УДК 93/94

Д. Ю. Ющенко

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ МЕДИКО-БЫТОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ СОВЕТСКИХ ОСУЖДЕННЫХ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ В 1956–1991 ГОДАХ

Исследуются актуальные проблемы бытового и медицинского обеспечения советских осужденных, отбывающих наказание в исправительных учреждениях в период с 1956 по 1991 гг., когда получила развитие и функционирование система исправительно-трудовых колоний взамен ранее существующей – главному управлению лагерей.

Автором на основании анализа архивных документов и материалов специальной периодической литературы, в том числе содержащих результаты ведомственных (органами прокуратуры) и иных (наблюдательными комиссиями) проверок мест лишения свободы выявляются особенности и проблемы, имеющими место в связи с проводимой советским государством пенитенциарной (исправительно-трудовой) политики в сфере бытового и медицинского обеспечения советских осужденных в исследуемый период и ее влияния на микросоциальные условия отбывания наказаний.

Среди проблем особо отмечаются: затяжной характер развития экстенсивного пути оказания медицинской помощи осужденным исправительно-трудовых колоний, что дает в основном количественный, а не качественный эффект в медицинском обслуживании в целом; вхождение лечебных учреждений в состав исправительно-трудовых колоний, что влекло изменения в административном руководстве учреждением (вместо врача начальник колонии) и, как следствие, снижения уровня медицинского и бытового обеспечения осужденных; необходимость повышения квалификации врачей и среднего медицинского персонала, а также иного кадрового персонала в самом исправительном учреждении; намеренные членовредительства осужденных в целях получения более комфортных условий отбывания наказания и освобождения от обязательных работ.

В этой связи, автором резюмируется вывод, что особенности, как и проблемы, медицинского и бытового обслуживания осужденных обуславливаются совокупностью ряда факторов, вытекающих как из взаимоотношений администрации (сотрудников) исправительных учреждений и спец контингента (в том числе нарушающих режим отбывания наказания), так и в связи с проводимой государством политикой, направленной на использование практически бесплатной рабочей силы осужденных. Свою роль в исследуемом вопросе оказывали также и общественно-политические и социально-экономические факторы.

Ключевые слова: бытовое обеспечение, медицинское обеспечение, осужденный, пенитенциарная политика, советское государство, исправительно-трудовая колония.

D. Yu. Yushchenko

FEATURES OF THE DEVELOPMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY OF SOVIET PRISONERS IN INSTITUTIONS OF CONFINEMENT IN 1956–1991

The article studies actual problems of domestic and medical support of Soviet convicts that served sentences in correctional institutions in 1956-1991, when the system of correctional labor colonies was developed and functioning instead of the previously existing one – the main management of the camps.

On the basis of the analysis of archival documents and materials of the special periodic literature, including containing results of departmental (bodies of Prosecutor's office) and other (Supervisory commissions) inspections of places of imprisonment the author reveals the features and problems taking place in connection with the penitentiary (corrective-labor) policy pursued by the Soviet state in the sphere of household and medical support of the Soviet convicts during the studied period and its influence on microsocial conditions of serving sentences.

The most significant are the following problems: the protracted nature of the development of an extensive way of providing medical care to convicts of correctional labor colonies, which gives mainly quantitative rather than qualitative effect in medical care in General; the entry of medical institutions into the correctional labor colonies, which led to changes in the administrative management of the institution (instead of the doctor head of the colony) and, as a consequence, the reduction of the level of medical and household support of convicts; the need to improve the skills of doctors and nurses, as well as other personnel in the correctional institution; intentional self-harm of convicts in order to obtain more comfortable conditions of serving sentences and exemption from compulsory work.

In this regard, the author summarizes the conclusion that features, as well as problems, medical and consumer services of convicts are caused by a set of factors arising both from the relationship of the administration (employees) of correctional institutions and special contingent (including those violating the regime of serving the sentence), and in connection with the policy pursued by the state, aimed at the use of virtually free labor of convicts. Socio-political and socio-economic factors also played a role in the issue under study.

Key words: domestic support, medical care, convicts, penitentiary policy, the Soviet state, correctional labor colony.

Положение осужденных в сфере материально-бытового и медицинского обеспечения в период с 1956 по 1991 гг. зависело от проводимой государством пенитенциарной политики, характерной особенностью которой было поэтапное реформирование, в том числе и микросоциальных условий отбывания наказаний.

Автором, проводимая государством пенитенциарная политика в исследуемый период, была проанализирована посредством ее отражения в архивных документах Государственного архива Российской Федерации и др., среди которых следует выделить такие, как: Справка о состоянии медико-санитарного обслуживания заключенных в исправительно-трудовых лагерях и колониях МВД СССР, являющаяся приложением к акту приема-передачи дел (Акт приема-сдачи ГУЛАГа МВД СССР от 14.06.1956 г.) [7, л. 1–17]; надзорные производства по делам различных осужденных [8, л. 6; 9, 3–5]; годовые отчеты о несчастных случаях, травматизме и профессиональных заболеваниях [2, л. 17, 57, 76].

Обращаясь к историографии вопроса, отметим, что предметом исследуемой тематики, если не касаться временных рамок, в основном была вторая четверть XX в., что нашло свое отражение, в том числе, в работах таких ученых, как: М. А. Большаков [4], В. В. Жученко [11], Н. Б. Портной [18], С. Ю. Чекулаев [27], посвященные периоду существования Главного управления лагерей (ГУЛАГ).

Некоторые авторы в своих исследованиях затрагивали и дореволюционный период, в частности: М. Н. Гернет [6], Л. Ф. Пертли [17], В. И. Алексеев [1] и др.

В тоже время, относительно периода существования Советского государства во второй половине XX столетия и постсоветского периода, комплексного исследования по настоящей тематике не проводилось. Имеются работы, лишь частично затрагивающие в исследуемый периода, в частности такими авторами, как: И. В. Упоров [24], Ю. В. Трофимова [23], Л. Ф. Пертли [16].

Обращаясь непосредственно к содержанию особенностей развития медико-бытового обеспечения советских осужденных в местах лишения свободы в 1956–1991 гг., отметим следующее.

В период, предшествующий исследуемому, в 1940–1950-х гг., в Советском Союзе набрал масштабы экстенсивный путь развития оказания медицинской помощи населению страны, что, в том числе, оказало положительное влияние и на организацию медицинского обеспечения осуждённых. Это позволило обеспечить практически повседневную, а главное, своевременную помощь всем отбывающим наказание осуждённым. Так, в вначале второй половины XX столетия, благодаря высокому уровню обеспечения врачебным персоналом, а также материальной базой, в том числе, койками; непрерывного снижения уровня инфекционной заболеваемости, а также заболеваемости социальными болезнями; повышения демографических показателей советская система здравоохранения, в том числе в местах лишения свободы, заслужила всеобщего признания [20, с. 233].

В тоже время, в связи с кризисными явлениями в экономике страны в 60-е гг. XX в., недостаточное финансирование отразилось на управлении и организации здравоохранения, что говорило об истощении прежнего направления развития здравоохранения по экстенсивному пути. Такое положение дел сподвигло государство на осуществление целого ряда организационных и экономических мероприятий экспериментального характера в отдельно взятых больницах, проводимых в 1967–1969, 1975–1977 и 1985–1987 гг., что, к сожалению, не нашло широкого применения в практической деятельности системы здравоохранения Советского Союза. В тоже время, со второй половины 1980-х гг. начинается процесс реформирования системы здравоохранения. Так, в период с 1987 по 1991 гг. осуществлялось внедрение нового хозяйственного механизма [5, с. 23–24].

Здесь стоит отметить, что экстенсивный путь развития медицинского обеспечения, который стал тупиковым для системы здравоохранения страны в целом, имел возможности для реализации в пенитенциарных учреждениях, так как последние отставали от общегосударственной системы обеспеченности лечебными учреждениями. В 1960-х гг. происходит рост учреждений, обеспечивающих лечение больных, в том числе в межобластных исправительно-трудовых колониях (лечебные исправительные учреждения), в которых размещались и трудоустраивались определённые категории осуждённых. Среди прочих: больные, требующие специального лечения, инвалиды, женщины и др., содержание которых по месту их жительства было невозможным и нецелесообразным [3, с. 64].

Отмечается, что в качестве основной структурной единицы в лечебном учреждении является медицинская часть, а её начальником в зависимости от того, относится ли она к общей системе здравоохранения или к ведомственной (пенитенциарной) системе – врач, или начальник исправительного учреждения. В этой связи высказывались предположения организации медицинской службы в едином комплексе в целях создания так называемой пенитенциарной медицины [13, с. 2–5].

Эти положения актуальны и на постсоветском этапе развития. Высказывалось предложения, что подобным учреждениям целесообразнее было бы быть под руководством Минздрава или находится в структуре независимой медицинской службы, не относящейся ни к системе МВД, ни Министерства юстиции [21, с. 409].

В тоже время нельзя оставить без внимания тот факт, что на материально-бытовые условия содержания осужденных оказывало влияние и то, что в 1970–1980-х гг. наблюдалось увеличение численности, содержащихся в колониях осужденных. Это было связано с расширением производственной деятельности в рамках исправительно-трудовой системы, а также с существовавшей системой организационно-штатного расписания, когда, для получения звания полковника началь-

нику исправительно-трудового учреждения надо было добиваться, чтобы во вверенном ему учреждении было не менее двух тысяч человек, а валовой объем выпускаемой продукции превышал десять миллионов рублей (по ценам того времени это мощность среднего предприятия в советской промышленности). Это положение усугублялось также и, так называемым, казарменным проживанием, когда в одном спальном помещении осужденных по-прежнему доходило до ста и более человек, что не могло не влиять на условия содержания и быт осужденных [26, с. 30].

Обращаясь к проводимой советским государством в 1956–1991 гг. пенитенциарной политике, следует отметить, что при ее формировании учитывались имеющиеся в исследуемой области и ряд иных проблем.

В частности, ряд проблем в медицинском обеспечении проистекали из того, что многие лечебные учреждения входили в состав исправительно-трудовых колоний, а не являлись самостоятельными учреждениями. Это отрицательно сказывалось на качестве оказания медицинских услуг, поскольку цели и задачи этих учреждений не совпадали. Руководством колоний, которым подчинялись больницы и медпункты, на первое место ставились задачи исполнения наказания, а не улучшения материальной базы лечебных учреждений, исправление осужденных, а не их лечение. Подчиненное положение руководителей «тюремных» больниц приводило к тому, что они не имели достаточных полномочий относительно находящихся на лечении осужденных, не могли самостоятельно решать вопросы организации функционирования возглавляемого ими лечебного учреждения, поскольку фактическими руководителями, как исправительно-трудовых колоний, так и самих лечебных учреждений, являлись начальники исправительно-трудовых колоний, со всеми вытекающими отсюда последствиями.

В тоже время, начальники исправительных учреждений при всей полноте единоначальной власти, практически не несли никакой ответственности за состояние и результаты лечебно-профилактической работы в вверенном им подразделении. Напротив, как отмечал начальник больницы управления исправительного трудового учреждения УВД Пермского облисполкома В.М. Ковалев, за это в полной мере отвечал начальник больницы при исправительном учреждении, который был ограничен в возможности влиять на положение дел, даже когда требовалось оперативное вмешательство в ситуацию [14, с. 35].

Негативное влияние административного фактора на медико-санитарное и бытовое обеспечение осужденных можно видеть и на иных примерах. Так, работник медицинской части одной из колоний Ростовской обл. Алехина в своей жалобе на заместителя начальника колонии Дорохова сообщала, что вследствие несвоевременного обеспечения заключенных вещевым довольствием многие из них болеют и не могут в связи с этим выходить на работу. Алехина приводила конкретный случай, когда Дорохов отменил выданное ею как врачом освобождение группе заключенных и под угрозой водворения в штрафной изолятор, направил их на работу. Несмотря на то, что указанные факты подтвердились, управление внутренних дел не приняло никаких мер воздействия в отношении Дорохова [25, с. 8].

Помимо прочего, анализ документов исследуемого периода показал, что имели место быть проблемы с такими социально опасными заболеваниями, как сифилис и туберкулез. Так, одной из причин распространения сифилиса среди осужденных была порочная практика мужеложства. Причем, как правило, насилию подвергались молодые осужденные под угрозой расправы в случае отказа. Отмечались также существовавшие трудностями в лечении болезни, в том числе и в связи с упорным нежеланием самих осужденных лечиться [7, л. 1–17].

Несмотря на общие успехи советской медицины по борьбе с таким опасным заболеванием, как туберкулез, для мест заключения эта проблема стояла очень остро. Во-первых, потому что в силу специфики контингента осужденных (маргинальные группы населения, алкоголики и наркоманы), заболевание получило широкое распространение. Во-вторых, из-за большого процента смертности среди заболевших. И, в-третьих, из-за высокой вероятности рецидива, то есть повторного заболевания этим недугом. В исправительных учреждениях осужденные находятся в близком контакте, что повышало риск заболевания туберкулезом. Сказывались и общие условиях труда и быта, скудость рациона питания. У осужденных особенно часто наблюдался туберкулез органов дыхания, в частности туберкулез легких. Особенностью данного вида заболевания является то, что оно представляет собой эпидемиологическую опасность, имеет трудности в лечении, для чего фтизиатрами страны постоянно изыскивались пути снижения рецидивов, совершенствовались методы диагностики, анализировалась эффективность лечения данной группы больных [22, с. 20].

Учитывая опасность туберкулеза, в исправительных учреждениях велась активная профилактика заболеваемости посредством обеззараживания хозяйственно-бытовых сточных вод. Требования противоэпидемического обеспечения обеззараживания вод выдвигали органы территориального государственного санитарного надзора, которые выдавали разрешение на открытие объектов только в случаях удовлетворения всех, предъявляемых для этого норм.

Руководством Министерства внутренних дел предпринимались меры по улучшению медпомощи данной группе больных. Осужденные переводились в специальные подразделения, где обеспечивались должные условия для их лечения. Но это далеко не всегда приводило к улучшению их состояния. Такая ситуация объяснялась тем, что среди больных туберкулезом, в том числе и в больницах, содержались также и так называемые «уголовники-рецидивисты», принадлежавшие к преступным группировкам, умышленно нарушавшие режим содержания и тем самым срывавшие

необходимые оздоровительные мероприятия. Администрация лечебных учреждений даже в таких ситуациях не имела возможности серьезно воздействовать на нарушителей режима, т.к. была ограничена в возможности применять дисциплинарные меры к осужденным, обладавшим статусом больного. Что касается уровня смертности в колониях и лагерях, то он составлял 5,3 осужденных на 1000 человек. Этот уровень можно было признать, как небольшой, если учесть, что примерно в это же время уровень смертности среди населения СССР составлял около 9 человек на тысячу. Обращалось внимание на значительное сокращение или ликвидацию смертности и заболеваемости по таким видам болезней, как туберкулез легких, цинга, пеллагра, педикулез, алиментарная дистрофия сыпной, возвратной и брюшной тифы. Также отмечалось общее удовлетворительное физическое состояние осужденных. Среди них, имеющих инвалидность на 1 января 1956 г. было 10,8 процента, а трудоспособных 89,2 процента, что, по нашему мнению, в реалиях того времени и уровня медицинской оснащённости, является высоким показателем [7, л. 1–17].

Однако необходимо отметить, что само понимание инвалидности в СССР использовало узкий смысл этого понятия, кроме того, «получить» инвалидность, особенно третьей группы, было не так просто, что приводило к определенному, порой искусственному снижению числа инвалидов. Так, согласно Инструкции по определению групп инвалидности 1956 г., группа инвалидности устанавливалась при наличии хронических заболеваний или анатомических дефектов, в тех случаях, когда возникшее нарушение функций организма препятствовало выполнению профессионального труда и приобрело устойчивый характер [12]. В Советском Союзе (да и в настоящее время в Российской Федерации) для инвалидов предусматривались три группы инвалидности, которые назначалась в зависимости от трудоспособности индивида. Медицинское освидетельствование проводилось врачебно-трудовыми экспертными комиссиями (ВТЭК) до 1985 г. с учетом профессии и характера работы индивида, а затем в зависимости от степени утраты трудоспособности, а также с учетом условий и видов труда, работ и профессий, доступных инвалидам по состоянию здоровья, а также условий и методов, при помощи которых нарушенная трудоспособность может быть восстановлена или повышена. Инвалиды должны были периодически проходить переосвидетельствование. До 1985 г. инвалиды I группы эту процедуру проходили один раз в год, а инвалиды II и III групп – один раз в полгода. С 1985 г сроки увеличили в два раза.

Еще одной проблемой практической медицины в исправительных учреждениях была профилактика и лечение у осужденных раневой инфекции. В условиях постоянно меняющегося микробного пейзажа, прогрессирующего инфекционного госпитализма, увеличения числа токсико-аллергических и септических реакций отмечался рост числа больных среди спецконтингента с осложнениями и запущенными формами гнойных заболеваний пальцев и кистей рук, флегмон, парапроктитов и т.д. Основой профилактики и лечения раневой инфекции являлась ранняя радикальная хирургическая обработка ран [15, с. 43–48].

Следует отметить и то, что исследователями отмечалось, что благодаря усилиям медицинских работников и проведению в исправительно-трудовых учреждениях профилактических мероприятий, значительно снизилась заболеваемость и смертность среди заключенных. Была поставлена задача полной ликвидации нервно-психических и инфекционных заболеваний в исправительных учреждениях. Также отмечалось и то, что успешное решение данной задачи невозможно без высококвалифицированных медицинских кадров [19, с. 26].

В этой связи первостепенное значение приобретал вопрос о повышении квалификации врачей и среднего медицинского персонала, в особенности в свете того, что с каждым годом в исправительных учреждениях наблюдался рост молодых, еще не имеющих достаточного опыта специалистов данной категории работников. Такое повышение квалификации, а также специализации врачей осуществлялось в одиннадцати институтах усовершенствования при Министерстве здравоохранения СССР, которые комплектовали курсы в соответствии с заявками областных и краевых отделов здравоохранения, республиканских министерств и различных ведомств.

Несмотря на такую административно-командную систему формирования подготовки кадров, она, все же, имела проблемы. Так, в заявках, предоставляемых руководителями некоторых мест заключения, не учитывались потребности лечебных учреждений в ряде специалистов. В частности, управление мест заключения УВД Пермского облисполкома на 1960 г. представило заявку, в которой не было предусмотрена подготовка дермато-венерологов, психиатров, невропатологов, когда именно в этих специалистах имелся недостаток. Схожая ситуация в подготовке врачей наблюдалась и в управлении мест заключения УВД Иркутского облисполкома, что видно из представленной ими заявки на 1960 г., которая предусматривала усовершенствование только педиатра и фармацевта, когда большой отряд медицинских работников лечебных учреждений остался вне поля зрения управления мест заключения [19, с. 26].

Здесь можно полагать, что руководителям исправительно-трудовых учреждений необходимо было со всей серьёзностью относиться к составлению заявок, точнее учитывать потребности в специалистах-врачах широкого и узкого профилей, а также среднего медицинского персонала. Данный опыт необходимо учитывать и в проводимой государством на современном этапе пенитенциарной политике.

В исследуемый период в сфере медицинского обеспечения осужденных применялась такая форма подготовки врачей узких специальностей и повышения квалификации врачей широкого

профиля (хирургов, терапевтов и пр.), как прикомандирование их к больницам, располагающим высококвалифицированными специалистами. Данная форма являлась приемлемой в свете того, что была доступна каждому врачу и удобна для тех, кто по тем или иным причинам не имел возможности выехать за пределы своего региона. Кроме того, что наиболее важно, врач по окончании учебы повседневно поддерживал деловую связь с квалифицированными врачами клиники или больницы, получая очную или заочную консультацию, и тем самым продолжал совершенствоваться в своих знаниях. Так, отмечалось, что опыт управления мест заключения УВД Архангельского, Саратовского, Свердловского облисполкомов свидетельствовали о необходимости более широкого распространения этой формы учебы медицинских работников. В тоже время, в таких регионах советского государства, как Башкирская и Татарская АССР, Иркутская и Пермская области, а также Краснодарский край, исправительно-трудовые учреждения не использовали для подготовки врачей богатые возможности клиник и больниц медицинских институтов. В частности, в центральной больнице [19, с. 26–27].

Наиболее массовыми формами повышения квалификации медицинских работников также являлись такие формы, как семинары, клинико-диагностические и паталого-анатомические конференции, общебольничные научные конференции и кустовые совещания врачей и среднего медицинского персонала. Такие формы, в частности конференции, давали возможность медицинским работникам не только ознакомиться с новыми методами диагностики и лечения, но и способствовали решению многих организационных вопросов.

В тоже время, обращаясь к анализу архивных документов, содержащих результаты проверок прокуратурой мест лишения свободы, следует отметить, что данные этих проверок носят противоречивый характер.

С одной стороны, выявляются нарушения бытового и медицинского обеспечения осужденных. С другой, жалобы осужденных зачастую не подтверждаются, либо они намеренно причиняют себе вред посредством членовредительства.

Так, большинство изученных нами жалоб показывает необоснованность претензий, осужденных на якобы незаконные действия медиков, отказ от признания их больными и т.д. Стремление многих из жалобщиков представить себя больными объясняется просто – режим в лечебных учреждениях был мягче, чем в обычных условиях колонии, наличие инвалидности предоставляло определенные «льготы», например, ограничения или освобождение от труда и т.д. Для достижения своих целей жалобщики использовали все доступные средства, включая и такие радикальные, как голодовки и членовредительства (вскрытие вен, повреждение глаз и другие самоповреждения тела) [8, л. 6; 9, л. 3–5].

Помимо жалоб и заявлений, поступающих, как от осужденных, так и от самих сотрудников учреждений, на наличие недостатков в рассматриваемой сфере указывали и данные проверок исправительно-трудовых колоний наблюдательными комиссиями. Так, одной из таких наблюдательных комиссий, обследовавшей санитарное состояние расположенной там колонии, был обнаружен ряд недостатков. Отмечалось, что помещения в учреждении плохо проветривались, в общежитиях допускалось курение, в цехе резиновых изделий промзоны было грязно и здесь также требовалось наладить вентиляцию, в колонии мало уделялось внимания пропаганде здорового быта, требовалось также улучшить качество приготовления пищи [10, с. 32].

Следует указать, что на травматизм и общее состояние здоровья осужденных влияли и условия, в которых проходила трудовая деятельность осужденных. Статистическая отчетность учреждений показывает, что часть осужденных, и порой не малая, была вынуждена работать в условиях воздействия вредных производственных факторов. Среди них называются следующие:

1) повышенный уровень шума и вибрации на рабочих местах;
2) большая запыленность и загазованность воздушной среды производственных помещений;
3) недостаточная освещенность рабочих мест;
4) повышенная температура (летний период);
5) пониженная температура (зимний период);
6) высокая влажность воздуха;
7) иные вредные условия труда [2, л. 17, 57, 76].

В отчетах комиссий фиксировались не только недостатки, но и положительные примеры. Так отмечались, что медицинские работники одной из колоний Мурманской области уделяют много внимания пропаганде среди заключенных здорового быта и санитарно-гигиенических знаний. Личный состав медсанчасти регулярно читает лекции, проводит групповые и индивидуальные беседы с осужденными о вреде алкоголя и курения, о лично гигиене, о мерах предупреждения различных заболеваний и др. [19, с. 26–27].

Обращаясь к состоянию и особенностям медицинского обеспечения осужденных в ИТК в исследуемый период, следует отметить, что к концу 1980-х гг., в сфере организации медицинского обеспечения в местах лишения свободы назрели определенные перемены, вызванные имеющимися проблемами.

В связи с этим актуальными направлениями исследований медицинской сферы, проводимых медицинскими и научными работниками системы МВД и ИТУ стали организация здравоохранения, больничная, фтизиатрическая, противоэпидемическая помощь. Публиковались научные труды, посвященные изучению медико-биологических особенностей спецконтингента ИТУ, совершенствованию системы управления медицинскими частями ИТУ, применению различных методов лечения в терапевтической и хирургической практике, проблемам борьбы с туберкулезом и противоэпидемическому обеспечению ИТУ [15, с. 43–48; 22, с. 19–23].

Таким образом, резюмируя, следует отметить, что проблемы бытового и медицинского обеспечения советских осужденных в 1956–1991 гг характеризовались проводимой государством пенитенциарной политики, что обуславливалось рядом факторов, как административного порядка, так и проявляющихся в результате провокационных действий самих осужденных. Это позволяет сделать вывод о противоречивом, или множественном характере исследуемых проблем. С одной стороны, проблемы бытового и медицинского обеспечения осужденных характеризовались выявленными нарушения сотрудников исправительно-трудовой системы. С другой, жалобы осужденных зачастую не подтверждались, либо их действия были направлены на намеренное причинение себе вреда посредством членовредительства, что позволяло таким осужденным рассчитывать на более комфортные условия и режим отбывания наказания, находясь на лечении. Помимо прочего, на медико-бытовое обеспечение осужденных оказывали и ряд факторов общественно-политического и социально-экономического характера.

Источники и литература

1. Алексеев В. И. Формирование российской пенитенциарной политики и ее источников (1879–1917) // Журнал российского права. 2010. №7. С. 92-98.

2. Архив УВД Псковской области. Ф. 31. Оп. 26. Арх. 31 Инв. 132. Д.55.

3. Беляев Н. А. Избранные труды / Н. А. Беляев. СПб.: Юрид. центр Пресс, 2003 (Акад. тип. Наука РАН). 567 с.

4. Большаков М. А. Организационно-правовые основы материально-бытового и медицинского обеспечения заключенных в системе исправительно-трудовых лагерей (1929–1956 гг.): дисс... канд. юрид. наук. Владимир, 2004. 160 с.

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

6. Гернет М. Н. История царской тюрьмы. 1762–1825. Том 1. М.: Государственное издательство юридической литературы, 1951. 357 с.

7. Государственный архив Российской Федерации (далее – ГАРФ). Ф. 9414. Оп. 1. Д. 258.

8. ГАРФ. Ф.8131. Оп.28. Д.4641.

9. Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ). Ф.8131. Оп.33. Д.1264.

10. Ефимов М. Наблюдательные комиссии за работай // К новой жизни. 1960. №2. С.32.

11. Жученко В. В. Условия жизни заключенных советских исправительно-трудовых лагерей (1929–1941 гг.): дисс. ... канд. иист. наук. М., 2006. 192 с.

12. Инструкция по определению групп инвалидности (утв. Минздравом СССР 01.08.1956, ВЦСПС 02.08.1956). Документ опубликован не был // URL: http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=ESU&n=6231#0705838809518466 (Дата обращения: 08.09.2018).

13. Кирсанов В., Никольский Ю. Пенитенциарная медицина. Какой ей быть? // Воспитание и правопорядок. 1989. №9. С. 2-5.

14. Ковалев В. М. Больница для осужденных как самостоятельное ИТУ // Исправительно-трудовые учреждения. Бюллетень Всесоюзного научно-исследовательского института МВД СССР. 1980. №10. С. 35.

15. Москалюк В. Н., Чевтаев А. М., Наумов Н. В., Комаров Е. Г. Применение полупроницаемых мембран в лечении хирургической инфекции и проктологии // Опыт практической деятельности медицинских подразделений ИТУ: Сб. статей № 9 / сост. С.А. Кулик. Домодедово: [б.и.], 1991. С. 43-48.

16. Пертли Л. Ф. Правовое регулирование материально-бытового обеспечения осужденных в учреждениях УИС России: дисс. ... канд. юрид. наук. М., 2006. 189 с.

17. Пертли Л.Ф. Правовое регулирование условий содержания заключенных в Российской империи (1879 г. – февраль 1917 г.): дисс. ... канд. юрид. наук. Владимир, 2011. 181 с.

18. Портной Н. Б. Труд заключенных в исправительно-трудовых лагерях СССР: организация и правовое регулирование: 1929–1956 гг.: дисс. ... канд. юрид. наук. Владимир, 2008. 174 с.

19. Рыбкин П. Неотложное дело. Больше внимания повышению внимания квалификации медицинских работников // К новой жизни. 1960. №3. С. 26-27.

20. Скиба А. П. Пенитенциарные больницы: организационно-правовые и исторические аспекты. Улан-Удэ: Изд-во Бурятского госуниверситета, 2007. 310 с.

21. Специальный доклад Уполномоченного по правам человека в РФ «О нарушениях прав граждан сотрудниками МВД РФ и УИС РФ // Защита прав граждан. М.: Юридическая литература, 2001. 511 с.

22. Стариков А. Н. Расчет потребности в койках туберкулезного профиля в исправительно-трудовых учреждениях / Опыт практической деятельности медицинских подразделений ИТУ: Сб. статей № 9 / сост. С. А. Кулик: Домодедово: ВИПК МВД СССР, 1991. С. 19-23.

23. Трофимова Ю. В. Правовое регулирование статуса осужденных к лишению свободы (1969–2006 гг.): историко-правовое исследование: дисс. ... канд. юрид. наук. М., 2008. 243 с.

24. Упоров И. В. Исторический опыт формирования и реализации пенитенциарной политики России в XVIII–XX вв.: дисс. ... докт. ист. наук. Краснодар, 2001. 515 с.

25. Федоров Ю. Это не терпимо. Решительно пресекать бюрократическое отношение к письмам, заявлениям и жалобам // К новой жизни. 1960. №9. С. 8.

26. Хребтов В. Воспитание осужденных в условиях реформирования уголовно-исполнительной системы // Человек: Преступление и наказание. 1995. №2. С. 30.

27. Чекулаев С. Ю. Режим содержания заключенных в ИТЛ и ИТК: организационные и правовые основы: 1929–1956 гг.: дисс. ... канд. юрид. наук. Владимир, 2010. 177 с.

References

1. Alekseev V. I. Formirovanie rossijskoj penitenciarnoj politiki i ee istochnikov (1879–1917). *(Formation of the Russian Penitentiary Policy and Its Sources*) // Journal of Russian law. 2010. No.7. P.92 – 98. (In Russian).
2. Archive of the Department of internal Affairs in Pskov region. F. No.31. Op. №26. Arkh.31 Inv.132. D.055. (In Russian).
3. Belyaev N. A. Izbranny`e trudy` (Selected Works). St.Petersburg: Yurid. centr Press, 2003 (Akad. tip. Nauka RAN). 567 p. (In Russian).
4. Bol`shakov M. A. Organizacionno-pravovy`e osnovy` material`no-by`tovogo i medicinskogo obespecheniya zaklyuchenny`x v sisteme ispravitel`no-trudovy`x lagerej (1929–1956 gg.) *(Organizational and Legal Basis of Material and Medical Support of Prisoners in the System of Correctional Labor Camps):* thesis. Vladimir, 2004. 160 p. (In Russian).
5. Bratanovskii S. N., Kizilov V. V. Pravovoe regulirovanie organizatsii i deyatel'nosti meditsinskikh uchrezhdenii v Rossii *(Legal Regulation of Organization and Activity of Medical Institutions in Russia)* / ed by Bratanovskii S.N. Saratov: SSU publ., 2005. 112 p. (In Russian).
6. Gernet M. N. Istoriya czarskoj tyur`my` *(The History of the Royal Prison)* 1762–1825. Vol. 1. Moscow, 1951. 357 p. (In Russian).
7. State archive of the Russian Federation (GARF). F.9414. Inv.1. D.258. (In Russian).
8. GARF. F.8131. Inv.28. D.4641. (In Russian).
9. GARF. F.8131. Inv.33. D.1264. (In Russian).
10. Efimov M. Nablyudatel'nye komissii za rabotai *(Supervisory Commissions for Work)* // K novoi zhizni. 1960. No. 2. P. 32. (In Russian).
11. Zhuchenko V. V. Usloviya zhizni zaklyuchenny`x sovetskix ispravitel`no-trudovy`x lagerej (1929–1941 gg.) *(Living Conditions of Prisoners of Soviet Labor Camps (1929–1941):* thesis. Moscow, 2006. 192 p. (In Russian).
12. Instruktsiya po opredeleniyu grupp invalidnosti *(Instruction on Determination of Groups of Disability)* (utv. Minzdravom SSSR 01.08.1956, VTsSPS 02.08.1956). Dokument opublikovan ne byl URL: http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=ESU&n=6231#0705838809518466 (Accessed: 08.09.2018). (In Russian).
13. Kirsanov V., Nikol'skii Yu. Penitentsiarnaya meditsina. Kakoi ei byt' *(Penitentiary Medicine. What Should It Be)?* // Vospitanie i pravoporyadok. 1989. No.9. P. 2-5. (In Russian).
14. Kovalev V. M. Bol'nitsa dlya osuzhdennykh kak samostoyatel'noe ITU. Ispravitel'no-trudovye uchrezhdeniya. Byulleten' Vsesoyuznogo nauchno-issledovatel'skogo instituta MVD SSSR *(Hospital for Convicts as an Independent IUT. Correctional and Labor Institutions. Bulletin of the All-Union Research Institute of the Ministry of Internal Affairs).* 1980. No.10. P.35. (In Russian).
15. Moskalyuk V. N., Chevtaev A. M., Naumov N. V., Komarov E. G. Primenenie polupronitsaemykh membran v lechenii khirurgicheskoi infektsii i proktologii *(The Use of Semi-Permeable Membranes in the Treatment of Surgical Infections and Proctology)* / Opyt prakticheskoi deyatel'nosti meditsinskikh podrazdelenii ITU: Sb. statei №9 / composed by S.A. Kulik. Domodedovo, 1991. P. 43-48. (In Russian).
16. Pertli L.F. Pravovoe regulirovanie material`no-by`tovogo obespecheniya osuzhdenny`x v uchrezhdeniyax UIS Rossii *(Legal Regulation of Material and Domestic Support of Convicts in the Institutions of the Russian Federation):* thesis. Moscow, 2006. 189 p. (In Russian).
17. Pertli L. F. Pravovoe regulirovanie uslovij soderzhaniya zaklyuchenny`x v Rossijskoj imperii (1879 g. – fevral` 1917 g.) *(Legal Regulation of the Conditions of Detention of Prisoners in the Russian Empire (1879 – February 1917):* thesis. Vladimir, 2011. 181 p. (In Russian).
18. Portnoj N. B. Trud zaklyuchenny`x v ispravitel`no-trudovy`x lageryax SSSR: organizaciya i pravovoe regulirovanie. 1929–1956 *(Labor of Prisoners in Labor Camps of the USSR: Organization and Legal Regulation. 1929–1956):* thesis. Vladimir, 2008. 174 p. (In Russian).
19. Rybkin P. Neotlozhnoe delo. Bol'she vnimaniya povysheniyu vnimaniya kvalifikatsii meditsinskikh rabotnikov *(Urgent Matter. More Attention to Improving the Skills of Health Workers)* // K novoi zhizni. 1960. No.3. P. 26-27. (In Russian).
20. Skiba A. P. Penitentsiarnye bol'nitsy: organizatsionno-pravovye i istoricheskie aspekty *(Penitentiary Hospitals: Organizational, Legal and Historical Aspects).* Ulan-Ude: Buryatskii state university, 2007. 310 p. (In Russian).
21. Spetsial'nyi doklad Upolnomochennogo po pravam cheloveka v RF «O narusheniyakh prav grazhdan sotrudnikami MVD RF i UIS RF *(Special Report of the Commissioner for Human Rights in the Russian Federation "On violations of the Rights of Citizens by Employees of the Interior Ministry and the Penal System of the Russian Federation)* // Zashchita prav grazhdan. Moscow: Yur. lit., 2001. 511 p. (In Russian).
22. Starikov A. N. Raschet potrebnosti v koikakh tuberkuleznogo profilya v ispravitel'no-trudovykh uchrezhdeniyakh *(Calculation of Need in Beds of TB Profile in Corrective Institutions)* // Opyt prakticheskoi deyatel'nosti meditsinskikh podrazdelenii ITU. Domodedovo: VIPK MVD SSSR, 1991. P. 19-23. (In Russian).
23. Trofimova Yu. V. Pravovoe regulirovanie statusa osuzhdenny`x k lisheniyu svobody` (1969–2006 gg.): istoriko-pravovoe issledovanie *(Legal Regulation of the Status of Persons Sentenced to Imprisonment (1969–2006):* Historical and Legal Research): thesis. Moscow, 2008. 243 p. (In Russian).
24. Uporov I. V. Istoricheskij opy`t formirovaniya i realizacii penitenciarnoj politiki Rossii v XVIII–XX vv. *(Historical Experience of Formation and Realization of Penitentiary Policy of Russia in XVIII–XX Centuries)*: thesis. Krasnodar, 2001. 515 p. (In Russian).
25. Fedorov Yu. Eto ne terpimo. Reshitel'no presekat' byurokraticheskoe otnoshenie k pis'mam, zayavleniyam i zhalobam *(This is not Tolerable. Resolutely to Stop Bureaucratic Attitude to Letters, Statements and Complaints)* // K novoi zhizni. 1960. No.9. P. 8. (In Russian).
26. Khrebtov V. Vospitanie osuzhdennykh v usloviyakh reformirovaniya ugolovno-ispolnitel'noi sistemy *(Education of Convicts in the Conditions of Reform of the Penal System)* // Chelovek: Prestuplenie i nakazanie. 1995. No. 2. P. 30. (In Russian).
27. Chekulaev S. Yu. Rezhim soderzhaniya zaklyuchenny`x v ITL i ITK: organizacionny`e i pravovy`e osnovy`: 1929–1956 gg. *(The Regime for Prisoners in the ITL and ITK: an Organizational and Legal Framework: 1929–1956 gg.)*: thesis. Vladimir, 2010. 177 p. (In Russian).