

EUROPEAN COURT OF HUMAN RIGHTS
COUR EUROPÉENNE DES DROITS DE L'HOMME

НЕОФИЦИАЛЬНЫЙ ПЕРЕВОД
АУТЕНТИЧНЫЙ ТЕКСТ РАЗМЕЩЕН
НА САЙТЕ ЕВРОПЕЙСКОГО СУДА ПО ПРАВАМ ЧЕЛОВЕКА

www.echr.coe.int

В РАЗДЕЛЕ HUDOC

ПЕРВАЯ СЕКЦИЯ

ДЕЛО «БУБНОВ против РОССИИ»

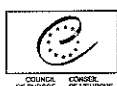
(Жалоба № 76317/11)

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

г. СТРАСБУРГ

5 февраля 2013 года

Настоящее постановление вступит в силу в порядке, установленном в пункте 2 статьи 44 Конвенции. Может быть подвергнуто редакционной правке.



По делу «Бубнов против России»,

Европейский Суд по правам человека (Первая Секция), заседая Палатой, в состав которой вошли:

Изабелла Берро-Лефевр, Председатель,
Мирьяна Лазарова Трайковска,
Юлия Лаффранк,
Линос-Александр Сицильянос,
Эрик Мос,
Ксения Туркович,
Дмитрий Дедов, судьи,

а также Андрэ Вампаш, *заместитель Секретаря Секции,*

проведя 15 января 2013 года совещание по делу за закрытыми дверями,

выносит следующее постановление, принятое тот же день:

ПРОЦЕДУРА

1. Дело было инициировано на основании жалобы (№ 76317/11) против Российской Федерации, поступившей в суд согласно статье 34 Конвенции о защите прав человека и основных свобод (далее — «Конвенция») от гражданина Российской Федерации Василия Викторовича Бубнова (далее — «заявитель») 17 ноября 2011 года.

2. Интересы заявителя представляла О.Преображенская, адвокат, практикующий в г. Страсбурге. Интересы Властей Российской Федерации (далее — «Власти») представлял Г.Матюшкин, Уполномоченный Российской Федерации при Европейском Суде по правам человека.

3. Заявитель утверждал, в частности, что он не получал эффективную медицинскую помощь в период заключения, и что отказ властей освободить его, несмотря на его очень слабое здоровье, вызвал сильные физические и психологические страдания.

4. 28 марта 2012 года жалоба была коммуницирована Властям. Также Суд решил рассмотреть жалобу по существу одновременно с решением вопроса о ее приемлемости (пункт 1 статьи 29). В соответствии с ходатайством заявителя, Суд решил рассмотреть жалобу в приоритетном порядке (правило 41 Регламента Суда)

ФАКТЫ

I. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА

5. Заявитель, 1982 года рождения, проживал в Калининграде до момента его задержания.

A. Уголовное производство против заявителя

6. 18 мая 2006 года заявитель был задержан по подозрению в убийстве. 28 ноября 2006 года Ленинградский районный суд г. Калининграда признал его виновным в убийстве и покушении на убийство и приговорил его к тринадцати годам заключения, с отбыванием наказания в исправительной колонии строгого режима. После вступления в силу приговора он был отправлен в исправительную колонию в Калининградской области.

Б. Состояние здоровья заявителя

7. Стороны представили суду рукописные и печатные версии медицинских карт заявителя, показывая историю болезни и развития у заявителя ВИЧ-инфекции и гепатита, а также ряд справок о текущем состоянии его здоровья. В частности, как отмечается в медицинском заключении Калининградской областной инфекционной больницы, в декабре 2005 года заявитель прошел обследование в наркологической клинике, где, по причине его наркозависимости, у него брали кровь для анализа на гепатит С и ВИЧ-инфекцию. Результаты анализов заявителя показали положительный результат на присутствие обоих вирусов. Окончательный диагноз, поставленный 23 марта 2006 года в Центре по борьбе со СПИДом, в который заявитель обратился за помощью после анализов, был следующим: 3 клиническая стадия ВИЧ-инфекции, хронический вирусный гепатит С с минимальной активностью, наркотическая зависимость от опиатов. Заявитель продолжал пребывать под контролем медицинского персонала Центра по борьбе со СПИДом, последняя консультация которого состоялась 17 апреля 2006 года, когда заявитель обратился за помощью к психиатру. Он также сдал кровь на анализ наличия гепатита В.

8. После приема заявителя в следственный изолятор № 1 20 мая 2006 года, был взят образец крови заявителя для ее проверки на наличие каких-либо кровяных инфекций. Результаты анализов подтвердили диагноз, установленный в Центре по борьбе со СПИДом. 14 декабря 2006 года заявитель был переведен в следственный изолятор № 4, в котором переписали результаты предыдущих анализов

в медицинскую карту заявителя. Результаты анализов, проведенных в январе 2007 года, показали незначительный прогресс ВИЧ-инфекции. Как видно из медицинской карты заявителя, в апреле 2007 года ему рекомендовали рассмотреть возможность прохождения антиретровирусной терапии. Заявитель просил отложить рассмотрение вопроса до его встречи с матерью. Несколько дней спустя глава медицинского подразделения разрешил перевод заявителя в исправительную колонию, посчитав его пригодным для перевода.

9. По прибытии в исправительную колонию № 13, заявитель сразу же выразил готовность приступить к лечению ВИЧ-инфекции. Эта просьба была записана в его медицинскую карту, но лечение не было начато. Результаты анализов, полученные в июле и августе 2007 года, подтвердили дальнейшее развитие ВИЧ-инфекции и повышение активности ферментов печени. В частности, результаты анализов показали снижение количества CD4-клеток ниже 498 клеток/мм³. Было рекомендовано сдать повторные анализы через три месяца.

10. В начале октября 2007 года заявитель начал жаловаться на сильную боль в горле, кашель, головокружение, усталость и лихорадку. Диагностировав это как острое респираторное заболевание, тюремные врачи прописали ряд медикаментов и постельный режим. В течение следующих недель жалобы заявителя участились. Хотя согласно печатной версии медицинской карты заявителя, он прошел еще один анализ на определение количества CD4-клеток 25 ноября 2007 года, Суд не смог найти записи этого теста в рукописной версии. Из материалов, имеющихся в Суде, следует, что результаты анализов появились в печатной версии по ошибке, так как они дублируют результаты анализа CD4, выполненного ровно год спустя, 25 ноября 2008 года (см. ниже).

11. Заявитель продолжал жаловаться на ухудшение своего здоровья, после того, как ему поставили диагноз «локализованная лимфаденопатия [в паховой области] на фоне ВИЧ-инфекции». Курс лечения не был назначен. Последующие жалобы заявителя, связанные с острой респираторной инфекцией и дерматологическими проблемами, были быстро и эффективно разрешены медицинским персоналом.

12. Последующие иммунологических анализы, которые проводились в марте 2008 года, выявили серьезное снижение количества CD4-клеток примерно до 290 клеток/мм³. Лечащий врач рекомендовал начать антиретровирусную терапию. 18 апреля 2008 года заявитель приступил к терапии, состоящей из двух препаратов: Комбивира, фиксированной комбинированной дозы препаратов из Ламивудина (Эпивира) и Зидовудина (Ретровира), и Стокрин. Препараты необходимо было принимать ежедневно четко по графику, чтобы избежать устойчивости к препаратам. В медицинском

заклучении было зафиксировано требование строгого соблюдения режима химиотерапии. Заявителю также был назначен постельный режим.

13. Заявитель прошел курс лечения по причине продолжающихся дерматологических проблем и воспаления паховых желез. Рекомендательный период постельного режима был продлен до середины июня 2008 года.

14. Хотя записи в медицинской карте свидетельствуют о том, что заявитель продолжал получать антиретровирусную терапию без каких-либо перерывов, иммунологический тест в июле 2008 года показал уменьшение количества лимфоцитов CD4 на уровне ниже 240 клеток/мм³. Антиретровирусную терапию продолжали проводить без каких-либо изменений.

15. 25 ноября 2008 года заявитель жаловался на отсутствие аппетита, головокружение и тошноту. Ему диагностировали дискинезию желчевыводящих путей и перевели в медсанчасть колонии для стационарного лечения. У него также взяли кровь на анализ, результат которого указал на очень сильное уменьшение количества лимфоцитов CD4. Диагноз, указанный в медицинской карте, был следующим: дискинезия желчевыводящих путей, 4 клиническая стадия ВИЧ-инфекции (В2), прогрессирующий хронический гепатит. Заявителю было рекомендовано продолжить антиретровирусную терапию в том же режиме.

16. Дальнейшие анализы, в том числе на определение количества лимфоцитов CD4 и вирусной нагрузки, были сделаны в конце февраля 2009 года, и указали на некоторое улучшение состояния здоровья заявителя.

17. Заявитель продолжал проходить ту же антиретровирусную терапию, состоящую из двух препаратов. Тем не менее, в мае 2009 года медицинский персонал колонии запросил оценку состояния здоровья заявителя в Центре по борьбе со СПИДом, с целью изменения его режима химиотерапии. Новые рекомендации, полученные из Центра по борьбе со СПИДом в конце августа 2009 года, предусматривали новую схему терапии, которой необходимо было следовать, и содержащую Эпивир, Зерит и Калетру. Поскольку результаты последующих иммунологических анализов указали на незначительное ухудшение состояния его здоровья, заявитель сразу же начал проходить новый курс терапии.

18. В период с сентября 2009 года по февраль 2010 года не было обнаружено никаких негативных изменений в иммунологическом статусе заявителя. Сопутствующие проблемы со здоровьем заявителя были оперативно обнаружены и должным образом разрешены.

19. 10 марта 2010 года заявитель был переведен в исправительную колонию № 9. По прибытии туда, врач колонии поставил следующий

диагноз: прогрессирующая ВИЧ-инфекция в прогрессирующей стадии, хронический гепатит с минимальной активностью, героиновая наркотическая зависимость, [возможно] полиартрит. Врач подтвердил, что заявитель продолжал получать антиретровирусную терапию, состоящую из трех препаратов, и прописал еще одно лекарство. Заявителю был назначен постельный режим, а также врачи колонии проводили его осмотр несколько раз в неделю. Иммунологические и клинические тесты, проведенные в апреле 2010 года, не показали каких-либо негативных изменений в состоянии заявителя. Медицинский персонал колонии продолжал разрешать его многочисленные жалобы, в том числе те, которые были связаны с его психологическим состоянием. Они оперативно реагировали на любые жалобы, связанные с побочными эффектами антиретровирусной терапии, провели дополнительные тесты для заявителя, пригласили специалиста по инфекционным заболеваниям осмотреть его и скорректировали его медикаментозную терапию.

20. 15 апреля 2010 года группа медицинских экспертов заявила, что заявителю была присвоена 3 категория инвалидности.

21. В июне 2010 года заявитель был направлен в областную тюремную больницу для углубленного изучения и возможной корректировки режима терапии. При поступлении в больницу диагноз состояния здоровья заявителя был следующим: ВИЧ-инфекция, прогрессирующая на фоне антиретровирусной терапии, наличие вторичных заболеваний, хронический гепатит с острыми приступами, хронический бронхит с острыми приступами, полинейропатия с генерализованной болью в запястье и голеностопных суставах и героиновая зависимость. Пробыв в больнице больше месяца, заявитель был выписан в удовлетворительном состоянии для активного наблюдения со стороны медицинского персонала колонии. Рекомендация продолжить антиретровирусную терапию и гепатопротекторы была подтверждена.

22. Результаты анализов, которые были проведены в августе 2010 года, показали значительное увеличение количества CD4 клеток заявителя свыше 342 клеток/мм³. В то же время, анализы засвидетельствовали очень высокий уровень вирусной нагрузки.

23. В период с августа по октябрь 2010 года персонал колонии предоставлял заявителю медицинскую помощь на обычном уровне, в ответ на жалобы относительно состояния здоровья, которое подрывали вторичные болезни, назначая дополнительные клинические анализы и продолжая проводить антиретровирусную терапию в течение этого периода.

24. 14 октября 2010 года заявитель был переведен в тюремную больницу колонии № 8. Диагноз при поступлении зафиксировал дальнейшее развитие ВИЧ-инфекции до 4-й клинической стадии.

Врачи больницы отметили, что первой задачей на повестке дня была корректировка антиретровирусной терапии заявителя, с учетом прогресса инфекции. В больнице было проведено большое количество анализов, в том числе те, которые направлены на лечение вторичных заболеваний заявителя. Его химиотерапия была расширена, включив в себя дополнительные противовирусные препараты, гепатопротекторы, витамины, миорелаксанты, и так далее. Посчитав, что состояние здоровья заявителя стабилизировалось, его отправили обратно в исправительную колонию 25 ноября 2010 года. Записи утверждают, что он был обеспечен необходимым количеством антиретровирусных препаратов на период перевода его обратно в колонию.

25. Другой ряд иммунологических тестов в январе 2011 года указал на небольшое снижение количества CD4-клеток заявителя, но и в то же время на значительное снижение вирусной нагрузки.

26. С января по апрель 2011 года заявитель подвергался регулярному осмотру рядом врачей, в том числе и специалистом по инфекционным заболеваниям, хирургом, дерматологом, неврологом, психиатром и терапевтом. Рекомендации этих специалистов тщательно соблюдались. Клинические и иммунологические обследования осуществлялись на регулярной основе. Учитывая результаты медицинских обследований и иммунологического мониторинга, состояние заявителя рассматривалось как стабильное. Врачи также отметили, что у заявителя наблюдался хороший индекс массы тела.

27. В апреле 2011 года заявитель был переведен в тюремную больницу исправительной колонии № 8, где он пребывает до сих пор. Медицинские записи, представленные властями, указывают, что заявитель получал антиретровирусную терапию. Его медикаментозное лечение было скорректировано с учетом его жалоб на здоровье и результатов регулярного и обширного клинического, рентгенологического и иммунологического мониторинга. Персонал больницы обследовал заявителя не реже одного раза в три дня. Были приглашены специалисты из Центра по борьбе со СПИДом для проведения оценки состояния здоровья заявителя в целях определения возможных поправок к антиретровирусной терапии. Рекомендации этих специалистов были соблюдены. 28 марта 2012 года судебно-медицинская группа экспертов установила у заявителя 2 категорию инвалидности. Как видно из последних записей, начиная с апреля 2012 года, в то время как в ряде случаев в состоянии здоровья заявителя были зафиксированы негативные изменения во время его пребывания в больнице, они подвергались лечению и были преодолены. Состояние заявителя является стабильным.

В. Производство по освобождению по состоянию здоровья

28. 24 июня 2011 года группа медицинских экспертов тюремной больницы подготовила заключение № 39-11, рекомендуя освободить заявителя по состоянию здоровья в соответствии с пунктом 39 Перечня заболеваний, препятствующих отбыванию наказания, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 6 февраля 2004 года (далее - «Перечень»). Медицинская группа экспертов подчеркнула, что диагноз заявителя «прогрессирующая ВИЧ-инфекция на 4 клинической стадии, несмотря на проведение антиретровирусной терапии, наличие вторичных заболеваний, которые в основном влияют на центральную нервную систему в виде энцефалопатии и полинейропатии; хронического гепатита С и В с острыми приступами; сопутствующих заболеваний: хронического бронхита, бактериального дерматита на лице, и грибковых поражений на ногах» оправдывает его освобождение.

29. Действуя в соответствии с рекомендациями группы медицинских экспертов, начальник исправительной колонии подал в Центральный районный Суд г. Калининграда ходатайство об освобождении заявителя. Заявитель поддержал ходатайство, а также заявил, что он не получал необходимой медицинской помощи в местах лишения свободы, в том числе для лечения ВИЧ-инфекции.

30. 8 августа 2011 года районный суд провел слушание, в ходе которого лечащий врач заявителя отметил, что больница была способна обеспечить необходимую медицинскую помощь, поскольку имела необходимые ресурсы и специалистов. Тем не менее, врач был осведомлен о том, что не было никакого правового основания для постоянного содержания заявителя в больнице, хотя он и нуждался в комплексной медицинской помощи. Врач также подтвердил, что заявитель был агрессивен, что его поведение плохо поддавалось контролю, и что он часто действовал нерационально, в результате чего он подвергся продолжительному психиатрическому и неврологическому обследованию.

31. В тот же день районный суд отклонил ходатайство об освобождении, аргументируя это следующим образом:

«На основании ч. 2 статьи 81 Уголовного кодекса Российской Федерации лицо, которое после совершения преступления подверглось серьезному заболеванию, что исключает отбывание наказания, может быть освобождено судом от дальнейшего наказания.

Как следует из заключения № 39-11 специальной медицинской комиссии [больницы исправительной колонии № 8] в Калининградской области, после обследования 24 июня 2011 года [заявителю] был поставлен диагноз прогрессирующей ВИЧ-инфекции на 4 клинической стадии, несмотря на проведение антиретровирусной терапии; наличия вторичных заболеваний, которые в основном влияют на центральную нервную систему в виде

энцефалопатии и полинейропатии, хронического гепатита С и В с острыми приступами; сопровождающих заболеваний: хронический бронхит, бактериальный дерматит на лице, грибковое поражение на ногах. Согласно этому же заключению медицинской комиссии ... [Заявителя] необходимо освободить от отбывания наказания в соответствии с пунктом 39 Перечня.

В то же время, освобождение от наказания по причине болезни является правом, а не обязанностью суда, суд принимает во внимание не только наличие болезни, включенной [в Перечень], но и то, каким образом болезнь не позволяет заключенному отбывать наказание, характер и степень общественной опасности преступления, возможность заключенного выздороветь, его поведение во время отбывания наказания, наличие постоянного места жительства, близких родственников, которые, возможно, пожелают заботиться о заключенном, срок отбытой части наказания, и личные характеристики заключенного.

В ходе судебного разбирательства было установлено, что [заявитель] совершил особо тяжкое уголовное преступление и что он отбыл менее половины срока наказания. О [заявителе] негативно отзываются [сотрудники колонии] в период ... его содержания под стражей; он нарушал тюремные правила по несколько раз, получив тридцать четыре взыскания, которые еще не погашены. 15 июля 2009 года он был признан «злостным нарушителем установленного порядка отбывания наказания», состоит на учете как лицо, склонное к провокационному поведению. Изучив эти нарушения, суд считает, что они имеют стойкий характер.

Согласно показаниям врача К., [заявитель] ведет себя неадекватно и агрессивно по отношению к окружающим; он не контролирует свое поведение.

Эти обстоятельства делают невозможным для суда прийти к выводу, что заявитель [предпринял первые] шаги на пути исправления; особенности его поведения в настоящее время не исключают возможности совершения им иных уголовно наказуемых деяний, если бы он был освобожден в связи с болезнью, таким образом, представляя опасность для окружающих.

Суд также принимает во внимание наличие специальных медицинских учреждений в рамках пенитенциарной системы; эти учреждения могут содержать больных лиц, включая тех, кто представляет крайнюю опасность для общества, когда есть основания полагать, что лицо, в случае освобождения может совершить другое преступление.

Как было установлено, [заявитель] проходит стационарное лечение в [больнице исправительной колонии № 8], ... где он получает необходимое лечение бесплатно. В этой больнице работают специалисты по инфекционным заболеваниям и неврологи.

[Мать заявителя] также пояснила, что она намерена помочь сыну оплачивать медикаменты, когда требуется стационарное лечение.

Суд считает, что в случае освобождения [заявитель] не сможет получать необходимую помощь. Кроме того, возможность быть принятым в инфекционную больницу зависит от наличия мест; [в тюремной больнице] [заявитель] может получать лечение, аналогичное тому, которое он мог бы получить в инфекционной больнице».

32. 4 октября 2011 года Калининградский областной суд оставил в силе постановление от 8 августа 2011 года, заявив о полной поддержке выводов районного суда.

Г. Производство по условиям содержания заявителя под стражей

33. В 2011 году заявитель подал иск в Калининградский Центральный районный суд с целью получить компенсацию за ущерб, причиненный ненадлежащими условиями его содержания под стражей в течение семи дней в 2002 году.

34. 25 марта 2011 года районный суд частично удовлетворил иск, присудив заявителю 2000 российских рублей в качестве компенсации. Решение вступило в силу 20 июля 2011 года, когда Калининградский областной суд оставил его в силе в кассационной инстанции.

35. В другой серии разбирательств, областной суд принял другое требование от заявителя в отношении его содержания под стражей в течение трех дней в карцере изолятора в 2007 году и присудил ему 3000 рублей. Это решение было оставлено в силе.

II. СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ НАЦИОНАЛЬНОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО

А. Законодательство, регулирующие качество медицинской помощи в местах лишения свободы

36. Соответствующие положения внутреннего и международного права, регулирующие вопрос предоставления медицинской помощи задержанным, в том числе страдающим ВИЧ-инфекцией и вирусным гепатитом, изложены в следующих решениях: «*А.Б. против России*» (*A.B. v. Russia*), № 1439/06, §§ 77-84, от 14 октября 2010 года; «*Евгений Алексеенко против России*» (*Yevgeniy Alekseyenko v. Russia*), № 41833/04 §§ 60-66 и §§ 73-80, от 27 января 2011 года; и «*Пахомов против России*» (*Pakhomov v. Russia*), № 44917/08, §§ 33-39 и 42-48, от 30 сентября 2011 года.

Б. Досрочное освобождение по состоянию здоровья

37. 6 февраля 2004 года Правительство Российской Федерации приняло Постановление № 54, устанавливающее Перечень заболеваний, препятствующих отбыванию наказания. В этот список входят вторичные заболевания или генерализованные инфекции, вызванные ВИЧ-инфекцией.

III. СООТВЕТСТВУЮЩИЕ МЕЖДУНАРОДНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

38. Рекомендации по борьбе с ВИЧ/СПИДом для проведения антиретровирусной терапии против ВИЧ-инфекции у взрослых и

подростков, изданные Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), с дополнениями в 2006 году, гласят, в соответствующей части, следующее:

«В условиях ограниченных ресурсов решение о начале проведения АРТ [антиретровирусной терапии] у взрослых и подростков основывается на клинических и иммунологических обследованиях. В целях содействия быстрому расширению масштабов программ АРТ для обеспечения всеобщего доступа к этой терапии, ВОЗ подчеркивает важность использования клинических параметров при принятии решения о ее инициировании. Тем не менее, следует признать, что значение клинической стадии при принятии решения, когда начинать и контролировать АРТ, повышается за счет дополнительной информации о первоначальном и последующем (продолжительном) количестве CD4 клеток.

Процесс по внедрению АРТ включает в себя оценку готовности пациента начать терапию и осознание ее последствий (пожизненной терапии, привязанности, токсичности). При принятии решения о начале АРТ важным является внутренняя и психологическая поддержка, а также поддержка семьи и группы взаимной поддержки...

4. Когда начинать антиретровирусную терапию взрослым и подросткам

Оптимальное время для начала АРТ - это время перед ухудшением здоровья или при наличии первой оппортунистической инфекции. Иммунологический мониторинг (CD4 тестирование) является идеальным способом выяснить ситуацию. Базовое количество лимфоцитов CD4 не только определяет, когда начинать АРТ, но также имеет важное значение, если число лимфоцитов CD4 должно быть задействовано для мониторинга АРТ. В таблице 3 приведены иммунологические критерии для начала АРТ.

Таблица 3. Критерии CD4 для начала АРТ у взрослых и подростков

| CD4 (клеток/мм ³) | Рекомендации по лечению |
|-------------------------------|--|
| <200 | Лечить независимо от клинической стадии [А-III] |
| 200–350 | Рассмотреть и инициировать лечение перед падением количества лимфоцитов CD4 ниже уровня 200 клеток/мм ³ |
| >350 | Не начинать лечение [А-III] |

Порогом существенного повышения риска клинического прогрессирования болезни является количество лимфоцитов CD4 на уровне 200 клеток/мм. Хотя никогда не поздно начать АРТ, пациентам целесообразно начинать терапию, прежде чем число лимфоцитов CD4 упадет до или ниже уровня 200 клеток/мм³ [А-III].

Оптимальное время для начала АРТ при количестве лимфоцитов CD4 200-350 клеток/мм³ неизвестно.

Пациенты с CD4 клетками в этом диапазоне нуждаются в регулярном клиническом и иммунологическом обследовании.

Лечение больных, которые находятся на 4 клинической стадии болезни, согласно градации ВОЗ, не должно зависеть от определения количества лимфоцитов CD4: все такие пациенты должны начинать АРТ [А-III]. Для 3 клинической стадии, согласно градации ВОЗ, был определен порог на уровне 350 клеток/мм³, ниже которого наблюдается функциональная иммунная недостаточность, и при котором должно быть рассмотрено применение АРТ».

ПРАВО

I. ПРЕДПОЛАГАЕМОЕ НАРУШЕНИЕ СТАТЬИ 3 КОНВЕНЦИИ В ЧАСТИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

39. Заявитель жаловался, что ему не удалось получить эффективную медицинскую помощь, находясь по стражей, для лечения тяжелой инфекции, от которой он страдает, что является нарушением гарантий статьи 3 Конвенции, которая гласит следующее:

«Никто не должен подвергаться ни пыткам, ни бесчеловечному или унижающему достоинство обращению или наказанию».

A. Доводы сторон

40. Власти утверждали, что заявитель, лицо, которое в течение значительного периода времени употребляло инъекционные наркотики и страдающее от угрожающих жизни инфекций, которые были обнаружены до его заключения под стражу, получил и продолжал в дальнейшем получать квалифицированную медицинскую помощь в заключении. В течение многих лет заявитель проходил антиретровирусную терапию, которая была назначена, как только иммунологическое обследование его состояния здоровья обосновало ее внедрение. В его лечение также была включена патогенетическая терапия и симптоматическое лечение вторичных заболеваний. Несмотря на то лечение, которое он прошел, инфекция прогрессировала. В то же время, медицинский персонал принял все возможные меры для поддержания здоровья заявителя. В настоящее время его состояние оценивается как стабильное, и он находится в медикаментозной ремиссии. Комплекс проведения лечебных процедур, анализов и обследований был разработан персоналом больницы для сдерживания развития ВИЧ-инфекции и определения стратегии лечения вирусного гепатита.

41. Заявитель настаивал на своей жалобе, утверждая, что он теперь страдает от развитой стадии ВИЧ-инфекции - 4 клинической стадии.

Он утверждал, что даже адекватное медицинское лечение, включая антиретровирусную терапию, не будет перспективным на этом этапе, и только поэтому может считаться *per se* неэффективным. Заявитель утверждал, что он не получал лечения с момента его задержания до апреля 2008 года, и что после антиретровирусной терапии, наконец, было начато лечение, которое носило ситуативный характер. Он лишь отметил эффективность медицинских услуг, которые он получил во время своего пребывания в тюремной больнице. В остальные периоды помощь была недостаточной, так как его состояние продолжало ухудшаться. Опираясь на заявления своего лечащего врача в судебном заседании 8 августа 2011 года, заявитель настаивал, что он не мог получить адекватную помощь в заключении.

Б. Оценка Суда

1. Приемлемость

42. Суд отмечает, что эта жалоба не является явно необоснованной в контексте Статьи 35 § 3 (а) Конвенции. Он также отмечает, что она не является неприемлемой по каким-либо другим основаниям. Поэтому она должна быть признана приемлемой.

2. Существо жалобы

(а) Общие принципы

43. Суд повторяет, что статья 3 Конвенции закрепляет одну из основных ценностей демократического общества. Она запрещает пытки или бесчеловечное или унижающее достоинство обращение или наказание, независимо от обстоятельств и поведения жертвы (см., например, «*Лабита против Италии*» (*Labita v. Italy*) [БП], п. 119, № 26772/95, ЕСПЧ 2000-IV). Жестокое обращение должно, однако, достигнуть минимального уровня жестокости, чтобы подпадать под действие статьи 3. Оценка этого минимума относительна: она зависит от всех обстоятельств дела, таких как продолжительность обращения, его физические и психические последствия и, в некоторых случаях, пол, возраст и состояние здоровья жертвы (см., среди других источников, «*Вербинт против Румынии*» (*Verbiñ v. Romania*), п. 63, № 7842/04 от 3 апреля 2012 года, с дальнейшими ссылками).

44. Жестокое обращение которое достигает такого минимального уровня жестокости, как правило, предполагает фактическое телесное повреждение или интенсивные физические или психологические страдания. Тем не менее, даже при их отсутствии, в случаях, когда обращение унижает или оскорбляет человека, демонстрируя отсутствие уважения или унижение его/ее человеческого достоинства,

или вызывает чувство страха, тоски и неполноценности, способное нарушить моральное и физическое сопротивление личности, оно может быть охарактеризовано как унижающее достоинство, и также подпадает под запрет Статьи 3 (см. «*Претти против Соединенного Королевства*» (*Pretty v. the United Kingdom*), § 52, № 2346/02, ЕСПЧ 2002-III, с дальнейшими ссылками).

45. Государство должно обеспечить, чтобы лицо содержалось под стражей в условиях, которые совместимы с уважением к человеческому достоинству, чтобы формы и методы реализации наказания в виде лишения свободы не подвергали его страданиям и трудностям, интенсивность которых превышает неизбежный уровень страдания, присущий содержанию под стражей, и что, с учетом практических требований режима лишения свободы, его здоровье и благополучие должны быть адекватно защищены (см. «*Кудла против Польши*» (*Kudła v. Poland*) [БП], §§ 92-94, № 30210/96, ЕСПЧ 2000-XI, и «*Попов против России*» (*Popov v. Russia*), § 208, № 26853/04 от 13 июля 2006 года). В большинстве случаев, связанных с задержанием лиц, которые были больны, Суд рассматривал, получал ли заявитель адекватную медицинскую помощь в исправительном учреждении. Суд напоминает в этой связи, что, хотя статья 3 не предоставляет возможность заключенному быть освобожденным от отбывания наказания «по исключительным обстоятельствам», он всегда интерпретировал требование защитить здоровье и благополучие задержанных, среди прочего, в качестве обязательства государства для предоставления задержанным необходимой медицинской помощи (см. дело «*Кудла*» (*Kudła*), упомянутое выше, § 94; «*Калашиников против России*» (*Kalashnikov v. Russia*), § 95, № 47095/99, ЕСПЧ 2002-VI; и «*Худобин против России*» (*Khudobin v. Russia*), § 96, № 59696/00, ЕСПЧ 2006-XII (выдержки)).

46. «Адекватность» медицинской помощи остается наиболее сложным элементом для определения. Суд настаивает на том, что, в частности, власти должны гарантировать, что диагностика и лечение являются быстрыми и точными (см. «*Гумматов против Азербайджана*» (*Hummатов v. Azerbaijan*), № 9852/03 и № 13413/04 § 115 от 29 ноября 2007 года; «*Мельник против Украины*» (*Melnik v. Ukraine*), §§ 104-106, № 72286/01 от 28 марта 2006 года; «*Евгений Алексеенко*» (*Yevgeniy Alekseyenko*), упомянутое выше, § 100; «*Гладкий против России*» (*Gladkiy v. Russia*), § 84, № 3242/03 от 21 декабря 2010 года; «*Хатаев против России*» (*Khatayev v. Russia*), § 85, № 56994 / 09 от 11 октября 2011 года, и, *mutatis mutandis*, «*Холомилов против Молдовы*» (*Holomiov v. Moldova*), § 121, № 30649/05 от 7 ноября 2006 года), и что, когда этого требует характер заболевания, - должно проводиться регулярное и систематическое обследование и включать в себя комплексную терапевтическую стратегию, направленную на

адекватное разрешение проблем со здоровьем задержанного или на предотвращение их обострения (см. *Гумматов*, упомянутое выше, §§ 109, 114; *Сарбан против Молдовы* (*Sarban v. Moldova*), § 79, № 3456/05 от 4 октября 2005 года; и *Попов* (*Popov*), упомянутое выше, § 211).

47. В целом, Суд оставляет достаточную гибкость в определении требуемого стандарта медицинской помощи, принимая решение от случая к случаю. Эта норма должна быть «совместима с человеческим достоинством» задержанного, но должны также быть учтены «практические требования лишения свободы» (см. *Алексамян против России* (*Aleksanyan v. Russia*), § 140, № 46468/06 от 22 декабря 2008 года).

(б) Применение вышеуказанных принципов к настоящему делу

48. Обращаясь к фактам настоящего дела, Суд отмечает, что после анализов, проведенных при приеме заявителя в изолятор в мае 2006 года, властям стало известно, что заявитель страдает ВИЧ-инфекцией и вирусным гепатитом. Заявитель указал на два конкретных упущения со стороны медицинского персонала учреждения, что, по его мнению, делало лечение неэффективным и недостаточным. В частности, он утверждал, что власти поздно начали проведение антиретровирусной терапии и держали его в обычных местах содержания, а не в больнице. Однако, оценив доказательства, Суд не убедился в том, что качество медицинской помощи, оказанной заявителю, было ненадлежащим.

49. В частности, Суд считает, что власти Российской Федерации приняли своевременное решение о начале проведения антиретровирусной терапии для заявителя. Суд напоминает, что клиническое и иммунологическое обследование предшествует началу проведения терапии. Власти использовали клинические методы, в частности, подсчет количества CD4 клеток, при принятии решения о дате начала лечения. Суд не согласен с заявителем, что решение было запоздалым. Суд также успел заметить, что власти предложили заявителю рассмотреть возможность прохождения терапии в апреле 2007 года (см. пункт 8 выше), однако начали АРТ только год спустя (см. пункт 12 выше). Тем не менее, Суд расценивает меры, предпринятые властями России в апреле 2007 года, не в качестве официального решения о начале терапии, а скорее как меры, направленные на оценивание готовности заявителя к началу проведения такой терапии, чтобы психологически подготовить его к неизбежной необходимости взять на себя обязательство пожизненно применять в своем лечении очень агрессивные и токсичные препараты. Суд еще раз подчеркивает, что власти Российской Федерации начали антиретровирусную терапию в соответствии с руководящими принципами Всемирной организации здравоохранения в подходящий

период и в соответствии с национальными правовыми требованиями. Как только иммунологические результаты показали падение количества CD4-лимфоцитов ниже уровня 290 клеток/мм³ в марте 2008 года, заявитель начал получать лечение (см. пункт 12 выше).

50. Суд также не смог найти никаких серьезных недостатков в предоставлении медицинской помощи, получаемой заявителем после начала АРТ. Из этого следует, что медицинское обследование заявителя, проведенное в местах содержания под стражей, полностью соответствует международным стандартам для лечения ВИЧ-инфекции у взрослых. В частности, Суд отмечает, что заявитель безотлагательно осматривался тюремным лечащим врачом, который изучал его историю болезни, записывал жалобы заявителя, организовывал осмотры специалистами по инфекционным заболеваниям и запрашивал мнения гражданских врачей, в частности врачей из Центра по борьбе со СПИДом. Рекомендации этих специалистов о внесении изменений в схемы проведения медикаментозного лечения были быстро реализованы на практике. Врачи также рассмотрели возможность одновременного лечения, как ВИЧ-инфекции, так и гепатита, но, изучив количество принимаемых заявителем таблеток, наркотических препаратов и токсический эффект их взаимодействия, решили отложить терапию вирусного гепатита. Это решение было вызвано необходимостью ждать восстановления иммунной системы заявителя для лучшего результата терапии, и не может считаться необоснованным.

51. Кроме того, Суд отмечает, что заявитель подвергается регулярной и систематической клинической оценке и мониторингу, являющимися частью всеобъемлющей стратегии лечения с целью определения оценки эффективности антиретровирусной терапии, с управлением или устранением ее побочных эффектов и оперативным выявлением каких-либо неудачных методов лечения. Также не ускользнул от внимания Суда и тот факт, что, проводя регулярное клиническое и лабораторное обследование и используя механизмы контроля, властям Российской Федерации удалось добиться лучшего соблюдения заявителем режима терапии, обеспечивая тем самым выполнение одного из наиболее важных параметров эффективности лечения. Суд осознает комплекс задач, стоящих перед властями Российской Федерации, учитывая наркозависимость заявителя.

52. Суд также отмечает, что власти эффективно реагируют на любые другие жалобы на здоровье, которые делал заявитель. Его медикаментозная терапия была скорректирована с учетом сопутствующих проблем с его здоровьем и психологическими вопросами, а также с учетом его личных предпочтений в вопросе медицинских процедур и медикаментов. Кроме того, власти предоставили ему адекватные консультации и советы. Вторичные

заболевания заявителя были впоследствии изучены и лечились клинически должным образом.

53. Наконец, Суд будет оценивать доводы заявителя о том, что любые медицинские услуги были *per se* неэффективны, учитывая тот факт, что они оказывались в обычном изоляторе и только иногда - в тюремной больнице. В этом отношении Суд отмечает, что заявитель был помещен в тюремную больницу в ряде случаев, где он прошел углубленное обследование, влияющее на содержание его терапии. Каждый раз заявитель освобождался из больницы под клинический контроль медицинского персонала исправительной колонии, который действовал в полном соответствии с рекомендациями врачей больницы. В силу своих выводов относительно общего качества медицинской помощи, предоставляемой заявителю под стражей, Суд не видит никаких оснований сомневаться в обоснованности решения выписать его из больницы на амбулаторное лечение. Уместно также заметить, что как только его состояние потребовало возвращения в больницу в апреле 2011 года, руководство колонии сразу же осуществило его перевод (см. пункт 27 выше). Заявитель оставался в больнице до настоящего момента.

54. Таким образом, Суд считает, что национальные власти предоставляли заявителю всеобъемлющую, эффективную и прозрачную медицинскую помощь на протяжении всего периода его содержания под стражей. Соответственно, нарушение статьи 3 Конвенции не имело место.

II. ПРЕДПОЛАГАЕМОЕ НАРУШЕНИЕ СТАТЬИ 3 КОНВЕНЦИИ В ЧАСТИ ОТКАЗА В ОСВОБОЖДЕНИИ ЗАЯВИТЕЛЯ

55. Заявитель также жаловался на нарушение статьи 3 Конвенции в связи с отказом властей освободить его из-под стражи, несмотря на его очень слабое здоровье. Статья 3 была приведена выше.

A. Доводы сторон

56. Власти утверждали, что в силу законодательства Российской Федерации, заключенный, страдающий очень тяжелой болезнью, которая исключает отбывание им наказания в виде лишения свободы, имеет право добиваться своего освобождения из-под стражи. Решение относительно освобождения принимают суды, которые должны оценить ряд факторов при определении права заключенного на освобождение. В деле заявителя Суд принял во внимание тяжесть преступления, в котором он был признан виновным, продолжительность срока его заключения и срок, который заявитель уже отбыл, его поведение во время отбывания наказания, тяжесть его болезни, условия его содержания под стражей и качество

предоставленной ему медицинской помощи. Посчитав, что состояние здоровья заявителя было стабильным, что он получил необходимую медицинскую помощь в местах лишения свободы, учитывая тот факт, что заявитель, скорее всего, не получит преимуществ от уровня медицинского обслуживания и не будет придерживаться курса антиретровирусной терапии в случае освобождения, суд Российской Федерации справедливо отказался освободить его.

57. Заявитель утверждал, что решения судов об отклонении его ходатайства об освобождении, при поддержке администрации колонии и персонала больницы, были незаконными и необоснованными. Учитывая, что он не получил эффективную медицинскую помощь, что его состояние было опасным для жизни, и что его мать и НПО предоставили гарантии, что они будут помогать ему в прохождении лечения после освобождения, суд не имел оснований больше держать его в заключении.

Б. Оценка Суда

Приемлемость

58. Суд подтверждает свой установившийся подход, что статья 3 не дает задержанному право быть освобожденным «по уважительным причинам», особенно в случае, когда власти предпринимают надлежащие меры по обеспечению, в том числе путем предоставления необходимой медицинской помощи, его здоровья и благополучия (см. «Алексамян против России» (*Aleksanyan v. Russia*), упомянутое выше, § 138, с дальнейшими ссылками). Принимая во внимание свои выводы относительно качества медицинской помощи, предоставляемой заявителю в заключении (см. пункт 54 выше), и учитывая, что состояние здоровья заявителя считается стабильным, а также эффективное урегулирование властями Российской Федерации любых негативных изменений (см. пункт 27 выше), Суд не видит причин отходить от этого принципа.

59. Суд отмечает, что суды Российской Федерации, которые, в целом, лучше оценили представленные им доказательства, уделили должное внимание и взвесили различные факторы, влияющие на право заявителя на досрочное освобождение, такие как характер правонарушения, время отбывания наказания, подлинное раскаяние, его поведение во время отбывания наказания и необходимость дальнейшего содержания под стражей во избежание возмездия и устрашения. Они также оценивали состояние здоровья заявителя, качество медицинских услуг, которые он получал в заключении, и перспективы получения необходимой медицинской помощи в случае его освобождения. Рассмотрев все эти соображения относительно

прогресса, реабилитации, раскаяния и так далее, суд Российской Федерации сделал вывод, о том, что освобождение заявителя является нежелательным (см. пункт 31 выше). Суд не видит оснований для иного вывода.

60. В заключение, Суд признал, что состояние здоровья заявителя, возможно, сделало его более уязвимым, чем обычного заключенного, и что его содержание под стражей, возможно, усугубляет в определенной степени его чувства страдания, боли и страха. Тем не менее, на основе имеющихся у него доказательств и оценки соответствующих фактов в целом, Суд не считает, что заявитель был подвергнут жестокому обращению, которое достигло достаточного уровня жестокости, чтобы подпадать под действие статьи 3 Конвенции (см., например, подобные рассуждения, «*Стоян Митев против Болгарии*» (*Stoyan Mitev v. Bulgaria*), § 73, №. 60922/00 от 7 января 2010 года). Отсюда следует, что эта жалоба является явно необоснованной и должна быть отклонена в соответствии с ч. 3 (а) и 4 статьи 35 Конвенции.

III. ДРУГИЕ ПРЕДПОЛАГАЕМЫЕ НАРУШЕНИЯ КОНВЕНЦИИ

61. Наконец, Суд рассмотрел другие жалобы, представленные заявителем. Тем не менее, с учетом всех материалов, имеющихся в его распоряжении, и в той мере, в которой эти жалобы относятся к компетенции Суда, он считает, что они не раскрывают каких-либо признаков нарушения прав и свобод, изложенных в Конвенции или Протоколах к ней. Отсюда следует, что эта часть жалобы должна быть отклонена как явно необоснованная, в соответствии с п. 3 и 4 статьи 35 Конвенции.

ПО ЭТИМ ОСНОВАНИЯМ СУД ЕДИНОГЛАСНО:

1. *объявил* жалобу относительно качества медицинской помощи в местах лишения свободы приемлемой, а остальную часть жалобы неприемлемой;
2. *постановил*, что отсутствовало нарушение статьи 3 Конвенции в связи с качеством медицинской помощи, предоставленной заявителю в местах лишения свободы.

ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПО ДЕЛУ «БУБНОВ против РОССИИ» 19

Составлено на английском языке; уведомление о постановлении направлено в письменном виде 5 февраля 2013 года в соответствии с пунктами 2 и 3 правила 77 Регламента Суда.

Андрэ Вампаш
Заместитель Секретаря

Изабелла Берро-Лефевр
Председатель