюремное руководство и министерство, ответственное за психическое здоровье, должны сотрудничать в организации психиатрических услуг для заключенных.

53. Психиатрические и социальные службы при тюрьмах должны оказывать помощь и консультации заключенным, укреплять их навыки адаптации и преодоления. Эти службы должны координировать свою деятельность, учитывая их соответствующие задачи. Их профессиональная независимость должна быть обеспечена, с должным учетом специфики тюремных условий.

54. В случаях осужденных за сексуальные преступления следует предложить психиатрическое и психологическое обследование, а также соответствующее лечение как во время пребывания в тюрьме, так и после освобождения.

55. Заключенные, страдающие от серьезных психических расстройств, должны содержаться и лечиться в больничных учреждениях, которые оснащены должным образом и имеют соответствующий обученный персонал. Решение о госпитализации заключенного в публичную больницу должно быть принято психиатром с разрешения компетентных властей.

56. В тех случаях, когда использование строгого confinement для психически больных пациентов невозможно избежать, оно должно быть сведено к абсолютному минимуму и заменено непрерывным индивидуальным медицинским уходом как можно скорее.
57. В исключительных случаях возможно физическое ограничение на короткий период для пациентов с тяжелыми психическими расстройствами, пока не начнет действовать успокаивающее действие соответствующих медикаментов.

58. Риск самоубийства должен постоянно оцениваться как медицинским, так и тюремным персоналом. Для предотвращения самоповреждений следует использовать физические методы, тесное и постоянное наблюдение, диалог и уверенность, по мере необходимости, в моменты кризиса.

59. После освобождения заключенные должны получать последующее лечение в специализированных внешних учреждениях.

Д. Отказ от лечения, голодовка

60. В случае отказа от лечения врач должен запросить письменное заявление, подписанное пациентом в присутствии свидетеля. Врач должен предоставить пациенту полную информацию о возможных преимуществах медикаментозного лечения, возможных терапевтических альтернативах и предупредить о рисках, связанных с его отказом. Следует удостовериться, что пациент полностью понимает свое положение. Если возникают трудности понимания из-за языка пациента, необходимо привлечь опытного переводчика.

61. Клиническая оценка состояния голодающего должна проводиться только с явного разрешения пациента, если только он или она не страдают от серьезных психических расстройств, которые требуют перевода в психиатрическую службу.
62. Голодающим должны быть даны объективные объяснения вредных последствий их действий для физического благополучия, чтобы они понимали опасности продолжительной голодовки.

63. Если по мнению врача состояние голодающего существенно ухудшается, важно, чтобы врач сообщил об этом соответствующим властям и предпринял действия в соответствии с национальным законодательством (включая профессиональные стандарты).

E. Специальные программы здравоохранения: социотерапевтические программы, семейные связи и контакты с внешним миром, мать и ребенок

67. Социотерапевтические программы должны быть организованы в духе сообщества и тщательно контролироваться. Врачи должны быть готовы конструктивно сотрудничать со всеми заинтересованными службами с целью обеспечения заключенным доступа к таким программам и, таким образом, приобретения социальных навыков, которые могут помочь снизить риски рецидивизма после освобождения.

68. Следует рассмотреть возможность разрешить заключенным встречаться с их сексуальными партнерами без визуального наблюдения во время визита.

69. Очень маленькие дети матерей, находящихся под стражей, должны иметь возможность оставаться с ними, чтобы матери могли оказывать необходимое внимание и заботу для поддержания хорошего состояния здоровья и поддержания эмоциональной и психологической связи.

70. Для матерей с детьми должны быть предоставлены специальные помещения (ясли, детские сады).

71. Врачи не должны участвовать в административных решениях о разделении детей с матерями по достижении определенного возраста.

Диаграммы ниже подытоживают ключевые особенности роли врача в тюрьме:

Роль врача в тюрьме

Резюмированные диаграммы по приоритетам здравоохранения в тюрьме

IX. ИТОГОВОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ О МЕДИЦИНСКОМ ОБСЛУЖИВАНИИ В ТЮРЬМАХ И МЕЖДУНАРОДНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКЕ

1. Ключевые моменты согласно руководству Всемирной организации здравоохранения "Здравоохранение в тюрьмах — руководство по основам здравоохранения в тюрьмах",

Глава 5. Специфические этические и клинические проблемы тюрем[77]:

• Независимо от обстоятельств, главной целью медицинского персонала в тюрьмах должно оставаться обеспечение благополучия и достоинства пациентов.

• Результаты медицинских осмотров и анализов, проведенных в тюрьме с согласия в рамках клинического обслуживания, должны обрабатываться с таким же уважением к конфиденциальности, как это предусмотрено этическими нормами медицинской практики.

• Для того, чтобы избежать путаницы относительно роли врача, между медицинскими осмотрами и лечением в роли поставщика медицинских услуг и другими функциями, такими как предоставление медицинской экспертизы (например, для судебно-медицинских отчетов), врач должен заранее сообщить пациенту, что медицинская тайна не будет распространяться на результаты медицинских осмотров и анализов, проведенных для указанных целей.

• Независимо от вопросов безопасности, медицинский персонал должен иметь неограниченный доступ в любое время и в любом месте ко всем задержанным, включая тех, кто находится под дисциплинарными мерами.

• Медицинский персонал ни при каких обстоятельствах не должен участвовать в применении санкций к заключенным или в процессе принятия решений, поскольку это может подорвать отношения "врач-пациент".

• Медицинский персонал не должен проводить медицинские процедуры с ограниченными людьми (включая тех, кто находится в наручниках), за исключением случаев, когда речь идет о людях с острыми психическими заболеваниями, представляющими немедленный серьезный риск для них или других.

• Врачи, проводящие интимные осмотры тела, должны объяснить заключенным перед проведением осмотра, что они вмешиваются исключительно как эксперты и что их действия не имеют терапевтической или диагностической цели.

• Во время голодовки врачи должны избегать риска того, чтобы задержанные, тюремные или судебные власти использовали их медицинские решения в своих интересах.

• Врачи обязаны документировать физические признаки и/или психические симптомы, которые могут быть связаны с тем, что задержанный подвергался пыткам или жестокому, бесчеловечному или унижающему достоинство обращению, и, учитывая пожелания пациента, сообщать о таких актах через соответствующие каналы.

• Медицинская служба в тюрьме может сыграть очень важную роль в борьбе с жестоким обращением внутри учреждения и за его пределами. Физическое и психологическое

---

[77] Руководство ВОЗ по основам здравоохранения в тюрьмах, Глава 5. Специфические этические и клинические проблемы тюрем, Жан-Пьер Рестеллини, https://books.google.ge/books/about/Health_in_Prisons.html?id=vvTZFfE_yv8C&redir_esc=y

обследование, проводимое при поступлении нового заключенного, особенно важно с этой точки зрения.

• Весь медицинский персонал, работающий с задержанными на постоянной основе, должен пройти специальную программу обучения. Она должна охватывать вопросы специфики и внутреннего устройства различных тюрем, способы работы в потенциально опасных или насильственных ситуациях, а также риски этических нарушений, характерных для их деятельности как поставщиков медицинских услуг в тюрьмах.

2. Профессионалы здравоохранения в тюрьмах не должны участвовать в дисциплинарных процедурах, осмотрах тела и физических ограничениях, которые не являются частью медицинских вмешательств, направленных на улучшение психического и физического состояния пациента/заключенного.
3. В любых обстоятельствах врачи или медицинский персонал в тюрьмах не должны участвовать в пытках или жестоком обращении.

Ключевые международные стандарты медицинской этики в отношении здравоохранения в тюрьмах

Декларация Женевы 1948 года[78], принятая на 2-й Генеральной Ассамблее Всемирной медицинской ассоциации, Женева, Швейцария, сентябрь 1948 года и изменена 22-й Всемирной медицинской ассамблеей, Сидней, Австралия, август 1968 года, 35-й Всемирной медицинской ассамблеей, Венеция, Италия, октябрь 1983 года, 46-й Всемирной медицинской ассамблеей, Стокгольм, Швеция, сентябрь 1994 года, редакционно изменена 170-й сессией Совета ВМА, Дивон-ле-Бен, Франция, май 2005 года, и 173-й сессией Совета ВМА, Дивон-ле-Бен, Франция, май 2006 года, и изменена 68-й Генеральной ассамблеей ВМА, Чикаго, США, октябрь 2017 года.\

Эта Декларация, основанная на клятве Гиппократа, является основой для клятвы медицинских работников в большинстве стран.

Врачебная клятва

КАК ЧЛЕН МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФЕССИИ:

Я ТОРЖЕСТВЕННО ОБЕЩАЮ посвятить свою жизнь служению человечеству;

ЗДОРОВЬЕ И БЛАГОСОСТОЯНИЕ МОЕГО ПАЦИЕНТА будут моим первым приоритетом;

Я БУДУ УВАЖАТЬ автономию и достоинство моего пациента;

Я БУДУ СОХРАНЯТЬ наивысшее уважение к человеческой жизни;

Я НЕ ДОПУЩУ, чтобы возраст, болезнь или инвалидность, религиозные убеждения, этническое происхождение, пол, национальность, политическая принадлежность, раса, сексуальная ориентация, социальный статус или любой другой фактор вмешивались в мои обязанности перед пациентом;

Я БУДУ СОХРАНЯТЬ тайны, доверенные мне, даже после смерти пациента;

[78] Декларация Женевы 1948 года, https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/

Я БУДУ ПРАКТИКОВАТЬ свою профессию с совестью и достоинством, в соответствии с хорошей медицинской практикой;

Я БУДУ СОХРАНЯТЬ честь и благородные традиции медицинской профессии;

Я БУДУ ОКАЗЫВАТЬ своим учителям, коллегам и студентам уважение и благодарность, которые они заслуживают;

Я БУДУ ДЕЛИТЬСЯ своими медицинскими знаниями ради блага пациента и развития здравоохранения;

Я БУДУ ЗАБОТИТЬСЯ о своем здоровье, благополучии и способностях, чтобы предоставлять медицинскую помощь на высшем уровне;

Я НЕ БУДУ ИСПОЛЬЗОВАТЬ свои медицинские знания для нарушения прав человека и гражданских свобод, даже под угрозой;

Я ДЕЛАЮ ЭТИ ОБЕЩАНИЯ торжественно, свободно и на своей чести.

Декларация ВМА от Токио — руководство для врачей по отношению к пыткам и другим жестоким, бесчеловечным и унижающим обращениям и наказаниям в отношении заключенных и тюремного заключения[79]**,**

Принята 29-й Всемирной медицинской ассамблеей, Токио, Япония, октябрь 1975 года,

Редакционно пересмотрена 170-й сессией Совета ВМА, Дивон-ле-Бен, Франция, май 2005 года и 173-й сессией Совета ВМА, Дивон-ле-Бен, Франция, май 2006 года

Пересмотрено 67-й Генеральной ассамблеей ВМА, Тайпей, Тайвань, октябрь 2016 года

ПРЕАМБУЛА

Привилегия врача — практиковать медицину на службе человечества, сохранять и восстанавливать физическое и психическое здоровье без различия между людьми, утешать и облегчать страдания своих пациентов. Крайнее уважение к человеческой жизни должно поддерживаться даже под угрозой, и не должно быть использовано никакое медицинское знание, противоречащее законам человечности.

Для целей этой Декларации пытка определяется как преднамеренное, систематическое или безжалостное причинение физического или психического страдания одним или несколькими лицами, действующими по указанию властей, чтобы заставить другого человека раскрыть информацию, сделать признание или по любой другой причине.

ДЕКЛАРАЦИЯ

1. Врач не должен мириться с практикой пыток или других форм жестоких, бесчеловечных или унижающих обращений, независимо от того, в каком преступлении

[79] ДЕКЛАРАЦИЯ ВМА ТОКИО — РУКОВОДЯЩИЕ ПРИНЦИПЫ ДЛЯ ВРАЧЕЙ ПО ОТНОШЕНИЮ К ПЫТКАМ И ДРУГИМ ЖЕСТОКИМ, БЕЗЧЕЛОВЕЧНЫМ И УНИЖАЮЩИМ ОБРАЩЕНИЯМ И НАКАЗАНИЯМ, СВЯЗАННЫМ С ЗАДЕРЖАНИЕМ И ТЮРЕМНЫМ НАХОЖДЕНИЕМ, https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-tokyo-guidelines-for-physicians-concerning-torture-and-other-cruel-inhuman-or-degrading-treatment-or-punishment-in-relation-to-detention-and-imprisonment/

подозревается или обвиняется жертва, независимо от убеждений или мотивов жертвы и в любых ситуациях, включая вооруженные конфликты и гражданские беспорядки.

2. Врач не должен предоставлять помещения, инструменты, вещества или знания, которые способствуют практике пыток или других форм жестокого, бесчеловечного или унижающего обращения или уменьшают способность жертвы сопротивляться такому обращению.

3. При оказании медицинской помощи задержанным или заключенным, которые подвергаются или могут позже подвергаться допросу, врачи должны особенно внимательно следить за конфиденциальностью всей личной медицинской информации. Нарушение Женевских конвенций должно в любом случае быть сообщено врачом соответствующим органам.
4. Как указано в Резолюции ВМА об Ответственности врачей за документацию и осуждение актов пыток или жестокого, бесчеловечного или унижающего обращения, врачи имеют этическое обязательство сообщать о злоупотреблениях, по возможности с согласия субъекта, но в определенных обстоятельствах, когда жертва не может свободно выразить свою волю, без явного согласия.
5. Врач не должен использовать и не должен позволять использовать, насколько это возможно, свои медицинские знания или навыки, а также информацию о состоянии здоровья конкретных людей, чтобы облегчить или иным образом помочь при проведении допроса, будь то законного или незаконного, этих людей.
5. Врач не должен присутствовать на любой процедуре, в ходе которой применяется или угрожает применением пытка или другие формы жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения.
6. Врач должен иметь полную клиническую независимость при принятии решения о лечении человека, за которого он несет медицинскую ответственность. Основная роль врача — облегчить страдания своего соотечественника, и никакие мотивы, будь то личные, коллективные или политические, не должны превалировать над этой высшей целью.
7. Если заключенный отказывается от пищи и считается врачом способным сформировать независимое и рациональное суждение о последствиях такого добровольного отказа от пищи, ему не следует искусственно вводить питание, как это указано в Декларации ВМА по голодающим заключенным. Решение о способности заключенного сформировать такое суждение должно быть подтверждено как минимум одним независимым врачом. Последствия отказа от пищи должны быть объяснены врачом заключенному.
8. Напоминая Декларацию Гамбурга, касающуюся поддержки врачей, которые отказываются участвовать в или поддерживать использование пыток или других форм жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения, Всемирная медицинская ассоциация поддерживает и призывает международное сообщество, Национальные медицинские ассоциации и других врачей поддерживать врача и его семью в случае угроз или репрессий, возникших из-за отказа поддерживать применение пыток или других форм жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения.
9. Всемирная медицинская ассоциация призывает Национальные медицинские ассоциации поддерживать врачей в их стремлении продолжать обучение и развитие в области прав человека.

Принципы медицинской этики, касающиеся роли медицинского персонала, в частности врачей, в защите заключенных и задержанных от пыток и других форм

жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания[80] (Приняты в резолюции Генеральной Ассамблеи 37/194 от 18 декабря 1982 года).

Принцип 1

Медицинский персонал, особенно врачи, несут обязанность защищать физическое и психическое здоровье заключенных и задержанных, а также лечить их болезни с тем же качеством и стандартами, что и для тех, кто не находится в заключении или задержании.

Принцип 2

Это грубое нарушение медицинской этики, а также правонарушение согласно применимым международным актам, если медицинский персонал, особенно врачи, участвуют активно или пассивно в действиях, которые составляют участие в пытках, соучастие, подстрекательство или попытки совершить пытки или другие формы жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания.

Принцип 3

Это нарушение медицинской этики, если медицинский персонал, особенно врачи, участвуют в профессиональных отношениях с заключенными или задержанными, цель которых не заключается исключительно в оценке, защите или улучшении их физического и психического здоровья.

Принцип 4

Это нарушение медицинской этики для медицинского персонала, особенно врачей:

(а) Применять свои знания и навыки для участия в допросах заключенных и задержанных таким образом, который может отрицательно повлиять на физическое или психическое здоровье этих заключенных или задержанных и который не соответствует соответствующим международным актам;

(б) Сертифицировать или участвовать в сертификации пригодности заключенных или задержанных к любому виду лечения или наказания, которые могут отрицательно повлиять на их физическое или психическое здоровье и которые не соответствуют соответствующим международным актам, или участвовать в каком-либо виде такого лечения или наказания, которое не соответствует соответствующим международным актам.

Принцип 5

Это нарушение медицинской этики для медицинского персонала, особенно врачей, участвовать в любом процессе удержания заключенного или задержанного, если такая процедура не была определена в соответствии с чисто медицинскими критериями как необходимая для защиты физического или психического здоровья или безопасности самого

[80] Принципы медицинской этики, касающиеся роли медицинского персонала, особенно врачей, в защите заключенных и задержанных от пыток и других форм жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/principles-medical-ethics-relevant-role-health-personnel

заключенного или задержанного, его товарищей по заключению или задержанию, или его охранников, и не представляет угрозы для его физического или психического здоровья.

Принцип 6

Не может быть исключений из вышеупомянутых принципов по любому основанию, включая публичную угрозу.

Резолюция ВМА о ответственности врачей в документации и осуждении актов пыток или жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения[81], принятая 54-й Генеральной Ассамблеей ВМА, Хельсинки, Финляндия, сентябрь 2003 года, переработанная 58-й Генеральной Ассамблеей ВМА, Копенгаген, Дания, октябрь 2007 года и 71-й Генеральной Ассамблеей ВМА (онлайн), Кордова, Испания, октябрь 2020 года.

Введение

Достоинство и ценность каждого человека признаны на мировом уровне и выражены в многочисленных выдающихся этических кодексах и декларациях прав человека, включая Всеобщую декларацию прав человека. Любое действие пытки или жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения является нарушением этих кодексов и несовместимо с этическими принципами, которые лежат в их основе. Эти кодексы перечислены в конце данного заявления (1).

Тем не менее, в медицинских профессиональных кодексах и правовых текстах нет последовательного и явного указания на обязанность врачей документировать случаи и осуждать акты пыток или жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения, о которых они становятся осведомлены или свидетелями.

Тщательная и последовательная документация и осуждение пыток или жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения врачами способствует защите прав человека жертв и защите их физической и психической целостности. Отсутствие документации и осуждения этих актов может рассматриваться как форма терпимости к ним.

Из-за психологических последствий, которые они испытывают, или давления, оказываемого на них, жертвы часто не могут или не хотят самостоятельно формулировать жалобы против тех, кто несет ответственность за пытки или жестокое, бесчеловечное и унижающее достоинство обращение и наказания, которым они подверглись.

Определяя последствия и леча жертв пыток, как рано, так и поздно после происшествия, врачи становятся свидетелями последствий этих нарушений прав человека.

ВМА признает, что в некоторых случаях документирование и осуждение актов пыток может подвергнуть врача и его близких большому риску. Следовательно, это может иметь чрезмерные личные последствия.

Данное заявление касается пыток и других жестоких, бесчеловечных и унижающих достоинство обращений и наказаний, как это определено Конвенцией ООН против пыток,

---

[81] Резолюция ВМА о ответственности врачей в документации и осуждении актов пыток или жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения, https://www.wma.net/policies-post/wma-resolution-on-the-responsibility-of-physicians-in-the-documentation-and-denunciation-of-acts-of-torture-or-cruel-or-inhuman-or-degrading-treatment/

исключая роль врачей в оценке задержанных, затронутую, в частности, в Стандартных минимальных правилах обращения с заключенными ООН (Мандела).

Рекомендации

ВМА рекомендует своим членам:

1. Повышать осведомленность среди врачей о Протоколе Стамбула, включая его Принципы эффективного расследования и документации пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство обращений. Это должно быть сделано на национальном уровне.
2. Продвигать обучение врачей по выявлению различных методов пыток и жестокого, бесчеловечного и унижающего достоинство обращения и наказаний, чтобы они могли предоставлять качественную медицинскую документацию, которая может быть использована в юридических или административных процедурах.
3. Поощрять профессиональное обучение, чтобы врачи включали оценку и документацию признаков и симптомов пыток или жестокого, бесчеловечного и унижающего достоинство обращения и наказаний в медицинские записи, включая соотношение между данными заявлениями и клиническими результатами.
4. Работать над тем, чтобы врачи тщательно балансировали потенциальные конфликты между своей этической обязанностью документировать и осуждать акты пыток или жестокого, бесчеловечного и унижающего достоинство обращения и наказаний и правом пациента на информированное согласие перед документированием случаев пыток.
5. Работать над тем, чтобы врачи избегали поставления людей в опасность при оценке, документации или сообщении о признаках пыток и жестокого, бесчеловечного и унижающего достоинство обращения и наказаний.
6. Содействовать доступу к немедленной и независимой медицинской помощи для жертв пыток или жестокого, бесчеловечного и унижающего достоинство обращения и наказаний.
7. Поддерживать принятие этических правил и законодательных положений:

- Направленных на утверждение этической обязанности врачей сообщать и осуждать акты пыток или жестокого, бесчеловечного и унижающего достоинство обращения и наказаний, о которых они становятся осведомлены;

- В зависимости от обстоятельств, сообщение или осуждение должно быть направлено в компетентные национальные или международные органы для дальнейшего расследования.

- Охватывающих, что обязанность врача документировать и осуждать случаи пыток и жестокого, бесчеловечного и унижающего достоинство обращения и наказаний может противоречить их обязанностям соблюдать конфиденциальность пациента и автономию.

- Врачи должны использовать свою осмотрительность в этом вопросе, принимая во внимание пункт 69 Протокола Стамбула (2).

- Предостерегая врачей от ставления в опасность жертв, лишенных свободы, подвергшихся ограничениям или угрозам, или находящихся в психологически уязвимом состоянии при раскрытии информации, которая может их идентифицировать.

- Работать над обеспечением защиты врачей, которые рискуют подвергнуться репрессиям или санкциям любого рода из-за соблюдения этих рекомендаций.

Предоставить врачам всю необходимую информацию о процедурах и требованиях для сообщения о пытках или жестоком, бесчеловечном и унижающем достоинство обращении и наказаниях, особенно в национальные органы, неправительственные организации и Международный уголовный суд.

8. ВМА рекомендует, чтобы кодексы этики членов-участников включали обязанности врача по документированию и осуждению актов пыток и жестокого, бесчеловечного и унижающего достоинство обращения и наказаний, как указано в этом документе.

(1) Кодексы и кодификации:

1. Преамбула Устава Организации Объединенных Наций от 26 июня 1945 года, торжественно провозглашающая веру народов Организации Объединенных Наций в основные права человека, достоинство и ценность человеческой личности.
2. Преамбула Всеобщей декларации прав человека от 10 декабря 1948 года, которая утверждает, что пренебрежение и презрение к правам человека привели к жестоким актам, которые возмутили совесть человечества.
3. Статья 5 Всеобщей декларации прав человека, которая провозглашает, что никто не должен подвергаться пыткам или жестокому, бесчеловечному или унижающему достоинство обращению.
4. Стандартные минимальные правила обращения с заключенными ООН (Правила Манделы), принятые на Первом Конгрессе ООН по предотвращению преступности и обращению с правонарушителями в Женеве в 1955 году и утвержденные Экономическим и социальным советом в резолюциях 663 C (XXIV) от 31 июля 1957 года и 2076 (LXII) от 13 мая 1977 года, пересмотренные и приняты Общей Ассамблеей 17 декабря 2015 года.
5. Американская конвенция о правах человека, принятая Организацией американских государств 22 ноября 1969 года и вступившая в силу 18 июля 1978 года, и Межамериканская конвенция о предотвращении и наказании пыток, вступившая в силу 28 февраля 1987 года.
6. Декларация Токио, принятая 29-й Всемирной медицинской ассамблеей, Токио, Япония, октябрь 1975 года, редакционно пересмотренная 170-й сессией Совета ВМА, Дивонн-ле-Бен, Франция, май 2005 года и 173-й сессией Совета ВМА, Дивонн-ле-Бен, Франция, май 2006 года. Пересмотрено 67-й Всемирной медицинской ассамблеей, Тайпей, Тайвань, октябрь 2017 года.
7. Декларация Гавайев, принятая Всемирной психиатрической ассоциацией в 1977 году.
8. Принципы медицинской этики, относящиеся к роли медицинского персонала, особенно врачей, в защите заключенных и задержанных от пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство обращений или наказаний, принятые Генеральной Ассамблеей ООН 18 декабря 1982 года, особенно Принцип 2, который утверждает: «Это грубое нарушение медицинской этики… для медицинского персонала, особенно врачей, участвовать активно или пассивно в актах, которые составляют участие в пытках или других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство обращениях…».
9. Конвенция против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство обращений или наказаний, принятая Генеральной Ассамблеей ООН в декабре 1984 года и вступившая в силу 26 июня 1987 года.
10. Европейская конвенция о предотвращении пыток и жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство обращений или наказаний, принятая Советом Европы 26 июня 1987 года и вступившая в силу 1 февраля 1989 года.
11. Декларация ВМА о Гамбурге, принятая Всемирной медицинской ассамблеей в ноябре 1997 года на 49-й Генеральной ассамблее и подтвержденная с незначительными

изменениями 207-й сессией Совета ВМА, Чикаго, США, октябрь 2017 года, призывающая врачей индивидуально протестовать против жестокого обращения и призывающая национальные и международные медицинские организации поддержать врачей в таких действиях.

12. Протокол Стамбула (Руководство по эффективному расследованию и документированию пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство обращений или наказаний), принятый Генеральной Ассамблеей ООН 4 декабря 2000 года.
13. Конвенция о правах ребенка, принятая ООН 20 ноября 1989 года и вступившая в силу 2 сентября 1990 года.
14. Декларация ВМА о голодающих, принятая 43-й Всемирной медицинской ассамблеей, Мальта, ноябрь 1991 года и измененная Генеральной ассамблеей ВМА, Пиланесберг, Южноафриканская Республика, октябрь 2006 года, и пересмотренная 68-й Генеральной ассамблеей ВМА, Чикаго, США, октябрь 2017 года.

(2) Протокол Стамбула, пункт 69: «В некоторых случаях две этические обязанности вступают в конфликт. Международные кодексы и этические принципы требуют сообщения информации о пытках или жестоком обращении в компетентные органы. В некоторых юрисдикциях это также является юридическим требованием. Однако в некоторых случаях пациенты могут отказаться дать согласие на обследование для таких целей или на раскрытие информации, полученной в ходе обследования. Они могут опасаться репрессий в свой адрес или в адрес своих семей. В таких ситуациях у медицинских работников есть две обязанности: перед пациентом и перед обществом в целом, которое заинтересовано в обеспечении справедливости и привлечении к ответственности тех, кто совершил насилие. Основной принцип избегания вреда должен быть основным при рассмотрении таких дилемм. Медицинские работники должны искать решения, которые способствуют справедливости, не нарушая право индивидуумов на конфиденциальность. Следует обратиться за советом к надежным агентствам; в некоторых случаях это может быть национальная медицинская ассоциация или неправительственные организации. Или, с поддерживающим призывом, некоторые неохотно согласившиеся пациенты могут согласиться на раскрытие информации в согласованных рамках».

Клятва Афин (Международный совет медицинских служб для заключенных, 197[82]

Международный совет медицинских служб для заключенных был основан в 1977 году. Первый Всемирный конгресс по тюремной медицине, который прошел в Дижоне в ноябре 1978 года, был организован под его эгидой. Клятва Афин была единогласно одобрена Международным советом в следующем году.

Клятва Афин

Мы, специалисты в области здравоохранения, работающие в учреждениях для заключенных, собравшиеся в Афинах 10 сентября 1979 года, настоящим клянемся, в соответствии с духом Клятвы Гиппократа, что будем стремиться предоставлять наилучшую возможную медицинскую помощь тем, кто заключен в тюрьмах по любым причинам, без предвзятости и в рамках наших профессиональных этических норм.

Мы признаем право заключенных на получение наилучшего возможного медицинского обслуживания. Мы обязуемся:

1. Воздерживаться от авторизации или одобрения любых физических наказаний.

[82] Клятва Афин, https://www.medekspert.az/ru/chapter1/resources/The_Oath_of_Athens.pdf

2. Воздерживаться от участия в какой-либо форме пыток.
3. Не заниматься никакими формами человеческих экспериментов среди заключенных без их информированного согласия.
4. С уважением относиться к конфиденциальности любой информации, полученной в ходе наших профессиональных отношений с заключенными пациентами.
5. Основывать наши медицинские суждения на потребностях наших пациентов, при этом они должны иметь приоритет перед любыми немедицинскими вопросами.

Заключение:

Изложенный набор международных медицинских стандартов ясно показывает роли и полномочия медицинского персонала тюрем, и их ответственность. Все эти стандарты должны быть учтены при разработке комплексных многопрофильных подходов к медицинскому обслуживанию и многопрофильной реабилитации в тюрьмах.

Декларация WMA о голодающих заключенных[83]

Принята на 43-й Всемирной медицинской ассамблее, Сент-Джулианс, Мальта, ноябрь 1991 года, отредактирована на 44-й Всемирной медицинской ассамблее, Марбелья, Испания, сентябрь 1992 года и пересмотрена на 57-й Генеральной ассамблее WMA, Пиланесберг, Южная Африка, октябрь 2006 года и на 68-й Генеральной ассамблее WMA, Чикаго, США, октябрь 2017 года.

ПРИНЦИПЫ

3. Обязанность действовать этично. Все врачи обязаны следовать медицинской этике в профессиональном контакте с уязвимыми людьми, даже если они не оказывают терапевтическую помощь. Независимо от их роли, врачи должны стремиться предотвращать насилие или жестокое обращение с заключенными и протестовать, если это происходит.
4. Уважение автономии. Врачи должны уважать автономию личности. Это может потребовать сложной оценки, так как истинные желания голодающих заключенных могут быть не так ясны, как они кажутся. Любые решения утрачивают моральную силу, если они принимаются с использованием угроз, давления со стороны сверстников или принуждения. Голодающим заключенным не следует принудительно вводить лечение, от которого они отказались. Применение, указание или помощь в насильственном кормлении вопреки информированному и добровольному отказу является недопустимым. Искусственное кормление с явным или обязательно подразумеваемым согласием голодающего заключенного этически приемлемо.
5. «Польза» и «вред». Врачи должны использовать свои знания и умения для пользы тех, кого они лечат. Это концепция «благодеяния», которая дополняется понятием «не причинять вреда» или primum non nocere. Эти два понятия должны быть сбалансированы. «Польза» включает в себя уважение к желаниям людей, а также продвижение их благосостояния. Избежание «вреда» означает не только минимизацию ущерба для здоровья, но и отказ от принуждения к лечению людей, способных принимать решения, или к прекращению голодовки. Благодеяние не обязательно связано с продлением жизни любой ценой, независимо от других факторов.

[83] Декларация BMA о голодающих заключенных https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-malta-on-hunger-strikers/

Врачи должны уважать автономию компетентных людей, даже если это приведет к предсказуемому вреду. Потеря компетенции не означает, что предыдущий компетентный отказ от лечения, включая искусственное кормление, должен быть проигнорирован.

6. Балансировка двойных лояльностей. Врачи, обслуживающие голодающих заключенных, могут столкнуться с конфликтом между своей лояльностью к нанимательному органу (например, администрации тюрьмы) и своей лояльностью к пациентам. В этой ситуации врачи с двойной лояльностью обязаны следовать тем же этическим принципам, что и другие врачи, а именно их основная обязанность — перед индивидуальным пациентом. Они остаются независимыми от своего работодателя в вопросах медицинских решений.
7. Клиническая независимость. Врачи должны оставаться объективными в своих оценках и не позволять третьим лицам влиять на их медицинские суждения. Они не должны поддаваться давлению, которое может заставить их нарушить этические принципы, такие как вмешательство в медицинские вопросы по немедицинским причинам.

8. Конфиденциальность.

Обязанность сохранять конфиденциальность важна для установления доверия, но она не является абсолютной. Ее можно нарушить, если нераскрытие информации серьезно и немедленно навредит другим. Как и в случае с другими пациентами, конфиденциальность и частная жизнь голодающих заключенных должны уважаться, если только они не согласны на раскрытие информации или если обмен информацией необходим для предотвращения серьезного вреда. Если это согласовано, их родственники и юридические консультанты должны быть проинформированы о ситуации.

9. Установление доверия.

Создание доверия между врачами и голодающими заключенными часто является ключом к разрешению ситуации, которая будет уважать права голодающих и минимизировать вред для них. Доверие создается, когда врач предоставляет точные советы и откровенно объясняет голодающим ограниченные возможности того, что он или она может сделать, включая ситуации, когда врач может не быть в состоянии сохранить конфиденциальность.

10. Врачи должны оценивать умственную способность людей, которые намерены участвовать в голодовке.

Это включает проверку того, что человек, собирающийся голодать, свободен от психических заболеваний, которые могут подорвать способность принимать обоснованные решения относительно своего здоровья. Люди с серьезно нарушенной психической способностью могут не осознавать последствия своих действий, если решат участвовать в голодовке. Те, у кого есть лечимые психические проблемы, должны быть направлены на соответствующее лечение. Те, у кого есть неизлечимые заболевания, такие как тяжелая умственная отсталость или деменция, должны получать лечение и поддержку, чтобы помочь им принимать решения в пределах их компетенции.

11. Как можно раньше врачи должны получить подробную и точную медицинскую историю человека, который собирается голодать.

Необходимо объяснить этому человеку медицинские последствия существующих заболеваний. Врачи должны проверить, понимают ли голодающие заключенные возможные последствия голодовки для здоровья и заранее предупредить их о недостатках такого поступка. Врачи также должны объяснить, как можно минимизировать или отложить ущерб

для здоровья, например, увеличив потребление жидкости и витамина B1. Поскольку решения человека относительно голодовки могут быть судьбоносными, крайне важно обеспечить полное понимание пациентом медицинских последствий голодовки. Согласно лучшим практикам информированного согласия в здравоохранении, врач должен удостовериться, что пациент понимает информацию, спросив его, что он понимает.

12. В начале голодовки следует провести тщательное медицинское обследование голодающего, включая измерение массы тела.

Следует обсудить с голодающим возможные симптомы, включая те, которые не связаны с голодовкой. Также нужно учесть ценности и пожелания человека относительно медицинского лечения в случае длительного голодания. Если голодающий согласен, медицинские осмотры должны проводиться регулярно, чтобы определить необходимые процедуры. Физическая среда также должна быть оценена для разработки рекомендаций по предотвращению негативных последствий.

13. Постоянная связь между врачом и голодающими является необходимой.

Врачи должны ежедневно проверять, хотят ли люди продолжать голодовку, и что они хотят, когда они больше не смогут адекватно общаться. Врач должен определить, согласен ли человек, в отсутствие выполнения его требований, продолжать голодовку, даже до смерти. Эти выводы должны быть соответствующим образом записаны.

14. Иногда голодающие соглашаются на внутривенные вливания или другие формы медицинского лечения.

Отказ от принятия определенных вмешательств не должен повлиять на другие аспекты медицинской помощи, такие как лечение инфекций или боли.

15. Врачи должны беседовать с голодающими наедине, вдали от других людей, включая других заключенных.

Четкое общение важно, и при необходимости должны быть доступны переводчики, не связанные с органами задержания, которые также обязаны соблюдать конфиденциальность.

16. Врачи должны удостовериться, что отказ от пищи или лечения является добровольным выбором человека.

Голодающие должны быть защищены от принуждения. Врачи могут помочь добиться этого и должны быть осведомлены о том, что принуждение может исходить как от властей, так и от сверстников или других, например, членов семьи. Врачи или другой медицинский персонал не должны оказывать неоправданного давления на голодающего с целью прекратить голодовку. Лечение или уход за голодающим не должны зависеть от прекращения голодовки. Любое ограничение или давление, включая, но не ограничиваясь, наручниками, изоляцией, привязыванием к кровати или любыми другими физическими ограничениями из-за голодовки, неприемлемо.

17. Если врач по причинам совести не может согласиться с отказом голодающего от лечения или искусственного кормления, он должен ясно выразить это с самого начала и, если необходимо, направить голодающего к другому врачу, который согласен соблюдать отказ голодающего.

18. Когда врач берется за дело, голодающий может уже утратить умственную способность, и не будет возможности обсудить его пожелания относительно медицинского вмешательства для сохранения жизни.

Необходимо учитывать и уважать любые заранее данные указания голодающего. Отказ от лечения, сделанный заранее, должен соблюдаться, если он отражает добровольное желание человека, когда он был в здравом уме. В местах заключения необходимо учитывать возможность того, что эти указания могли быть сделаны под давлением. Когда врач сомневается в намерениях человека, любые указания должны быть приняты с особой осторожностью. Однако, если указания были хорошо информированы и сделаны добровольно, они могут быть отменены только в случае, если ситуация, в которой было сделано решение, радикально изменилась с момента потери человеком компетенции.

19. Если обсуждение с человеком невозможно, и в клинических записях нет никаких доказательств обсуждения или других доказательств, врачи должны действовать в соответствии с тем, что они считают наилучшими интересами этого человека.

Это означает учет ранее выраженных пожеланий голодающего, их личных и культурных ценностей, а также их физического здоровья. Если нет доказательств прежних пожеланий голодающих, врачи должны принять решение о кормлении без вмешательства третьих лиц.

20. Врачи могут редко и в исключительных случаях считать оправданным игнорирование заранее данных указаний, отказывающихся от лечения, например, если отказ был сделан под давлением.

Если после реанимирования и восстановления умственных способностей голодающие продолжают утверждать свое намерение голодать, это решение должно быть уважено. Этично позволить решительному голодающему умереть с достоинством, а не подвергать его повторным вмешательствам против его воли. Врачи, действующие вопреки заранее данному отказу от лечения, должны быть готовы оправдать свои действия перед соответствующими властями, включая профессиональные регуляторы.

21. Искусственное кормление, когда оно используется в клинических интересах пациента, может быть этически приемлемым, если голодающие, обладающие умственной способностью, согласны на него.

Тем не менее, в соответствии с Декларацией ВМА в Токио, если заключенный отказывается от пищи и считается врачом способным принимать здравомыслящие решения относительно последствий такого отказа, он не должен подвергаться искусственному кормлению. Искусственное кормление также может быть приемлемым, если люди, утратившие умственные способности, не оставили никаких неоказанных под давлением указаний, отказываясь от него, с целью сохранить жизнь голодающего или предотвратить серьезную необратимую инвалидность. Прямое кормление никогда не должно использоваться в качестве метода реанимирования или нутритивной поддержки голодающих пациентов.

22. Когда пациент физически может начать оральное кормление, должны быть приняты все меры предосторожности для обеспечения выполнения самых последних рекомендаций по реабилитации.

23. Все виды вмешательства для энтерального или парентерального кормления против воли умственно здорового голодающего следует считать "принудительным кормлением".

Принудительное кормление никогда не может быть этически приемлемым. Даже если оно предназначено для блага, кормление, сопровождаемое угрозами, принуждением, насилием или использованием физических ограничений, является формой бесчеловечного и унизительного обращения. Точно так же неприемлемо принудительное кормление некоторых заключенных с целью запугать или принудить других голодающих прекратить голодовку.

РОЛЬ НАЦИОНАЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ АССОЦИАЦИЙ (НМА) И ВМА

24. НМА должны организовывать и предоставлять образовательные программы, освещающие этические аспекты голодовок, соответствующие медицинские подходы, методы лечения и вмешательства. Они должны работать над обновлением профессиональных знаний и навыков врачей.

НМА должны создать механизмы поддержки врачей, работающих в тюрьмах/петах/центрах задержания иммигрантов, которые часто оказываются в конфликтных ситуациях, и, как указано в Декларации ВМА о Гамбурге, должны поддерживать врачей, сталкивающихся с давлением, чтобы нарушить свои этические принципы.

НМА несут ответственность за предотвращение неэтичной практики, должны высказывать позицию против этических нарушений и проводить их расследование должным образом.

25. Всемирная медицинская ассоциация будет поддерживать врачей и НМА, сталкивающихся с политическим давлением, вызванным поддержкой этически оправданной позиции, как указано в Декларации ВМА о Гамбурге.

X. ТРУДНОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ, БАРЬЕРЫ

Проблемы и ограничения для комплексной реабилитации, основанной на холистическом подходе в тюрьмах, следует разделить на следующие:

1. Аспекты медицинской этики и двойная ответственность

1.1. Множество обязанностей

Врачи, работающие в тюрьмах в разных странах, часто имеют несколько обязанностей. Их основная обязанность — защищать и продвигать здоровье заключенных, обеспечивая им максимально возможное лечение. Однако эта обязанность может конфликтовать с другими приоритетами, особенно с интересами администрации тюрьмы. На практике медицинская команда часто вынуждена, несмотря на свою неохоту, учитывать вопросы порядка и безопасности. В свою очередь, сотрудники безопасности могут считать поведение медицинских работников, которое они воспринимают как конфликт с правилами и регламентами тюрьмы, проблемным[84].

---

[84] Здоровье в тюрьмах. Руководство ВОЗ по основам здравоохранения в тюрьмах, 5. Этические и клинические проблемы, характерные для тюрем - Жан-Пьер Рестеллини, ссылка на источник

В некоторых случаях врачи могут быть привлечены в качестве судебных экспертов, чтобы предоставить отчеты для администрации тюрьмы или судебных органов.

Стоит также отметить, что во многих тюремных учреждениях администрация заставляет врачей участвовать в ограничительных мерах, процедурах обыска тела и дисциплинарных санкциях.

Множество факторов, влияющих на работу тюремных врачей, может идти вразрез с их личными убеждениями. Поэтому крайне желательно нанимать персонал для здравоохранения в тюрьмах только на добровольной основе и после предварительной специальной подготовки. В странах, где интеграция тюремных медицинских служб с общественными здравоохранительными учреждениями уже произошла, заключенные рассматриваются как просто еще одна группа в более широком сообществе, и от медицинского персонала ожидается предоставление таких же услуг, как и в сообществе в целом. При попытке выполнить свои обязанности в соответствии с обычными профессиональными и этическими стандартами врачи могут столкнуться с конфликтами не только с решениями администрации пенитенциарного учреждения, но и с местными регламентами и даже национальными законами. В таких случаях врачи не должны оставаться в одиночестве, а должны обращаться за советом к своей национальной профессиональной организации (Национальной медицинской ассоциации), и, если необходимо, искать мнение коллег, работающих в других странах в этой же области, включая обращение за поддержкой к Всемирной медицинской ассоциации[85].

Наконец, в случае работы в качестве судебного эксперта врач обязан обеспечить, чтобы это было понято пациентом[86].

В соответствии с Протоколом ООН по Стамбулу, существуют различные обстоятельства в тюрьмах, которые создают дилеммы относительно обязанностей медицинских работников[87]:

1.2. **Дилеммы, возникающие из-за двойных обязательств**

68. Дилеммы могут возникнуть, когда этика и закон находятся в противоречии. Могут возникнуть обстоятельства, при которых этические обязанности требуют от медицинских работников не подчиняться определенному закону, например, юридическому требованию раскрыть конфиденциальную медицинскую информацию о пациенте. В международных и национальных декларациях этических принципов существует консенсус, что другие обязательства, включая закон, не могут заставить медицинских работников действовать вопреки медицинской этике и их совести. В таких случаях медицинские работники должны отказаться от выполнения закона или регулирования, а не идти на компромисс с основными этическими принципами или подвергать пациентов серьезной опасности.

69. В некоторых случаях два этических обязательства находятся в конфликте. Международные кодексы и этические принципы требуют сообщения информации о

[85] ДЕКЛАРАЦИЯ О ГАМБУРГЕ О ПОДДЕРЖКЕ ВРАЧЕЙ, ОТКАЗЫВАЮЩИХСЯ УЧАСТВОВАТЬ В ИЛИ ОДОБРЯТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЫТОК И ДРУГИХ ЖЕСТОКИХ, НЕЧЕЛОВЕЧЕСКИХ И УНИЖАЮЩИХ ОБРАЩЕНИЙ, ссылка на источник

[86] Протокол ООН по Стамбулу, Принципы, направляющие всех врачей с двойными обязанностями, Параграф 67.

[87] Протокол ООН по Стамбулу, Раздел D. Здравоохранительные профессионалы с двойными обязанностями, ссылка на источник

пытках или жестоком, нечеловеческом или унижающем достоинство обращении в компетентные органы. В некоторых юрисдикциях это также является юридическим требованием. Однако в некоторых случаях пациенты могут отказаться дать согласие на обследование с такими целями или на раскрытие информации, полученной в ходе обследования. Они могут бояться последствий для себя или своих семей. В таких ситуациях медицинские работники имеют двойную ответственность: перед пациентом и перед обществом в целом, которое заинтересовано в том, чтобы справедливость восторжествовала, а виновные в злоупотреблениях были привлечены к ответственности. Основной принцип предотвращения вреда должен быть основным при рассмотрении таких дилемм.

70. Медицинские работники должны искать решения, которые способствуют справедливости, не нарушая права на конфиденциальность. Следует обратиться за советом к надежным агентствам; в некоторых случаях это может быть национальная медицинская ассоциация или неправительственные организации. Либо, с поддерживающим подталкиванием, некоторые неохотные пациенты могут согласиться на раскрытие информации в пределах согласованных параметров.
71. Этические обязательства врача могут различаться в зависимости от контекста встречи врача и пациента и возможности пациента свободно выбирать решение о раскрытии информации. Например, если врач и пациент находятся в явно терапевтической ситуации, такой как оказание помощи в больнице, существует сильный моральный императив для врачей сохранять обычные правила конфиденциальности, которые обычно преобладают в терапевтических отношениях. Сообщение о фактах пыток, полученных в таких встречах, вполне оправдано, если пациент не запрещает этого. Врачи должны сообщить о таких фактах, если пациенты это просят или дают должное информированное согласие. Врачи должны поддерживать пациентов в таких решениях.

2. Риски, связанные с нарушением принципов конфиденциальности и профессиональной независимости

Во многих странах конфиденциальность и профессиональная независимость медицинских работников нарушаются в соответствии с национальными юридическими нормами или распространенной практикой. Национальные правовые рамки должны быть приведены в соответствие с международными стандартами. Медицинские карты заключенных должны храниться медицинским персоналом. Для каждого пациента должна быть составлена медицинская карта, содержащая диагностическую информацию и все записи о истории болезни пациента, включая любые специальные обследования, которые он/она прошел(ла). Ежедневные регистры должны вести медицинские команды, в которых указываются все важные инциденты, связанные с пациентом. Такие регистры полезны, так как они дают общее представление о состоянии здравоохранения в тюрьме, подчеркивая конкретные проблемы, которые могут возникнуть. Заключенный должен иметь возможность ознакомиться с его медицинской картой, если это не противопоказано по терапевтическим причинам, и должен иметь возможность запросить, чтобы информация из карты была передана его/ее семье или адвокату. В случае перевода заключенного медицинская карта должна быть передана врачам нового учреждения[88].

В своих визитах в страны Комитет по предотвращению пыток (CPT) постоянно подчеркивал необходимость улучшения конфиденциальности медицинских записей заключенных[89]. Несколько стран теперь устанавливают систему электронных медицинских

[88] Медицинская помощь в тюрьмах и медицинская этика, Документация индивидуальных медицинских файлов, https://rm.coe.int/publications-healthcare-manual-web-a5-e/16806ab9b5
[89] CPT/Inf (2004)36; (2006)24; (2007)47; (2009)25; (2009)38; (2012)19 29) CPT/Inf (2004)21; (2004)36; (2010)29; (2010)20.

карт, но для этого необходимо обеспечить защиту данных, чтобы только медицинский персонал имел доступ к данным о пациентах.

3. Характеристики некоторых негативных последствий

Серьезные негативные факторы тюремного заключения, особенно характерные для постсоветской тюремной системы, включают:

- Переполненность тюрем
- Тюремные колонии в стиле крупных тюрем, сложные для обеспечения безопасности и для медицинских услуг
- Плохие условия проживания заключенных, неудовлетворительные санитарные условия и депрессивная обстановка
- Недостаточное и однообразное питание
- Недостаточная медицинская и психосоциальная поддержка
- Преступно-иерархическая система и насилие (физическое, психологическое, вербальное и сексуальное насилие) среди различных тюремных субкультур
- Отсутствие чувства безопасности и защиты
- Отсутствие доступа к ресоциализации и обучению профессиональным навыкам, рутинная жизнь
- Доступ к наркотикам и алкоголю
- Чрезмерное ограничение личной автономии из-за переполненности тюрем и неправильных, репрессивных стандартов жизни
- Ограничения на физические упражнения на свежем воздухе и на контакты с гражданскими структурами

Особенно важно отметить, что во многих странах нет четкого разделения между медицинскими и психосоциальными вмешательствами и подразделениями безопасности в пенитенциарных системах, отсутствуют четкие юридические регламенты по защите данных и личной информации. Следовательно, существует риск использования личной информации для управления тюремной средой и влияния на поведение заключенных.

Ограничение личной автономии негативно влияет на психосоматическое здоровье заключенных и способствует росту межличностной напряженности, раздражительности и агрессивности.

Дополнительные отрицательные факторы:

- В некоторых случаях использование личной информации для управления ситуацией среди заключенных создает основания для недоверия, что способствует развитию так называемой тюремной паранойи (К. Ясперс[90]) – тотальное недоверие.
- В некоторых случаях ограничение доступа к справедливому суду также способствует радикализации заключенных.

[90] Карл Ясперс, «Общая психопатология» (Он опубликовал статью в 1910 году, в которой рассматривал проблему, является ли паранойя аспектом личности или результатом биологических изменений).https://archive.org/details/generalpsychopat0000karl_r3x9

- Неправильный подход к заключенным, выражающийся в учреждении «Воспитателя» и общем подходе «Родитель-Ребенок»[91].
- Опыт пыток и бесчеловечного, унижающего достоинство обращения и наказания в постсоветских тюрьмах.
- Длительное одиночное заключение/изоляция.

Все вышеперечисленные дополнительные факторы также являются проблемой для создания комплексных медицинских и психосоциальных лечебных и реабилитационных программ в тюрьмах.

4. **Важно выделить негативные факторы, способствующие криминализации после освобождения из тюрьмы:**

- Негативное, нетерпимое отношение общества к заключенным и бывшим заключенным, с навешиванием постоянного ярлыка преступника и постоянным недоверием.
- Преследование некоторыми службами после освобождения из тюрьмы.
- Проблемы с социальным обеспечением и трудоустройством.
- Трудности реинтеграции в общество.

Указанные факторы представляют основу для включения компонента подготовки к освобождению и мер реинтеграции после освобождения в систему реабилитации правонарушителей.

Указанный комплекс негативных стрессовых факторов оказывает отрицательное влияние на человека в целом, нарушая и дестабилизируя эмоционально-психологический баланс, что в конечном итоге приводит к ослаблению и истощению защитных психофизических механизмов и снижению общей реактивности, вызывая комплексные проблемы психического, медицинского и социального характера, требующие особого внимания и срочного решения.

Размышляя о психическом здоровье, эти проблемы проявляются в различных эмоциональных и поведенческих расстройствах, выраженных в стрессе и нарушениях, связанных с ним, нарушениях адаптации и личностных расстройствах. Эти расстройства часто приводят к неконтролируемому поведению, суицидам и парасуицидам, самоповреждениям и различным проявлениям агрессии. В целом, с медицинской точки зрения, ослабление защитной иммунной системы, что способствует, через психосоматические механизмы, легкому развитию различных инфекционных заболеваний (например, туберкулез) и других заболеваний с очевидным хроническим характером. Здесь важно отметить, что у жертв пыток часто проявляются специфические хронические расстройства, которые требуют обязательных реабилитационных мероприятий. Социально возникают проблемы с адаптацией, в межличностных отношениях, снижение эмоциональной резонансности и толерантности, нарушение поведения, в некоторых случаях даже диссоциальный характер.

Комплекс таких негативных факторов, способствующих развитию напряженности между персоналом тюрьмы и заключенными, между заключенными и обществом в целом, приводит к формированию «образа врага» и враждебных отношений – «Мы и Они»; способствует криминализации тюрем, подрывая тем самым систему безопасности в тюрьмах и в обществе в целом.

---

[91] Эрик Берн, «Транзакционный анализ в психотерапии», Grove Press, Inc., Нью-Йорк, 1961. Берн в конечном итоге определил три состояния Эго как: Родитель, Взрослый и Ребенок.
https://books.google.ge/books/about/Transactional_Analysis_in_Psychotherapy.html?id=hYjjDAAAQBAJ&redir_esc=y

5. Другие барьеры

Особенно в странах с низким и средним уровнем доходов ситуация правонарушителей может усугубляться бедностью, стигмой и социальной изоляцией, а также ограниченным доступом к любой форме медицинской помощи, образования или помощи. В таких случаях тюремное заключение только усугубляет проблемы, с которыми сталкивается правонарушитель[92].

Также следует отметить барьеры, создаваемые ограниченным числом квалифицированных специалистов в системе тюрем, включая врачей, психологов, психотерапевтов, социальных работников и других ключевых участников для обеспечения надлежащего медицинского обслуживания и программ психосоциальной реабилитации.

6. Факторы риска и стресс среди сотрудников тюрем, включая медицинский персонал

Важным фактором в развитии синдрома профессионального выгорания является тот факт, что работа с заключенными часто приводит к неудачам. Стоит отметить, что клиенты становятся все более сложными, с растущей готовностью прибегать к насилию, что также вносит психические проблемы в тюрьму. Существуют языковые проблемы и, во многих местах, переполненные тюрьмы, что вызывает дополнительный стресс. Нехватка персонала приводит к тому, что тюрьма все больше превращается в учреждение, обеспечивающее безопасность, но менее успешное в реабилитации (основные принципы: чисто, безопасно и полно). Кроме того, существуют негативные факторы, такие как низкое влияние и отсутствие участия в процессе принятия решений, неподобающая заработная плата и чувство, что работа не представляет вызова. Но в конце концов стресс, вызванный институциональными дефицитами, «административными практиками», является более серьезным, чем стресс от контактов с заключенными.

Частые психосоциальные факторы риска в тюрьмах

Латентный стресс, возникающий из различных факторов, часто проявляется в тюрьмах. Постоянный стресс влияет на людей психически, физически и когнитивно, что приводит от психовегетативного истощения до выгорания. Посттравматическое стрессовое расстройство может ускорить этот процесс, особенно когда климат в тюрьме характеризуется нарушенной коммуникацией, принижением работы со стороны руководства, низким социальным духом среди рабочих групп, отсутствием корпоративной идентичности и организационными проблемами, такими как накопление сверхурочных из-за плохо организованного рабочего процесса. В обычные рабочие дни в тюрьмах сотрудники часто увеличивают потребление кофе, сигарет, алкоголя, а также медикаментов. Иногда возникают дополнительные факторы риска, такие как несбалансированное питание (фаст-фуд на сменах) и недостаток физической активности.

Основные моменты

Многие тюремные учреждения имеют высокие показатели больничных, сотрудники с недостаточной заботой о своем здоровье, с невозможностью выполнять все свои обязанности и с надвигающимся выходом на пенсию. У многих сотрудников также есть проблема, что они

[92] UNODC, Вводный справочник по профилактике рецидивизма и социальной реинтеграции правонарушителей, https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/crimeprevention/Introductory_Handbook_on_the_Prevention_of_Recidivism_and_the_Social_Reintegration_of_Offenders.pdf

считают свою карьеру завершенной с плохими перспективами, с отсутствием обучения и продвижения. Это может стать важным, если всё меньше квалифицированных сотрудников соглашаются работать в тюрьмах[93].

7. Новые вызовы в тюремной системе, связанные с пандемией COVID-19

COVID-19 представляет собой новое инфекционное заболевание, вспышка которого достигла уровня пандемии и стала вызовом для тюремных систем по всему миру.

Согласно ВОЗ[94]:

Почему люди в тюрьмах особенно уязвимы к COVID-19?

Люди в тюрьмах и других местах содержания находятся в закрытой среде и в тесной близости друг с другом — это условия, которые способствуют передаче заболеваний. У них также есть более высокий уровень заболеваний и худшие условия здоровья, чем у населения в целом, и они часто сталкиваются с большим риском, таким как курение, плохая гигиена и слабая иммунная защита из-за стресса, плохого питания или существующих заболеваний. Все эти факторы делают людей, находящихся в тюрьмах, более восприимчивыми к инфекциям.

Критическая ситуация, связанная с пандемией COVID-19, также стала вызовом для реализации основных стандартов прав человека в условиях задержания.

Совместное заявление UNODC, ВОЗ, UNAIDS и OHCHR по COVID-19 в тюрьмах и других закрытых учреждениях призывает национальные власти:[95]

Снизить переполненность

В условиях переполненности в многих местах задержания, что подрывает гигиену, здоровье, безопасность и человеческое достоинство, ответ на COVID-19 в закрытых учреждениях сам по себе недостаточен. Переполненность является непреодолимым препятствием для предотвращения, подготовки и реагирования на COVID-19.

Мы призываем политических лидеров рассмотреть возможность ограничения лишения свободы, включая предварительное заключение, как последнюю меру, особенно в случае переполненности, и усилить усилия по применению мер, не связанных с лишением свободы. Эти усилия должны включать механизмы освобождения для людей, находящихся в особом риске из-за COVID-19, таких как пожилые люди и люди с уже существующими заболеваниями, а также других людей, которые могут быть освобождены без ущерба для общественной безопасности, например, тех, кто осужден за незначительные, ненасильственные преступления, с особым учетом женщин и детей.

Быстрый и решительный ответ, направленный на обеспечение здоровых и безопасных условий содержания, а также снижение перенаселенности, является необходимым для снижения риска проникновения и распространения COVID-19 в тюрьмах и других местах лишения свободы. Повышение чистоты и гигиены в местах

---

[93] Здоровье в тюрьмах. Руководство ВОЗ по основным вопросам здравоохранения в тюрьмах, 14. Содействие здоровью и управление стрессом среди сотрудников тюрем — Хайнер Бёгеман, 171

[94] https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/436904/prisons-FAQ-COVID-2019.pdf

[95] Совместное заявление UNODC, ВОЗ, UNAIDS и OHCHR о COVID-19 в тюрьмах и других закрытых учреждениях, 13 мая 2020 года, https://www.who.int/news/item/13-05-2020-unodc-who-unaids-and-ohchr-joint-statement-on-covid-19-in-prisons-and-other-closed-settings

лишения свободы имеет первостепенное значение для предотвращения проникновения вируса или ограничения его распространения.

Обязательное содержание в центрах задержания и реабилитации, где содержатся люди, подозреваемые в употреблении наркотиков или занятии секс-работой, без соблюдения должной юридической процедуры под предлогом лечения или реабилитации, должно быть прекращено. Нет доказательств того, что такие центры эффективны в лечении наркозависимости или реабилитации людей, а содержание людей в таких учреждениях вызывает вопросы о правах человека и угрожает здоровью задержанных, увеличивая риски вспышек COVID-19.

Обеспечение здоровья, безопасности и человеческого достоинства

Все государства обязаны обеспечивать не только безопасность, но и здоровье, безопасность и человеческое достоинство людей, лишенных свободы, а также работников в местах содержания под стражей в любое время. Эта обязанность применяется независимо от состояния чрезвычайной ситуации.

Достойные условия жизни и труда, а также доступ к необходимым медицинским услугам, бесплатным для заключенных, составляют неотъемлемую часть этой обязанности. Не должно быть дискриминации по юридическому или любому другому статусу людей, лишенных свободы. Медицинское обслуживание в тюрьмах, включая профилактическое, поддерживающее и лечебное обслуживание, должно быть максимально качественным и, по крайней мере, эквивалентным тому, что предоставляется в сообществе. Приоритетные меры по борьбе с COVID-19, которые в настоящее время реализуются в обществе, такие как гигиена рук и физическое дистанцирование, часто сильно ограничены или невозможны в закрытых учреждениях.

Обеспечение доступа к медицинским услугам

Тюремные популяции в значительной степени включают людей с расстройствами употребления психоактивных веществ, ВИЧ, туберкулезом (ТБ) и гепатитом В и С по сравнению с общей популяцией. Уровень заражения болезнями в такой изолированной популяции также выше, чем среди населения в целом. Помимо обычной инфекционности пандемии COVID-19, люди с расстройствами употребления психоактивных веществ, ВИЧ, гепатитом и ТБ могут быть подвержены большему риску осложнений от COVID-19.

Чтобы обеспечить, чтобы лечения, начатые до или во время заключения, не были потеряны, необходимо предусмотреть, в тесном сотрудничестве с органами общественного здравоохранения, возможность продолжения лечения без перерыва на всех этапах содержания под стражей и после освобождения. Страны должны принять подход, ориентированный на системы здравоохранения, где тюрьмы не отделены от пути непрерывного ухода, а интегрированы с общественными службами здравоохранения.

Необходимы меры по улучшению профилактики и контроля в закрытых учреждениях, а также увеличение доступа к качественным медицинским услугам, включая непрерывный доступ к профилактике и лечению ВИЧ, ТБ, гепатита и зависимости от опиоидов. Власти должны обеспечить непрерывный доступ и поток качественных медицинских товаров в тюрьмы и другие места лишения свободы. Сотрудники, медицинские работники и поставщики услуг, работающие в закрытых учреждениях, должны быть признаны важным трудовым ресурсом для борьбы с пандемией COVID-19 и получать соответствующее средство индивидуальной защиты и поддержку, если это необходимо.

Уважение прав человека

В своих ответах на COVID-19 в закрытых учреждениях государства должны уважать права человека людей, лишенных свободы. Ограничения, которые могут быть введены, должны быть необходимыми, основанными на доказательствах, пропорциональными (т.е. наименее ограничительными) и не произвольными. Дестабилизирующее воздействие таких мер должно активно смягчаться, например, путем расширенного доступа к телефонам или цифровой связи, если визиты ограничены. Определенные основные права людей, лишенных свободы, и соответствующие гарантии, включая право на юридическое представительство, а также доступ внешних инспекционных органов в места лишения свободы, должны продолжать полностью соблюдаться.

Соблюдение правил и рекомендаций Организации Объединенных Наций

Мы призываем политических лидеров обеспечить, чтобы подготовка и ответы на COVID-19 в закрытых учреждениях осуществлялись в соответствии с основными правами человека, руководствовались рекомендациями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и никогда не приводили к пыткам и другому жестокому, бесчеловечному или унижающему достоинство обращению или наказанию. В тюрьмах любое вмешательство должно соответствовать Стандартным минимальным правилам ООН для обращения с заключенными (Правила Нельсона Манделы). Люди, лишенные свободы, проявляющие симптомы COVID-19 или получившие положительный результат теста, должны находиться под наблюдением и лечиться в соответствии с последними рекомендациями ВОЗ. Тюрьмы и другие места лишения свободы должны быть частью национальных планов по COVID-19 с обязательным участием затронутых популяций. Все случаи COVID-19 в закрытых учреждениях должны быть уведомлены в ответственные органы здравоохранения, которые затем сообщат национальным и международным властям.

В соответствии с нашими мандатами, мы остаемся готовы предоставить поддержку в быстром внедрении изложенных выше рекомендаций.

XI. АНАЛИЗ НАЦИОНАЛЬНЫХ ПРАВОВЫХ НОРМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ТЮРЬМАХ ТАДЖИКИСТАНА

В соответствии с правовой основой здравоохранения в тюрьмах Таджикистана, следующими нормативными актами являются регулирующими:

1. **Кодекс исполнения уголовных наказаний Республики Таджикистан**

Статья 16. Основные права осужденных: Пункт 5: Осужденные имеют право на медицинское обслуживание, включая получение первичной медицинской помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных или стационарных условиях в зависимости от медицинского заключения, а также пользуются правом на материальную и бытовую поддержку.

Анализ в связи с международными стандартами:

Положения, определенные в статье 16, должны соответствовать требованиям международных стандартов: доступ к врачу и эквивалентность медицинского обслуживания.

Например, осужденные имеют право на медицинское обслуживание, соответствующее и эквивалентное лучшим стандартам, доступным в стране в системе общественного

здравоохранения, как это определено в Кодексе ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН, включая неотложную помощь, первичную медицинскую помощь и т. д.

Заключенные также должны иметь право на бесплатные лекарства, аналогично установленным в руководящих принципах и протоколах, утвержденных Министерством здравоохранения Таджикистана. Лекарства должны предоставляться заключенным в соответствии с их состоянием здоровья. Принцип эквивалентности медицинского обслуживания также применяется в этом случае. Средства, выделенные для тюрем, должны быть достаточными для обеспечения бесплатного предоставления лекарств заключенным, не имеющим медицинской страховки или средств для их покупки. Не должно быть прерываний (в случае перевода из одного учреждения в другое), чтобы обеспечить непрерывность долгосрочного лечения.

В соответствии с **статьями 25 и 30 Стандартных минимальных правил обращения с заключенными ООН** (Правила Нельсона Манделы), резолюция Генеральной Ассамблеи 70/175, приложение, принятая 17 декабря 2005 года[96]

Заключенные должны иметь возможность обращаться к врачу в любое время, независимо от режима их содержания. Это особенно важно, когда человек помещен в режим одиночного заключения. Медицинская служба должна обеспечить, чтобы запросы на консультацию с врачом выполнялись без неоправданных задержек. Амбулаторное лечение должно контролироваться медицинским персоналом; во многих случаях недостаточно того, чтобы предоставление последующего лечения зависело от запроса заключенного. Последующее медицинское лечение должно быть спланировано соответствующим образом.

В общих правах на здоровье должны быть учтены положения, касающиеся информированного согласия и конфиденциальности.

Все эти соображения также должны быть включены в Кодекс здравоохранения Республики Таджикистан. Этот кодекс должен быть пересмотрен в соответствии с международными стандартами, особенно в статьях, касающихся прав пациентов и обязанностей врачей.

Отказ от лечения и отказ от пищи являются основными правами пациентов и должны соответствовать **Декларации Мальты[97] Всемирной медицинской ассоциации** о голодовках и **Стандартам медицинской этики ООН** (Принципы медицинской этики, касающиеся роли медицинского персонала, особенно врачей, в защите заключенных и задержанных от пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения или наказания)[98], все эти документы описаны в Главе выше, посвященной международным

---

[96] Статьи 25 и 30 **Минимальных стандартных правил ООН для обращения с заключенными** (Правила Нельсона Манделы), резолюция Генеральной Ассамблеи 70/175, приложение, принята 17 декабря 2015 года, https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-E-ebook.pdf

[97] **Декларация Мальты Всемирной медицинской ассоциации о голодовках**,

https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-malta-on- hunger-strikers/

[98] **Принципы медицинской этики, касающиеся роли медицинского персонала, особенно врачей, в защите заключенных и задержанных от пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения или наказания**, https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/principles-medical-ethics-relevant-role-health personnel#:~:text=It%20is%20a%20contravention%20of%20medical%20ethics%20for,no%20hazard%20to%20his%20physical%20or%20mental%20health.

стандартам. Не было принято никакого решения относительно принудительного лечения, в некоторых случаях, как упомянуто выше, это описано в Декларации Мальты; решение о таком лечении должно быть принято врачом или комиссией врачей, исходя только из медицинских соображений, с учетом способности пациента и его/ее предыдущего решения, а также рисков для состояния пациента в случае терминальной болезни.

Доступ к информации также должен быть гарантирован, включая право на получение копий всей медицинской документации по запросу; в некоторых случаях врач имеет право принять решение не предоставлять полную информацию, но в случае настойчивого запроса пациента вся информация должна быть предоставлена пациенту.

Пациент также имеет право получать информацию о альтернативном лечении и запрашивать второе мнение, что должно быть гарантировано медицинскими службами тюрьмы.

Заключенный/пациент имеет право на доступ к платным услугам и медикаментам, а также на обращение к частному врачу, экспертизе или медицинской оценке. Любые ограничения и ограничения, введенные администрацией тюрьмы, должны быть обоснованы письменно, заключенный имеет право обратиться в суд или административные органы.

Статья 24. Применение обязательных медицинских мер

1. Учреждения, исполняющие наказания в виде ограничения свободы или лишения свободы, также должны обеспечить исполнение судебного решения о применении обязательного лечения к лицам, страдающим туберкулезом, алкоголизмом, наркозависимостью или токсикоманией, а также к тем, кто страдает от психического расстройства, не исключающего вменяемости. (Закон Республики Таджикистан от 23.11.15, № 1230)
2. Если в ходе отбывания наказания, указанного в части 1 этой статьи, установлено, что осужденный болен туберкулезом, алкоголизмом, наркозависимостью или злоупотреблением токсичными веществами, учреждение, исполняющее наказание, должно подать в суд ходатайство о применении обязательных медицинских мер к такому лицу (Закон Республики Таджикистан от 23.11.15, № 1230; Закон Республики Таджикистан от 14.05.2016, № 1307).
3. Условия и порядок назначения, исполнения и прекращения обязательных медицинских мер в отношении лиц, указанных в части 1 этой статьи, а также лиц, осужденных к другим видам наказания, устанавливаются нормативными правовыми актами Республики Таджикистан (Закон Республики Таджикистан от 14.05.2016, № 1307).
4. В отношении лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека и страдающих от синдрома приобретенного иммунного дефицита, а также лиц, не завершивших полный курс лечения венерического заболевания, которые осуждены к наказаниям, указанным в части 1 этой статьи, учреждение, исполняющее соответствующее наказание, по решению медицинской комиссии должно применять обязательное лечение. (Закон Республики Таджикистан от 23.11.15, № 1231; Закон Республики Таджикистан от 14.05.2016, № 1307).
5. В случаях, когда лечение осужденного не завершено на момент его освобождения, администрация исправительного учреждения, при наличии медицинского заключения, обращается в суд с ходатайством о продолжении обязательного лечения такого лица в медицинском учреждении с особыми условиями лечения.

Анализ статьи 24:

Согласно международным стандартам, не существует обязательного или принудительного лечения в случае проблем с зависимостью (наркозависимость, алкоголизм и т. д.), туберкулеза и других инфекционных заболеваний; в условиях изоляции необходимо учитывать риски для инфицированного пациента и фазу заболевания — является ли оно заразным в существующих условиях. Для более подробной информации см. вышеупомянутую главу:

Рекомендация Совета Европы No. R (98) 7, глава 3[99], также включает приоритеты здравоохранения в пенитенциарной системе, особые гуманитарные категории, а также обязательства по правам заключенных, находящихся на голодовке, и отказ от лечения.

А. Передающиеся болезни, в частности: ВИЧ-инфекция и СПИД, туберкулез, гепатит.

Согласно законодательной базе Таджикистана, обязательное лечение должно проводиться в случае психических расстройств по решению суда, включая вопросы невменяемости или частичной вменяемости (согласно Уголовному кодексу Таджикистана) и РЕШЕНИЕ ПЛЕНУМА ВЕРХОВНОГО СУДА РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН No. 74 от 30 ноября 2015 года, Душанбе, о применении обязательных медицинских мер. Подробно этот вопрос также описан в специальном приказе Министерства юстиции Республики Таджикистан ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ, ОТБЫВАЮЩИМ НАКАЗАНИЕ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ И ПОДДЕРЖИВАЕМЫМ В КАРЦЕРНОМ ЗАДЕРЖАНИИ, однако, при рассмотрении всей этой документации можно сделать вывод, что нет четких определений в случаях принудительного лечения заключенных или принудительных ограничительных мер в рамках пенитенциарной системы, какие юридические стандарты должны применяться.

В Кодексе здравоохранения Таджикистана отсутствуют подробные описания ограничительных принудительных мер и принудительного лечения; нет различий между обязательным лечением в случаях уголовных преступлений и в случаях социально опасных состояний, требующих принудительного лечения.

Статья 78. Отдельное содержание осужденных в исправительных учреждениях

6. Осужденные с инфекционными заболеваниями содержатся отдельно от здоровых осужденных.
7. Лица, инфицированные вирусом иммунодефицита человека и страдающие от синдрома приобретенного иммунодефицита, содержатся отдельно от других осужденных с инфекционными заболеваниями. (Закон Республики Таджикистан от 23.11.15, № 1231)
8. Осужденные граждане иностранных государств и апатриды содержатся на общих основаниях.

Статья 78 должна соответствовать международным стандартам, что ограничивает полную изоляцию, более подробную информацию см. вышеупомянутую главу:

Рекомендация Совета Европы No. R (98) 7, глава 3, также включает приоритеты здравоохранения в пенитенциарной системе, особые гуманитарные категории, а также обязательства по правам заключенных, находящихся на голодовке, и отказ от лечения.

[99] Рекомендация Совета Европы No. R (98) 7, глава 3, https://rm.coe.int/09000016804ef613

А. Передающиеся болезни, в частности: ВИЧ-инфекция и СПИД, туберкулез, гепатит.

Статья 101. Особенности отбывания наказания в виде лишения свободы беременными женщинами и женщинами с детьми

4. Беременные женщины имеют право на специализированное медицинское обслуживание до, во время и после родов.

Анализ Статьи 101:

Согласно международным стандартам, беременные женщины должны иметь право на получение медицинских услуг, доступных в гражданских медицинских учреждениях, и право на роды в гражданских медицинских учреждениях.

Статья 105. Медицинское и санитарное обеспечение лиц, лишенных свободы

1. Медицинская, профилактическая и санитарно-профилактическая помощь осужденным в местах лишения свободы организуется и осуществляется в соответствии с Внутренними правилами исправительных учреждений и законодательством Республики Таджикистан.
2. Для медицинской помощи осужденным организуются медицинские и профилактические учреждения (больницы, специализированные психиатрические и туберкулезные больницы, медицинские подразделения), а для содержания и амбулаторного лечения осужденных, страдающих туберкулезом, хроническим алкоголизмом и наркоманией, лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека и страдающих синдромом приобретенного иммунного дефицита — медицинские исправительные учреждения. (Закон Республики Таджикистан от 23.11.15, № 1231)
3. Осужденный имеет право на консультацию и лечение в системе платных медицинских услуг. Оплата таких услуг и покупка необходимых медикаментов производится осужденным или его родственниками за собственный счет. Консультации и лечение в таких случаях проводятся в медицинском подразделении на месте отбывания наказания под наблюдением персонала медицинского подразделения.
4. Администрация места лишения свободы обязана выполнять необходимые санитарно-гигиенические и антиэпидемические требования, обеспечивающие защиту здоровья осужденных. Осужденные, приговоренные к лишению свободы, обязаны выполнять требования санитарии и гигиены, предъявляемые к ним.
5. В случае отказа осужденного от приема пищи и медикаментов, назначенных врачом, и угрозы его жизни, допустимо принудительное кормление и медикаментозное лечение по медицинским показаниям. (Закон Республики Таджикистан от 23.11.15, № 1230)
6. Порядок предоставления медицинской помощи лицам, лишенным свободы, организация и осуществление санитарного контроля, использование медицинских и профилактических учреждений здравоохранения и привлечение их медицинского персонала для этой цели определяется Министерством юстиции Республики Таджикистан и Министерством здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. (Закон Республики Таджикистан от 23.11.15, № 1231)

Анализ Статьи 105: Особое внимание должно быть уделено пункту 5, касающемуся отказа от лечения и пищи, что не соответствует международным стандартам и должно соответствовать Рекомендациям Совета Европы No. R (98) 7, глава 3, которая включает приоритеты здравоохранения в пенитенциарной системе, специальные гуманитарные

категории, а также обязательства по правам заключенных на голодовке и отказе от лечения[100]. Это также должно быть в соответствии с Декларацией ВМА о голодающих (Malta Declaration)[101]:...

«21. Искусственное кормление, когда оно используется в интересах пациента, может быть этически приемлемым, если согласие на него дает компетентный человек, находящийся на голодовке. Однако, в соответствии с Декларацией ВМА о Токио, если заключенный отказывается от пищи и врач считает его способным сформулировать неповрежденное и рациональное суждение относительно последствий такого решения, его не следует кормить искусственно. Искусственное кормление также может быть приемлемым, если недееспособные лица не оставили под давлением заранее выраженных указаний об отказе от кормления, с целью сохранить жизнь человека, находящегося на голодовке, или предотвратить тяжелые необратимые инвалидизирующие последствия. Ректальная гидратация не является и никогда не должна использоваться как форма терапии для восстановления водного баланса или питания у пациентов, соблюдающих пост.

22.Когда пациент физически способен начать оральное кормление, следует проявлять максимальную осторожность для того, чтобы обеспечить соблюдение самых современных рекомендаций по повторному введению пищи.

23. Все виды вмешательства для энтерального или парентерального кормления против воли психически дееспособного человека, находящегося на голодовке, должны рассматриваться как «принудительное кормление». Принудительное кормление никогда не является этически приемлемым. Даже если это предполагается как благоприятное воздействие, кормление, сопровождаемое угрозами, принуждением, силой или использованием физического принуждения, является формой бесчеловечного и унижающего достоинство обращения. Точно так же неприемлемо принудительное кормление некоторых задержанных с целью запугивания или принуждения других голодающих прекратить голодовку.»

Что касается других пунктов, включенных в эту статью, рекомендуется подчеркнуть роль Министерства здравоохранения и его приказов, рекомендаций и протоколов, касающихся организационных аспектов медицинских учреждений в пенитенциарной системе и специфических расстройств, описанных в этой статье.

Статья 137. Условия содержания осужденных, оставленных в медицинском учреждении, следственном изоляторе или тюрьме для обслуживания

Согласно международным стандартам, не рекомендуется использовать субкультуру заключенных как медицинский или вспомогательный персонал в медицинских учреждениях.

---

[100] Рекомендация Комитета министров Совета Европы № R (98) 7, Глава 3, включает также приоритеты в области здравоохранения в пенитенциарной системе, специальные гуманитарные категории, а также обязательства по правам заключённых на голодовке и отказ от лечения: E. Отказ от лечения, голодовка, https://rm.coe.int/09000016804ef613

[101] Декларация ВМА о голодающих заключённых, https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-malta-on-hunger-strikers/

2. ЗАКОН РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН О ПРОЦЕДУРЕ И УСЛОВИЯХ СОДЕРЖАНИЯ ПОДОЗРЕВАЕМЫХ, ОБВИНЯЕМЫХ И ОБВИНУВАННЫХ

Статья 24. Медицинское и санитарное обеспечение

1. Медицинская, профилактическая и санитарно-эпидемиологическая работа в местах содержания осуществляется в соответствии с законодательством о защите здоровья населения. Администрация мест содержания обязана соблюдать санитарно-гигиенические требования, обеспечивающие защиту здоровья подозреваемых, обвиняемых и подсудимых.
2. Процедура предоставления медицинской, включая психиатрическую, помощи подозреваемым, обвиняемым и подсудимым, а также процедура их содержания в медицинских учреждениях и привлечение персонала этих учреждений к их уходу определяются органами здравоохранения, юстиции и национальной безопасности Республики Таджикистан.
3. Если здоровье подозреваемого, обвиняемого или подсудимого ухудшается или он/она получает телесные повреждения, медицинское обследование проводится медицинскими работниками мест содержания под стражей без задержек. Результаты медицинского обследования фиксируются в установленном порядке и сообщаются пострадавшему подозреваемому, обвиняемому или подсудимому. По запросу подозреваемого, обвиняемого или подсудимого, а также их адвоката им предоставляется копия отчета о медицинском обследовании. По решению руководителя места содержания под стражей или должностного лица или органа, ведущего уголовное дело, или по запросу подозреваемого, обвиняемого или подсудимого, или по запросу его/ее защитника, медицинское обследование может быть проведено работниками других медицинских учреждений. Отказ от проведения такого обследования может быть обжалован в прокурорский надзор.
4. В случае серьезного заболевания или смерти подозреваемого, обвиняемого или подсудимого администрация места содержания под стражей незамедлительно уведомляет их родственников и прокурора. Тело умершего подозреваемого, обвиняемого или подсудимого, после патологоанатомического обследования, а также выполнения действий, предусмотренных Уголовно-процессуальным кодексом Республики Таджикистан, передается близким родственникам, которые его потребовали. Погребение тела умершего подозреваемого, обвиняемого или подсудимого, которое не было востребовано, осуществляется за счет государства в специально отведенных местах.

Анализ статьи 24: Особое внимание следует уделить насилию в тюрьмах и/или в ходе первоначальной медицинской оценки или оценки при переводе в другую тюрьму; процедуры в соответствии с международными стандартами, касающиеся предотвращения и документирования возможных фактов пыток и/или жестокого обращения, должны быть включены в эту статью или другие структурные разделы, касающиеся здравоохранения в тюрьмах. Международные стандарты в основном включают положения Стамбульского протокола[102], который предусматривает детальную оценку физического и психического состояния заключенного, этические стандарты, выводы относительно соответствия событиям насилия и детальное описание инцидента. Все международные стандарты, включая Правила

[102] **ИСТАНБУЛЬСКИЙ ПРОТОКОЛ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ СЕРИИ ОБУЧЕНИЯ № 8/Rev. 2** Руководство по эффективному расследованию и документированию пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство наказаний, https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/publications/2022-06-29/Istanbul-Protocol_Rev2_EN.pdf

Нельсона Манделы[103], Рекомендации Совета Европы[104] и Этическое руководство ВМА, также должны быть учтены, особенно Декларация ВМА о Токио[105] и Заявление ВМА об ответственности врачей за документацию и осуждение пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство обращений[106]. Важную роль в этих случаях играют конфиденциальность и информированное согласие, а также профессиональная независимость, которые должны быть учтены при оценке случаев насилия и в целом при оказании медицинской помощи.

Статья 26. Дополнительные платные услуги

При наличии соответствующих условий администрация мест лишения свободы должна предоставлять подозреваемым, обвиняемым и подсудимым дополнительные платные услуги, включая бытовые и медицинско-санитарные услуги, перечень и порядок предоставления которых устанавливаются внутренними регламентами.

ГЛАВА 3. ОСОБЕННОСТИ ЗАДЕРЖАНИЯ ЖЕНЩИН И НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

1. Женщины-подозреваемые, обвиняемые и подсудимые в местах лишения свободы могут иметь при себе детей в возрасте до трех лет.
2. Для беременных женщин и женщин с детьми в местах лишения свободы создаются улучшенные материально-бытовые условия, специализированная медицинская помощь, а также повышенные нормы питания и одежды, которые определяются Правительством Республики Таджикистан.
3. На продолжительность ежедневных прогулок для беременных женщин и женщин с детьми не должны накладываться ограничения.
4. Применение меры наказания в виде помещения в карцер не может быть применено к беременным женщинам и женщинам с детьми.
5. При необходимости администрация мест лишения свободы может подать ходатайство в установленном законом порядке о временном передаче ребенка близким родственникам или другим лицам либо в детское учреждение.

Анализ Главы 3 этого законопроекта

Описанные в этой Главе положения должны соответствовать **Бангкокским правилам** по здравоохранению женщин-правонарушителей, пункты 5-18[107]. Это включает в себя многие аспекты комплексного медицинского ухода, включая репродуктивное здоровье, психическое и физическое здоровье, а также программы реабилитации и профилактики; важность конфиденциальности, выбор пола медицинского работника, доступ к юридическим

---

[103] **Минимальные стандартные правила ООН для обращения с заключенными (Правила Нельсона Манделы)**, https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-E-ebook.pdf

[104] **Рекомендация Совета Европы № R (98) 7**, Глава 3 также включает приоритеты здравоохранения в пенитенциарной системе, специальные гуманитарные категории, а также обязательства по правам заключенных на голодовке и отказ от лечения: Е. Отказ от лечения, голодовка, https://rm.coe.int/09000016804ef613

[105] Декларация Токио, Руководящие принципы для врачей по предотвращению пыток, https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-tokyo/

[106] Заявление ВМА о ответственности врачей за документирование и осуждение пыток или жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения и наказания, https://www.wma.net/policies-post/wma-resolution-on-the-responsibility-of-physicians-in-the-documentation-and-denunciation-of-acts-of-torture-or-cruel-or-inhuman-or-degrading-treatment/

[107] Бангкокские правила по медицинскому обслуживанию женщин-правонарушителей, пункты 5-18, https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Bangkok_Rules_ENG_22032015.pdf

агентствам в случае сексуального насилия, основанного на гендере, а также доступ к психологическим, психотерапевтическим и социальным реабилитационным услугам.

Статья 32. Особенности содержания несовершеннолетних

1. Несовершеннолетним подозреваемым, обвиняемым и подсудимым обеспечиваются улучшенные материальные и жилищные условия, организуется специализированная медицинская помощь и устанавливаются повышенные нормы питания, как это определено Правительством Республики Таджикистан.
2. Ежедневные прогулки для несовершеннолетних подозреваемых, обвиняемых и подсудимых устанавливаются на срок не менее двух часов. Во время прогулок несовершеннолетним предоставляется возможность для физических упражнений и занятий спортом.
3. По возможности несовершеннолетним подозреваемым, обвиняемым и подсудимым показываются фильмы, организуются телевизионные программы, для них оборудуются помещения для спортивной деятельности и другого досуга, а также уличные спортивные площадки.
4. В пределах возможного для несовершеннолетних подозреваемых, обвиняемых и подсудимых создаются условия для получения общего среднего образования, проводится образовательная работа.
5. Несовершеннолетним подозреваемым, обвиняемым и подсудимым разрешается приобретать и получать учебники и школьные принадлежности, а также получать их в посылках и посылках.
6. При получении жалобы на применение насилия в отношении несовершеннолетнего проводится обязательное медицинское обследование не менее чем тремя медицинскими работниками, не подчиненными учреждению, где содержится подозреваемый, обвиняемый или подсудимый, с целью зафиксировать степень физических повреждений, признаки насилия, пыток и жестокого обращения.

Анализ статьи 32: Для несовершеннолетних правонарушителей необходимо обеспечить доступ к гражданскому медицинскому обслуживанию, а также доступ к специализированным психосоциальным реабилитационным проектам. Медицинские услуги в исправительном учреждении должны включать педиатрическую помощь, включая возможности и инструменты для оценки психического и физического развития, особенности возраста при получении информированного согласия, а также продолжение медицинской помощи как внутри, так и за пределами пенитенциарной системы.

Статья 40. Содержание в наказательном помещении

3. Содержание в наказательном помещении осуществляется на основании решения начальника места содержания и заключения медицинского работника о возможности содержания подозреваемого, обвиняемого или подсудимого в наказательном помещении.
4. Начальник места содержания имеет право отложить исполнение наказания в виде содержания в наказательном помещении, уменьшить срок содержания в наказательном помещении или досрочно освободить подозреваемого, обвиняемого или подсудимого из наказательного помещения, учитывая медицинские показания или по другим причинам.

Анализ статьи 40: Пункт 3 этой статьи полностью неправильный, потому что все международные стандарты в области пенитенциарной медицины и медицинской этики запрещают участие медицинского персонала в обысках тела или дисциплинарных процедурах.

Необходимо отметить, что участие медицинских специалистов в дисциплинарных санкциях или любых формах процедур обыска тела является значительным нарушением международных стандартов медицинской этики.

Рекомендации Совета Европы No. R (98) 7, Глава 3, F. Насилие в тюрьмах[108]: дисциплинарные процедуры и санкции, дисциплинарное изоляционное содержание, физическое ограничение, режим повышенной безопасности.

Не вовлечение медицинского персонала в процедуры обыска тела и в любой части процесса принятия решения, приводящего к одиночному заключению в качестве дисциплинарного наказания, также закреплено в соответствующих заявлениях Всемирной медицинской ассоциации[109]. Медицинские вмешательства, требуемые властями, которые не служат интересам заключенного, такие как тестирование на потребление наркотиков, интимные обыски или судебно-медицинские экспертизы, должны выполняться медицинскими специалистами, не связанными с лечением заключенного.

Статья 42. Меры, предпринимаемые в случае отказа от пищи

1. Когда установлено, что подозреваемый, обвиняемый или подсудимый отказывается от пищи, начальник места содержания или его заместитель обязаны выяснить причины отказа от пищи и уведомить официальное лицо или орган, ведущий уголовное дело, а также прокурора, осуществляющего надзор за соблюдением законов в местах содержания.
2. Если причины отказа от пищи подозреваемого, обвиняемого или подсудимого обоснованы, администрация места содержания принимает меры для удовлетворения требований, выдвинутых подозреваемым, обвиняемым или подсудимым. Если невозможно немедленно выполнить эти требования, подозреваемому, обвиняемому или подсудимому даются соответствующие разъяснения, и принимаются меры для их удовлетворения.
3. Подозреваемый, обвиняемый или подсудимый, который отказывается от пищи, содержится, по возможности, отдельно от других подозреваемых, обвиняемых или подсудимых и находится под наблюдением медицинского работника.
4. Меры, в том числе принудительные, направленные на поддержание здоровья подозреваемого, обвиняемого или подсудимого, отказавшегося от пищи, осуществляются на основании письменного заключения врача и в присутствии медицинского работника.
5. Отказ от пищи подозреваемого, обвиняемого или подсудимого не препятствует его переводу или сопровождению в другие места содержания или участию в следственных действиях и судебных заседаниях. При необходимости перевод или сопровождение подозреваемого, обвиняемого или подсудимого осуществляется в сопровождении медицинского работника.

Анализ статьи 42: Как упоминалось в предыдущем разделе, включая анализ статьи 105 Кодекса исполнения уголовных наказаний Республики Таджикистан, меры, принимаемые при отказе от пищи, должны соответствовать Рекомендации Совета Европы No. R (98) 7, Глава 3, E. Отказ от лечения, голодовка, а также Декларации ВМА о голодающих заключенных. Этот

[108] Рекомендация Совета Европы № R (98) 7, Глава 3, F. Насилие в тюрьмах: дисциплинарные процедуры и санкции, дисциплинарное confinement, физическое сдерживание, режим повышенной безопасности, https://rm.coe.int/09000016804ef613

[109] Заявление о проведении осмотра тела заключённых, Всемирная медицинская ассоциация, 2017, https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-body-searches-of-prisoners Заявление о содержании в одиночной камере, Всемирная медицинская ассоциация, 2017, https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-solitary-confinement

вопрос также подробно рассматривается в главе выше, касающейся международных стандартов медицинского обслуживания в тюрьмах.

3. **Специальный приказ министерства юстиции Республики Таджикистан: главное управление исполнения уголовных наказаний, порядок организации медицинского обслуживания для лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы и находящихся в учреждении под стражей.**

Этот специальный документ содержит подробности организационных аспектов медицинского обслуживания в тюрьмах. Все комментарии, касающиеся вышеописанных юридических кодексов, также относятся к этому специальному документу. Все медицинские услуги и доступ к ним должны соответствовать общим стандартам здравоохранения в тюрьмах и должны быть утверждены Министерством здравоохранения и соответствовать приказам, изданным Министерством здравоохранения.

Согласно международным стандартам здравоохранения в тюрьмах, должна быть обеспечена конфиденциальность, информированное согласие и профессиональная независимость, вместе с доступом к врачу и эквивалентностью стандартов общественного здравоохранения.

В Специальном приказе Минюста имеется значительное нарушение конфиденциальности, включая пункт 198: …«По соглашению с медицинским работником, проводящим осмотр телесных повреждений, в ходе беседы и осмотра потерпевшего, составления медицинской документации или отчета могут присутствовать другие сотрудники учреждения, не имеющие медицинского образования, с целью обеспечения его безопасности. Несогласие подозреваемого, обвиняемого или осужденного с присутствием сотрудника, не являющегося членом медицинского персонала, во время осмотра фиксируется в амбулаторной карте.»

Согласно международным стандартам, другие лица могут присутствовать во время медицинского осмотра только по запросу медицинского персонала и только на расстоянии, недоступном для слуха:

Конфиденциальность

50. Медицинская тайна должна соблюдаться в тюрьмах так же, как и в обществе. Ответственность за хранение медицинских файлов должна лежать на враче.

51. Все медицинские осмотры заключенных (будь то при поступлении или на более позднем этапе) должны проводиться за пределами слуха, и — если только врач не просит иначе — и за пределами видимости тюремных охранников. Кроме того, заключенные должны осматриваться индивидуально, а не группами.» — Медицинские услуги в тюрьмах (Европейский комитет по предотвращению пыток и жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания (CPT))[110].

Пункт 208 этого приказа также должен быть пересмотрен в соответствии с международными стандартами медицинского обслуживания в тюрьмах. Необходимо учесть принципы профессиональной независимости и информированного согласия.

[110] Медицинские услуги в тюрьмах (Европейский комитет по предотвращению пыток и жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания (CPT), ii) Конфиденциальность, https://rm.coe.int/16806ce943

"208. Если выявляются данные, позволяющие предположить, что ущерб здоровью подозреваемого, обвиняемого или осужденного был причинен в результате незаконных действий, медицинский работник, проводивший медицинское обследование, должен в письменной форме информировать об этом руководителя учреждения, и соответствующая запись должна быть внесена в соответствующий журнал.

Согласно стандартам по предотвращению и документированию случаев пыток и других форм жестокого обращения, оценка должна проводиться в соответствии с рекомендациями и принципами Стамбульского протокола[111]. Также должны быть учтены положения из Заявления BMA о ответственности врачей за документирование и осуждение актов пыток или жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения[112], обеспечивающие профессиональную независимость и конфиденциальность.

Доступ к информации также должен быть описан в этом документе более подробно. Каждый пациент должен иметь право получать копии своих медицинских файлов и документации по запросу. Это должно быть гарантировано в соответствии с общими стандартами здравоохранения в стране.

Документ также должен соответствовать международным стандартам медицинского обслуживания в тюрьмах (Европейский комитет по предотвращению пыток и жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания (CPT), c. Согласие пациента и конфиденциальность, i) согласие пациента)[113].

46. Пациентам должна быть предоставлена вся необходимая информация (при необходимости в форме медицинского отчета) о их состоянии, ходе лечения и назначенных лекарствах. Желательно, чтобы пациенты имели право ознакомиться с содержимым своих медицинских файлов в тюрьме, если это не противоречит терапевтическому подходу. Они должны иметь возможность попросить, чтобы эта информация была передана их семьям и адвокатам или внешним врачам.

47. Каждый пациент, способный к осознанию, имеет право отказаться от лечения или любой другой медицинской процедуры. Любое отклонение от этого основного принципа должно быть основано на законе и касаться исключительно ясно и строго определенных исключительных обстоятельств, которые применимы ко всему населению.

Классическая трудная ситуация возникает, когда решение пациента противоречит общему долгосрочному уходу, который обязан предоставлять врач. Это может случиться, если пациент поддается личным убеждениям (например, отказ от переливания крови) или когда он намерен использовать свое тело или даже калечить себя, чтобы добиться своих требований, протестовать против власти или продемонстрировать свою поддержку делу.

В случае голодовки, государственные власти или профессиональные организации в некоторых странах потребуют от врача вмешаться, чтобы предотвратить смерть, как только сознание пациента серьезно нарушено. В других странах правило заключается в том, чтобы

---

[111] **Стамбульский протокол**, https://www.ohchr.org/en/publications/policy-and-methodological-publications/istanbul-protocol-manual-effective-0

[112] **Заявление BMA о ответственности врачей в документировании и осуждении актов пыток или жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения**, https://www.wma.net/policies-post/wma-resolution-on-the-responsibility-of-physicians-in-the-documentation-and-denunciation-of-acts-of-torture-or-cruel-or-inhuman-or-degrading-treatment/

[113] **Медицинские услуги в тюрьмах** (Европейский комитет по предотвращению пыток и бесчеловечного или унижающего достоинство обращения), согласие пациента и конфиденциальность, согласие пациента, https://rm.coe.int/16806ce943

оставить клинические решения врачу, который обязан проконсультироваться и взвесить все соответствующие факты."

48. Что касается вопроса медицинских исследований с участием заключенных, то очевидно, что необходимо соблюдать очень осторожный подход, учитывая риск того, что согласие заключенных на участие может быть обусловлено их пенитенциарным положением. Должны существовать гарантии, чтобы убедиться, что любой заключенный дал свое свободное и информированное согласие. Применяемые правила должны соответствовать тем, которые действуют в обществе, с участием этического совета. Комитет по предотвращению пыток добавляет, что он поддерживает исследования, касающиеся патологии заключенных, эпидемиологии или других аспектов, специфичных для их состояния.
49. Участие заключенных в образовательных программах для студентов должно требовать их согласия.

Как упомянуто выше в анализе соответствующих законов: медицинская помощь во время голодовки и отказа от пищи должна регулироваться и управляться в соответствии с Декларацией ВМА о голодающих заключенных[114].

Пункты с 2016 до 227 также должны быть пересмотрены в соответствии с международными стандартами конфиденциальности и профессиональной независимости, как уже упоминалось выше. Участие медицинского персонала в дисциплинарных процедурах строго запрещено международными стандартами медицинской этики.

Неучастие медицинского персонала в обысках тела и в любом процессе принятия решений, который может привести к одиночному заключению как дисциплинарному наказанию, также закреплено в соответствующих заявлениях ВМА[115]. Медицинские вмешательства, требуемые властями, которые не связаны с интересами заключенного, такие как тестирование на наркотики, интимные обыски или судебно-медицинские исследования, должны проводиться медицинскими специалистами, не участвующими в уходе за заключенными[116].

Особое внимание следует обратить на то, что список ожидания или журнал регистрации для амбулаторного приема к врачу должен вестись медицинским персоналом. Также следует отметить, что если у пациента уже есть назначения от врача и рекомендации по планируемым визитам, они не должны требовать предварительного запроса или регистрации в этом журнале. Они должны иметь доступ к врачу в соответствии с их назначениями, что должно контролироваться медсестрой или другим медицинским персоналом амбулаторного отделения.

---

[114] Декларация ВМА о голодающих заключенных,, https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-malta-on-hunger-strikers/

[115] Заявление о проведении обысков у заключенных, Всемирная медицинская ассоциация, 20177, https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-body-searches-of-prisoners/

Заявление о содержании в одиночном заключении, Всемирная медицинская ассоциация, 2017, https://www.wma. net/policies-post/wma-statement-on-solitary-confinement https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-solitary-confinement

[116] Рекомендация Совета Европы: ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ В ТЮРЬМАХ, февраль 2019, напечатано в Совете Европы, https://rm.coe.int/guidelines-organisation-and-management-of-health-care-in-prisons/168093ae69

«223. В каждом учреждении исполнения наказания начальник подразделения ведет журнал предварительной регистрации для амбулаторных приемов. В следственном изоляторе журнал ведет дежурный офицер здания. Журнал предварительной регистрации передается в медицинский блок до начала амбулаторного приема. После приема журнал возвращается указанным лицам. Приемы без записи в журнале проводятся только в экстренных случаях.» — этот процесс должен быть пересмотрен.

Пункт 235 также должен быть пересмотрен в соответствии с международными стандартами доступа к информации, пациент имеет право получить все копии медицинской документации по запросу. Ограничения могут быть установлены врачом, учитывая возможность нанесения вреда и информацию, полученную от третьих лиц.

Пункт 239 также должен быть пересмотрен, должны быть гарантированы возможности оказания неотложной стоматологической помощи во всех пенитенциарных учреждениях.

В Пункте 268 — о медицинских услугах для психически больных пациентов:

"Госпитализация пациентов с психическими расстройствами проводится в острых случаях на основании заключения медицинской комиссии, а в других случаях — с письменного согласия пациента".

Эту статью следует пересмотреть в соответствии с "Решением Пленума Верховного Суда Республики Таджикистан № 74". В соответствии с международными стандартами эквивалентного медицинского обслуживания, в случае принудительного лечения должны быть установлены аналогичные правила как в государственных медицинских учреждениях, так и в тюрьмах.

В **Приказе Министерства юстиции** о медицинской помощи в тюрьмах рассматриваются несколько тем, связанных с особыми приоритетами и расстройствами, характерными для пенитенциарной системы, такими как психическое здоровье, предотвращение насилия, инфекционные заболевания, хронические болезни и т. д. В соответствии с международными стандартами, программа психического здоровья должна быть разработана, включая целостный подход, с программами предотвращения самоубийств и снижения вреда. Программа предотвращения насилия также должна быть разработана отдельно, в соответствии с международными стандартами, включая вопросы документирования, профессиональной независимости и конфиденциальности.

Стандарты медицинской документации и активация документации должны соответствовать специальным приказам и регламентам Министерства здравоохранения. Амбулаторная помощь и медицинские файлы в больницах должны быть аналогичны тем, что предусмотрены для государственных медицинских служб.

Необходимо выделить отдельные темы для пациентов с тяжелыми заболеваниями, которые могут быть основанием для освобождения из тюрьмы или условий для отсрочки заключения.

В этом документе также отсутствуют программы психосоциальной реабилитации, особенно для несовершеннолетних заключенных.

Снова следует отметить, что принудительное лечение не должно быть применимо к пациентам с зависимостями или инфекционными заболеваниями. Процедуры изоляции

должны быть описаны более подробно и должны соответствовать Кодексу общественного здравоохранения и международным стандартам.

Наконец, программы для непрерывного медицинского развития и профессиональных стандартов должны быть аналогичны тем, что применяются к медицинским работникам общественного здравоохранения, с учетом специфики стандартов медицинской помощи в пенитенциарных учреждениях.

4. КОДЕКС МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Этот кодекс должен более подробно описывать темы, связанные с правами пациентов, и указывать, что заключенные, задержанные или осужденные лица также имеют такие же права, как и обычные граждане, а любые ограничения должны быть включены в этот кодекс. Например:

"Глава 7. Права и обязанности граждан, пациентов и медицинских работников", статья 36, пункт 2:

2. Граждане имеют право свободно выбирать медицинское учреждение и врача. Здесь должно быть указано, что права заключенных и осужденных должны быть включены, и любые ограничения должны быть обжалованы в суде.

Статья 39, касающаяся доступа к информации, должна соответствовать международным стандартам. Это означает, что все пациенты имеют право на доступ и получение копий всей медицинской документации в случае срочного запроса.

Статья 43. Право граждан на отказ от осмотра и лечения — эта статья также должна быть пересмотрена в соответствии с международными стандартами медицинской этики.

Как упоминалось ранее, также должны быть пересмотрены вопросы, касающиеся принудительного лечения в соответствии с международными стандартами.

Статья 47. Права пациента — также должны быть описаны права заключенных и осужденных, и они должны соответствовать международным стандартам. **Декларация ВМА Лиссабон о правах пациента**[117]:

ПРИНЦИПЫ

1. Право на медицинское обслуживание хорошего качества
   а. Каждый человек имеет право на соответствующее медицинское обслуживание без дискриминации.
   б. Каждый пациент имеет право на то, чтобы его лечил врач, который, как он/она знает, свободен в принятии клинических и этических решений без вмешательства посторонних лиц.
   в. Пациент всегда должен получать лечение в соответствии с его/ее лучшими интересами. Применяемое лечение должно соответствовать общепринятым медицинским принципам.

[117] Декларация ВМА из Лиссабона о правах пациента, https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-lisbon-on-the-rights-of-the-patient/

г. Обеспечение качества должно быть неотъемлемой частью здравоохранения. Врачи, в частности, должны принимать на себя ответственность за сохранение качества медицинских услуг.

д. В тех случаях, когда необходимо выбрать между потенциальными пациентами для конкретного лечения, которое ограничено, все такие пациенты имеют право на справедливую процедуру отбора для этого лечения. Этот выбор должен основываться на медицинских критериях и быть сделан без дискриминации.

е. Пациент имеет право на продолжение медицинского обслуживания. Врач обязан сотрудничать в координации медицинской помощи с другими поставщиками медицинских услуг, лечащими пациента.

Врач не может прекратить лечение пациента, если дальнейшее лечение медицински необходимо, без предоставления пациенту разумной помощи и достаточной возможности для организации альтернативной медицинской помощи.

2. Право на свободу выбора

а. Пациент имеет право свободно выбирать и менять своего врача и больницу или медицинское учреждение, независимо от того, являются ли они частными или государственными.

б. Пациент имеет право запросить мнение другого врача на любом этапе.

3. Право на самоопределение

а. Пациент имеет право на самоопределение, принимать свободные решения относительно себя. Врач должен информировать пациента о последствиях его решений.

б. Совершеннолетний пациент, обладающий умственной способностью, имеет право дать или отказать в согласии на любые диагностические процедуры или лечение. Пациент имеет право на информацию, необходимую для принятия решений. Пациент должен четко понимать, какова цель любого теста или лечения, какие будут последствия и что произойдет в случае отказа от согласия.

в. Пациент имеет право отказаться от участия в исследованиях или обучении медицины.

4. Бессознательный пациент

а. Если пациент бессознателен или не может выразить свою волю, согласие должно быть получено, если это возможно, от законного представителя.

б. Если законный представитель не доступен, но медицинское вмешательство крайне необходимо, согласие пациента может быть принято по умолчанию, если очевидно и не вызывает сомнений, что в прошлом пациент выражал отказ от вмешательства в аналогичной ситуации.

в. Однако врачи всегда должны пытаться спасти жизнь пациента, бессознательного из-за попытки самоубийства.

5. Пациент, признанный юридически недееспособным

а. Если пациент является несовершеннолетним или иным образом юридически недееспособным, согласие законного представителя требуется в некоторых юрисдикциях. Тем

не менее, пациент должен быть вовлечен в процесс принятия решений в той степени, в какой это позволяет его способность.

б. Если юридически недееспособный пациент может принимать рациональные решения, его решения должны быть уважены, и он имеет право запретить раскрытие информации своему законному представителю.

в. Если законный представитель пациента или уполномоченное им лицо запрещает лечение, которое, по мнению врача, является наилучшим для пациента, врач должен оспорить это решение в соответствующем юридическом или другом учреждении. В экстренных случаях врач действует в интересах пациента.

6. Процедуры против воли пациента

Диагностические процедуры или лечение против воли пациента могут быть проведены только в исключительных случаях, если это специально разрешено законом и соответствует принципам медицинской этики.

7. Право на информацию

а. Пациент имеет право на получение информации о себе, записанной в его медицинских документах, и на полное информирование о своем состоянии, включая медицинские данные о его состоянии. Однако конфиденциальная информация в медицинских записях пациента, касающаяся третьих лиц, не должна быть передана пациенту без согласия этих третьих лиц.

б. Исключительно, информация может быть скрыта от пациента, если есть обоснованные причины полагать, что эта информация может серьезно угрожать его жизни или здоровью.

в. Информация должна быть предоставлена таким образом, чтобы соответствовать культуре пациента, и чтобы пациент мог понять ее.

г. Пациент имеет право не быть информированным по своему явному запросу, если это не требуется для защиты жизни другого человека.

д. Пациент имеет право выбрать, кто, если кто-то, должен быть информирован от его имени.

8. Право на конфиденциальность

а. Вся информация, позволяющая идентифицировать состояние здоровья пациента, диагноз, прогноз и лечение, а также другая личная информация должна оставаться конфиденциальной, даже после смерти пациента. Исключительно, потомки могут иметь право на доступ к информации, которая информирует их о рисках для здоровья.

б. Конфиденциальная информация может быть раскрыта только с явного согласия пациента или если это прямо предусмотрено законом. Информация может быть передана другим медицинским работникам только на основании строгой необходимости, если пациент не дал явного согласия.

в. Все данные, позволяющие идентифицировать пациента, должны быть защищены. Защита данных должна быть адекватной способу их хранения. Человеческие материалы, из

которых можно извлечь идентифицируемые данные, должны быть защищены аналогичным образом.

9. Право на медицинское образование

Каждый человек имеет право на медицинское образование, которое поможет ему принимать информированные решения о своем здоровье и доступных медицинских услугах. Образование должно включать информацию о здоровом образе жизни и методах профилактики и раннего выявления заболеваний. Личная ответственность каждого за собственное здоровье должна быть подчеркнута. Врачи обязаны активно участвовать в образовательных усилиях.

10. Право на достоинство

а. Достоинство пациента и его право на личную неприкосновенность должны уважаться во время медицинского обслуживания и обучения, как и его культура и ценности.

б. Пациент имеет право на облегчение страданий в соответствии с текущим состоянием знаний.

в. Пациент имеет право на гуманное лечение в терминальной стадии и на предоставление всей доступной помощи, чтобы сделать смерть максимально достойной и комфортной.

11. Право на религиозную помощь

Пациент имеет право на получение или отказ от духовного и морального утешения, включая помощь священнослужителя своей выбранной религии.

Специальные обязанности и ответственность медицинского персонала, а также медицинская деятельность должны быть включены в этот кодекс в соответствии с международными стандартами медицинской этики. В частности, с Декларацией ВМА Токио — Руководством для врачей по вопросам пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство обращений и наказаний в отношении задержанных и заключенных[118], Резолюцией ВМА по ответственности врачей в документировании и осуждении актов пыток или жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство обращений и наказаний[119], а также с Принципами медицинской этики, относящимися к роли медицинского персонала, в частности врачей, в защите заключенных и задержанных от пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство обращений и наказаний[120].

---

[118] Руководство для врачей по вопросам пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство обращений и наказаний в отношении задержанных и заключенных, https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-tokyo-guidelines-for-physicians-concerning-torture-and-other-cruel-inhuman-or-degrading-treatment-or-punishment-in-relation-to-detention-and-imprisonment/

[119] Резолюция ВМА по ответственности врачей в документировании и осуждении актов пыток или жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство обращений, https://www.wma.net/policies-post/wma-resolution-on-the-responsibility-of-physicians-in-the-documentation-and-denunciation-of-acts-of-torture-or-cruel-or-inhuman-or-degrading-treatment/#:~:text=The%20careful%20and%20consistent%20documentation%20and%20denunciation%20of,be%20consid%20ered%20as%20a%20form%20of%20tolerance%20thereof

[120] Принципы медицинской этики, касающиеся роли медицинского персонала, в частности врачей, в защите заключенных и задержанных от пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство обращений и наказаний, https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/principles-medical-ethics-relevant-role-health-personnel

Статья 180, касающаяся сотрудничества психиатрических учреждений с органами внутренних дел, не соответствует международным стандартам медицинской этики BMA. Доступ к медицинской документации должен быть возможен только по решению суда.

Статья 187. Обязательное (принудительное) обследование лиц в психиатрических больницах

1. Лица, поступившие в психиатрическую больницу в порядке, установленном настоящим Кодексом, подлежат обязательному обследованию в течение 72 часов комиссией психиатров. В этом случае комиссия должна решить, обоснована ли госпитализация или отсутствуют достаточные основания для этого. Если госпитализация признана необоснованной и поступившее лицо не выражает желания оставаться в больнице, оно подлежит немедленному выписыванию. Если госпитализация признана обоснованной, заключение комиссии психиатров в течение 48 часов направляется в суд по месту нахождения психиатрического учреждения для принятия решения о дальнейшем пребывании лица.
2. В дальнейшем такие комиссионные обследования проводятся каждые шесть месяцев с целью определения необходимости продолжения стационарного лечения.
3. Через шесть месяцев с момента помещения в психиатрическую больницу заключение комиссии о необходимости дальнейшего лечения лица в больнице без его согласия направляется начальником больницы в суд, который своим решением может продлить стационарное лечение.
4. В дальнейшем продление стационарного лечения каждые 6 месяцев осуществляется судом. Эта процедура также применяется к лицам, находящимся на обязательном лечении по судебному решению.

- Необходимо более четко прописать принципы принудительного лечения и госпитализации, а также ограничительные меры и инструменты, применяемые в ходе принудительного или обязательного лечения. Эти ограничения должны регулироваться в соответствии с особым приказом Министерства здравоохранения. Также аналогичные положения по экстренному и принудительному лечению должны быть актуальны для системы здравоохранения в учреждениях пенитенциарной системы. Сроки в 6 месяцев также не соответствуют международным стандартам, так как принудительное лечение должно быть максимально кратким, с четким различием между обязательным лечением в случае совершения уголовного преступления и принудительным лечением без совершения уголовного преступления.

Статья 204. Сотрудничество учреждений лечения наркозависимых с правоохранительными органами

– Эта статья должна быть пересмотрена в соответствии с принципами медицинской этики BMA.

Что касается принудительного лечения пациентов с наркотической зависимостью, алкоголизмом или инфекционными заболеваниями, Кодекс должен быть пересмотрен в соответствии с международными стандартами.

5. Сбор нормативных и правовых актов судебно-медицинской экспертизы и методологической процедуры (стандарт) организации и проведения судебно-медицинской экспертизы в государственных судебно-медицинских учреждениях Республики Таджикистан.

Этот документ содержит подробное описание принципов судебно-медицинской экспертизы, однако в нем нет отдельной главы о целях и задачах судебно-медицинской экспертизы. Рекомендуется включить обязанности и ответственность судебно-медицинских экспертов, а также рассмотрение вопросов двойной ответственности и обязательств в соответствии с международными стандартами медицинской этики. Также должны быть включены принципы проведения экспертизы в случаях жестокого обращения и пыток в соответствии с Istanbul Protocol, включая случаи гендерно-обусловленного насилия и т. д.

XII. ЗАКЛЮЧЕНИЯ И КЛЮЧЕВЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Правовая база здравоохранения в тюрьмах в целом содержит многие положения, соответствующие международным стандартам здравоохранения в местах лишения свободы, особенно касающиеся доступа к медицинскому обслуживанию и соответствия общим стандартам здравоохранения, принятым для гражданского населения. Тем не менее, существует ряд несоответствий между национальной правовой базой и международными стандартами. Особенно следует отметить:

- рекомендации по неограниченному доступу к врачу, использование экстренной первой помощи при транспортировке в больницу, продолжение лечения в случае запланированных визитов к врачу, неучастие немедицинского персонала в процедурах лечения и планирования визитов;
- доступ ко второму мнению, доступ к информации, информированное согласие, право отказаться от пищи и лечения, процедуры конфиденциальности и профессиональной независимости также не соответствуют международным стандартам здравоохранения в тюрьмах, и особенно следует отметить участие врачей в дисциплинарных процедурах. Тем более, что в законодательстве не предусмотрены положения по участию врачей в процедурах обыска.

Проблемы здравоохранения в тюрьмах разделены на различные законы и приказы, что затрудняет их анализ, а также создает трудности для заключенных и их адвокатов.

Основным документом, регулирующим здравоохранение в тюрьмах, является специальный приказ Министерства юстиции Республики Таджикистан: **Главное управление исполнения уголовных наказаний, порядок организации медицинского обслуживания лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы и помещенных в места предварительного заключения**, который содержит лишь ограниченную информацию о специальных категориях заключенных. Некоторые вопросы, касающиеся пациентов с инфекционными заболеваниями, психическими заболеваниями, проблемами зависимости, несовершеннолетних и женщин, включены в этот приказ, но все специальные категории, определенные в главе 3 этого документа, включая заключенных с особыми потребностями, возрастными и гендерными особенностями, иностранных заключенных, заключенных с хроническими заболеваниями и инвалидностью, заключенных с терминальными заболеваниями, которые могут служить основанием для освобождения или отсрочки лечения, должны быть включены в более подробной форме.

Ключевые рекомендации:

1. Для консолидации прав заключенных/пациентов Кодекс о здравоохранении Таджикистана должен включать все права; общее положение должно быть включено в другие кодексы с указанием на права, содержащиеся в Кодексе о здравоохранении.

2. Кодекс о здравоохранении Республики Таджикистан должен быть пересмотрен в соответствии с международной медицинской этикой. Он должен соответствовать международным стандартам по доступу к информации, информированному согласию, вопросам голодовок и отказа от лечения, правам несовершеннолетних старше 14 лет и правам женщин, а также международной медицинской этике, касающейся принудительных и обязательных процедур.

3. Кодекс о здравоохранении должен содержать более подробное описание обязанностей врачей, их ответственности и профессиональной независимости.

4. Рекомендуется создать отдельные законы: о правах пациентов, медицинской деятельности, психическом здоровье и психиатрической помощи, законы о наркотиках, психотропных веществах, акт о помощи при наркотической зависимости, акт о ВИЧ/СПИД, акт о контроле за туберкулезом, акт о контроле за лекарствами и фармацевтическими препаратами, специальные приказы по нормативам и формам медицинской документации, стандарты защиты и охраны медицинской и личной информации, стандарты активации всей медицинской документации, специальный приказ о принудительном или обязательном лечении и госпитализации при психических расстройствах или в исключительных случаях, лиц с тяжелыми инфекционными заболеваниями, специальный приказ о терминальных состояниях и тяжелых заболеваниях, которые могут стать основанием для освобождения из тюрьмы или отсрочки лечения.

5. Рекомендуется установить лечебные протоколы и рекомендации в соответствии с особыми приказами Министерства здравоохранения, которые также будут актуальны для учреждений здравоохранения в пенитенциарной системе.

6. Специальный приказ по судебной психиатрии и психологической экспертизе также должен быть разработан Министерством здравоохранения.

7. Процедуры внешней оценки, контроля качества и мониторинга Министерством здравоохранения должны быть установлены в системе здравоохранения пенитенциарных учреждений.

8. Для обеспечения профессиональной независимости рекомендуется передать систему здравоохранения в тюрьмах в Министерство здравоохранения; в переходный период рекомендуется создавать совместные приказы Минюста и Минздрава по вопросам здравоохранения в тюрьмах.

9. Для обеспечения профессиональной независимости и предотвращения двойной ответственности рекомендуется создать отдельный Медицинский департамент при Минюсте, который не будет подчиняться департаменту пенитенциарных учреждений. Врачи и весь медицинский персонал должны подчиняться только медицинскому департаменту, с консультативным статусом у директора тюрьмы. Медицинский департамент Минюста должен работать на договорной основе с другими

государственными учреждениями здравоохранения или фармацевтическими компаниями, учреждениями, контролирующими санитарные условия и т. д.

10. Для включения в организационные аспекты здравоохранения в тюрьмах, например, совместным приказом Минздрава и Минюста, специальной программы и мер для предотвращения выгорания и вторичной травматизации для врачей и другого медицинского персонала тюрем.

XIII. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. CEDAW - Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин в 1993 году, https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women
2. CERD - Международная конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации в 1995 году, https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-convention-elimination-all-forms-racial
3. CESCR - Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах в 1999 году, https://www.ohchr.org/sites/default/files/cescr.pdf
4. CMW - Международная конвенция о защите прав всех мигрантов и членов их семей в 2002 году, https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-convention-protection-rights-all-migrant-workers
5. CRC - Конвенция о правах ребенка в 1993 году, https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child
6. CRC-OP-SC - Факультативный протокол к Конвенции о правах ребенка о продаже детей, детской проституции и детской порнографии в 2002 году, https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-11-c&chapter=4&clang=_en
7. CRPD - Конвенция о правах инвалидов в 2018 году, https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities
8. UN Конвенция против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство обращений или наказаний, https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-against-torture-and-other-cruel-inhuman-or-degrading
9. Международный пакт о гражданских и политических правах, принят 16 декабря 1966 года Генеральной Ассамблеей резолюцией 2200A (XXI), вступил в силу: 23 марта 1976 года, https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-rights
10. **Стамбульский протокол** https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/publications/2022-06-29/Istanbul-Protocol_Rev2_EN.pdf
11. **Правила Нельсона Манделы** https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-E-ebook.pdf
12. **Руководство UNODC по классификации заключенных, серия справочников уголовного правосудия, 2. Человечное содержание заключенных, 3. Индивидуализированное планирование дела и приговора, II. Основные вопросы классификации заключенных**

    https://www.unodc.org/documents/dohadeclaration/Prisons/HandBookPrisonerClassification/20-01921_Classification_of_Prisoners_Ebook.pdf
13. **Правила Бангкока для женщин-преступников и заключенных, краткое руководство** https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2013/07/PRI-Short-Guide-Bangkok-Rules-2013-Web-Final.pdf
14. **Глобальный центр кооперативной безопасности, Политическое заявление, декабрь 2016 года, реабилитация несовершеннолетних преступников-экстремистов в заключении, развитие подхода ювенальной юстиции** https://www.globalcenter.org/wp-content/uploads/GCTF-GCCS-ICCT-Policy-Brief-on-Rehabilitating-JVEOs.pdf

15. **Пекинские правила** https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/ProfessionalInterest/beijingrules.pdf
16. **Правила ООН для защиты несовершеннолетних, лишенных свободы (Гаванские правила)** https://juvenilejusticecentre.org/en/resources/united-nations-rules-for-the-protection-of-juveniles-deprived-of-their-liberty/
17. **Рекомендация CM: Rec(2006)2 о Европейских тюремных правилах (пересмотренные)** https://rm.coe.int/09000016809ee581
18. **Дела ЕСПЧ: Павалаче против Румынии 38746/03; Худобин против России 59696/00, Хумматов против Азербайджана 9852/05.** hudoc.echr.coe.int
19. **Основные принципы обращения с заключенными, принятые и провозглашенные резолюцией Генеральной Ассамблеи 45/111 от 14 декабря 1990 года, принцип 9.** https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/basic-principles-treatment-prisoners
20. **Совет Европы, здравоохранение в тюрьмах и медицинская этика, руководство для медицинских работников и другого тюремного персонала, ответственного за благополучие заключенных** https://edoc.coe.int/en/european-prison-reform/10991-organisation-and-management-of-health-care-in-prison-guidelines.html
21. **CPT, Услуги здравоохранения в тюрьмах** https://rm.coe.int/16806ce943
22. **Рекомендация № R (98) 71 Комитета министров государствам-членам относительно этических и организационных аспектов медицинской помощи в тюрьмах (принята на 627-м заседании заместителей министров 8 апреля 1998 года): Приложение к Рекомендации № R (98) 7 I. Основные характеристики права на медицинское обслуживание в тюрьмах A. Доступ к врачу** https://rm.coe.int/09000016804fb13c
23. **Руководство ВОЗ по основным аспектам здравоохранения в тюрьмах, глава 2. Стандарты в тюремной медицине: заключенный как пациент, Эндрю Койл** https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/107829/9789289072809-eng.pdf?sequence=16
24. **Совет Европы, Рекомендация № R (98) 7, Приложение к Рекомендации № R (98) 7 I. Основные характеристики права на медицинское обслуживание в тюрьмах, B. Эквивалентность обслуживания** https://rm.coe.int/09000016804fb13c
25. **WMA, Руководство по медицинской этике, 3-е издание, опубликовано в 2015 году, WMA, Руководство по медицинской этике, 3-е издание, опубликовано в 2015 году, ГЛАВА 1 – ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ** https://www.wma.net/what-we-do/education/medical-ethics-manual/
26. **Заявление о телесных обысках заключенных, Всемирная медицинская ассоциация, 2017** https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-body-searches-of-prisoners/
27. **Заявление о содержании в одиночной камере, Всемирная медицинская ассоциация, 2017** https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-solitary-confinement https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-solitary-confinement/
28. **Руководство Совета Европы: ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ В ТЮРЬМАХ, февраль 2019 года, издано в Совете Европы** https://rm.coe.int/guidelines-organisation-and-management-of-health-care-in-prisons/168093ae69

29. **Европейские тюремные правила, Совет Европы, июнь 2006 года** https://book.coe.int/en/penal-law-and-criminology/3565-european-prison-rules.html
30. **Женевская декларация 1948 года** https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/
31. **ДЕКЛАРАЦИЯ ОТ ТОКИО WMA – РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ ПО ПЫТКАМ И ДРУГИМ ЖЕСТОКИМ, БЕСЧЕЛОВЕЧНЫМ ИЛИ УНИЖАЮЩИМ ДОСТОИНСТВО ОБРАЩЕНИЯМ И НАКАЗАНИЯМ В ОТНОШЕНИИ ЗАКЛЮЧЕННЫХ И ЛИШЕННЫХ СВОБОДЫ** https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-tokyo-guidelines-for-physicians-concerning-torture-and-other-cruel-inhuman-or-degrading-treatment-or-punishment-in-relation-to-detention-and-imprisonment/
32. **Принципы медицинской этики, касающиеся роли медицинского персонала, в особенности врачей, в защите заключенных и подследственных от пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство наказаний** https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/principles-medical-ethics-relevant-role-health-personnel
33. **Резолюция WMA о ответственности врачей за документацию и осуждение пыток или жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство обращений** https://www.wma.net/policies-post/wma-resolution-on-the-responsibility-of-physicians-in-the-documentation-and-denunciation-of-acts-of-torture-or-cruel-or-inhuman-or-degrading-treatment/
34. **Клятва Афин** https://www.medekspert.az/ru/chapter1/resources/The_Oath_of_Athens.pdf
35. **Декларация WMA о голодающих заключенных** https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-malta-on-hunger-strikers/
36. **ДЕКЛАРАЦИЯ ГАМБУРГА WMA О ПОДДЕРЖКЕ ВРАЧЕЙ, ОТКАЗЫВАЮЩИХСЯ УЧАСТВОВАТЬ В ПЫТКАХ И ДРУГИХ ЖЕСТОКИХ, БЕСЧЕЛОВЕЧНЫХ ИЛИ УНИЖАЮЩИХ ДОСТОИНСТВО ОБРАЩЕНИЯХ** https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-hamburg-concerning-support-for-medical-doctors-refusing-to-participate-in-or-to-condone-the-use-of-torture-or-other-forms-of-cruel-inhuman-or-degrading-treatment/#:~:text=On%20the%20basis%20of%20a%20number%20of%20international,or%20degrading%20treatment%20or%20punishment%20for%20any%20reason.
37. **Совместное заявление UNODC, WHO, UNAIDS и OHCHR о COVID-19 в тюрьмах и других закрытых учреждениях, 13 мая 2020 года** https://www.who.int/news/item/13-05-2020-unodc-who-unaids-and-ohchr-joint-statement-on-covid-19-in-prisons-and-other-closed-settings
38. **Услуги здравоохранения в тюрьмах (Европейский комитет по предотвращению пыток и бесчеловечных или унижающих достоинство обращений или наказаний (CPT), ii) Конфиденциальность** https://rm.coe.int/16806ce943
39. **Принципы медицинской этики, касающиеся роли медицинского персонала, в особенности врачей, в защите заключенных и подследственных от пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство наказаний** https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/principles-medical-ethics-relevant-role-health-personnel
40. **Декларация WMA о правах пациента** https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-lisbon-on-the-rights-of-the-patient/

Используемая национальная правовая база:

1. Конституция Таджикистана
2. Кодекс исполнения уголовных наказаний Республики Таджикистан
3. Закон Республики Таджикистан о порядке и условиях задержания подозреваемых, обвиняемых и подсудимых
4. Уголовный кодекс Таджикистана
5. Особый приказ Министерства юстиции Республики Таджикистан: Главное управление исполнения уголовных наказаний, процедура организации медицинской помощи для лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы и содержащихся в местах заключения
6. Кодекс здравоохранения Таджикистана
7. Сборник нормативных и правовых актов судебно-медицинской экспертизы и методологических процедур (стандартов) организации и проведения судебно-медицинской экспертизы в государственных судебно-медицинских учреждениях Республики Таджикистан
8. Решение Пленума Верховного Суда Республики Таджикистан № 74