

**ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ИСПОЛНЕНИЯ НАКАЗАНИЙ
САМАРСКИЙ ЮРИДИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ**



С. П. Мишустин

**ИСПОЛНЕНИЕ НАКАЗАНИЯ В ЛЕЧЕБНЫХ ИСПРАВИТЕЛЬНЫХ
УЧРЕЖДЕНИЯХ ФСИН РОССИИ:
ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВОЙ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ АСПЕКТЫ**

Монография

Самара 2017

УДК 343.8
ББК 67.409
М71

Рецензенты:

Святкин Д. А. – начальник ФКУ ЛИУ-4 УФСИН России по Самарской области;

Насреддинова К. А. – начальник кафедры уголовного и уголовно-исполнительного права Самарского юридического института ФСИН России, кандидат юридических наук, подполковник внутренней службы.

Мишустин С. П.

М71 Исполнение наказания в лечебных исправительных учреждениях ФСИН России: теоретико-правовой и организационный аспекты: монография / С. П. Мишустин. – Самара : Самарский юридический институт ФСИН России, 2017. – 160 с.

Монография посвящена актуальной теме организационно-правового регулирования деятельности лечебных исправительных учреждений по исполнению наказания в виде лишения свободы для осужденных, больных туберкулезом, алкоголизмом и наркоманией.

В монографии использованы материалы об истории становления и развития института медицинского обеспечения в уголовно-исполнительной системе России. Раскрываются вопросы заболеваемости туберкулезом осужденных к лишению свободы; состояние, уровень и динамика заболеваемости данной категории осужденных; личностные особенности, причины и условия заболевания, а также меры совершенствования вопросов исполнения и отбывания наказания в лечебных исправительных учреждениях. В подготовке данной работы был использован положительный опыт работы отдельных частей и служб работы в ФКУ ЛИУ-4 УФСИН России по Самарской области, ФКУ ЛИУ-19 УФСИН России по Республике Мордовия как по исполнению наказания, так и по организации лечения рассматриваемой категории осужденных.

Монография предназначена для научных работников, аспирантов, студентов, преподавателей юридических вузов, практических работников правоохранительных органов.

ISBN 978-5-91612-180-3

© Мишустин С.П., 2017

© Самарский юридический институт
ФСИН России, 2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
Глава 1. ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ИСПОЛНЕНИЯ НАКАЗАНИЯ В ВИДЕ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ В ЛЕЧЕБНЫХ ИСПРАВИТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ	8
1.1. Историко-правовой анализ регулирования мер медицинского характера в отношении осужденных, больных туберкулезом и наркоманией	8
1.2. Правовое регулирование исполнения наказания в лечебных исправительных учреждениях: вопросы юридической коллизии	19
1.3. Зарубежный опыт исполнения наказания в отношении осужденных к лишению свободы, нуждающихся в лечении	34
Глава 2. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С ОСУЖДЕННЫМИ, ОТБЫВАЮЩИМИ НАКАЗАНИЕ В ЛЕЧЕБНЫХ ИСПРАВИТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ	40
2.1. Лечение осужденных к лишению свободы как социально- правовая деятельность	40
2.2. Личность осужденных, отбывающих наказание в лечебных исправительных учреждениях	50
2.3. Сравнительно-правовой анализ статуса персонала лечебных исправительных учреждений	62
Глава 3. МЕХАНИЗМ ИСПОЛНЕНИЯ НАКАЗАНИЯ В ВИДЕ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ В ЛЕЧЕБНЫХ ИСПРАВИТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ	77
3.1. Особенности исполнения наказания в лечебных исправительных учреждениях	77
3.2. Особенности режима исполнения и отбывания наказания в лечебных исправительных учреждениях	89
3.3. Особенности реализации средств исправления, применяемых к осужденным в лечебных исправительных учреждениях	106
3.4. Повышение эффективности исполнения наказания в лечебных исправительных учреждениях	118
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	124
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК	130
ПРИЛОЖЕНИЯ	135

ВВЕДЕНИЕ

В последнее время исполнение уголовных наказаний в отношении больных осужденных является проблемой для многих государств, в том числе и для России. Алкоголизм, наркомания, туберкулез, ВИЧ-инфекция – это широко распространенные заболевания, которые прогрессируют в настоящее время. Статистика показывает, что туберкулез сопутствует при заболевании человека алкоголизмом, также его развитие является первым признаком ВИЧ-инфицированности, наркомания увеличивает шанс заболевания ВИЧ-инфекцией. Лица с сочетанной патологией (туберкулез и алкоголизм, туберкулез и наркомания) представляют большую эпидемиологическую опасность.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) заболеваемость и смертность от туберкулеза в России остаются на высоком уровне, несмотря на то, что показатель смертности от туберкулеза в 2016 г. в РФ снизился по сравнению с 2015 годом на 8,2 % и составляет девять случаев на 100 тыс. населения.

Поскольку во всех странах общество пытается справиться с этими серьезными медико-санитарными проблемами, стало ясно, что любая национальная стратегия борьбы с ними требует разработки и включения в нее политики в отношении исправительных учреждений, так как в данный момент в исправительных учреждениях находится несоразмерно большое число тех, кому нужна медицинская помощь.

Социально-экономический кризис, переживаемой страной, отрицательно сказывается на демографической ситуации, росте безработицы, падении прожиточного минимума, экологическом неблагополучии, психологическом дискомфорте; растет заболеваемость населения и его инвалидизация. Эти явления в равной степени касаются и уголовно-исполнительной системы России. Особенно остро эта проблема проявилась в деятельности учреждений, исполняющих наказания в виде лишения свободы, где к числу наиболее серьезных проблем необходимо отнести повышение уровня заболеваемости осужденных туберкулезом.

Серьезное внимание данной проблеме стали уделять с 1989 г., когда на одном из заседаний коллегии тогдашнего МВД СССР был рассмотрен вопрос о распространении туберкулеза в местах лишения свободы.

На 01.01.2017 в ЛИУ содержалось 20 216 осужденных из них в ЛИУ для больных туберкулезом – 14938, для алкоголиков и наркоманов – 5278 человек

Количество больных активным туберкулезом I и II ГДУ, содержится 5823 человек, в том числе в ЛПУ – 3284 и ЛИУ – 2539.

Основной приток больных активным туберкулезом идет через следственные изоляторы. За 2016 г. в них поступило более 3254 таких больных из их 283 женщин.

Количество больных активным туберкулезом, содержащихся в пенитенциарных учреждениях России, по сравнению с 2016 годом снизилось в 1,5 раза, заболеваемость уменьшилась в 2,5 раза, а смертность – в 3,8 раза. Достигнуто заметное по сравнению с 2015 годом снижение смертности (на 8,8 %) среди подозреваемых, обвиняемых и осужденных, а общая заболеваемость уменьшилась на 3,3 %. Понизились заболеваемость и смертность от туберкулеза в исправительных учреждениях за прошедший год и в сравнении с 2015 годом они составили 15,2 % и 26,6 % соответственно¹.

Следует заметить, что уголовно-исполнительная система не является «рассадником» туберкулеза в стране, а, скорее, наоборот, в СИЗО, как правило, выявляют больных туберкулезом среди подследственных и осужденных.

Как видно из приведенных данных, а также из анализа деятельности ряда учреждений уголовно-исполнительной системы проблема профилактики туберкулеза и лечения осужденных, страдающих этим заболеванием, стоит очень остро².

Более того, она усугубляется еще и тем обстоятельством, что тесно сопряжена с выполнением поставленной перед исправительными учреждениями задачей исправления осужденных, в том числе и страдающих туберкулезом, возвращением их в общество не только исправившимися, но и здоровыми.

Проблема туберкулеза приобретает не только медицинское, правовое, но и социальное значение. Вот почему ФСИН России совместно с Министерством труда и социального развития, Росздравнадзором и другими заинтересованными ведомствами участвуют в разработке и реализации программы борьбы с туберкулезом в России³, оценивая ее как наиболее актуальное направление деятельности УИС, наряду с обновлением и совершенствованием уголовно-исполнительного законодательства и всей нормативно-правовой базы УИС. На повестку дня встает вопрос, требующий срочного решения: «В каких условиях в местах лишения свободы нужно лечить осужденных больных туберкулезом?» Безусловно, дать ответ на столь важный вопрос в условиях сегодняшней действительности – дело не простое. Решение этого вопроса связано с совершенствованием

¹ Информационно-аналитический сборник январь-декабрь 2016 г. (Основные показатели деятельности уголовно-исполнительной системы ФСИН России).

² Бородулин А. Медицинское обеспечение осужденных и подследственных // Ведомости уголовно-исполнительной системы. – 2001. – № 3 – С. 3.

³ Калинин Ю. И. Сборник материалов XVI заседания Руководящей группы Совета Европы по реформированию уголовно-исполнительной системы Российской Федерации. – М., 2003. – С. 25.

законодательства, с финансированием, строительством в каждом территориальном управлении ФСИН России специальных лечебных учреждений для лечения больных туберкулезом.

По данным ФСИН России, в уголовно-исполнительной системе на 01.01.2017 г. функционирует 49 лечебных исправительных учреждений (далее ЛИУ), для больных туберкулезом и 9 для больных алкоголизмом и наркоманией. Соотношение 5 к 1 показывает, что проблем с больными туберкулезом гораздо больше, чем с наркоманами и алкоголиками. Поэтому в своей работе мы основное внимание уделим исполнению наказания в ЛИУ, для больных туберкулезом. Название данных учреждений указывает на то, что в этих учреждениях в процессе исполнения наказания наряду с лечением осужденных осуществляется воспитательное и карательное воздействие. Как следствие, медицинские и уголовно-исполнительные аспекты в процессе реализации наказания неизбежно конкурируют между собой, создавая немало проблем, связанных, например, с обеспечением требований режима, организацией воспитательной работы, с применением к больным мер поощрения и взыскания, их трудоустройством, подготовкой к освобождению от отбывания наказания. С ростом числа осужденных больных туберкулезом, алкоголизмом, наркоманией, уровнем материального положения исправительных учреждений; состоянием медицины и фармакологии в России; недостаточным финансированием пенитенциарной медицины, возникает много проблем работы с больными осужденными. Этому сопутствует также такой факт, что осужденные, отбывающие наказание в местах лишения свободы, уклоняются от назначенного лечения для дальнейшего пребывания в лечебных учреждениях уголовно-исполнительной системы с целью сохранения тех льгот, которые предоставляются им в этих учреждениях.

Поэтому проблемы исполнения наказания в отношении осужденных, больных туберкулезом в исправительных учреждениях требует, на наш взгляд, всестороннего исследования, в первую очередь, с правовых, криминологических, медицинских, психологических, педагогических позиций⁴.

С вышеперечисленными проблемами приходится сталкиваться персоналу, который имеет непосредственный контакт с данными лицами, исполняя уголовное наказание на протяжении всего рабочего времени, и находящийся в постоянной опасности заражения туберкулезом и ВИЧ-инфекцией. Анализ законодательства показывает несовершенство правовой конструкции норм, обеспечивающих социальными гарантиями персонала. Объем предоставленных социальных гарантий персонала несоизмерен с тем риском, с которым они сталкиваются во время исполнения

⁴ Борьба с туберкулезом в тюрьмах: Руководство для руководителей программ. – М.: Права человека, 2002. – С. 18.

своих служебных обязанностей. Нерешенной остается и проблема их целостности, а также создание унифицированного нормативно-правового акта, который содержал бы в себе все элементы правового статуса персонала, работающего в лечебных учреждениях. Теоретические проблемы исполнения наказания в виде лишения свободы в отношении отдельных категорий осужденных, имеющих различные заболевания, освещены в работах Ю. М. Антоняна, А. С. Михлина, В. Б. Первозванского, З. И. Омигова и других ученых.

Медико-правовым аспектам исполнения наказания в виде лишения свободы большое внимание в своих работах уделяли Н. К. Дорофеев, В. М. Ковалев, С. А. Кулик, Ю. Никольский, И. М. Перков и другие исследователи.

Учитывая изложенное, отметим, что изучение правового статуса осужденных и персонала лечебных исправительных учреждений весьма актуально и его трудно переоценить. Результаты рассмотрения нами данных вопросов могут иметь важное научное и социальное значение, а также быть полезными в плане обеспечения реформы уголовно-исполнительной системы.

Глава 1. ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ИСПОЛНЕНИЯ НАКАЗАНИЯ В ВИДЕ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ В ЛЕЧЕБНЫХ ИСПРАВИТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

1.1. Историко-правовой анализ регулирования мер медицинского характера в отношении осужденных, больных туберкулезом и наркоманией

Историко-сравнительный анализ особенно важен в тех случаях, когда нормативное решение проблемы неоднократно видоизменялось. Нельзя не согласиться с А. Х. Саидовым в том, что обращение к историческому юридическому опыту, умение черпать из него все необходимое для современных потребностей тем плодотворнее, чем выше общий уровень правовой культуры общества⁵.

В становлении и развитии пенитенциарной медицины в России, можно выделить три периода: дореволюционный период (конец XIX – начало XX вв.); период СССР; современный период, направленный на смягчение наказаний правонарушителей, улучшение условий содержания в местах лишения свободы и ресоциализацию осужденных.

Выбор этот не случаен. Хорошо известно, что после Октябрьской революции 1917 г. пришедшие к власти большевики заявили о необходимости слома старой государственной машины. Это в полной мере относилось и к учреждениям, исполнявшим уголовные наказания. Следовательно, можно с уверенностью заявить, что современная система исправительных учреждений формировалась в советское время.

Становление государственных лечебных исправительных учреждений теснейшим образом связано с развитием самого Российского государства и его органов, поскольку создание системы здравоохранения по праву является результатом реализации социальной функции государства. При этом весьма важно исследовать историко-правовые предпосылки возникновения государственных лечебных исправительных учреждений, чтобы понять их современное правовое положение, проблемы нормативного регулирования деятельности и перспективы развития.

Первым законодательным актом, предусматривающим необходимость «лечения больных арестантов», явилось издание в 1755 г. «Учреждения об управлении губерниями». И хотя оно не принесло существенных изменений положения заключенных и обеспечения их медицинской помощью, оно свидетельствует о том, что царское правительство вынуждено было делать вид о благих намерениях. До наших дней дошел весьма

⁵ Саидов А. Х. Сравнительное правоведение и законотворчество // Журн. зарубежного законодательства сравнительного правоведения. – 2006. – № 1. – С. 19.

любопытный документ, составленный в 1787 г. собственноручно государыней Екатериной II, – «Проекта об устройстве тюрем». Основной причиной, послужившей толчком к разработке этого документа, явилось посещение России Джоном Говардом в 1781 г. Побывав в тюрьмах, Джон Говард был потрясен бесчеловечными условиями, в которых содержались арестанты. Екатерине II грозило разоблачение перед всей мировой общественностью. Императрица умная и образованная по тому времени женщина, которая лично была знакома с Вольтером и поддерживала с ним постоянную переписку, считала себя либералкой, она разработала указанный Проект больше для успокоения общественного мнения, нежели из желания действительно исправить положение в российских тюрьмах. В силу этого проект так и остался проектом на бумаге, не будучи оформлен государственным указом. Все изложенное в нем совершенно противоречило вопиющей действительности в тюрьмах. Но интересен сам факт его разработки и заложенные в нем идеи, не утратившие своего значения и по сей день⁶. История сохранила данные о том, что русские врачи уже тогда придавали особое значение гигиеническим условиям жизни людей. В то время еще не было медицинских журналов и врачебных обществ. Эти проблемы обсуждались на ежегодных актовых собраниях Московского университета.

Основные положения екатерининского Проекта об устройстве тюрем в части предусмотренных в нем санитарно-гигиенических требований к тюрьмам свидетельствуют о том, что Екатерина II, приступая к разработке Проекта, уже была знакома с работами русских врачей в этом направлении. Екатерининский Проект об устройстве тюрем впервые предусматривал соблюдение правил санитарии и гигиены при выборе места для постройки тюрем – близ воды «и на вольном воздухе», в нем же определялся размер помещений для арестантов, размеры печей и лежанок на них, окон в тюремных зданиях (полтора аршина высоты). Двор тюрьмы предполагалось устилать камнем. Фактически уже в этом проекте закладывались основы тюремной архитектуры, нормы жилой площади, кубатуры, освещенности.

Основное внимание в нем уделялось устройству тюремных больниц с койками, с тремя сменами белья на них, с больничными халатами и колпаками, ночными столиками при койках и колокольчиками при них для вызова медицинского персонала. Был даже разработан проект штатов тюремной больницы. Исходным моментом при построении штатов являлось не количество здоровых и больных арестантов, а наличие основных отделений тюрьмы, которые делились на «подстражную, приговорную и для осужденных». Больницу должен был возглавлять доктор, которому даже

⁶ Семке В. Я., Гусев С. И., Снегирева Г. Я. Пенитенциарная психология и психопатология: руководство в 2 т. / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Я. Семке, А. С. Кононца. – М. Томск-Кемерово, 2007. – Т. 1. – С. 42.

устанавливался твердый оклад в размере 300 р. в год. В штат больницы входили также смотритель (надзиратель), лекарь, подлекарь, лекарские ученики, стража, «сидельники», «сидельницы» и др. Однако, как уже говорилось, предусматриваемые Проектом реформы не были и не могли быть воплощены в жизнь в условиях царского режима, и положение в тюрьмах оставалось прежним весьма длительное время.

Антигуманное отношение тюремной администрации к арестантам вызвало реакцию прогрессивной российской общественности XIX в.

Следствием этого явилось учреждение в 1819 г. Попечительного о тюрьмах общества. В 1827 г. на общество был возложен сначала надзор, а потом и все заботы о продовольствии арестантов.

В 1830 г. секретарем, а в дальнейшем директором Московского комитета этого общества стал знаменитый филантроп доктор Ф. П. Гааз (1780–1853), имя которого ныне носит Межобластная больница Управления исполнения наказаний (МОБ УИН) Министерства юстиции по Санкт-Петербургу и Ленинградской области. Возглавляемым им тюремным комитетом было немало сделано по облегчению жизни и медицинской помощи заключенным⁷.

Федор Петрович (Франц Йозеф) Гааз – знаменитый российский врач-гуманист, родился в маленьком немецком городке в семье аптекаря. Медицинское образование получил в университетах Йены и Вены, а в 1805 г. (в возрасте 25 лет!) ему была присуждена ученая степень доктора медицинских наук. В 1806 г. офтальмолог Ф. П. Гааз отправился в Москву в качестве личного врача князя Репнина. Здесь он приобрел немалую известность, обширную практику, состояние. В 1811 г. издал исследование о существовавших и вновь им открытых минеральных источниках в Ессентуках. Именно с этого времени он начинает оказывать медицинскую помощь не только состоятельным лицам, но и больным в Екатерининской и Преображенской богадельнях, в московских тюрьмах. Ф. П. Гааз участвовал в Отечественной войне 1812 г. и заграничных походах русской армии.

В 1830 г. стал одним из лидеров Комитета попечительного о тюрьмах общества и с этого момента отдал всю свою жизнь, все имущество для облегчения участи заключенных. По его инициативе в 1832 г. была построена тюремная больница на Воробьевых горах в Москве; на собранные им пожертвования на Петровке – больница для бесприютных больных. Благодаря его настойчивости было отменено этапирование арестантов с приковыванием их по несколько человек к одному пруту, введены облегченные «гаазовские» кандалы, обшитые кожей или холстом, построена больница для заключенных со школой для детей и мастерскими.

⁷ Сажин В. Л., Юрьев В. К. Здоровье и болезни заключенных: Серия «Мир медицины». – СПб. Лань. – 1999. – С. 9.

Памятниками деятельности Гааза остались открытая им Полицейская больница в Москве для бедных и бездомных больных, часовня Святого Федора, построенная в Сибири каторжанами в память о докторе, и могила, на которой выбиты его слова: «Спешите делать добро!»⁸.

В инструкции для тюремных врачей, составленной Гаазом, было предусмотрено не только профессиональное медицинское участие тюремных врачей в жизни арестантов, но также и то, что ныне отнесено к социальной помощи. Лекарство стояло у него на втором плане. Забота, сердечное участие и в случае надобности горячая защита – вот были его главные средства врачевания. Вот почему добавил он ко всем своим обязанностям и должность справщика-ходатая по делам арестантов. Для Гааза всегда была очевидной грань между отбыванием наказания и напрасным отягощением и без того горькой участи виновного. Он свято выполнял свой нравственный долг врача-гуманиста так, как он его понимал.

Одним из принципиальных был вопрос о месте врача в тюрьме и его роли не только в оказании медицинской помощи, но и в социально-психологической реабилитации заключенных, сохранении и содержании в них человеческого начала.

По мнению известного земского врача В. Португалова, высказанному им еще до публикации очерка А. Ф. Кони о докторе Гаазе, тюремный врач «займет подобающее место в управлении тюрьмой. Такой врач, прежде всего, должен быть хорошим гуманным человеком, а потом он должен быть другом преступников, в то же время должен знать хорошо криминальную антропологию»⁹.

В 2005 г. в честь доктора Гааза Федеральная служба исполнения наказаний учредила медаль «Федора Гааза», которой награждаются медицинские работники пенитенциарной системы.

Благодаря деятельности Попечительного о тюрьмах общества, в мае 1831 г. была принята Общая тюремная инструкция, в которой уже довольно подробно излагались основные правила тюремного распорядка. В частности, впервые вводился круглосуточный прием арестантов и обязательное их медицинское освидетельствование. В штаты пенитенциарных учреждений вводились должности врачей (как правило, один врач на учреждение), медицинских сестер (2–3 медсестры), а также акушеров для оказания помощи осужденным-женщинам¹⁰. Наряду с этими вопросами в этой инструкции определялись и функции больницы. Так, в главе XI приводятся основные разделы, касающиеся больницы: общие положения,

⁸ Сажин В. Л., Юрьев В. К. Здоровье и болезни заключенных: Серия «Мир медицины». – СПб. Лань. – 1999. – С. 10.

⁹ Семке В. Я., Гусев С. И., Снегирева Г. Я. – Указ. соч.

¹⁰ Титов Д. С. Организация стационарной и специализированной медицинской помощи в УИС: учебное пособие. – Томск: ТФ Академии ФСИН России. – 2005. – С. 7.

прием больных, лечение и содержание больных, выпуск выздоравливающих, инструкция по различным должностям при больнице¹¹.

Несомненно, это было уже определенным сдвигом в сторону упорядочения организации лечения больных арестантов, вменяя в обязанность администрации тюрем проявлять какую-то заботу о них, возлагая на нее некоторую ответственность за состояние здоровья заключенных. Однако эти мероприятия царского правительства в большей степени оставались мертворожденными. Не хватало больниц, было мало врачей, а там, где они и были, состояние больниц не укладывалось в какое-либо понятие о лечебном учреждении, даже тогдашнего времени.

С капитализацией России росло и революционное движение, основным средством борьбы с революционным движением царского правительства являлась карательная практика. Десятки тысяч людей были брошены в тюрьмы. Скопление большого количества арестантов в тюрьмах, отсутствие санитарного надзора порождали большое количество больных, лечить которых было негде. Увеличение количества тюрем и арестантов в них вызывало необходимость создания централизованного управления, при помощи которого царское правительство надеялось упорядочить решение вопросов, связанных с содержанием заключенных. Так, по имеющимся данным, на январь 1882 г. всего тюремного населения в России значилось 931 080 человек. Сосредоточение такой массы людей в тюрьмах требовало иметь единый орган управления. 27 февраля 1879 г. в составе Министерства внутренних дел было организовано Главное тюремное управление, которое руководило местными органами управления тюрьмами. Представляет интерес тот факт, что законом от 13 июля 1887 г. в управлениях тюрьмами на местах, были введены должности врачей и фельдшеров. Таким образом, для непосредственного руководства организацией медицинского обслуживания больных арестантов в тюрьмах уже имелся специальный аппарат.

Необходимо отметить, что Устав Попечительного о тюрьмах общества, в редакции 1890 г., с изменениями и дополнениями, внесенными в июне 1909 г. ставил перед Обществом задачи улучшения нравственного и физического здоровья арестантов. Во многом благодаря его деятельности была принята Инструкция об арестных домах (1896 г.), устанавливающая нормы площади на одного человека в помещении арестного дома (ныне – следственного изолятора), предусматривала на одного арестанта не менее 12 квадратных аршин площади, высотой не менее 4–5 аршин. Содержаться арестованные должны были не более 10 чел. в комнате, а для больных выделялись специальные помещения, в которых им оказывалась медицинская помощь. При этом объем воздуха полагался для больных

¹¹ Семке В. Я., Гусев С. И., Снегирева Г. Я. – Указ. соч.

в увеличенном количестве – 54 кубических аршина¹². Условия содержания заключенных, число которых в Российской империи на данный период составляло около 60 на 100 000 населения (одно из последних мест в мире), значительно улучшились: две трети всех заключенных содержались в отдельных камерах¹³.

После Октябрьской революции 1917 г. места заключения были переданы в ведение двух ведомств: Народного комиссариата юстиции (НКЮ) и Народного комиссариата внутренних дел (НКВД).

Основные принципы построения и деятельности медицинской службы для осужденных были разработаны в период ГУЛАГа. В последующем они дорабатывались, детализировались с учетом требований времени, но в существенной части дошли до наших дней.

Значительной новеллой в уголовно-исполнительном законодательстве явились Правила внутреннего распорядка исправительных учреждений¹⁴. Впервые в них был выделен самостоятельный раздел 21 «Особенности условий содержания осужденных в лечебных исправительных учреждениях». В данном разделе уточняется порядок организации лечения осужденных, водворенных в штрафной изолятор, переведенных в помещения камерного типа, одиночные камеры, запираемые помещения. Порядок организации амбулаторного и принудительного наблюдения и лечения детально регламентировался Инструкцией по организации принудительного амбулаторного лечения осужденных больных туберкулезом, отбывающих наказания в учреждениях уголовно-исполнительной системы, утвержденной приказом Министерства юстиции РФ от 3 августа 2001 г. № 229.

После создания медицинского управления произошел качественный и количественный рост ведомственного здравоохранения правоохранительных органов (практически заново созданы психопрофилактическая, психонаркологическая, противотуберкулезная помощь), значительно развита сеть учреждений санитарно-эпидемиологического надзора, военно-врачебная экспертиза. Значительно увеличилось и количество видов специализированной медицинской помощи в лечебно-профилактических, лечебно-исправительных учреждениях, улучшилась их оснащенность медицинской техникой. Таким образом историко-правовой анализ уголовного и уголовно-исполнительного законодательства показывает, что до 60-х гг. XX в. не предусматривалось применения принудительных мер медицинского характера к осужденным, больным туберкулезом и наркоманией. Та-

¹² Там же. – С. 6.

¹³ Титов Д. С. Организация стационарной и специализированной медицинской помощи в УИС: учебное пособие. – Томск: ТФ Академии ФСИН России. – 2005. – С. 6.

¹⁴ Об утверждении Правил внутреннего распорядка исправительных учреждений: приказ Министерства юстиции Российской Федерации от 30 июля 2001 г. № 224 // Российская газета 2001 29 авг.

кие меры впервые были включены в законодательство в конце 1950–х – 1960-х гг.

Первым законодательным актом, предусматривающим принудительное лечение осужденных, больных наркоманией, был Уголовный кодекс РСФСР 1960 г. В ст. 62 УК РСФСР, в частности, указывалось, что в случае совершения преступления наркоманом суд при наличии медицинского заключения, при соответствующем ходатайстве общественной организации, трудового коллектива, товарищеского суда, органа здравоохранения либо по своей инициативе наряду с наказанием за совершенное преступление может применить к такому лицу принудительное лечение. Указанные лица, осужденные к мерам наказания, не связанным с лишением свободы, подлежали принудительному лечению в медицинских учреждениях со специальным лечебным и трудовым режимом, в случае осуждения к лишению свободы – принудительному лечению во время отбывания наказания, а после освобождения из мест лишения свободы при необходимости продления такого лечения – в медицинских учреждениях со специальным лечебным и трудовым режимом. Прекращение принудительного лечения производилось судом по представлению лечебного учреждения, в котором лицо находилось на излечении. С 1968 г. в стране стали функционировать специализированные исправительно-трудовые колонии для наркоманов (впоследствии данный опыт был учтен в Уголовно-исполнительном кодексе 1996 г., который среди видов исправительных учреждений выделяет лечебные исправительные учреждения – ч. 8 ст. 74). Можно констатировать, что вырабатываемые с начала 1970-х гг. по линии Министерства внутренних дел нормативные акты, касающиеся борьбы с наркоманией, не имели целенаправленных решений в отношении исправительных учреждений.

Принудительное лечение больных наркоманией, не совершивших преступления, было введено Указом Президиума Верховного совета РСФСР от 25 августа 1972 г.¹⁵ Согласно этому Указу больные наркоманией, уклоняющиеся от обязательного лечения в лечебно-профилактических учреждениях органов здравоохранения, по постановлению суда подлежали направлению в лечебно-трудовые профилактории на срок от одного года до двух лет.

Указом Президиума Верховного совета РСФСР от 6 августа 1986 г. было введено в действие Положение о лечебно-воспитательном профилактории для больных наркоманией. В лечебно-воспитательные профилактории по решению суда направлялись больные наркоманией дети в возрасте до 16 лет, уклоняющиеся от обязательного лечения в лечебно-

¹⁵ Ведомости Верховного совета РСФСР. – 1972. – № 35. – Ст. 870; 1974. – № 29. – Ст. 782; 1986. – № 33. – Ст. 919; 1987. – № 27.

профилактических учреждениях органов здравоохранения или продолжающие после прохождения такого лечения употреблять наркотические средства. В соответствии с п. «з» ст. 18 и п. 3 ст. 14 Положения о комиссиях по делам несовершеннолетних эти структуры наделялись правом не только направлять подростков в лечебно-воспитательные профилактории, но и ходатайствовать перед судом о досрочном освобождении из них детей.

Указом Президиума Верховного совета РСФСР от 29 июня 1997 г. в Указ Президиума Верховного совета РСФСР от 25 августа 1972 г. было внесено дополнение. Согласно ему больные наркоманией, страдающие тяжелыми сопутствующими заболеваниями, претягивающими их пребыванию в лечебно-трудовых профилакториях, инвалиды I и II группы, мужчины старше 60 лет и женщины старше 55 лет, уклоняющиеся от добровольного лечения, подлежали направлению на принудительное лечение в специальные наркологические охраняемые отделения системы здравоохранения на срок от трех месяцев до одного года.

В УК РСФСР имелась норма, предусматривающая уголовную ответственность за потребление наркотических средств без назначения врача, совершенное повторно в течение года после наложения административного взыскания за такое же нарушение (ст. 2242). За данное деяние предусматривалось наказание в виде лишения свободы на срок до двух лет, или исправительных работ на тот же срок, или штрафа.

Существенные изменения организационного порядка произошли в 1988 г. с выходом в свет Наставления по организации органами внутренних дел борьбы с наркоманией и токсикоманией (в нем впервые предусматривалась организация научно-исследовательской деятельности в области борьбы с наркоманией). Тогда же была разработана система оценки эффективности социально-трудовой и медицинской реабилитации хронически больных алкоголизмом и наркоманией (приказ Министерства внутренних дел и Министерства здравоохранения СССР от 2 марта 1988 г. № 37/178). Кроме того, была издана Инструкция о порядке выявления и учета лиц, допускающих немедицинское потребление наркотических и других средств, влекущих одурманивание, в целях оформления и направления на принудительное лечение больных наркоманией (приказ Министерства внутренних дел и Министерства здравоохранения СССР от 20 мая 1988 г. № 402/109).

В 1990 г. Медицинским управлением МВД СССР была подготовлена Инструкция по организации принудительного противонаркоманийного лечения осужденных, содержащихся в исправительных учреждениях (приказ МВД СССР от 23 января 1990 г. № 33). Принятые Верховным Советом СССР 2 июля 1991 г. новые Основы уголовного законодательства Союза ССР и республик, не вступившие в силу в связи с распадом СССР, как своего рода законодательная модель Общей части УК и проекта УК

РФ 1992 г. отмечали, что меры медицинского характера, применяемые к лицам, совершившим преступления, страдающим алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией, хотя и не содержат элементов кары и не являются наказанием, но назначаются лицам, вменяемым и виновным в совершении преступлений, наряду с наказанием с целью излечения и создания условий, способствующих достижению целей наказания¹⁶.

В это время принудительные меры медицинского характера применяются на основании и в соответствии с Основами уголовного законодательства, Основами законодательства о здравоохранении, Уголовным и Уголовно-процессуальным кодексами РСФСР, Законом РФ от 2 июля 1992 г. «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

В 1990-е гг. в законодательство о принудительном лечении и трудовом перевоспитании наркоманов были внесены значительные и принципиально важные с позиции соблюдения прав человека изменения. В 1990 г. Комитетом конституционного надзора СССР было принято Заключение «О законодательстве по вопросу о принудительном лечении и трудовом перевоспитании лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией». В данном заключении отмечалось, что с началом антиалкогольной кампании 1985 г. нормативные акты, регулирующие принудительное лечение хронических алкоголиков и наркоманов, перестали считать нарушение этими лицами общественного порядка и правил общежития одним из обязательных оснований для их направления в лечебно-трудовые и лечебно-воспитательные профилактории. В литературе существовала точка зрения, согласно которой алкоголизм и наркоманию следовало считать формой преступления против собственного здоровья и здоровья общества в целом, и тем самым оправдывалась практика привлечения к ответственности за прием наркотиков без назначения врача. В Заключении была подчеркнута неправомерность такой позиции.

На основании изложенного и исходя из необходимости усиления охраны прав человека Комитет конституционного надзора СССР пришел к заключению, что направление в лечебно-трудовые профилактории граждан, уклоняющихся от лечения наркомании, продолжающих употреблять наркотики после лечения, но при этом не нарушающих систематически общественный порядок или прав других лиц, не соответствовало Конституции СССР и международным актам о правах человека, поэтому существующие нормативные акты в этой части утратили свою силу. Граждане, которые были направлены на принудительное лечение по основаниям, не связанным с нарушением ими общественного порядка или прав других лиц, подлежали освобождению. На основании этого Заключения Верховным Советом РСФСР 28 февраля 1991 г. было принято Постанов-

¹⁶ Уголовный кодекс Российской Федерации (проект) // Юрид. вестн. – 1992. – № 20.

ление № 754-1 «Об освобождении лиц из лечебно-трудовых профилакториев для хронических алкоголиков».

Уголовный кодекс Российской Федерации до 2003 года предусматривал, что осужденным к ограничению свободы, аресту, лишению свободы, больным наркоманией, по решению суда назначались принудительные меры медицинского характера в виде амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра (п. «г» ч. 1 ст. 97 УК РФ). При установлении заболевания «наркомания» во время отбывания наказания администрация учреждения, исполняющего указанные виды наказаний, направляла в суд представление о применении к такому осужденному принудительных мер медицинского характера (ч. 2 ст. 18 УИК РФ).

Уголовный кодекс РСФСР содержал раздел VI «Принудительные меры медицинского характера». Его статьи регулировали, в частности, такие вопросы, как основания применения, цели, порядок продления, изменения и прекращения одной из мер медицинского характера – амбулаторного принудительного наблюдения и лечения, порядок зачета времени его применения. Уголовный закон не связывал назначение принудительного лечения с совершением преступления на почве наркомании.

Принудительное лечение, применяемое к наркоманам, совершившим преступление, наряду с предупреждением совершения ими новых деяний, преследовало цели излечения, которое заключается в избавлении наркоманов от заболевания или улучшения их психического состояния (ст. 98 УК РФ).

Основанием назначения принудительного лечения являлась совокупность юридического и медицинского критериев: 1) наличие в действиях виновного признаков состава преступления; 2) заболевание лица наркоманией или алкоголизмом. Органы предварительного расследования и суд при выявлении фактов, свидетельствующих о потреблении наркотиков лицом, совершившим преступление, должны были принимать меры к его медицинскому освидетельствованию на предмет установления необходимости принудительного лечения.

Целью применения принудительной меры медицинского характера в виде амбулаторного принудительного наблюдения и лечения, наряду с излечением лиц, нуждающихся в лечении от наркомании, улучшением их психического состояния, являлось предупреждение совершения ими новых преступлений (п. «г» ч. 1 ст. ст. 97, 98 УК РФ). Согласно ч. 1 ст. 104 УК РФ (до 2003 года) наркологические больные, лишённые свободы, должны были проходить принудительное лечение во время пребывания в исправительных учреждениях. Если же наказание не предусматривало лишения свободы, такое лечение проводилось в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения.

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что развитие законодательства в рассматриваемой сфере отличается своей противоречивостью: с одной стороны, вводится принудительное лечение больных наркоманией, не являющихся преступниками, путем помещения их в лечебно-трудовые профилактории, устанавливается уголовная ответственность за потребление наркотических средств без назначения врача; с другой стороны принудительное лечение осужденных, больных наркоманией, выделение среди видов исправительных учреждений лечебных исправительных учреждений, а в последующем – отмена принудительного лечения, назначаемого в судебном порядке, и наличие только обязательного лечения, применяемого медицинской комиссией исправительного учреждения.

Последнее оказалось в законодательном отношении недостаточно разработанным.

Уголовно-исполнительный кодекс РФ, закрепляя возможность его применения, не определяет цели обязательного лечения, установил упрощенный (административный) порядок его применения, что с точки зрения охраны прав и интересов осужденных является недопустимым и грубейшим нарушением соответствующих конституционных норм. В этом плане выгодно отличались принудительные меры медицинского характера, назначаемые в судебном порядке по УК РФ (до декабря 2003 г.). Эти меры получили достаточно детальное регламентирование, которого не хватает для обязательного лечения, применяемого по ч. 3 ст. 18 УИК РФ, в частности, для определения его целей и критериев применения. Ими могли бы быть: излечение осужденных, больных наркоманией, улучшение их психического состояния, предупреждение совершения ими новых преступлений на почве наркомании.

Лечебные исправительные учреждения, предназначенные для содержания и обязательного лечения осужденных, больных туберкулезом и наркоманией, являются основными звеньями системы социальной реабилитации осужденных данной категории. Указанные учреждения осуществляют не только лечение лиц, больных наркоманией и туберкулезом содержащихся в них, их исправление, но и предупреждение совершения ими новых преступлений. Образование специализированных учреждений позволяет строить работу по медицинской и социальной реабилитации этой категории лиц более глубоко и целенаправленно. Осужденным, больным туберкулезом и наркоманией, в силу целого ряда обстоятельств, требуется иная организация методики и тактики не только лечения, но и применения основных средств исправления осужденных, которые до настоящего времени для этого контингента в России не разработаны.

В целом, необходима комплексная система мер в отношении лиц, больных туберкулезом и наркоманией, как совершивших преступление, так и еще не совершивших.

1.2. Правовое регулирование исполнения наказания в лечебных исправительных учреждениях: вопросы юридической коллизии

Основные принципы содержания осужденных в местах лишения свободы устанавливает Конституция РФ. Органы государственной власти, органы местного самоуправления, должностные лица, граждане и их объединения обязаны соблюдать Конституцию РФ и законы (ст. 15 Конституции РФ). Согласно ст. 17 Конституции РФ признаются и гарантируются права и свободы человека и гражданина согласно общепризнанным принципам и нормам международного права. Запрещаются любые формы ограничения прав граждан по признакам социальной, расовой, национальной, языковой или религиозной принадлежности (ст. ст. 13, 19 Конституции РФ). Содержание принципа законности состоит в том, что только закон определяет, какие деяния признаются преступными (ст. 3 УК РФ), устанавливает наказуемость и другие уголовно-правовые последствия, в том числе и содержание под стражей. Этот принцип проходит красной нитью через все уголовно-правовые нормы. Любые нормативные правовые акты, устанавливающие права и обязанности, подозреваемых и обвиняемых, должны быть основаны на законе, зарегистрированы в Минюсте России и опубликованы. К этому можно отнести Правила внутреннего распорядка в местах содержания подозреваемых и обвиняемых. Они подготавливаются различными заинтересованными ведомствами (Министерством юстиции РФ, Министерством внутренних дел РФ, Федеральной службой безопасности РФ, Министерством обороны РФ) для обеспечения режима в местах лишения свободы. В соответствии с принципом законности подобные документы должны быть согласованы с Генеральной Прокуратурой РФ.

Обвиняемые и подозреваемые пользуются правами и свободами и исполняют обязанности, установленные законодательством, что и граждане РФ, кроме ограничений, отмеченных в законодательстве. Это является выражением принципа законности. В том же качестве выступает и строгое соблюдение закона в деятельности мест лишения свободы, сотрудниками этих подразделений и всеми иными лицами, посещающими места лишения свободы. Осуществление прав и свобод человека и гражданина не должно нарушать права и свободы других лиц, и поэтому администрация исправительных учреждений обязана следить за тем, чтобы одни осужденные не оказывали давление на других. В выполнении этих требований также просматривается принцип законности.

Реализацию принципа законности обеспечивают: международный контроль, прокурорский надзор, судебный контроль, контроль органов государственной власти, включая ведомственный, деятельность Уполномоченного по правам человека в РФ, уполномоченных по правам человека в субъектах РФ, общественных наблюдательных комиссий.

Уголовный закон предусматривает принцип справедливости (ст. 6 УК РФ). Он означает, что наказание и иные меры уголовно-правового характера, применяемые к лицу, совершившему преступление, должны быть справедливыми, то есть соответствовать характеру и степени общественной опасности преступления, обстоятельствам его совершения и личности виновного. Эти условия относятся к содержанию осужденных и в ЛИУ. В этой связи должно оцениваться правовое регулирование и применение мер поощрения и взыскания к осужденным, отбывающих наказание в ЛИУ.

Принцип равенства граждан перед законом (ст. 4 УК РФ) означает, что никакое обстоятельство не должно ухудшать положение одного человека по сравнению с другим, что тесно связано с принципом законности.

Однако принцип равенства отнюдь не означает нивелирования личной ответственности лица. В обязательном порядке учитываются характер и степень общественной опасности преступления и личности виновного, в том числе обстоятельства, смягчающие и отягчающие наказание, а также влияние назначаемого наказания на его исправление. Никто из лиц, содержащихся в местах лишения свободы, не вправе требовать для себя каких-либо дополнительных льгот исходя из перечисленных признаков, а персоналу этих учреждений запрещается предоставлять такие права и льготы.

Принцип гуманизма означает, что законодательство РФ обеспечивает безопасность человека. Порядок и условия содержания подозреваемых и обвиняемых должны основываться на гуманистических и общечеловеческих ценностях и не иметь целью причинение физических страданий или унижение человеческого достоинства. Особое значение рассматриваемый принцип обретает в международном контексте. В том случае, если международным договором РФ установлены иные правила, чем предусмотренные законом, то применяются правила международного договора. Распространяются они и на содержание осужденных в лечебных исправительных учреждениях.

Нашей страной ратифицировано значительное количество европейских международно-правовых соглашений. Ведущими международными документами являются:

1. Всеобщая декларация прав человека 1948 г.;
2. Международный пакт о гражданских и политических правах 1966 г.;
3. Резолюция Генеральной Ассамблеи ООН «Основные принципы обращения с заключенными»;
4. Европейская конвенция о защите прав человека и основных свобод;
5. Европейская конвенция по предупреждению пыток и бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания ETS № 126 (Страсбург, 26 ноября 1987 г.)

На протяжении последнего десятилетия стремление к реализации международных стандартов обращения с заключенными неоднократно провозглашалось государственными (законодательными и исполнительными) органами России (ранее СССР)¹⁷.

Еще в 1989 г. СССР подписал Венские соглашения, на основании которых взял на себя обязательство обеспечивать гуманное обращение со всеми лицами, содержащимися под стражей или в заключении, с уважением достоинства, присущего человеческой личности, а также соблюдать принятые ООН Минимальные стандартные правила обращения с заключенными. Аналогичное положение содержалось в подписанном СССР документе Копенгагенского совещания Конференции по человеческому измерению СБСЕ. Многочисленные международно-правовые обязательства по реализации стандартов при исполнении уголовных наказаний в последние годы взяла на себя Российская Федерация. Комитет министров Совета Европы (1973) принял Европейские минимальные стандартные правила обращения с заключенными, которые были практически скопированы с Минимальных стандартных правил обращения с заключенными, принятых Организацией Объединенных Наций (Управление Верховного комиссара ООН по правам человека, 1957).

В 1973 г. Совет Европы насчитывал 15 членов. К началу 1987 г. Совет расширился до 21 члена, и Комитет министров Совета Европы (1987) принял новый комплекс Европейских пенитенциарных правил.

В 2005 г. в состав Совета Европы входило уже 46 государств. По этой причине Совет Европы решил пересмотреть Европейские пенитенциарные правила 1987 г. В пересмотренных Европейских пенитенциарных правилах, принятых 11 января 2006 г. Комитетом министров Совета Европы (2006), содержится значительно расширенный раздел, посвященный медицинскому обслуживанию в исправительных учреждениях. Впервые Европейские пенитенциарные правила содержат конкретное указание на обязанность администрации исправительных учреждений обеспечивать охрану здоровья всех заключенных (§ 39) и на необходимость организации медицинского обслуживания в исправительных учреждениях в тесном сотрудничестве с общегражданскими органами здравоохранения (§ 40).

Рекомендуется, чтобы в каждом пенитенциарном учреждении были доступны услуги не менее одного врача общей практики, а также имелся другой персонал, надлежащим образом подготовленный для оказания медико-санитарной помощи (§ 41). Меры по обеспечению гарантированного медицинского обслуживания начинаются с момента поступления в исправительное учреждение, когда заключенные имеют право на медицинский

¹⁷ Упоров И. В. Особенности реализации в России международных пенитенциарных норм // Москов. журнал международ. права. – 1997. – № 3(27).

осмотр (§ 42), и продолжаются в течение всего срока содержания под стражей (§ 43). В комментарии к Европейским пенитенциарным правилам приводится ссылка на некоторые недавние изменения в условиях тюремного заключения, имеющие отношение к медико-санитарной помощи.

Одно из них – растущая тенденция к назначению судами очень длительных сроков заключения, что повышает вероятность того, что заключенные преклонного возраста могут умереть в тюрьме. С этим связана необходимость в надлежащем и гуманном лечении всех неизлечимо больных заключенных. Совет Европы (1998) также внес рекомендацию по лечению заключенных, объявивших голодовку. Помимо удовлетворения потребностей отдельных заключенных в охране здоровья, лицам, ответственным за здравоохранение в исправительных учреждениях, также рекомендуется проверять общие условия содержания под стражей, включая пищу, воду, гигиену, санитарию, отопление, освещение и вентиляцию, а также исправность и чистоту одежды и постельных принадлежностей заключенных (§ 44). Европейские пенитенциарные правила также рекомендуют принимать меры по удовлетворению потребностей заключенных, нуждающихся в специализированном лечении (§ 46), и заключенных, нуждающихся в психиатрическом лечении (§ 47).

Следует особо отметить еще одно важное изменение. В соответствии с Европейскими пенитенциарными правилами 1987 г. администрация исправительных учреждений могла налагать «наказание путем помещения в карцер и любые другие наказания, которые могут иметь негативные последствия для физического или психического здоровья заключенного» только при условии, что медицинский работник в письменном виде удостоверит, что заключенный по состоянию здоровья может быть подвергнут такому наказанию. Это привело к обеспокоенности по поводу того, что, давая такое подтверждение, врач на деле давал разрешение на осуществление наказания, что противоречит клятве Гиппократа. В пересмотренных Европейских пенитенциарных правилах это требование отсутствует. С юридической точки зрения, возможны два пути реализации международных норм в уголовно-исполнительной системе.

Первый – их прямое действие наряду с нормами национального законодательства.

Второй – приведение в соответствие с ними внутригосударственных актов. Оба эти направления учитываются в современном российском законодательстве.

Если же речь идет о больных туберкулезом, наркоманией и ВИЧ-инфицированных осужденных, то должны учитываться соответствующие решения международных организаций и специальные стандарты об оказании специализированной помощи осужденным.

Рекомендация № Я (89) 14 1989 г. Комитета министров Совета Европы носит общий характер: в ней государствам – членам СЕ предлагается широкий комплекс защитительных мер: от политики в области здравоохранения (добровольное обследование, конфиденциальность и санитарный контроль) до проблем занятости, включая вопросы, касающиеся медицинского персонала и образования.

Основными пунктами рекомендации является:

– лица, заключенные в исправительное учреждение, имеют такие же права на медико-санитарную помощь, как и все остальные;

– администрация исправительных учреждений обязана обеспечивать получение заключенными надлежащей медико-санитарной помощи, а также добиваться того, чтобы условия в исправительных учреждениях способствовали благополучию как заключенных, так и персонала исправительных учреждений;

– медицинские работники исправительных учреждений должны обращаться с заключенными в первую очередь как с пациентами, а не как с заключенными;

– медицинские работники исправительных учреждений должны обладать такой же профессиональной независимостью, как и их коллеги, работающие в гражданском обществе;

– политика в области здравоохранения в исправительных учреждениях должна быть интегрирована в государственную политику в области здравоохранения, и руководство общественного здравоохранения должно быть тесно связано со службами здравоохранения, действующими в исправительных учреждениях;

– это касается всех аспектов охраны здоровья, но особенно важно для борьбы с инфекционными заболеваниями;

– важные нормы медико-санитарной помощи в исправительных учреждениях содержатся в Европейских тюремных правилах, утвержденных Советом Европы. Все международные стандарты по оказанию медицинской помощи осужденным можно разделить на две группы: общие правила оказания медицинской помощи осужденным при отбывании наказания и правила оказания специализированной медицинской помощи при таких заболеваниях, как туберкулез, алкоголизм, наркомания, СПИД и др.

Медицинская помощь осужденным должна быть бесплатной, соответствовать уровню такой помощи на свободе и осуществляться квалифицированными медработниками. Медицинское обследование осужденных во всем мире признается обязательным и служит средством не только индивидуальной медицинской помощи, но и защиты здоровья других лиц. Что касается общей медицинской помощи осужденным, то этот вопрос затрагивается большинством международных актов.

В своде основных принципов ООН по обращению с заключенными, предусматривается получение медицинской помощи, оказываемой без дискриминации, вытекающей из их юридического положения (принцип 9) защиты всех лиц, подвергаемых задержанию или заключению. Определяется, что лицу, отбывающему наказание, или задержанному в порядке избрания меры пресечения должна быть предоставлена в короткие сроки возможность пройти надлежащее медицинское обследование после его прибытия в места заключения (принцип 24)¹⁸. Европейские тюремные правила предусматривают, чтобы в каждом учреждении было организовано медицинское обслуживание хотя бы одним квалифицированным терапевтом.

Медицинское обслуживание должно осуществляться в тесном контакте с главой администрации органов здравоохранения населенного пункта¹⁹. Сюда включается и психиатрическое обслуживание для диагностирования и лечения психических расстройств (правило 26). Отмечается, что уровень медицинского обслуживания в исправительных учреждениях беспристрастно отражает соблюдение норм гуманного обращения с заключенными, характеризует состояние пенитенциарной системы в целом. На врачах пенитенциарных учреждений лежит двойная ответственность. С одной стороны, они отвечают перед начальником учреждения за подготовку и безупречное выполнение своих обязанностей медицинским персоналом, а с другой – несут ответственность за общее состояние заключенных с точки зрения здравоохранения.

Необходимо, чтобы врач регулярно контролировал условия содержания осужденных. Он при любых обстоятельствах должен ставить в известность начальника, если какие-либо условия в тюрьме представляют собой угрозу для здоровья осужденных²⁰. Оказание осужденным медицинской помощи в большинстве международных актов рассматривается как необходимый атрибут исполнения уголовных наказаний. Стандарты по оказанию осужденным специализированной медицинской помощи значительное внимание уделяют как виду заболевания, так особенностям организации медицинской помощи тем лицам, которым она необходима. При этом всех заболевших заключенных, которым требуется специальное медицинское лечение, необходимо перевести в специализированные медицинские учреждения или в гражданские больницы (правило 26)²¹.

¹⁸ Свод принципов защиты всех лиц, подвергаемых задержанию или заключению // Документы и материалы. – М.: Международные отношения, – 1993. – С. 488–497.

¹⁹ Тюрьмы и права человека. – Рязань: РИПЭ МВД России. – 1997. – С. 56.

²⁰ Европейские тюремные правила // Сб. документов Совета Европы в области защиты прав человека и борьбы с преступностью. М. Спарк. – 1998. – С. 227.

²¹ Комментарии к Уголовно-исполнительному кодексу Российской Федерации и Минимальным стандартным правилам обращения с заключенными. М. Экспертное бюро. – 1997. – С. 653.

Аналогичное положение нашло отражение и в Европейских тюремных правилах, предписывающих, что осужденные, нуждающиеся в специализированной помощи, которая недоступна в колонии или тюрьме, должны переводиться в специализированные учреждения вне колонии или тюрьмы.

Качество медико-санитарной помощи, оказываемой заключенным, определяется несколькими международными нормами. Прежде всего, ст. 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах (ООН, 1966) устанавливает «право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья». Это точно так же относится к заключенным, как и ко всем остальным людям.

Основные принципы обращения с заключенными (ООН, 1990) указывают на то, каким образом следует реализовывать право заключенных на наивысший достижимый уровень медицинского обслуживания: «Заключенные пользуются медицинским обслуживанием, имеющимся в данной стране, без дискриминации в связи с их юридическим положением» (Принцип 9). Иными словами, тот факт, что человек находится в исправительном учреждении, не означает, что его право на надлежащее медицинское обслуживание может быть каким-то образом умалено. Скорее, наоборот. Когда государство лишает людей свободы, оно берет на себя ответственность за их здоровье как с точки зрения условий, в которых они содержатся под стражей, так и с точки зрения индивидуального лечения, которое может потребоваться. Администрация исправительных учреждений обязана не просто обеспечивать медико-санитарную помощь, но также и создавать условия, которые способствовали бы благополучию как заключенных, так и персонала исправительных учреждений.

Заключенные не должны выходить из исправительного учреждения, в худшем состоянии, чем до поступления туда. Этот принцип подтвержден в рекомендации Комитета министров Совета Европы (1998) «Об этических и организационных аспектах медицинского обслуживания в исправительных учреждениях» и в документах Европейского комитета по предупреждению пыток и бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания (КПП), в частности, в его третьем генеральном докладе (Совет Европы, 1993). Европейский суд по правам человека также принимает все больше судебных решений, подтверждающих обязанность государств обеспечивать здоровье заключенных, находящихся у них на попечении.

Иногда выдвигается аргумент, что государства не могут предоставлять заключенным медико-санитарной помощи надлежащего качества по причине нехватки ресурсов. В одиннадцатом генеральном докладе о своей деятельности (Совет Европы, 2001) КПП подчеркнул обязательства, которые власти несут перед заключенными даже в условиях экономических трудностей: «КПП известно, что в условиях экономических трудностей

необходимы жертвы, в том числе и в учреждениях исполнения наказания. Однако независимо от существующих трудностей, переживаемых в данный момент времени, акт лишения человека свободы всегда подразумевает определенные обязанности по уходу за ним, что требует эффективных методов профилактики, обследования и лечения. Выполнение государственными властями этой обязанности становится тем более важной задачей, когда речь идет о помощи, необходимой для лечения болезней, опасных для жизни»²². Что касается обязанности предоставлять заключенным надлежащую медико-санитарную помощь, есть два соображения, которые имеют фундаментальное значение. Одно из них связано с взаимоотношениями между заключенным и медперсоналом, а другое – с тем, как организована медико-санитарная помощь в исправительном учреждении.

Время от времени необходима дополнительная подготовка медперсонала, чтобы сотрудники получали новую информацию по таким вопросам, как ВИЧ-инфекция и туберкулез. Важно, чтобы обеспечение осужденных консультациями врачей представляла собой хорошо налаженную систему, доступную и понятную всем.

Отражение многих международных стандартов в законодательстве России еще не значит, что их осуществление возможно в практической деятельности, особенно если речь идет о принудительном лечении больных осужденных с различными заболеваниями и создании условий, необходимых для лечебного процесса.

Вопросы исполнения принудительных мер медицинского характера, назначенных осужденным, как нигде были урегулированы в уголовно-исполнительном законодательстве Российской Федерации. Впервые в его истории получил законодательное закрепление новый вид исправительных учреждений – лечебные исправительные учреждения (ч. 1 ст. 74 УИК РФ), был определен порядок применения принудительных мер (ч. 1 и 2 ст. 18 УИК РФ), функции указанных учреждений, которые носили двойственный характер:

с одной стороны они осуществляли лечение (ст. 98 УК РФ), с другой – выполняли функции исправительных учреждений (ч. 8 ст. 74 УИК РФ); была дана оценка деяниям, связанным с уклонением осужденных от исполнения принудительных мер медицинского характера – они признавались злостными нарушителями установленного порядка отбывания наказания (ч. 1 ст. 116 УИК РФ).

Процессуальными основаниями для содержания осужденных наркоманов в лечебных исправительных учреждениях являлись: приговор суда, в соответствии с которым осужденному назначалось принудительное лече-

²² Европейские тюремные правила // Сб. документов Совета Европы в области защиты прав человека и борьбы с преступностью. М. Спаркс. – 1998. – С. 238.

ние от наркомании, или определение суда о принудительном лечении от наркомании осужденного, отбывающего лишение свободы. Уголовное законодательство предусматривало освидетельствование осужденного наркомана комиссией врачей-психиатров не реже одного раза в шесть месяцев, для решения вопроса о наличии оснований для внесения представления в суд о прекращении применения принудительного лечения или об изменении этой меры. Принудительное лечение больных наркоманией прекращалось определением суда по представлению администрации лечебного исправительного учреждения, в котором данное лицо находилось. Лечение от наркомании исключалось, если осужденный страдал тяжелой болезнью, возникновение и развитие которой у него после вынесения приговора могло стать противопоказанием для продолжения специального лечения.

Правовое регулирование применения принудительных мер медицинского характера к осужденным наркоманам осуществлялось не только Уголовным и Уголовно-исполнительным кодексами, но и ведомственными нормативными правовыми актами.

Одним из них являлась Временная инструкция о производстве судебно-наркологической экспертизы 1988 г., согласованная с Верховным судом СССР, Прокуратурой СССР, Министерством внутренних дел СССР и Министерством юстиции СССР. В соответствии с ней обследование больных, в том числе наркоманов, с целью назначения им принудительного лечения могло производиться по направлению суда или правоохранительных органов как экспертными комиссиями наркологических диспансеров, так и судебно-психиатрическими экспертными комиссиями. Заключение о результатах такого обследования направлялось в суд, который и выносил решение о назначении тому или иному лицу принудительной меры медицинского характера.

Значительной новеллой в уголовно-исполнительном законодательстве явились Правила внутреннего распорядка исправительных учреждений²³. Впервые в них был выделен самостоятельный раздел № 21 «Особенности условий содержания осужденных в лечебных исправительных учреждениях». В Правилах уточнялся порядок: проверки наличия осужденных, больных наркоманией, проведения длительных свиданий, организации труда, проведения лечения осужденных, водворенных в штрафные изоляторы, переведенных в помещения камерного типа, одиночные камеры, запираемые помещения; не разрешалось передвижение без конвоя или сопровождения. Осужденным, находящимся на принудительном лечении, допустившим употребление алкоголя, его суррогатов, наркотических

²³ Об утверждении Правил внутреннего распорядка исправительных учреждений: приказ Министерства юстиции Российской Федерации от 30 июля 2001 г. № 224 // Российская газета. – 2001. 29 авг.

и других веществ, вызывающих одурманивание, проводилась противоречивая терапия.

Порядок организации амбулаторного и принудительного наблюдения и лечения детально регламентировался Инструкцией по организации принудительного амбулаторного лечения от наркомании осужденных, отбывающих наказания в учреждениях уголовно-исполнительной системы Минюста России, утвержденной приказом Министерства юстиции РФ от 3 августа 2001 г. № 229.

Важным документом методического характера явилось методическое письмо Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии имени В. П. Сербского и Медицинского управления Главного управления исполнения наказаний Минюста России «Проведение принудительного лечения больных алкоголизмом и наркоманиями в условиях исправительных учреждений системы ГУИН Министерства юстиции Российской Федерации» (2000). В нем, в частности, отмечалось, что в соответствии с международной классификацией болезней диагноз наркологического заболевания (зависимости от психоактивного вещества) может быть установлен при обнаружении следующих клинических или социально-психологических критериев:

1. сильное желание принять психоактивное вещество;
2. снижение способности контролировать его прием;
3. абстинентное состояние;
4. повышение толерантности к веществу;
5. «поглощенность» больного употреблением вещества;
6. продолжение употребления вопреки вызываемым им вредным последствиям.

В Методическом письме подчеркивалось, что наркологическое заболевание (его начальная или первая стадия) диагностируется в том случае, когда наличествуют критерии различной степени тяжести. При этом не является обязательным обнаружение всех признаков. Достаточно любых двух, поскольку в классификации нет уточнения, какие конкретно два признака из четырех являются достаточными для диагностики наркологического заболевания.

Критерии назначения больным наркоманией принудительных мер медицинского характера определялись ч. 2 ст. 97 УК РФ, которая гласила: «Принудительные меры медицинского характера назначаются только в тех случаях, когда психические расстройства связаны с возможностью причинения этими лицами иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц». В соответствии с данной формулировкой принудительное лечение наркологическому, как и любому психическому, больному могло назначаться только при наличии первого и важнейшего условия: исходящей от данного лица социальной опасности. Имелась

в виду не та угроза, которая исходит от него просто как от антисоциальной личности, а об опасности, связанной именно с психическими расстройствами (в данном случае – обусловленными наркоманией).

Общественная опасность распространения наркотиков и злоупотребления ими заключается не только в том, что наркоманы становятся психически и физически неполноценными людьми, но и в том, что наркомания является одной из причин совершения тяжких преступлений.

Лечение указанных наркоманов должно быть принудительным и проводиться в специальных учреждениях, отличных от существующих наркологических лечебниц. В этих учреждениях, по мнению И. Н. Пятницкой, следует предусматривать строгую охрану и изоляцию, исключаящую возможность попадания наркотика извне. Такое лечение необходимо сочетать с развитием у наркоманов трудовых навыков и интересов. Поскольку случаи рецидива наркомании не исключены, необходим медицинский патронаж после курса лечения, помощь со стороны родственников и общественности.

Среди авторов, углубленно исследовавших проблему наркомании в клинико-социальном аспекте в 1970-е гг., можно назвать А. А. Габани, В. Н. Смитиенко, И. Н. Пятницкую и др.

Большое монографическое исследование, в том числе и в данном аспекте, было выполнено И. Н. Пятницкой в 1975 г. Хотя объектом исследования стали сложные вопросы диагностики наркоманической зависимости и лечения наркоманов, содержащиеся в работе положения о причинах злоупотребления наркотическими средствами и последствиях наркотизации несомненно, представляют интерес.

Изучению теоретических и практических проблем применения принудительных мер медицинского характера к наркоманам и административно-правовых мер в борьбе с наркоманией посвящены работы А. А. Музыки²⁴ и Х. Д. Таджибаева²⁵.

В них раскрывается юридическая природа принудительного лечения наркоманов, разработаны теоретические основы оптимальных конструкций правовых норм, регламентирующих данный вид принуждения, показаны роль и место административно-правовых мер в борьбе с наркоманией, содержатся предложения по совершенствованию административного законодательства об ответственности за правонарушения, связанные с наркотиками. Представляет интерес разработанная Х. Д. Таджибаевым классификация мер борьбы с наркоманией (принудительных и не прину-

²⁴ Музыка А. А. Принудительное лечение наркоманства как мера профилактики преступлений // Проблемы дальнейшего укрепления социалистической законности в деятельности органов внутренних дел. – Киев, 1986. – С. 70–75.

²⁵ Таджибаев Х. Д. Административно-правовые меры борьбы с наркоманией и их применение: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – М., 1989.

дательных): посещение по месту жительства, вызов в органы внутренних дел, принудительное лечение, медицинское освидетельствование, сокращение срока лишения специального права, добровольное прохождение курса лечения, запрещение употребления наркотических средств без назначения врача и др.

Среди отдельных работ, изданных в 1980-е гг., привлекают внимание публикации Т. А. Боголюбовой и К. А. Толпекина²⁶.

Первая половина 1990-х гг. и современный этап также характеризуются интенсивным изучением проблемы злоупотребления наркотическими средствами. За это время подготовлено несколько глубоких и разноплановых диссертационных исследований. Их авторами стали: З. Х. Абызов, А. Г. Алехин, В. М. Алиев, Н. П. Барабанов, В. И. Брылев, А. В. Горкин, А. Я. Гришко, Г. Н. Драган, Б. Ф. Калачев, П. Н. Сбирунов, Н. С. Сочивко и др.

Так, Н. С. Сочивко в своей работе приводит сравнительную характеристику социально-демографических (пол, возраст, образовательный уровень, место жительства, занятость общественно полезным трудом, семейное положение, совершение противоправных действий в анамнезе) показателей больных наркоманией, взятых на учет в различные хронологические периоды, их влияние на исход заболевания²⁷.

Н. П. Барабанов теоретически обосновал и сформулировал конкретные рекомендации по созданию новых организационно-правовых основ функционирования специализированных колоний, предназначенных для лечения и содержания осужденных – наркоманов, на основе выявленного механизма незаконного оборота наркотиков в исправительно-трудовых колониях, разработал систему общей и индивидуальной профилактики распространения наркомании среди осужденных²⁸.

А. Я. Гришко на основе проведенного анализа даже ставит вопрос о целесообразности выделения нового (наркоманийного) типа преступника. Автор описал социальный портрет наркомана, совершившего преступление и отбывающего уголовное наказание, разработал систему социальной и медицинской реабилитации лиц, больных наркоманией, совершивших преступления.

²⁶ Боголюбова Т. А., Толпекин К. А. Наркотизм и наркомания. Основные направления борьбы и профилактика // Сов. гос-во и право. – 1987. – № 1. – С. 12–17.

²⁷ Сочивко Н. С. Прогностическое значение клинических и социально-демографических характеристик больных наркоманией: дис. ... канд. мед. наук. – Душанбе, 1992.

²⁸ Барабанов И. П. Организация борьбы с наркоманией в исправительно-трудовых учреждениях: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – М., 1992. – С. 13.

Конец XIX в. – начало нового тысячелетия ознаменовались появлением целой серии теоретически и практически значимых научных работ, связанных с вопросами наркомании²⁹.

Так, в монографии М. Л. Рохлиной и А. А. Козлова³⁰ рассматривается самый широкий спектр вопросов, связанных с наркоманией: ее медицинские и специальные аспекты, лечение больных наркоманиями. На основе глубокого анализа исследований, проведенных ранее другими авторами, и результатов собственных исследований ими детально описана специфика течения наркоманий у больных, роль различных факторов, участвующих в формировании заболеваний: социальные, биологические особенности личности.

Среди вопросов, излагаемых указанными авторами, следует выделить те, которые явились наиболее значимыми. К ним можно отнести: описание характеристик изменения личности у больных наркоманиями, их личностных особенностей, социальных последствий наркоманий. В методических рекомендациях Т. Н. Дудко, В. А. Пузиенко, Л. А. Котельниковой³¹ излагается дифференцированная система реабилитации больных наркоманией. Методологической и клинической основой этой работы является описание принципиально важных теоретических и практических понятий, без овладения которыми решение задач исполнения наказания в отношении осужденных, больных наркоманией, весьма затруднительно.

Использование уровней реабилитационного потенциала позволяет дифференцированно организовать исполнение наказания осужденных, больных наркоманией, с учетом тяжести заболевания и его медико-социальных последствий, обосновать их направление в те или иные условия отбывания наказания, оптимально использовать основные средства исправления осужденных, а также для каждого из них рекомендовать определенные методики медицинских, психотерапевтических, трудовых, образовательных, социальных и других мероприятий.

Проведенные исследования, с одной стороны, способствуют фундаментальному теоретическому обоснованию положений, формулируемых нами, с другой – позволяют усилить прикладной аспект, выводы и предложения, излагаемые в исследовании по совершенствованию исполнения наказания в отношении осужденных, больных наркоманией.

²⁹ Куликова О. Н. Принудительные меры медицинского характера, назначаемые осужденным наркоманам, их роль в предупреждении преступлений, совершаемых на почве наркомании: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – М., 2002.

³⁰ Рохлина М. Л., Козлов А. А. Наркомании: медицинские и социальные последствия, лечение. – М., 2001.

³¹ Дудко Т. Н., Пузиенко В. А., Котельникова Л. А. Дифференцированная реабилитация в наркологии: метод. рек. – М., 2001.

Сегодня практически не регламентируются в нормативно-правовых актах условия функционирования лечебных исправительных учреждений, предполагается, что данные учреждения должны осуществлять свою деятельность на основе той же нормативной базы, что и другие исправительные учреждения.

Конституционное право каждого гражданина на охрану здоровья и медицинскую помощь (ст. 41 Конституции) распространяется на осужденных в полной мере. Об этом свидетельствует ч. 6 ст. 12 УИК РФ, по существу, дублирующая конституционную норму.

Охрана здоровья осужденных является одной из основных задач уголовно-исполнительной системы в целом и каждого исправительного учреждения в отдельности. Поэтому правовому регулированию реализации данного конституционного права и его конкретизации в отраслевых нормативных правовых актах уделяется столь значительное внимание.

В соответствии со ст. 101 УИК РФ, порядок оказания осужденным медицинской помощи, организация и проведение санитарного надзора, устанавливается законодательством Российской Федерации, нормативными правовыми актами федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по выработке и реализации государственной политики, и нормативно-правовому регулированию в сфере исполнения уголовных наказаний³².

В уголовно-исполнительной системе для медицинского обслуживания осужденных организуются лечебно-профилактические учреждения (больницы, специальные психиатрические и туберкулезные больницы) и медицинские части, а для содержания и амбулаторного лечения осужденных, больных открытой формой туберкулеза, алкоголизмом и наркоманией, – лечебные исправительные учреждения.

Лечебно-профилактическая и санитарно-профилактическая помощь осужденным к лишению свободы организуется и предоставляется в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-03 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и уголовно-исполнительным законодательством Российской Федерации. В ИУ осуществляется: медицинское обследование и наблюдение осужденных в целях профилактики у них заболеваний, диспансерный учет, наблюдение и лечение, а также определение их трудоспособности.

При невозможности оказания медицинской помощи в ИУ осужденные имеют право на оказание медицинской помощи в медицинских организациях государственной системы здравоохранения и муниципальной

³² Уголовно-исполнительный кодекс Российской Федерации: офиц. текст: принят Гос. дум.ой 18 дек. 1996 г. М.: Юрайт-Издат., 2005. – С. 54.

системы здравоохранения, а также на приглашение для проведения консультаций врачей – специалистов указанных медицинских организаций³³.

Оказание осужденным медицинской помощи в медицинских организациях государственной и муниципальной системе здравоохранения, а также приглашение для проведения консультаций врачей-специалистов медицинских организаций, производится в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2012 № 1466 «Об утверждении Правил оказания лицам, заключенным под стражу или отбывающим наказание в виде лишения свободы, медицинской помощи в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения, а также приглашения, для проведения консультаций врачей – специалистов указанных медицинских организаций при невозможности оказания медицинской помощи в учреждениях уголовно-исполнительной системы» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, № 1, ст. 61).

В случаях, когда необходимая медицинская помощь не может быть оказана в лечебно-профилактических учреждениях и лечебных исправительных учреждениях, осужденные могут быть направлены на законных основаниях в муниципальные лечебные учреждения органов здравоохранения. Кроме того, осужденные вправе получать любую, оплаченную за счет собственных средств дополнительную лечебно-профилактическую помощь, оказываемую специалистами органов здравоохранения в пределах исправительных учреждений.³⁴

Следовательно, лечебные исправительные учреждения предназначены для содержания и амбулаторного лечения осужденных, больных открытой формой туберкулеза, алкоголизмом, наркоманией. Эти учреждения относятся к заведениям полуоткрытого типа. В отличие от остальных исправительных учреждений, в лечебных учреждениях раздельное содержание осужденных обусловлено медицинскими критериями – различиями в заболеваниях. Поэтому в одном учреждении могут содержаться осужденные к отбыванию наказания в исправительных учреждениях разных видов, однако условия содержания для каждого из них соответствуют установленным законом для исправительного учреждения того вида, который назначен судом. Особенностью деятельности лечебных исправительных учреждений является то, что она регламентируется не только уголов-

³³ Приказ Минюста России от 16.12.2016 № 295 «Об утверждении Правил внутреннего распорядка исправительных учреждений» // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 27.12.2016.

³⁴ Приказ Минюста России от 16.12.2016 № 295 «Об утверждении Правил внутреннего распорядка исправительных учреждений» // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 27.12.2016.

но-исполнительным законодательством, но и нормативно-правовыми актами в сфере охраны здоровья граждан.

Подводя итог, можно сделать вывод, что в целом назначение лечебных исправительных учреждений может быть представлено в виде двух компонентов (аспектов): пенитенциарного и лечебного.

Пенитенциарный аспект выражает карательные интересы и соответствующие им требования государства в области борьбы с преступностью, обращения с осужденными, которые определенным образом направлены также и на реализацию исправительного воздействия по отношению к осужденным.

Лечебный аспект назначения данных исправительных учреждений привнесен в исправительную систему извне и определяется многими параметрами, не свойственными уголовно-исполнительной системе: общим состоянием здравоохранения в государстве; существующими методиками лечения заболеваний, по профилю которых подразделяются лечебные учреждения; общественными интересами в достижении эффекта выздоровления осужденных, особенно с инфекционными заболеваниями.

Иными словами, лечебные учреждения осуществляют два равнозначных направления деятельности: реализацию наказания и исправление осужденных, и их лечение.

1.3. Зарубежный опыт исполнения наказания в отношении осужденных к лишению свободы, нуждающихся в лечении

Все осужденные имеют право на медицинскую помощь, а государство несет ответственность за реализацию и защиту прав осужденных в местах лишения свободы. Можно с уверенностью констатировать тот факт, что уровень медицинской помощи в пенитенциарной системе во многом отражает общую картину здравоохранения страны, поэтому качество лечения осужденных (заключенных) остается на недостаточно высоком уровне.

Об актуальности данной проблемы свидетельствует тот факт, что в настоящее время в местах лишения свободы не снижается уровень опасных заболеваний (туберкулеза, СПИДа, ВИЧ-инфекции, гепатита), при этом условия содержания способствуют их распространению. Осужденные (заключенные), отбывающие наказание в местах лишения свободы, как правило, являются выходцами из наиболее неблагополучных слоев общества и не отличаются хорошим здоровьем. Огромную роль в вопросе сохранения здоровья играют и условия отбывания наказания. Плохое качество питьевой воды, плохая вентиляция камер, низкие санитарно-гигиенические условия способствуют распространению инфекционных и респираторных заболеваний. Эта ситуация усугубляется недостаточным

медицинским обеспечением из-за нехватки ресурсов и переполненности мест лишения свободы.

Нельзя забывать, что риску подвергаются не только осужденные (заключенные), но и все гражданское общество, в которое после отбывания наказания возвращается человек, являющийся носителем инфекционных заболеваний.

Особо следует отметить категорию ВИЧ-инфицированных осужденных, поскольку условия содержания не только влияют на риск передачи заболевания, но и ускоряют его развитие. В определенных случаях отбывание наказания в местах лишения свободы может сократить жизнь носителей вируса. Согласно исследованиям, которые проводились в США, осужденные, являющиеся носителем вируса, умирают на восемь месяцев раньше, чем больные среди обычного населения.

В странах Азии нормой для осужденных, которые потребляют наркотики, являются приговоры суда к лишению свободы, а не программы лечения от зависимости или реабилитации. Это все приводит к высокой концентрации больных наркоманией в местах лишения свободы, что в свою очередь провоцирует переполненность тюрем и распространение ВИЧ.

Несмотря на то, что проблемы здравоохранения свойственны пенитенциарным системам всех стран, медицинская помощь, которая оказывается осужденным (заключенным) в различных странах имеет свои особенности. Функции медицинских служб различных стран или даже различных исправительных учреждений внутри одной страны варьируются от элементарных услуг до оказания квалифицированной помощи.

Общность проблем в сфере здравоохранения пенитенциарных систем разных стран способствовало созданию и апробации в тридцати странах Европейского региона под эгидой Всемирной организации здравоохранения (Европейское региональное бюро ВОЗ) проекта «Охрана здоровья в тюрьмах».

В результате анализа системы здравоохранения в пенитенциарных учреждениях Европы специалисты пришли к выводу, что возникновение проблем во многом происходит из-за отсутствия единого подхода к оказанию медицинских услуг осужденным (заключенным) и законопослушным гражданам. Медицинские службы в исправительных учреждениях работают автономно, что приводит к проблемам с набором квалифицированных медицинских специалистов, а также с повышением ими квалификации³⁵.

Единая политика в сфере здравоохранения страны позволяет осуществлять лечение осужденных (заключенных) наряду с рядовыми гражданами.

³⁵ Здоровье в исправительных учреждениях: Руководство ВОЗ по основным аспектам охраны здоровья в местах лишения свободы [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://i-rc.org.ua/files/ohorona-zdorovya/zdorovie-v-IU.pdf> (дата обращения: 22.11.2016).

данами в обычных больницах, поэтому во многих государствах медицинские службы пенитенциарных учреждений подчиняются министерству здравоохранения. При этом страны руководствуются Основными принципами обращения с заключенными (ООН, 1990), в которых прописано, что в отношении заключенных недопустима какая бы то ни было дискриминация, касающаяся медицинского обслуживания, которое имеется в стране (Принцип 9). Так, в каждой тюрьме существует медицинская часть со своим медперсоналом, однако при необходимости заключенного госпитализируют в обычную клинику. Во Франции весь объем медицинской помощи (от профилактики до психиатрического лечения) предоставляет общественная больничная служба, отделения которой имеются в каждом учреждении. В отделениях (пунктах) проводятся как консультации, так и лечение заключенных. Следует отметить, что у всех заключенных имеется социальная страховка³⁶.

Во Франции лечение больных осужденных с социально значимыми заболеваниями проводится только с письменного согласия заключенного с. Принудительное лечение применяется к осужденным, больным открытой формой туберкулеза, которые изолируются от общей массы заключенных и направляются для лечения в гражданские медицинские заведения, где имеются отдельные блоки для содержания таких больных. Охрана осужденных, находящихся на лечении в медицинских учреждениях, осуществляется сотрудниками пенитенциарной системы. В качестве оказания медицинской помощи осужденным и обычным больным разницы нет. Им выдают те же лекарства и витамины, при необходимости применяют хирургическое вмешательство, проводят медицинские обследования и обеспечивают предельное внимательное отношение со стороны персонала больницы³⁷.

Государственным органам, общегражданским медицинским службам и медицинским службам исправительных учреждений, международным организациям и СМИ рекомендуется объединить свои усилия по разработке и осуществлению комплексного подхода к борьбе с двойной инфекцией – туберкулеза и ВИЧ. Государственным организациям, общегражданским медицинским службам и медицинским службам исправительных учреждений рекомендуется активизировать свою деятельность и объединить усилия для повышения качества психологической и психиатрической помощи заключенным.

³⁶ Александров Ю. Отбывание уголовного наказания во Франции и в России. Краткий сравнительный обзор [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <http://yandex.ru> (дата обращения: 22.11.2016).

³⁷ Туленков А. М., Пономарев С. Б. Основные принципы организации медико-санитарного обеспечения лиц, содержащихся в пенитенциарных учреждениях России и за рубежом: монография. – Ижевск: Изд-во ИЖГТУ им. М. Т. Калашникова, 2014. – С. 95.

В Европейских странах (в Германии) для тяжелобольных осужденных нет отдельного учреждения отбывания наказания. В Германии существуют три вида тюрем – открытого (принцип действия схож с нашими колониями-поселениями) и закрытого типа, а также тюрьмы с более мягкими условиями отбывания наказания, в которых содержатся лица престарелого возраста. В каждом исправительном учреждении имеются медицинские части, в штате которых состоят 1–2 врача и 5–6 медицинских работников из числа среднего персонала. Кроме этого, в более тяжелых случаях приезжают гражданские врачи-специалисты, которые проводят консультацию и лечение заключенных. Услуга таких врачей оплачивается за счет медицинской страховки заключенного.

В случае тяжелой болезни и необходимости лечения в стационарных условиях (или операции) по ходатайству администрации тюрьмы суд может даже принять решение о временной отмене уголовного наказания, которое возобновляется после завершения лечения.

Поэтому в ряде стран ответственность за качество и характер медицинского обслуживания в пенитенциарных учреждениях страны возложена либо на местные органы здравоохранения (Норвегия), либо на министерство здравоохранения (Франция), либо на Национальную службу здравоохранения (Англия, Уэльс).

11 января 2006 г. были пересмотрены Европейские пенитенциарные правила, при этом вопросам медицинского обслуживания в пенитенциарных учреждениях стало уделяться гораздо больше внимания. Более того, в них впервые охрана здоровья всех заключенных декларируется как обязанность представителей администрации пенитенциарного учреждения, которую они должны осуществлять в тесном взаимодействии с общегосударственными органами здравоохранения (§ 40, 3). В каждом исправительном учреждении в обязательном порядке должен работать один врач общей практики (не менее одного), кроме него медико-санитарную помощь должен оказывать и другой квалифицированный персонал (§ 41, 3).

В Европейских пенитенциарных правилах особое внимание уделяется заключенным, которые нуждаются в психиатрическом лечении (§ 47).

Как правило, осужденные, больные социально опасными заболеваниями, имеют проблемы психического характера, различные зависимости, которые, в том числе являются факторами, приводящими людей в места лишения свободы. Например, в России мелкие преступления, связанные с наркотиками, приводят в тюрьму 20 % мужчин и 75 % женщин.

Если во зарубежных странах эта категория лиц лечится только на добровольной основе, то в России согласно ч. 3 ст. 18 Уголовно-исполнительного кодекса, к осужденным, которые больны наркоманией, алкоголизмом, открытой формой туберкулеза, ВИЧ-инфицированным осужденным, не прошедшим полного курса лечения венерической болез-

ни, применяется по решению медицинской комиссии учреждения обязательное лечение³⁸.

В Социалистической Республике Вьетнам существует система оказания помощи осужденным, которые больны наркоманией. В этой стране существует три базовых типа учреждений, которые оказывают такую помощь осужденным: лечебно-трудовые профилактории, исправительно-трудовые колонии и медицинские центры³⁹, которые подразделяются на частные и государственные.

Лечение осуществляется только по желанию больного осужденного (на добровольной основе) и оно является платным: за 10 дней – 70 долларов. Также распространен опыт восточной медицины, в частности применяется иглоукальвание, курс и проведением психотерапии, используются настоянные на травах лекарства, привлекаются специалисты из Австрии, Франции, Африки.

Процесс лечения сочетается с физическим трудом в сообществе иных больных на фоне ровного, спокойного общения друг с другом. В лечебно-трудовые профилактории больные осужденные, направляются в принудительном порядке.

В отличие от России во Вьетнаме в системе исправительно-трудовых учреждений специализированных учреждений для наркоманов нет. При этом стоит отметить, что в местах исполнения уголовного наказания создаются необходимые лечебные учреждения. Срок принудительного лечения будет зависеть от курса лечения.

В отношении осужденных наркоманов лечебно-исправительная работа состоит из четырех этапов, рассчитанных на изменение условий отбывания наказания в зависимости от их готовности к жизни на свободе и полезной общественной деятельности.

Первый этап – наркологическая реабилитация, начинается с прибытия осужденного в лечебное исправительное учреждение, и определения его в стационар медицинской части.

Второй этап – трудовая реабилитация, включает в себя общественное профессионально-техническое обучение, полезный труд. На этом этапе проводится соответствующее лечение, и особое внимание уделяется воспитательной работе.

Третий этап – социально-трудовая реабилитация осужденных, которые больны наркоманией. Этот этап предусматривает работу осужденных на объектах труда в условиях свободного общения со служащими пред-

³⁸ Уголовно-исполнительный кодекс Российской Федерации // Собрание законодательства РФ. – 1997. – № 2. – Ст. 303.

³⁹ Буй М. З. Исправительно-трудовая характеристика осужденных наркоманов в Социалистической Республике Вьетнам // Уголовно-исполнительное право. – 2014. – № 2. – С. 136–140.

приятия и рабочими под контролем руководства исправительного учреждения, при этом проводится воспитательная работа и поддерживающая терапия.

Четвертый этап – социальная реабилитация осужденных, которые больны наркоманией. На него переводятся лица, положительно зарекомендовавшие себя и успешно прошедшие предыдущие этапы реабилитации. На этапе социальной реабилитации больные проживают в специальном общежитии вне исправительного учреждения и трудятся на промышленном или сельскохозяйственном предприятии. Появляется реальная возможность решения будущего бытового и трудового устройства, дальнейшего восстановления социально полезных связей и выработки новых, социально-приемлемых форм поведения.

Анализируя характер проблем со здоровьем, которые бывают у осужденных (заключенных) можно выделить следующие уровни:

- физический уровень (инфекционные и хронические заболевания);
- психосоматический уровень (различные виды зависимостей);
- психический уровень (психические расстройства).

Особое внимание следует уделять психологической подготовке заключенных, которая должна заключаться в обучении их способам совладения со стрессом.

В качестве вывода отметим, что здоровье осужденных является вопросом общественного здоровья и подход к охране здоровья осужденных в местах лишения свободы должен быть правозащитным. Осужденные приходят из общества и большая часть, в конце концов, снова туда вернется, принеся с собой заболевания, которые они приобрели, будучи в заключении. Эту опасность для общества не стоит недооценивать. Взаимосвязь тюремного здравоохранения с системой общественного здравоохранения будет способствовать выравниванию уровня обеспечения медицинскими услугами в местах лишения свободы. Анализ опыта лечения заключенных в зарубежных странах может способствовать повышению эффективности работы по обеспечению охраны здоровья осужденных в местах лишения свободы.

Глава 2. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С ОСУЖДЕННЫМИ, ОТБЫВАЮЩИМИ НАКАЗАНИЕ В ЛЕЧЕБНЫХ ИСПРАВИТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

2.1. Лечение осужденных к лишению свободы как социально-правовая деятельность

Туберкулез – одно из самых тяжелых инфекционных заболеваний, поражающих человеческий организм. Туберкулез также относится к социально значимым заболеваниям в связи с высокой распространенностью в России, носящей характер эпидемии, и огромным ущербом, наносимым обществу. Доказано, что чаще всего туберкулезом заболевают социально дезадаптированные контингенты населения, хотя никто не застрахован от этого заболевания.

На 01.01.2017 в ЛИУ содержалось 20 216 осужденных из них в ЛИУ для больных туберкулезом – 14938, для алкоголиков и наркоманов – 5278 человек

Количество больных активным туберкулезом I и II ГДУ, содержится 5823 человек, в том числе в ЛПУ – 3284 и ЛИУ – 2539.

Основной приток больных активным туберкулезом идет через следственные изоляторы. За 2016 г. в них поступило более 3254 таких больных из их 283 женщин.

Количество больных активным туберкулезом, содержащихся в пени-тенциарных учреждениях России, по сравнению с 2015 годом снизилось в 1,5 раза, заболеваемость уменьшилась в 2,5 раза, а смертность – в 3,8 раза. Достигнуто заметное по сравнению с 2015 годом снижение смертности (на 8,8 %) среди подозреваемых, обвиняемых и осужденных, а общая заболеваемость уменьшилась на 3,3 %. Понизились заболеваемость и смертность от туберкулеза в исправительных учреждениях за прошедший год и в сравнении с 2015 годом они составили 15,2 % и 26,6 % соответственно⁴⁰.

Причин высокой заболеваемости много, но наиболее значимой является концентрация в учреждениях УИС лиц с асоциальным поведением. У многих из осужденных или подследственных имеются сопутствующие заболевания, относящиеся к медицинским факторам риска заболевания туберкулезом (хронический алкоголизм, наркомания и др.). В условиях стресса, скученности происходит быстрое распространение болезни.

Причины заболевания туберкулезом человека могут быть различными. Эти причины можно выделить в две группы: объективные и субъективные причины.

⁴⁰ Информационно-аналитический сборник январь-декабрь 2016 г. (Основные показатели деятельности уголовно-исполнительной системы ФСИН России).

К субъективным причинам заболевания туберкулезом можно отнести:

- неполноценное питание человека;
- алкоголизм, наркомания;
- курение;
- несоблюдение норм личной гигиены;

К объективным причинам следует отнести:

- сниженный иммунитет человека;
- непосредственный контакт с лицом, являющимся больным туберкулезом;
- стрессы;
- бытовой контакт с личными вещами больного;
- неблагоприятные экологические условия жизни;
- наличие таких сопутствующих заболеваний как: диабет, язвенная болезнь желудка, заболевание легких и т. д.
- частое перенесение простудных заболеваний.

Необходимо отметить, что большая часть больных туберкулезом, находящихся в следственных изоляторах, систематического лечения в период пребывания на свободе, как правило, не получали по причине асоциального поведения и безразличия к своему здоровью. Более 70 % впервые выявленных больных туберкулезом не ориентированы в своем заболевании и узнают о диагнозе лишь после поступления в СИЗО. Наряду с этим, в учреждениях УИС продолжает расти число ВИЧ-инфицированных, которые подвержены высокому риску заболевания туберкулезом. В настоящее время в учреждениях УИС содержится 2730 ВИЧ-инфицированных, больных туберкулезом, большая часть которых приходится на лечебные исправительные учреждения.

Оказание фтизиатрической помощи больным туберкулезом гарантируется государством и осуществляется на основе принципов законности, соблюдения прав человека и гражданина, бесплатности, общедоступности.

Правовые основы оказания противотуберкулезной помощи в Российской Федерации устанавливает Федеральный закон от 18 июня 2001 г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации».

Больные туберкулезом, нуждающиеся в оказании противотуберкулезной помощи, получают такую помощь в медицинских противотуберкулезных организациях, имеющих соответствующие лицензии. Медицинская служба УИС по вопросам проведения противотуберкулезных мероприятий работает в тесном сотрудничестве с Центрами гигиены и эпидемиологии (ЦГ и Э) ФСИН России.

Осужденным, страдающим социально значимыми заболеваниями, перечень которых утвержден Постановлением Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2004 г. № 715, оказывается медико-социальная

помощь и обеспечивается диспансерное наблюдение в соответствующих лечебных учреждениях бесплатно. К таким заболеваниям относится туберкулез.

Виды и объем медико-социальной помощи, предоставляемой осужденным, страдающим социально значимыми заболеваниями, устанавливаются Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации совместно с заинтересованными министерствами и ведомствами, а перечень и виды льгот при оказании медико-социальной помощи – Правительством Российской Федерации, органами государственной власти и управления субъектов Российской Федерации.

Финансирование медико-социальной помощи гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней, целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан.

Основным направлением борьбы с туберкулезом, несомненно, является оказание эффективной специализированной медицинской помощи больным туберкулезом. Оказание специализированной (фтизиатрической) медицинской помощи больным туберкулезом гарантируется государством и осуществляется на основе принципов законности, соблюдения прав человека и гражданина, бесплатности, общедоступности.

Правовые основы оказания противотуберкулезной помощи осужденным в Уголовно-исполнительной системе Российской Федерации устанавливает приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ и Минюста РФ от 17 октября 2005 г. № 640/190 «О порядке организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключенным под стражу». Ст. 315–316 данного приказа определяет, что руководство учреждений обеспечивает организацию и проведение комплекса противотуберкулезных мероприятий, в том числе санитарно-просветительную работу по вопросам профилактики, раннего выявления туберкулеза и контролируемого лечения больных, страдающих туберкулезом. Туберкулезные больницы являются организационно-методическими центрами по противотуберкулезной работе в Учреждениях. Непосредственное руководство по данному направлению деятельности, а также координацию и взаимодействие с учреждениями и территориальными органами управления здравоохранения осуществляют главные фтизиатры (инспекторы-фтизиатры), старшие инспекторы.⁴¹

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ и Минюста РФ от 17 октября 2005 г. № 640/190 «О порядке организации

⁴¹ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ и Минюста РФ от 17 октября 2005 г. № 640/190 «О порядке организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключенным под стражу».

медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключенным под стражу».

Приказ Минюста России от 1 декабря 2005 г. № 235 «Об утверждении Инструкции о порядке направления осужденных к лишению свободы для отбывания наказания, их перевода из одного исправительного учреждения в другое, а также направления осужденных на лечение и обследование в лечебно-профилактические и лечебные исправительные учреждения» (с изменениями и дополнениями).

Осужденные больные активной формой туберкулеза после окончания курса стационарного лечения в ЛПУ направляются для дальнейшего лечения в ЛИУ в соответствии с решением ФСИН

Постановление Пленума Верховного суда РФ от 29 мая 2014 г. № 9 «О практике назначения и изменения судами видов исправительных учреждений». Судам следует учитывать, что хотя к числу учреждений исполняющих наказания в виде лишения свободы, отнесены лечебные исправительные учреждения (ч. 9 ст. 16 УИК), при осуждении лиц к лишению свободы больных открытой формой туберкулеза, алкоголизмом и наркоманией им должен назначаться вид ИУ в соответствии со ст. 58 УК.

Лечение указанных осужденных организуется в порядке, установленном УИК, администрацией ИУ.

Исходя из базовой модели медико-социальной работы, в пенитенциарной медико-социальной работе можно также выделить два направления:

1. Профилактическое,
2. Патогенетическое.

Группы клиентов медико-социальной работы можно обозначить так:

1. Группа повышенного риска заболеваемости туберкулезом, в которую следует отнести всех осужденных;
2. Осужденные больные туберкулезом и инвалиды по причине туберкулеза.

В медико-социальной работе профилактической направленности со всеми осужденными можно выделить ряд аспектов:

- проведение санитарно-просветительской деятельности среди осужденных в отношении различных факторов распространения туберкулеза;
- проведение мероприятий по гигиеническому воспитанию, направленных на предупреждение распространения туберкулеза и формированию установок на здоровый образ жизни.
- медико-социальный патронаж семей осужденных.

Просветительская работа по профилактике туберкулеза имеет большое значение в учреждениях УИС, поскольку многие осужденные, как здоровые, так и больные туберкулезом, имеют весьма примитивное представление о туберкулезе: путях передачи инфекции, симптомах заболевания, факторах риска. Формы просветительской работы могут быть разно-

образны: плакаты, стенды в отрядах, медицинской части, больнице, школе, клубе; буклеты для раздачи осужденным на руки, проведение занятий по профилактике туберкулеза с участием медицинских работников (лучше фтизиатров). Более эффективно, если сами осужденные будут привлечены к данной работе – рисование плакатов, оформление стендов. На занятиях необходимо затрагивать вопросы соблюдения правил гигиены, здорового образа жизни, что более актуально для несовершеннолетних и социально запущенных осужденных.

Работа с семьей и близкими родственниками осужденных также немаловажна. Необходимо разъяснить совместно с врачами родственникам больного, что их поддержка поможет больному туберкулезом справиться с болезнью.

Содержание медико-социальной работы профилактической направленности может включать следующее:

- меры социальной профилактики, направленные на повышение приверженности больного туберкулезом к лечению, предупреждающие, тем самым возникновение лекарственной устойчивости, рецидивов и инвалидизации больных;

- для инвалидов – рациональное трудоустройство;

- представление интересов осужденных, нуждающихся в медико-социальной помощи, в органах управления УИС;

- содействие клиентам в преодолении социально-бытовых трудностей, представляющих угрозу для его здоровья и здоровья окружающих;

- разрешение социального конфликта в микросоциуме осужденного, связанного с его заболеванием туберкулезом;

- информирование инвалидов о льготах и мерах социальной защиты;

- содействие в обеспечении государственных гарантий прав осужденных в охране здоровья и оказании медико-социальной помощи в отношении туберкулеза.

Лечение туберкулеза – процесс длительный, минимальная его продолжительность составляет 8 месяцев, а при лекарственно-устойчивом туберкулезе – 18–24 месяца. Необходимость ежедневного приема нескольких лекарственных препаратов, зачастую развитие побочных реакций на некоторые из них угнетает осужденных, особенно тех, кто страдает психическими расстройствами. Больные пытаются в явной или скрытой форме отказаться от лечения, что приводит к плачевным последствиям – обострению туберкулезного заболевания, рецидивам, множественной лекарственной устойчивости.

В связи с этим важно сформировать у больного приверженность к лечению, убедить, что, только пройдя полный курс химиотерапии, он может полностью избавиться от туберкулеза. Для этого мало усилий одних врачей, все службы лечебного исправительного учреждения должны

быть задействованы в борьбе с туберкулезом. Все сотрудники учреждения, а не только врач, должны убеждать больного в необходимости соблюдения режима лечения.

Важным фактором поддержки могут послужить социально полезные связи с семьей и близкими родственниками. Во многих учреждениях УИС, где находятся больные туберкулезом, одной из основных проблем группы соцзащиты является восстановление социально полезных связей. Родственники многих осужденных не хотят контактировать с ними из-за их заболевания. Но и сами осужденные зачастую разрывают эти связи и не хотят общаться – «уходят в себя». Важно восстановить переписку больного осужденного с близкими родственниками. Многие матери осужденных сами обращаются к социальному работнику или начальнику отряда с просьбой написать о здоровье сына, так как он сам не отвечает на ее письма. В данном случае необходимо провести беседу с осужденным, убедить не терять связь с родными.

Медико-социальная работа патогенетической направленности с больными осужденными и инвалидами состоит в проведении медико-социальной экспертизы и реабилитации. Наряду с этим, это содействие в организации лечения и организация ухода за инвалидами в общежитии отряда, для чего могут организовываться секции социальной помощи, члены которого могут привлекаться на добровольной основе к данной работе.

В борьбе с туберкулезом в учреждениях УИС наряду с проведением лечебных мероприятий большую роль играет реабилитация больных туберкулезом. Реабилитационные мероприятия имеют целью восстановление здоровья и трудоспособности больного. В случаях хронического течения туберкулезного процесса, реабилитация будет направлена на поддержание состояния здоровья на приемлемом уровне, профилактику инвалидности. В реабилитации инвалидов необходимо обеспечение преемственности во взаимодействии со специалистами медицинской, а также психологической служб.

Реабилитация больных туберкулезом в широком смысле слова включает в себя: раннюю диагностику заболевания, активное специфическое лечение, своевременное хирургическое лечение, предупреждающее развитие осложнений; использование физиотерапии, лечебной физкультуры; диспансерное наблюдение за больными. Наряду с медицинскими мероприятиями в отношении осужденных, больных туберкулезом, применяются меры социального, трудового, психологического воздействия⁴².

В медико-социальной реабилитации выделяют 3 основных направления:

⁴² Диденко А. В. Социально-психологическая и психиатрическая помощь больным туберкулезом. Учебно-практическое пособие. – Рязань: Академия права и управления Минюста России, 2004. – 64 с.

1. Медицинскую реабилитацию, предусматривающую этапность в лечении, медикаментозное лечение, хирургические вмешательства, физиотерапию, лечебную физкультуру. В состав медицинской реабилитации также входят: лечение осложнений, сопутствующих заболеваний, общеукрепляющее, стимулирующее иммунитет лечение, диетотерапия, а также санаторно-курортное лечение (после освобождения).

2. Профессиональную реабилитацию: правильный выбор условий и характера труда с учетом имеющейся профессии (согласно медицинским показаниям с учетом клинической формы, фазы туберкулезного процесса, группы диспансерного учета по туберкулезу), обучение в случае необходимости новой профессии и рациональное трудоустройство;

3. Социальную реабилитацию:

- восстановление и поддержание социально полезных связей с учетом особенностей заболевания;
- оформление пенсий и социальных пособий больным туберкулезом;
- организацию бытовых условий проживания больных туберкулезом и инвалидов в связи с туберкулезом.

Мероприятия по медицинской реабилитации больных туберкулезом и лиц, состоящих на диспансерном учете в связи с туберкулезом, проводятся сотрудниками медицинской службы согласно плану диспансерного наблюдения и индивидуальной программы реабилитации (ИПР), разрабатываемой специалистами МСЭК⁴³.

Профессиональная реабилитация может осуществляться путем рационального трудоустройства, переобучения, исключения из условий труда всех неблагоприятных факторов. Выполнение работы с ограничением объема, предоставление дополнительных выходных дней позволяет вернуть к активной трудовой деятельности больных туберкулезом, уменьшить социальную недостаточность, предотвратить утяжеление инвалидности.

Профессиональная реабилитация больных туберкулезом осужденных имеет большое значение для ресоциализации осужденного. Рациональное трудоустройство в ЛИУ под медицинским наблюдением позволит больному адаптироваться к трудовой деятельности после длительного периода лечения (при лекарственно-устойчивом туберкулезе – до 24 месяцев) и в дальнейшем оптимально трудоустроиться после освобождения. Трудовую деятельность больных туберкулезом можно рассматривать и как метод восстановительного лечения – трудотерапия.

Расследование и учет несчастных случаев на производстве проводится в соответствии с требованиями действующего приказ Федеральной службы исполнения наказаний от 13 ноября 2008 г. № 624 «Об утвержде-

⁴³ Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации / под ред. М. В. Коробова и В. Г. Помникова. – СПб.: Гиппократ, 2003. – С. 235.

нии новой системы оплаты труда гражданского персонала федеральных бюджетных и казенных учреждений уголовно-исполнительной системы) (с изменениями и дополнениями)

Активный труд (при отсутствии противопоказаний) способствует улучшению вентиляции легких и уменьшению выраженности остаточных посттуберкулезных изменений в легких больного.

В задачи трудотерапии входит:

– применение различных видов дозированного труда в целях лечебного воздействия на больного, создания благоприятных условий для достижения стойких результатов лечения, повышения и закрепления трудоспособности больных;

– трудовое обучение с целью освоения больными новой профессии, соответствующей степени их трудоспособности.

Рациональное трудоустройство больного туберкулезом начинается с оценки его трудоспособности. В оценке трудоспособности больных с затихающим или клинически излеченным туберкулезом легких решающее значение могут иметь характер работы (степень физического и нервно-психического напряжения), а также условия производственной среды. Больным противопоказана, в частности, работа в ночную смену, на открытом воздухе, в запыленных цехах, связанная с профессиональными вредностями. Однако в виде исключения больным с клинически излеченным процессом и минимальными нарушениями функции системы внешнего дыхания с учетом многолетней работы в ночную смену последняя может быть разрешена. Больным туберкулезом легких противопоказана работа с большим физическим напряжением, в неблагоприятных метеоусловиях, особенно при развитии у них легочной недостаточности, а также при неустойчивой компенсации процесса. Противопоказаны подземные и кессонные работы, а также целый ряд профессий, специально оговоренных по эпидемиологическим причинам.

Правильное трудоустройство не всегда предусматривает перевод больного на работу другой профессии; в ряде случаев необходимо лишь изменение условий труда. В частности, следует освобождать слесарей-станочников от обработки крупных деталей в немеханизированных цехах и переводить их на обработку мелких деталей; деревообделочников – от ручной распиловки досок, брусьев. В текстильном производстве целесообразно предоставлять больным туберкулезом легких работу с сортами тканей и пряжи, при обработке которых нет значительного выделения пыли. Перемена рабочего места может избавить больного туберкулезом легких в соответствующих случаях от контакта с красками и растворителями, пребывания на сквозняке, в условиях высокой температуры, сырости, плохого освещения, запыленности, чрезмерного шума и т. п.

Больные с неустойчивой компенсацией, недавно перенесшие обострение, выписанные из больницы после оперативного лечения и при-

ступающие к исполнению служебных обязанностей, переводятся на работу с сокращенным рабочим днем. Рациональное трудоустройство предусматривает перевод на работу, которая доступна больному по состоянию здоровья и одновременно позволяет использовать его профессиональные знания и опыт.

Среди проблем, от решения которых зависит снижение темпов распространения туберкулеза, особое место занимает подготовка осужденных, больных туберкулезом, к освобождению. Начинать ее необходимо за шесть месяцев до их освобождения. В нее должны входить все необходимые мероприятия, связанные с лечебной, организационной, профилактической и психологической работой, проводимой администрацией лечебных исправительных учреждений.

К сожалению, сохраняется проблема преемственности гражданского и пенитенциарного сектора здравоохранения в отношении больных туберкулезом, освобождающихся из учреждений УИС. Статистика за истекший год по различным регионам России свидетельствует, что только половина больных, освобождаемых из мест лишения свободы, доходит до региональных лечебных учреждений. В настоящее время какого-либо национального или регионального механизма, который обеспечивал бы надежное взаимодействие между этими двумя секторами, не существует.

Для туберкулезного больного, освободившегося из мест лишения свободы, очень важно не прерывать лечение, причем, именно теми препаратами, которые он получал в период отбывания наказания. Но, к сожалению, этот процесс очень часто прерывается, на что влияют и социальные, и экономические факторы. Следуя идее преемственности, больные туберкулезом, получив адекватную медицинскую помощь в лечебном учреждении и выйдя на свободу, должны перейти в гражданское лечебное учреждение, где продолжает лечение.

Еще 3–4 гг. назад в среднем восемь из десяти человек туда не обращались, неся в себе очаг заболевания. Многие из бывших осужденных (примерно до 30 процентов), не долечившись, повторно попадают в колонию уже с новой, злокачественной формой туберкулеза. Основной причиной является отсутствие средств, для существования и лечения. Так что это все-таки не только медицинская проблема, многое зависит от региональных властей, от тех программ, которые существуют именно на местном уровне относительно данной категории больных. Чтобы продолжать необходимое лечение, человек должен иметь какую-то социальную поддержку, не опасаясь из-за болезни лишиться средств существования.

С целью снижения отрывов больных туберкулезом от лечения и диспансеризации медицинскими учреждениями, оказывающими противотуберкулезную помощь, УИС в сотрудничестве с социальной службой, проводится ряд мероприятий. Осужденные, больные активным туберкулезом и подлежащие освобождению по истечении срока отбывания наказания,

заблаговременно ориентируются на продолжение лечения в условиях противотуберкулезных учреждений территориального здравоохранения. Учреждения УИС заблаговременно информируют территориальные противотуберкулезные службы по месту жительства осужденного, больного туберкулезом, а те в свою очередь проводят работу с семьями больных, объясняя необходимость дальнейшего лечения их родственников после освобождения. Практикуется непосредственная передача больных «из рук в руки». В день освобождения больным выдаются информационные буклеты, содержащие полную информацию с адресами и телефонами организаций, в которые можно обратиться за лечебно-консультативной помощью. При освобождении инвалидов по туберкулезу, получавших пенсию в учреждении социальный работник проводит разъяснительную работу – куда нужно обратиться, с какими документами по вопросам дальнейшего получения пенсии по прибытию к избранному месту жительства.

В ряде регионов установлена положительная, на наш взгляд, практика по продолжению лечения освобожденных, больных туберкулезом. Освобожденные этой категории, не имеющие жилья, по их согласию направляются администрацией лечебного исправительного учреждения в областную (городскую, районную) туберкулезную больницу для продолжения лечения, где могут находиться довольно продолжительные сроки. По сути, некоторые туберкулезные больницы органов здравоохранения, кроме своих задач, выполняют функции интернатов, где эти больные не только проходят лечение, но и проживают в течение длительного времени.

Важным условием борьбы с распространением туберкулеза могло бы стать создание специализированных противотуберкулезных учреждений, куда бы после освобождения могли направляться для лечения и проживания осужденные, больные туберкулезом, не имеющие жилой площади.

Актуальным вопросом остается лечение и социальная реабилитация больного наркоманией. Федеральным законом от 8 декабря 2003 г. № 162-ФЗ⁴⁴ из УК РФ был исключен институт принудительных мер медицинского характера, назначавшихся осужденным наркоманам. По мнению В. Курченко – «Попытка урегулировать обязательное лечение больных наркоманией только в рамках уголовного законодательства представляется неверной. Учитывая, что все формы принудительного лечения наркологических больных упразднены, требуются иные организация, методика и тактика лечения, которые в достаточной степени не разработаны. Сейчас сохраняется один режим прохождения лечения от наркомании: добровольный»⁴⁵.

⁴⁴ Российская газета. 2003, 16 декабря.

⁴⁵ Курченко В. Наркоман! Лечить нельзя, осудить невозможно // Законность. – 2004. – № 10. – С. 31.

2.2. Личность осужденных, отбывающих наказание в лечебных исправительных учреждениях

Личность – понятие многоплановое. Исследователи в это понятие вкладывают самое различное содержание. Однако, можно выделить два основных подхода: одни из них рассматривают личность как конкретного человека, носителя сознания⁴⁶, другие делают упор на социальное свойство индивида как на «...совокупность интегрированных в нем социально значимых черт, образовавшихся в процессе прямого и косвенного взаимодействия данного лица с другими людьми и делающих его в свою очередь субъектом труда, познания и общения»⁴⁷ оба подхода акцентируют внимание на содержательной стороне понятия «личность», представляющей собой единство индивидуально-значимых и социально-типических черт и качеств. «Для психологии – отмечает Е. В. Шорохова, – личность – это человек как носитель совокупности психических свойств и качеств, определяющих социально значимые формы деятельности и поведения»⁴⁸.

Каждый конкретный человек, – это не просто индивид со своими особенностями, а личность, интегрирующая социально-типические черты класса, этнической общности, группы. Чтобы понять конкретного индивида, надо изучать его как личность.

В Древней Греции слово «личность» (persona) обозначало маску (русское «личина»), которую надевал актер в театре, а затем самого актера и его роль. У римлян это слово употреблялось с указанием социальной функции или роли: личность отца, личность обвинителя, личность судьи и т. д. При употреблении слова «личность» повсеместно стали подразумевать «роль», которую играет в обществе тот или иной человек.

Различают две разновидности ролей: конвенциальные и межличностные⁴⁹.

Конвенциальные роли представляют собой стандартизированные права и обязанности – отец, мать, сын, начальник, руководитель и т. п. Отношения между людьми, присущие этим ролям, лежат на поверхности, и нет ничего легче, чем ошибиться, истолковывая по ним истинное содержание интересующей нас личности. Казалось бы, раз перед тобой начальник, которому подчиняются другие, то, следовательно, он наделен какими-то качествами, которые делают из него лидера. Однако это далеко не всегда так. Если мы, например, знакомимся с какой-нибудь семьей, то автоматически обращаемся к отцу как к главе семейства, и здесь мы также

⁴⁶ Платонов К. К. Личность и труд. – М., 1965. – С. 19.

⁴⁷ Кон И. С. Социология личности. – М., 1967. – С. 7.

⁴⁸ Шорохова Е. В. Теоретические проблемы психологии личности. – М., 1974. – С. 17.

⁴⁹ Ананьев Б. Г. Общие вопросы социологической и психологической теории личности / В кн.: О проблемах со временного человекознания. – М., 1977. – С. 229–252.

часто ошибаемся. Жизненные наблюдения и исследования показывают, что отец может играть очень много ролей: пользующийся доверием, честолюбец, трудяга, безответственный и т. д. Здесь мы наблюдаем наличие другого вида ролей. Это межличностные роли.

В отличие от конвенциональных межличностные роли выступают в виде прав и обязанностей, выполнение которых зависит от индивидуальных особенностей членов группы. Несмотря на свое «официальное» положение, отец, например, может не быть главой семьи. Здесь дает о себе знать социальный статус личности, то есть социальное положение человека в обществе. Другой, наиболее важной его составляющей является субъективная оценка людьми члена своего круга.

Важность названного феномена заключается в том, что на его основе формируется самооценка личности, лежащая в основе чувства собственного достоинства

Люди с развитым чувством собственного достоинства отличаются последовательностью действий. Они справляются со своими внутренними конфликтами, подавляют склонности, которые доставляют им неудобство, проявляют высокий самоконтроль. Это уравновешенные, тактичные, спокойные и независимые люди. Люди с пониженной самооценкой обладают противоположными качествами. В результате у тех и других формируются специфические свойства самосознания.

Самосознание – это, прежде всего, сознание себя в качестве устойчивой, более или менее определенной единицы, сохраняющей свою независимость и целостность в различных ситуациях. Самосознание – это образ «Я», установка по отношению к самому себе. Каждый человек, если у него нормально развито самосознание, сознает свои достоинства и недостатки, признает свои ошибки. Если же он отказывается от них полностью или хотя бы частично, то, чтобы поддержать свой уровень самосознания, в действие вступают механизмы психологической защиты. «Идея «психологической защиты», – пишет Ф. В. Бассин, – отразила совершенно реальную и важную сторону психической деятельности... Психологическая защита является нормальным, постоянно применяемым психологическим механизмом...»⁵⁰. На формирование личности оказывают влияние как деловые, так и личные отношения.

Конкретная социальная общность, в пределах которой люди непосредственно контактируют между собой (семья, сотрудники кафедры и т. п.) называется малой группой. Наиболее развитая социальная группа – коллектив. Основное назначение социальной группы – целенаправленное регулирование межличностных отношений в целях реализации интересов

⁵⁰ Бассин Ф. В. О силе «Я» и психологической защите // Вопросы психологии. – 1969. – № 2. – С 124.

группы. В социальной группе индивид находится в отношениях не только с другим индивидом, но и с множеством членов группы.

Положение человека в группе, его права и обязанности определяют статус личности. Поведение личности в соответствии с его общественным статусом называется социальной ролью.

Группа своими требованиями может усиливать или ослаблять отдельные свойства личности.

В своей микросфере человек вступает в непосредственные личные контакты. Возникают межличностные отношения, которые зависят не только от нравственно-психологических особенностей людей, но и от их социального статуса. Люди часто подавляют в себе те проявления, которые противоречат групповому мнению. Это явление называется конформностью (от лат. слова *conformis* – подобный). Чем выше степень единства в группе, тем выше требование конформности, тем меньше вероятность отклонений.

Человек придерживается той линии поведения, которая поддерживается, одобряется ближайшим к нему окружением, с которым он контактирует. И если в нем преобладают мнения, позиции и представления, противоречащие общепринятым нормам морали, то разделяя их, индивид вступает в конфликт с обществом и впоследствии с законом. Так, совместная преступная деятельность подростков оказывает на соучастников значительно большее разлагающее влияние, чем преступление, совершенное в одиночку. Подросток, приобщаясь к атмосфере преступной группы, подвергается быстрой десоциализации.

Социальные нормы являются важнейшими средствами социального воздействия на индивида, они используются обществом и группами для формирования необходимого им типа поведения и свойств личности.

В процессе деятельности, общения и взаимодействий в обществе и группах у личности вырабатывается нормативно-ценностная система – особое психологическое образование – важнейший компонент внутреннего мира личности, интегративная система внутренних регуляторов поведения человека. Формирование этой системы – основное направление социального развития личности как специфического в психологическом плане процесса становления гражданина.

Полнота и степень реализации прав и свобод во многом зависят от самой личности, от ее социальных установок, ценностных ориентации и других психологических свойств и качеств. Социально-правовая активность проявляется как способ самоактуализации личности, реализации ее внутреннего социально-политического и нравственного потенциала⁵¹.

⁵¹ Новик Ю. И. Психологические проблемы правового регулирования. – Минск, 1989. – С. 87–89.

Рассмотрим особенности осужденных, отбывающих наказание в лечебных исправительных учреждениях, с точки зрения их личностных характеристик, так как невозможно исправить осужденного без выявления тех особенностей человеческих качеств, которые привели его к совершению преступления.

Среди сведений, касающихся социально-демографической характеристики осужденных, рассматриваются пол, возраст, семейное положение, трудоспособность и состояние здоровья, образование и род занятий. В большинстве своем осужденные – выходцы из неблагополучных социальных групп, они, как правило, росли в неполноценных семьях. По статистическим данным более половины осужденных, больных туберкулезом, воспитывались только одним родителем или родственниками.

Исследование семейного положения осужденных выявило, что 57,4 % больных туберкулезом осужденных в браке не состояли, 18 % – в браке состояли, 16,8 % – разведены и 7,8 % были в гражданском браке.

Приведем некоторые данные из исследований относительно возраста осужденных больных туберкулезом: 6 % – до 20 лет; 10 % – 20–24 гг.; 17 % – 25–29 лет; 37 % – 30–39 лет; 20 % – 40–49 лет; 8 % – 50–54 гг.; 2 % – 55 лет и старше. Как видим, больший процент осужденных больных туберкулезом приходится на возраст от 30 до 40 лет. Практически все осужденные данной категории имеют пристрастие к алкоголю, курению, наркотикам. От других групп осужденных, осужденные больные туберкулезом, отличаются и другими социально-демографическими характеристиками и признаками. Как правило, это люди с непостоянной работой и нестабильным заработком, не стремящиеся завести семью, зависимые от алкоголя, наркотических и иных дурманящих средств, отбившиеся от общесоциальных общественных норм. Именно такой образ жизни обуславливает категорию осужденных, больных туберкулезом, как наиболее уязвимую в криминогенном отношении и соответственно в большем объеме нуждающуюся в конкретной социальной помощи, коррекции и реабилитации как в процессе отбывания наказания, в том числе и лечения, так и после их освобождения. Уровень образования большинства осужденных, больных туберкулезом, также очень низок, что объясняет их медицинскую безграмотность, невнимательное отношение к своему здоровью, и тот факт, что многие из них узнают о своей болезни лишь при прохождении обследования уже в исправительном учреждении.

Анализ уровня образования больных туберкулезом осужденных показал, что среднее образование имеют 89,4 % осужденных, начальное 6,3 %, высшее 2,4 %, неграмотных 1,9 % осужденных. По уровню образования можно отметить, что большинство осужденных, больных туберкулезом, имеют среднее образование.

Уголовно-правовая характеристика осужденных рассматривает те дефекты личности, которые привели к преступлению и с которыми надо бороться в первую очередь. Также к числу таких сведений должны быть отнесены данные о квалификации совершенного осужденным преступления, о его роли в преступлении и сроке отбывания наказания.

При криминологической классификации преступления подразделяются на корыстные, корыстно-насильственные, насильственные и неосторожные. Также здесь отмечается число судимостей осужденного, что определяет степень опасности осужденного для общества. Уголовно-исполнительская характеристика формируется в процессе отбывания наказания осужденным. Изучаются изменения, происходящие в поведении осужденного под влиянием воспитательной работы и труда. Отмечаются средства воздействия при исправлении осужденного, оказавшие наиболее эффективное влияние.

Что касается преступных характеристик осужденных, больных туберкулезом, то стоит отметить, что ведомый ими образ жизни – отсутствие постоянной работы и стабильного заработка, а значит, средств, к существованию, вынуждает их совершать кражи и грабежи. Около 42 % таких осужденных – это лица, совершившие кражи.

Однако, анализируя уголовно-правовую характеристику осужденных, отбывающих наказание в ЛИУ, нельзя оставить незамеченным и тот факт, что около 30 % осужденных представляют собой очень высокую опасность для общества: каждый девятый из них осужден на лишение свободы за умышленное причинение тяжкого вреда здоровью или убийство, каждый пятый – за насилие, грабеж, разбой или хулиганство. По срокам отбывания наказания, назначенных судом, осужденных можно распределить таким образом: до одного года – 2 %; от одного года до трех лет – 38 %; от трех до пяти лет – 32 %; от пяти до десяти лет – 23 %; более десяти лет – 5 %.

Наглядно видим, что наибольший процент больных осуждены на отбывание срока до трех лет. Этот факт подтверждает, что среди осужденных, больных туберкулезом, большинство сидят за совершение кражи. Что касается режимов отбывания наказания в лечебных исправительных учреждениях, то здесь могут содержаться осужденные к лишению свободы в колониях различных режимов. Анализ показывает, что в колониях общего режима содержатся 30% осужденных, строгого – 68%. особого – 2%.

Стоит отметить, что поведение и отношение осужденных, больных туберкулезом, зависит и от их возраста. Как правило, осужденные старше сорока лет более ответственно относятся к лечению и ведут правопослушный образ жизни, тем самым получая больше поощрений. Из этого можно сделать вывод, что снижение правонарушений среди осужденных, больных туберкулезом, более старшего возраста связано осознанием ценности жиз-

ни и опасности заболевания, следовательно, и соблюдением порядка отбывания наказания и своевременности лечения. Более молодые осужденные, в силу своего возраста, психологических переживаний, связанных с адаптацией на новом месте, могут не ощущать или не воспринимать всерьез признаки болезни. Как правило, они стремятся утвердиться в обществе осужденных, быть более активными, поддерживать групповые формирования. И чаще всего их поведение противоречит требованиям режима, установленного в исправительном учреждении. Это приводит к затруднениям и в лечении таких осужденных, особенно на ранних стадиях заболевания.

Отметим и тот факт, что некоторые осужденные, больные тяжелой степенью туберкулеза, даже в стенах лечебного исправительного учреждения продолжают поддерживать «воровские традиции». Они стремятся оказывать влияние на других больных осужденных, формируют у них мнение о медицинских работниках и администрации учреждения, методах лечения.

Что касается реализации прав осужденных, больных туберкулезом, в лечебных исправительных учреждениях, то здесь стоит отметить, что не все осужденные используют их в полной мере. К правам осужденных относятся, например, свидания, получение посылок и передач, приобретение продуктов питания и предметов первой необходимости.

По данным проведенных исследований, в ЛИУ практически половина больных осужденных не используют право на длительные свидания. Медико-психологическую характеристику осужденным, отбывающим наказания в ЛИУ, дадим на основе их классификации по медицинским признакам, которые учитывают степень заболевания и период лечения. В лечебных исправительных учреждениях практикуется трехэтапная система противотуберкулезной помощи осужденным.

Первый этап – это стационарное лечение, где проводят полный курс по оздоровлению больного.

Второй этап – амбулаторное лечение.

И третий этап состоит из диспансерного наблюдения.

Естественно, что наибольшая работа проводится с осужденными, больными туберкулезом, находящимся на стационарном лечении, и они составляют около 20 % от общего числа больных туберкулезом осужденных. В большинстве своем, находящиеся здесь осужденные относятся к лечению ответственно и добросовестно. Медицинская помощь, предоставляемая в исправительных учреждениях амбулаторно, является ведущей в отечественном здравоохранении, в том числе и ведомственном. Эффективность работы амбулаторно-поликлинических учреждений, качество амбулаторной помощи во многом зависят от правильной, научно обоснованной и рациональной организации их деятельности. На амбулаторном лечении, как правило, находятся осужденные, больные туберкулезом, которые узнали о своем диагнозе на начальных сроках своего пребывания

в колонии или даже в следственном изоляторе. К сожалению, более половины из них к лечению относятся отрицательно и считают лечение неэффективным, и лишь 42 % считают лечение необходимым. Обычно отказываются от лечения осужденные, больные туберкулезом, уже бывшие ранее судимыми и проходившими курс лечения в предыдущих местах лишения свободы. По их мнению, они уже достаточно долго лечились, но это не дало положительных результатов. Как правило, с желанием лечиться проходят курс оздоровления в лечебных исправительных учреждениях осужденные, больные туберкулезом, у которых болезнь перешла в активную форму и стала сказываться на их общем физическом состоянии. К числу факторов, отрицательно влияющих на состояние здоровья осужденных, относятся посягательства на здоровье, а в некоторых случаях и на жизнь осужденных со стороны других отбывающих наказание. Специфика взаимоотношений осужденных, каковость определяют агрессивность осужденных более высокого криминального уровня по отношению к молодым. Это проявляется в различных формах насилия, в том числе и сексуального характера, присвоении ими продуктов питания и т. д., такие ситуации угнетают поддающихся насилию, отражаются на психологическом самочувствии и в конечном итоге на уровне заболеваемости. Установлена зависимость заболеваемости туберкулезом контингента исправительных учреждений от режима их содержания. Чаще всего туберкулезом заболевают осужденные, находящиеся на тюремном, усиленном и строгом режимах содержания.

Среднегодовой показатель заболеваемости осужденных тюремного режима за 5 лет превысил аналогичный показатель среди всего контингента исправительных учреждений на 23,8 %.

Заболеваемость осужденных, находящихся на строгом режиме содержания, в среднем превышает показатель заболеваемости всего контингента исправительных учреждений на 11 %.

Наиболее низкая заболеваемость отмечалась в женской колонии, которая в 9,8 раза была ниже заболеваемости всего контингента исправительных учреждений.

Длительность нахождения в местах лишения свободы является одним из факторов, влияющих на уровень заболеваемости туберкулезом. Большая часть осужденных (69,8 %) заболевают туберкулезом на 2-м и 3-м году пребывания в исправительном учреждении, а 19,2 % – даже на первом году, и только у 11,5 % специфический процесс развивается в более поздние сроки.

Режим содержания и длительность пребывания в исправительном учреждении не только повышают вероятность контакта с туберкулезной инфекцией, но и ведут к истощению адаптационно-приспособительных

процессов на хроническую стрессовую реакцию и развитию вторичного иммунодефицита у осужденных.

Стоит также отметить, что кроме туберкулеза у осужденных нередко наблюдаются и сопутствующие заболевания, отягощающие их физическое состояние.

По данным проведенных исследований выявлен рост числа больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией: за 3 года число их возросло на 23 %, снизилось количество больных алкоголизмом на 36 %, больных психическими расстройствами (в 2015 г. на 31 % меньше, чем в 2014 г.), лиц с дефицитом массы тела – на 46 %.

Первые три места в структуре заболеваемости занимают болезни органов дыхания, пищеварения и психические расстройства (суммарно 53 % заболеваемости). Несомненно, характеризуя медико-психологические особенности осужденных, больных туберкулезом, стоит отметить отношение больных к своему здоровью после освобождения. Так, анализ данных лечебных исправительных учреждений и противотуберкулезных диспансеров показал, что 32 % осужденных, больных туберкулезом, после освобождения добровольно обратились в противотуберкулезные диспансеры, и за ними осуществлялось наблюдение; 68 % больных туберкулезом в указанные учреждения не обращались. По сведениям противотуберкулезных диспансеров многие из освобожденных, больных туберкулезом, не вставали на диспансерный учет в связи с отсутствием у них места жительства. Выезды медицинских работников по предполагаемому месту жительства освобожденных, больных туберкулезом, в связи с их неявкой в противотуберкулезные диспансеры для постановки на учет показали, что наибольшее число больных по адресам, указанным в извещениях учреждений уголовно-исполнительной системы, не проживали. Причинами заболевания осужденных стали, как правило, увлечение наркотическими, дурманящими веществами, пристрастие к алкоголю и курению, отсутствие определенного места жительства, безответственное отношение к своему здоровью, незнание и несоблюдение элементарных правил личной гигиены. Среди осужденных также наблюдается целенаправленное нанесение вреда здоровью, с целью попадания в лечебную часть. Причиной этому служит мнение о том, что режим содержания осужденных в больнице мягче. Однако некоторые осужденные, больные туберкулезом, постоянно жалуются и предъявляют претензии на недостаточное внимание со стороны лечящего персонала и несоответствие оказываемой помощи нормам международных требований. Скорее всего, это связано лишь с желанием обострить отношения с сотрудниками исправительного учреждения.

Анализ патогенеза при злоупотреблении психоактивными веществами показывает, что начало систематического употребления наркотических веществ, становится мощным фактором стремительных изменений в жиз-

ни наркомана, формирования специфических черт поведения и образа жизни. Начало употребления наркотиков приводит к кардинальному изменению отношения человека с Собой, Другими, Культурой, Природой, Богом. Очевидно, что, не зная специфики и глубины личностных и психических трансформаций при наркомании, невозможно построить эффективную и научно обоснованную систему первичной, и тем более, вторичной профилактики наркомании. Однако, несмотря на всю актуальность изучения психологических особенностей наркоманов периода взросления, подобные исследования крайне недостаточны, а имеющиеся данные – фрагментарны. Отсутствие сколько-нибудь значительного массива отечественных данных о психологических особенностях наркоманов объясняется, на наш взгляд, тем, что вся проблематика наркомании долгое время была предметом деятельности преимущественно работников правоохранительных структур и органов здравоохранения.

Отсюда – и явный дефицит эмпирических исследований, выполненных с позиций юридической психологии. С другой стороны, анализ развития наркомании в возрасте от 13 до 30 лет показывает, что процесс формирования наркомании имеет несколько стадий, каждая из которых характеризуется своими специфическими изменениями в психике и личности. Однако объектом психологических исследований личность наркомана становится, как правило, на поздних стадиях наркотизации. Каково влияние наркотика на личность на этапе экспериментирования, на этапе эпизодического употребления или на этапе латентной наркотизации? Достаточных данных для достоверных ответов на эти вопросы нет. Отсюда и фрагментарность современных представлений о психологических особенностях наркоманов. Существенная трудность заключается также в том, что существует ряд общих черт, свойственных людям, злоупотребляющим разными видами психоактивных веществ, например, наркотиками и алкоголем. Это такие черты как слабое развитие самоконтроля, самодисциплины, низкая устойчивость к всевозможным воздействиям, неумение прогнозировать последствия действий и преодолевать трудности, эмоциональная неустойчивость и незрелость, склонность неадекватно реагировать на фрустрирующие обстоятельства, неумение найти продуктивный выход из психотравмирующей ситуации⁵².

Это часто приводит к неоправданному обобщению данных, полученных на разных выборках, и утрате специфичности исследуемого

⁵² Гульдман В. В., Шведова М. В. Психологический анализ мотиво-образующих факторов наркотизации подростков // Саморазрушающее поведение у подростков. – Л.: Изво «Ленинградский психоневрологический институт», 1991; Психологические особенности наркоманов периода взросления (опыт комплексного экспериментально-психологического) / под ред. С. В. Березина, К. С. Лисецкого. – Самара: Изд-во «Самарский университет», – 1998.

предмета. Конечно, в поведении лиц, страдающих алкоголизмом и различными типами наркоманий много общего, однако даже незначительный опыт работы с наркоманами убеждает, что психология алкоголизма и наркоманий принципиально различна. По выражению наркомана, анализирующего свое алкогольное прошлое и наркоманское настоящее, «алкоголик решает проблему счастье – несчастье, а наркоман – проблему жизни и смерти» Еще одной проблемой, неизбежно возникающей при исследовании психологических особенностей наркоманов, является проблема метода. Подавляющее большинство современных данных о специфике психологического склада наркоманов получены с помощью стандартизированных методик (тесты-опросники, шкалы и другие) в условиях амбулаторного или стационарного лечения. Мы полагаем, что данные, полученные таким образом, недостаточно надежны и экологичны. В связи с этим, особый интерес на наш взгляд представляют данные, полученные с помощью проективных методик, а также данные включенного наблюдения за поведением наркоманов в процессе психотерапии. Наблюдения за наркоманами, а также данные проективных методик показали, что опийные наркоманы склонны к нарциссизму и к пассивному поведению, а также к сильному стремлению получить удовольствие, такие личности не выносят никакого напряжения, не переносят боли, разочарования и ожидания.

Данные о психологических особенностях наркоманов на стадии экспериментирования и эпизодического употребления наркотиков, которые были получены нами позволяют выделить следующие черты личности молодых людей, которые выступают предпосылкой дальнейшего развития наркомании:

- эмоциональная незрелость;
- неполноценная психосексуальная организация;
- агрессивность и нетерпимость;
- слабые адаптационные способности;
- склонность к регрессивному поведению;
- сниженная способность к искреннему общению с партнером

и т. д.⁵³

И. Н. Пятницкая указывает на недостаточную социальную адаптацию будущих наркоманов, особенно в сложных условиях⁵⁴.

В более поздний период развития наркотической зависимости, вследствие нравов и привычек наркоманов, реакций семьи и более широ-

⁵³ Психологические особенности наркоманов периода взросления (опыт комплексного экспериментально-психологического) / под ред. С. В. Березина, К. С. Лисецкого. – Самара: Изд-во «Самарский университет», 1998.

⁵⁴ Пятницкая И. Н. Наркомании. – Л.: Медицина, 1994.

кого социального окружения первичная личность начинает изменяться. Внутренние конфликты обостряются, а слабая психическая адаптация становится все более очевидной. Последствия хронического употребления наркотиков приводят к усилению пассивности и лени, безразличию к своему внешнему виду, к бесплодному фантазированию и невозможности принятия решения, а также к абсолютной неспособности к длительным усилиям. Вторичными последствиями являются нелегальное приобретение наркотиков, подделка рецептов, обман без всяких ограничений членов семьи, друзей, врачей, и, в конце концов, конфликт с законом. Этическая деградация является отличительной чертой хронического наркомана.

Исследования особенностей жизненного пути наркоманов показали, что наркомания формируется преимущественно в подростковом возрасте у лиц с выраженными тенденциями к самоутверждению и не располагающими необходимыми для этого психологическими ресурсами, а также стремящихся к немедленному выполнению своих претензий.

Более того, речь идет о людях, отличающихся пониженной способностью к длительной, целенаправленной деятельности, раздражительностью, склонностью к избыточному фантазированию, демонстративному проявлению чувств, подражанию, лжи. Это дает основание предполагать нарушение у наркоманов равновесия между потребностями и возможностями. Важно, что степень выраженности личностных изменений у наркоманов, их особенности в значительной степени обуславливаются нарушениями родительского отношения и воспитания. В. Будзинский отмечает низкий общеобразовательный и культурный уровень, недостаток развития духовных аспектов личности наркоманов, низкую самооценку и неудовлетворенность жизнью.

Считается, что потребность в повторной наркотизации обуславливается формированием опыта личности с образованием доминирования в сознании представления о прошлом наркотическом опьянении, с помощью которого купировались проявления психического дискомфорта, либо вызывалось состояние эйфории, сопровождающееся временным повышением настроения, бодрости, работоспособности, ослаблением переживания реальности, ее напряженности⁵⁵.

Кроме того, действие наркотиков изменяет и даже прерывает единство временной системы, подавляя будущее, прошедшее, одновременно изменяя и систему актуального настоящего, заменяя ее потоком неуправляемых образов, влияющим на поведение, сферу удовольствий, желаний, с их преобладанием над реальным. Все эти эффекты достигаются в состоянии наркотического опьянения и, таким образом, у субъекта формируется потребность в подавлении указанных систем личности и сознания.

⁵⁵ Шабанов В. А. Руководство по наркологии. – СПб.: Лань, 1998.

Один из наркоманов, проходивших курс реабилитации, так выразил свое субъективное отношение к изменению временной перспективы и восприятию времени в состоянии наркотического опьянения: «Одной ногой в будущем, которого нет, другой ногой в прошлом, которого тоже нет, и все время писаешь на свое настоящее, а чтобы не чувствовать мокрых штанов – жрешь наркотик...»

На наш взгляд, необходимо установить применение административно-медицинских мер принудительного лечения общественно опасных наркоманов. Такое лечение должно применяться на основании решения суда. При назначении принудительного лечения следует исходить, прежде всего, из того, что оно имеет определенные цели. Это излечение, улучшение психического состояния, предупреждение потребления наркотиков в немедицинских целях. Вопросам лечения наркоманов значительное внимание уделяет и международное сообщество. В ст. 3 Конвенции ООН 1988 г. о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ, подчеркивается возможность предусмотреть в дополнение к осуждению или наказанию применение в отношении правонарушителя таких мер, как лечение, последующее наблюдение за ним или социальная реинтеграция.

Подводя итог, можем сказать, что эта категория осужденных отличается не только наличием у них диагноза «туберкулез», «наркомания», «алкоголизм» но и общим ослабленным состоянием здоровья, некоторыми психическими расстройствами. Существуют объективные и субъективные факторы, негативно влияющие на физическое и психическое здоровье осужденных и на качество их жизни, что существенно затрудняет не только лечение, но и исправление осужденных в местах лишения свободы.

В лечебных исправительных учреждениях содержатся очень разные по уголовно-правовым, социально-демографическим и другим признакам осужденные. Это является одной из причин возникновения всевозможных группировок среди осужденных, в которых ведется борьба за лидерство. Данные группировки влияют на оперативную обстановку колонии и отношение осужденных к режиму, лечению, труду и другим воспитательным средствам. В результате происходит социальное расслоение среди осужденных. К этому приводит и отсутствие занятости трудом большинства больных осужденных, что значит отсутствие у них денежных средств на приобретение предметов первой необходимости и продуктов питания. По этой причине многие из них вынуждены выполнять требования лидеров групп, тем самым «зарабатывая» средства для своих нужд.

Неизбежно подобные действия осужденных приводят к различного рода нарушениям и взысканиям за них. Нарушения, совершаемые осужденными в ЛИУ, практически не отличаются от нарушений, совершаемых осужденными в любых других колониях. Это могут быть и межличност-

ные конфликты, употребление алкоголя и наркотических средств, хранение запрещенных предметов, грубое и вызывающее поведение и прочее.

Согласно данным различных исследований, практически половина осужденных, находящихся в лечебных исправительных учреждениях, имеют взыскания. В том числе и водворение в штрафные изоляторы, переводы в помещения камерного типа или одиночные камеры.

Однако среди нарушений осужденных, больных туберкулезом, находящихся в лечебных исправительных учреждениях можно отметить и отказ от лечения и процедур, необходимых для оздоровления больного. Зачастую такие осужденные вступают в конфликт с администрацией и медперсоналом, и их численность составляет примерно 3 % от общего количества осужденных.

В центре наркотической преступности находится сбытчик наркотиков, в частности – изготовитель, в целях сбыта и сбывающий указанные вещества. Он представляет источник наркотизма, и конечный путь оборота наркотиков, – их реализацию, что приводит к заболеваемости наркоманией. В данном случае сбытчик наркотических средств корыстно заинтересован распространять большее количество наркотиков, тем самым расширяя круг потребителей.

Поэтому, чтобы эффективно противостоять распространению наркомании и злоупотреблению наркотиками, необходим комплексный подход, во-первых, уголовно-правовых мер, направленных на жесткое пресечение всех действий, связанных с распространением наркотиков, а во-вторых, медицинских и социальных мер.

Поэтому можно сказать, что не только условия, создаваемые в местах лишения свободы для осужденных, но и образ жизни и поведение большинства осужденных являются предпосылками и причинами возникновения и прогрессирования различного вида заболевания среди осужденных, отбывающих наказания в ЛИУ.

2.3. Сравнительно-правовой анализ статуса персонала лечебных исправительных учреждений

На данный момент проблема правового и социального обеспечения, а также проблема приоритета профессионального заболевания сотрудника ЛИУ недостаточно изучена. Уже в древние времена изучались профессиональные заболевания, такими учеными как Аристотель, Лукреций, Плутарх, Овидий. В их трудах описывались данные о клинической картине заболеваний и указания на высокую смертность рабочих. В России тему охраны здоровья поднимали в своих трудах такие ученые как М. В. Ломоносов, А. Н. Никитин. А. Н. Никитин является основоположником гигиены труда и профессиональной патологии в России. В своей книге

«Болезни рабочих с указанием профилактических мер» (1847) он описывает условия труда более 100 профессий, а в журнале «Друг здоровья» печатаются его статьи о мерах профилактики профессиональных болезней⁵⁶.

О влиянии условий труда на здоровье и физическое развитие рабочих обращает внимание Ф. Ф. Эрисман, в книге «Профессиональная гигиена или гигиена умственного и физического труда» (1887)⁵⁷.

Не маловажную роль в охране здоровья работающего населения сыграла Международная организация труда (МОТ). На одной из конференций МОТ 1925 г., была принята Конвенция № 18, представлявшая собой первый список профессиональных болезней, состоящий всего из трех заболеваний. Со временем этот список пополнялся. Уже на конференции в 1964 г. была принята Конвенция № 121, в которой оговаривались основные правила компенсаций за повреждения, полученные на производстве.

Перейдем к тому, что же такое профессиональная болезнь (профессиональное заболевание) – это группа заболеваний, возникающих исключительно или преимущественно в результате воздействия на организм неблагоприятных условий труда и профессиональных вредностей⁵⁸.

Список профессиональных инфекционных заболеваний не так велик. По рекомендациям Международной организации труда, в их перечень входит такое заболевание как туберкулез. Также, Постановлением Правительства Российской Федерации, туберкулез является социально значимым заболеванием, которое представляет опасность для окружающих⁵⁹. Профессиональное заболевание должно иметь значение как законодательное, так и страховое. Так, при заболевании туберкулезом, для сотрудника ЛИУ не наступит страхового случая ввиду того, что это не профессиональное заболевание. Даже если получится доказать обратное в Положении о службе в органах внутренних дел РФ нет такого понятия как «профессиональное заболевание» и оно не имеет юридической силы при определении причинной связи заболевания с прохождением службы в УИС.

В своей работе сотрудники ЛИУ нередко контактирует с инфекционными больными, инфицированными материалами и прочими биологическими факторами, которые могут послужить источником заражения. Нужно напомнить, что в ЛИУ содержатся осужденные больные не только,

⁵⁶ Артамонова В. Г., Мухин Н. А. Профессиональные болезни: учебник. – М.: Медицина, 2010. – С. 291.

⁵⁷ Бабанов С. А. Образ жизни медицинских работников // Врач, 2007. – № 3. – С. 9.

⁵⁸ Амиров Н. Х. Профессиональные заболевания медицинских работников: метод. пособие. – Казань, 2008. – С. 53.

⁵⁹ Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих: постановление Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 № 715 (в ред. от 13.07.2012) [Электронный ресурс] // Справочная правовая СПС «Консультант Плюс» (дата обращения: 08.04.2017).

туберкулезом, но инфекциями и паразитарными заболеваниями, такие как вирусные гепатиты, микозы кожи, ВИЧ-инфекция, а также дисбактериоз, кандидоз и другие болезни в такой ситуации болезнь, полученная в данной среде должна иметь статус профессиональных⁶⁰. Такому риску сотрудники ЛИУ подвержены ежедневно. Рассмотрим правовые гарантии сотрудников, которые выполняют свои служебные обязанности в ЛИУ более подробно.

Медицинский персонал, сталкивающийся с пациентами, которые больны туберкулезом открытой формы, на 22 % больше рискуют заразиться этой болезнью, чем обычный человек, который не сталкивается с носителями такого заболевания. Риск профессионального заражения этой болезнью, прежде всего, связан с интенсивностью влияния на медицинский персонал аэрозолей. Если помещение небольшое по площади, тесное для работы, при этом увеличивается плотность инфекционных частиц и замедляется процесс их вычищения в комнате. Люди, находящиеся в одной комнате и непосредственном контакте с человеком, который инфицирован палочкой Коха, примерно в 30 % случаях заражается этой болезнью.

После контакта с носителем, примерно у 2–10 % людей в течение года будут проявляться симптомы этого заболевания.

Анализируя стаж работы людей, работающих с инфицированными больными, показал, что заражению туберкулезом подвергаются люди, которые имеют стаж работы свыше 10 лет в этой среде. А те, кто проработал до десяти лет – подвержены меньше. Это объясняется тем, что у людей, работающих долгое время с лицами, больными туберкулезом, подавляется иммуноген, иммунный ответ. Если говорить другими словами, то это реакция нашего организма на вирусы, способствующая борьбе с поступившим вирусом.

Деятельность медицинских работников мест лишения свободы по охране здоровья осужденных имеет свои особенности. Кроме того, положение сотрудника (работника) УИС предполагает дополнительные меры социально-правовой защищенности.

Хочется сказать, что при реформировании в УИС параллельно произошли изменения в системе так называемой «пенитенциарной медицины». Изначально медицинские санитарные части (далее – МСЧ) были под руководством начальника колонии, на территории какого ИУ они находились. С 2012 г. МСЧ исправительных колоний стали находиться под руко-

⁶⁰ Баке М. Я., Лусс И. Ю., Спружа Д. Р., Кузнецова В. М., Русаков Н. Е. Факторы риска здоровья медицинских работников // Медицина труда и промышленная экология, 2009. – № 3. – С. 29.

водством Министерства здравоохранения, но при этом в ведении директора ФСИН России.

Нужно отметить, что медицинский персонал делится на две группы – вольнонаемные работники и аттестованные сотрудники, имеющие специальные звания.

Социально-правовая защищенность вольнонаемных медицинских работников и аттестованных сотрудников УИС закреплена в ряде нормативных правовых актов, регулирующих условия труда любых медиков (ст. 350 Трудового кодекса РФ) и особенности оказания медицинской помощи осужденным⁶¹.

Указанные нормы предполагают сокращенный рабочий день медицинских работников, увеличение продолжительности ежегодного оплачиваемого отпуска, досрочное назначение им трудовой пенсии по старости и другие меры.

Помимо общих правовых гарантий для медиков-сотрудников меры социально-правовой защищенности предусмотрены в уже упоминавшемся Законе РФ «Об учреждениях и органах, исполняющих уголовные наказания в виде лишения свободы» (ст. 32-37), других федеральных законах, большом количестве подзаконных нормативных правовых актов. Порядок предоставления указанных мер определяется ведомственными приказами⁶². Кроме льгот, гарантий и компенсаций, предусмотренных всем сотрудникам УИС, существуют дополнительные, установленные специально для медицинских работников работающими с больными туберкулезом.

С чем же сталкивается сотрудник отдела безопасности (далее – ОБ) ЛИУ каждый день на своей работе? Это ни для кого не является секретом. Он несет службу в дежурной смене, при этом исполняет свои обязанности целые сутки: проводит обыскные мероприятия в среде, где имеются личные вещи больных туберкулезом осужденных, личные досмотры инфицированных лиц, досмотр продуктов питания. И здесь отметим, что многие больные осужденные отказываются принимать противотуберкулезные препараты, тем самым создавая угрозу заражения как других более здоровых осужденных, так и сотрудников. Это поведение обусловлено желанием отбывать наказание в ЛИУ, а не в других ИУ. Так как для больных осужденных создаются все льготные условия для проживания, и как они

⁶¹ О трудовых пенсиях в Российской Федерации: Федеральный закон от 17 декабря 2001 г. № 173-ФЗ (в ред. от 19.11.2015) [Электронный ресурс] // Справочная правовая СПС «Консультант Плюс» (дата обращения: 19.04.2017).

⁶² «Об утверждении Инструкции о порядке применения Положения о службе в органах внутренних дел Российской Федерации в учреждениях и органах уголовно-исполнительной системы»: приказ Минюста России от 06 июня 2005 г. № 76 (в ред. от 28.12.2016) [Электронный ресурс] // Справочная правовая СПС «Консультант Плюс» (дата обращения: 02.04.2017).

выражаются «они живут как в санатории». Прежде чем рассмотреть последствия проведения подобных мероприятий, рассмотрим более подробно понятия «досмотр» и «обыск». Эти мероприятия являются основополагающими факторами нормального функционирования ЛИУ, так как они дают возможность пресечения появления и устранения запрещенных предметов, особенно психотропных и наркотических средств, на территории ЛИУ. Также необходимость проведения досмотров и обысков регламентировано законодательством РФ. С. Д. Аверкин считает, что обыск – это поисковые действия сотрудников УИС, которые направлены на обнаружение и изъятие у осужденных предметов, продуктов, веществ, запрещенных к использованию на режимной территории ИУ. Досмотр – это поисковые действия сотрудников УИС, направленные на обследование вещей осужденных, а также посылок, передач и бандеролей, транспортных средств, лиц, входящих на режимную территорию, а также их вещей, целью которых является обнаружение, изъятие запрещенных предметов⁶³.

Таким образом, проведение обыскных мероприятий в ЛИУ в отношении осужденных больных открытой прогрессирующей формой туберкулеза является опасным для здоровья и жизни сотрудников дежурной смены. Ведь повседневно осуществляется контакт на очень близком, опасном расстоянии. В учреждении содержится весьма недоброжелательный состав больных осужденных, которые целенаправленно способствуют заражению сотрудника, выполняющего свои служебные обязанности, связанные с соблюдением распорядка дня осужденными. Соответственно, следует отметить, что ежедневно сотрудники ЛИУ, а в частности сотрудники дежурной смены сталкиваются с потенциальной опасностью. Под опасностью общепринято понимать вероятность, возможность того, что может произойти какой-то вред. Конкретного определения опасности в УИС не существует. Поэтому мы будем руководствоваться общепринятым определением. Собственно говоря, нас интересует потенциальная опасность, так как именно болезнь туберкулез выступает фактором, который в среде ЛИУ, возможно, может поразить организм сотрудника, а то и нет! Хотя многие авторы учебных пособий, научных работ, статей рассматривают опасность из трех составляющих таких как, предопасность, собственно опасность и последствия. В свою очередь предопасность может выступать в нескольких формах.

⁶³ Аверкин С. Д. Использование результатов режимных мероприятий (досмотра и обыска), проводимых в ИУ, в расследовании преступлений: автореф. дис... к-та. юрид. наук. – Люберцы, 2009. – С. 23.

Р. З. Усеев отмечает, что предопасность выступает в форме возможности. Возможность – это способность неразумной вещи изменяться, разумной вещи – действовать. Возможность есть неопределенное будущее⁶⁴.

Микобактерия туберкулеза являются очень устойчивыми во внешней среде. В воздух они попадают при чихании, кашле и даже разговоре. Соответственно микобактерия попадает во внешнюю среду. Она продолжительное время сохраняет свою активность на тех вещах и предметах, которыми пользовался больной или контактировал.

Также она очень устойчива к действию многих дезинфицирующих средств и кислот. Статистика доказала, что лица, которые контактируют с бактеровыделителями в течение полугода по 8 час каждый день, риск заражения составляет 50 %.

В такой же степени рискуют также те, кто находится в контакте с больным всего лишь 2 месяца постоянно, 24 часа в сутки.

В законодательстве, а именно в ст. 91 ТК РФ, черным по белому написано, что нормальная продолжительность рабочего времени не должна превышать 40 часов в неделю⁶⁵. А мы знаем, что дежурная смена, заступающая на службу, из-за нехватки рабочей силы, неукомплектованности штата учреждения, прорабатывает выше установленной нормы времени. Они в отношении больных осужденных выполняют такие режимные мероприятия в учреждении, как: подъем, зарядка, построения, завтрак, вывод на работу, проверки личного состава и другие мероприятия. Делая вывод, нужно сказать, что дневная смена практически ежедневно проводит большое количество времени в контакте с данной категорией лиц.

На наш взгляд медицинский персонал также имеет не менее важное функциональное значение. Но они встречаются с данной категорией осужденных гораздо реже. Это обусловлено тем, что у медицинского персонала сокращенный график работы в связи с выполнением должностных обязанностей во вредных условиях, а специфика работы «сталкивает» его с осужденными на небольшое количество времени, а именно: при проведении физиотерапии, на приеме осужденных при возникновении у них проблем со здоровьем, в стационаре, при проведении необходимых лечебных процедур.

Все эти условия для выполнения своих обязанностей устанавливаются результатами специальной оценкой условий труда. Что же это такое?

Специальная оценка условий труда – это целый комплекс последовательных мероприятий по идентификации опасных и вредных факторов

⁶⁴ Усеев Р. З. Обеспечение безопасности исправительных учреждений: учебное пособие. – Самара, Самарский юридический институт ФСИН России, 2015. – С. 33.

⁶⁵ Трудовой кодекс Российской Федерации: Федеральный закон от 30.12.2001 № 197-ФЗ (в ред. от 01.05.2017) [Электронный ресурс] // Справочная правовая СПС «Консультант Плюс» (дата обращения: 02.05.2017).

трудового процесса и производственной среды и оценке воздействия их на работника⁶⁶. При ее проведении устанавливаются такие вредные и опасные факторы производственной среды как: биологические, физические, химические. А также вредные и опасные факторы трудового процесса: тяжесть трудового процесса и напряженность трудового процесса.

Специальную оценку должен оплатить и организовать работодатель. Она проводится специализированной организацией, которая привлекается на основании гражданско-правового договора совместно с работодателем.

Ч. 3 ст. 3 Федерального закона «О специальной оценке условия труда» говорит нам, что специальная оценка должна проводиться в отношении условий труда всех работников, помимо некоторых исключений, куда не входит сотрудник УИС. Но почему-то, как показывает практика, в учреждения, исполняющих уголовное наказание, специальная оценка в отношении аттестованных сотрудников не проводится. Тут можно отметить, что нарушается законодательство, так как в ст. 212 ТК РФ написано, что работодатель должен обеспечить проведение специальной оценки условий труда в соответствии с законодательством. А в ст. 21 ТК РФ говорится, что работник имеет право на полную достоверную информацию об условиях труда и требованиях охраны труда на рабочем месте, включая реализацию прав, предоставленных законодательством о специальной оценке условий труда. Отсюда можно сделать вывод, что, ущемляются права сотрудников ЛИУ на дополнительные льготы за вредные и опасные условия труда.

Например, законодательством установлено, что если рабочее место по результатам проведения специальной оценки отнесены к вредным условиям труда 3 или 4 степени или опасным условиям труда, то для такой категории работников устанавливается сокращенная продолжительность рабочего времени не более 36 часов в неделю.

Также если рабочее место по результатам специальной оценки отнесены к вредным условиям 2,3,4 степени или опасным условием труда, то работникам предоставляется ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск сроком от 7 календарных дней.

Рассмотрим более подробно карту аттестации рабочего места по условиям труда должности фельдшера. По общей оценке условий труда класс условий труда установлен как вредный третьей степени. Это означает, что воздействуют вредные и опасные производственные факторы, способствующие вызвать стойкие функциональные изменения в организме работника, которые приводят к появлению и развития профессио-

⁶⁶ О специальной оценке условия труда: Федеральный закон от 28.12.2013 № 426-ФЗ (в ред. от 01.05.2016) [Электронный ресурс] // Справочная правовая СПС «Консультант Плюс» (дата обращения: 02.05.2017).

нальных заболеваний с потерей профессиональной трудоспособности. В связи с этим установлен размер повышенной оплаты труда не аттестованных медицинских работников до 50 % за вредные и опасные производственные факторы⁶⁷. Также они имеют право на дополнительный отпуск в размере 12 дней⁶⁸. В том числе их работа дает право на сокращенную 30-часовую рабочую неделю⁶⁹.

В соответствии с законодательством они также имеют право на бесплатное получение молока нормой 0,5 литра или других равноценных пищевых продуктов за смену⁷⁰.

Плюс ко всем вышперечисленным льготам медицинский персонал имеет право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости. А что же имеет сотрудник отдела безопасности?

Начнем с того, как мы говорили выше, в отношении аттестованных рабочих мест ЛИУ специальной оценки условий труда не проводится. На сегодняшний день права и социальные гарантии сотрудников отдела безопасности регламентируются как общими так ведомственными нормативно-правовыми актами.

Продолжительность рабочей недели для сотрудника ЛИУ определен ТК РФ в размере не более 40 часов. Но на практике получается так, что сотрудники задерживаются на работе из-за ряда причин, связанных со служебными обязанностями, выходят на работу в субботу и исполняют свои служебные обязанности. Получается, что они работают более 40 часов в неделю! Сотрудникам предоставляется ежегодный очередной отпуск от 30 дней в зависимости от выслуги лет. Дополнительная оплата труда за вредность до 25 %. Про право на получение молока за вредные условия труда сотрудников, работающих с лицами больными туберкулезом (не

⁶⁷ Об утверждении новой системы оплаты труда гражданского персонала федеральных бюджетных и казенных учреждений уголовно-исполнительной системы: приказ ФСИН России от 13.11.2008 № 624 (в ред. от 05.03.2015) [Электронный ресурс] // Справочная правовая СПС «Консультант Плюс» (дата обращения: 09.05.2017).

⁶⁸ Об утверждении Списка производств, цехов, профессий и должностей с вредными условиями труда, работа в которых дает право на дополнительный отпуск и сокращенный рабочий день: постановление Госкомтруда СССР, Президиума ВЦСПС от 25.10.1974 № 298 / П-22 (в ред. от 29.05.1991) [Электронный ресурс] // Справочная правовая СПС «Консультант Плюс» (дата обращения: 11.05.2017).

⁶⁹ О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности: постановление Правительства Российской Федерации от 14.02.2003 № 101 (в ред. от 24.12.2014) [Электронный ресурс] // Справочная правовая СПС «Консультант Плюс» (дата обращения: 12.05.2017).

⁷⁰ Об утверждении Порядка подтверждения периодов работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости: приказ Минздравсоцразвития от 31.03.2011 № 258.н. [Электронный ресурс] // Справочная правовая система «Консультант-Плюс» (дата обращения: 02.05.2017).

медицинскими работниками), законодатель умолчал. Сотрудник ежедневно сталкивается с факторами различной опасности для своего здоровья и жизни. Но, тем не менее, в настоящее время нет такого законодательства, где считается что сотрудник, контролирующий выполнение режимных требований осужденными с социально значимыми и опасными заболеваниями на территории ЛИУ, является вредным производственным фактором для сотрудника, вследствие которого может получить различной степени заболеваемость.

В соответствии со ст. 209 ТК РФ вредный производственный фактор – производственный фактор, воздействие которого на работника может привести к его заболеванию. Туберкулез именно один из вредных факторов, которое может привести сотрудника к заболеванию и при этом законодатель не считает нужным обозначить данное заболевание профессиональным. «Профессионального заболевания» – это хроническое или острое заболевание застрахованного, являющееся результатом воздействия на него вредного производственного фактора и повлекшее временную или стойкую утрату им профессиональной трудоспособности и его смерть⁷¹.

В постановлении Правительства от 29.07.1998 № 855 написано, что болезнь туберкулез – это никак не профессиональное заболевание и лечить, компенсировать затраты на лечение сотруднику никто не станет.

Хотя в 90-х гг. имел место быть Приказ Минздравмедпром РФ от 1996 г. № 90 в котором было прописано, что туберкулез входит в перечень увечий, при котором наступает страховой случай. Данный приказ утратил силу с 01 января 2012 г, в связи с изданием Приказа Минздравсоцразвития РФ от 12.04.2011 № 302, утвердившего новые перечни вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и порядок проведения этих осмотров (обследований). В новом перечне туберкулеза не оказалось.

А медицинские работники относятся к лицам, подлежащим обязательному социальному страхованию от профессиональных заболеваний. И туберкулез имеется в перечне профессиональных заболеваний. Получается вот такая коллизия в нашем законодательстве.

С такой «благодарностью» за службу ради блага общества, государства приходится сталкиваться сотрудникам. К сожалению, получается так, что в сфере реализации своих прав, сотрудник лечебно-исправительного

⁷¹ Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний: Федеральный закон от 24.07.1998 № 125-ФЗ (в ред. от 28.12.2016) [Электронный ресурс] // Справочная правовая СПС «Консультант Плюс» (дата обращения: 17.04.2017).

учреждения уголовно-исполнительной системы все больше сталкивается с рядом проблем. Так на них больше распространяются ограничения и запреты, чем права.

Проведя сравнительный анализ, в соответствии с нормативно-правовыми актами, следует сделать вывод о том, что медицинский работник имеет преимущественно больше прав и социальных гарантий, нежели работник, осуществляющий режимные мероприятия в отношении осужденных лиц, больных туберкулезом.

Для того, чтобы признать туберкулез профессиональным заболеванием необходимо для подтверждения следующих условий:

- непосредственный контакт в работе с больными туберкулезом открытой формы или инфицированным материалом;
- отсутствие бытового контакта с туберкулезными больными;
- развитие симптомов в период контакта с больным или после его окончания⁷².

При выполнении своих функциональных обязанностей сотрудником ЛИУ, в случае заболевания туберкулезом, для признания профессиональным все условия на лицо.

Нет признания профессионального заболевания – нет решения о наступлении страхового случая, утвержденном ППРФ от 29 июля 1998 г. № 855, не входит заболевание «туберкулез». Следовательно, выплаты страховых сумм по факту заболевания туберкулезом в период прохождения службы в УИС не производятся. Выплаты страховых сумм в случае заболевания туберкулезом возможны только при установлении инвалидности, что на крайность редко бывает.

Приведем один типичный случай соответствующей нашей проблеме. Гражданин А., проработавший в должности инспектор-дежурный по жилой зоне в лечебно-исправительном учреждении города М в период с 2005 по 2010 год, заболел инфильтративным туберкулезом, находился на стационарном лечении, перенес осложнения. Пролежал в больнице примерно около 7 месяцев. При выходе на работу ему должно было предоставлено санаторно-курортное лечение за счет средств федерального бюджета, в чем было отказано. Через полгода уволился со службы ФСИН, и хотел перейти на службу в МВД. В восстановлении на службу в МВД было отказано по состоянию здоровья. В получении страховки в данном случае так же было отказано. В связи с тем, что в Перечень увечий (ранений, травм, контузий) при наличии которых принимается решение о наступле-

⁷² Гребеньков С. В. Основы медико-социальной экспертизы и реабилитации пострадавших в результате профессиональных заболеваний: учебное пособие. – М.: СпецЛит, 2008. – С. 98.

нии страхового случая, утвержденный постановлением Правительства Российской Федерации от 29 июля 1998 г. № 855, не входит в перечень заболеваний, по которым производится выплата страховых сумм.

Поэтому однозначно, что выплаты страховых сумм, в размере 10 или 5 окладов денежного содержания, по факту заболевания сотрудников ЛИУ туберкулезом в период прохождения службы в уголовно-исполнительной системе производиться не будут.

Из Положения военно-врачебной экспертизы следует, что выплаты страховых сумм в случае заболевания сотрудника туберкулезом возможны:

А) В случае установления застрахованному лицу инвалидности в период прохождения службы в учреждениях и органах уголовно-исполнительной системы либо до истечения одного года после увольнения со службы в учреждениях и органах уголовно-исполнительной системы вследствие увечья (ранения, травмы, контузии) или заболевания, полученных в период прохождения службы:

- инвалиду I группы – 75 окладов;
- инвалиду II группы – 50 окладов;
- инвалиду III группы – 25 окладов.

Б) В случае если по истечению одного года после увольнения со службы в учреждениях и органах уголовно-исполнительной системы вследствие увечья (ранения, травмы, контузии) или заболевания, полученных в период прохождения службы. – 25 окладов каждому выгодоприобретателю.

В Положении о службе в органах внутренних дел Российской Федерации, приказах МВД по вопросам прохождения службы в органах внутренних дел, медицинского обеспечения и медицинского освидетельствования в МВД (УИС Минюста) России не применяется понятие (формулировка) «профессиональное заболевание» или равнозначное ему определение. Вынесение заключения о причинной связи заболевания туберкулезом в формулировке «профессиональное заболевание» является прерогативой центров профпатологии, клиник и отделов профпатологии Министерства здравоохранения Российской Федерации и находится вне правового поля военно-врачебной экспертизы, и не имеет юридической силы при определении причинной связи заболеваний с прохождением службы у сотрудников органов внутренних дел и УИС Минюста России.

Если заболевание туберкулезом возникло у освидетельствуемого в период выполнения задач, в условиях чрезвычайного положения, или при вооруженных конфликтах (при условии льготного исчисления выслуги лет для назначения пенсии – 1 месяц службы за 3 месяца), либо в период прохождения военной службы в государстве, где велись боевые действия, либо в период его пребывания на разведывательной и контрразведывательной работе за границей, либо если заболевание, возникшее до указанных событий, за период участия в них достигло степени тяжести,

которая изменяет категорию годности или приводит к негодности (в том числе временной) свидетельствуемого к военной службе, службе в органах, либо если хроническое, медленно прогрессирующее заболевание подтверждается медицинскими документами, позволяющими отнести начало или обострение заболевания к периоду участия освидетельствуемого в указанных событиях.», то есть если причинная связь установлена в формулировке: «военная травма», а категория годности в редакции: «ограниченно годен, не годен к военной службе» при увольнении со службы, независимо от срока выслуги лет, назначается пенсия в максимальном размере (85 %). Рассмотрим не стыковку законодательства.

Туберкулез считается профессиональным заболеванием медицинского персонала противотуберкулезных учреждений, где имеется контакт с людьми или животными, больными открытыми формами туберкулеза, или с секционным материалом (прозекторы) при трех выше перечисленных условиях. Работая в одной сфере, как это в нашем случае: «сотрудник дежурной смены» и «медицинский персонал» в лечебно-исправительном учреждении медицинский работник, заболев туберкулезом, будет считаться профессиональным.

Следовательно, страховые выплаты будут положены медицинскому работнику ЛИУ. По отношению сотрудника дежурной смены вопрос правового и социального обеспечения, а именно наступления страхового случая при заболевании туберкулезом, остается на должном уровне законодательно не урегулирован.

Говоря о сотрудниках уголовно-исполнительной системы, а в частности о сотрудниках ЛИУ, мы встречаем проблемы и недостаточной правовой базы регулирования Российского законодательства в сфере регулирования их прав и обязанностей, социальных гарантий, правовой обеспеченности.

К проблемам реализации социальных гарантий указанных категорий лиц можно отнести: многочисленные противоречия законодательства, касающиеся правового статуса сотрудников УИС, несовершенство правового закрепления гарантий их социальной защиты; недостатки организационного свойства, препятствующие реализации правового статуса сотрудников. Существуют и объективные причины, например нестабильное и недостаточное финансирование социальных программ, обеспечивающих нормальную жизнедеятельность сотрудников УИС. Кроме того, Федеральный закон от 30 декабря 2012 г. № 283-ФЗ «О социальных гарантиях сотрудникам некоторых федеральных органов исполнительной власти и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» требует для реализации своих положений издания множества подзаконных нормативных актов.

Особенностью исследуемого статуса сотрудников УИС является то, что до сих пор не принят федеральный закон «О службе в уголовно-

исполнительной системе». Данный статус регламентирован Положением о службе в органах внутренних дел, хотя УИС юридически и фактически уже не имеет никакого отношения к этим органам и подведомственна Минюсту России. Вследствие этого отсутствие четкой правовой регламентации организационного механизма по реализации правового статуса сотрудников пенитенциарной системы, пробелы в регулировании их прав и обязанностей приводят как к ущемлению их интересов, так и к снижению эффективности несения ими службы.

За последние годы значительно стала другой нормативно-правовая база, серьезные изменения произошли в структуре и организации деятельности УИС. Новые условия, в которых организуется и протекает реализация рассматриваемого статуса, требуют новых подходов к его содержанию и правовой регламентации, что и решается в теоретическом и практическом плане в данной работе.

Таким образом, актуальность исследования определяется необходимостью совершенствования законодательства в сфере организационного механизма реализации правового статуса сотрудников уголовно-исполнительной системы, а также выработке организационных элементов этого правового устройства (механизма).

Как мы знаем, механизм регулирования правового статуса производно от «правового регулирования», то есть правовое регулирование – это действие нормативно-правовых актов, регулирующие общественные отношения в той или другой сфере⁷³

А. В. Малько писал: «механизм регулирования правового статуса – это обеспечение беспрепятственного движения интересов субъектов к ценностям, то есть гарантированность их справедливого удовлетворения»⁷⁴.

Таким образом, можно сформулировать следующие проблемы, связанные с механизмом регулирования статуса сотрудника ЛИУ:

1) На основании постановления Правительства Российской Федерации от 20 ноября 2008 г. № 870 «Об установлении сокращенной продолжительности рабочего времени, ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска, повышенной оплаты труда работникам, занятым на тяжелых работах, работах с вредными и (или) опасными и иными особыми условиями труда». Сотрудник лечебного исправительного учреждения имеет право на дополнительные 15 дней к ежегодному оплачиваемому отпуску, ежемесячную надбавку за вредные условия в размере 25 %.

Во многих территориальных органах России, проблема возникает в том, что стало практиковаться начальниками «либо отпуск, либо надбав-

⁷³ Алексеев С. С. Теория права: учебник. – М.: БЕК, 2009. – С. 68.

⁷⁴ Малько А. В. Теория государства и права: учебник. – М.: Проспект, 2016. – С. 103.

ка». Естественно, нет правовой нормы, которая б давала б принимать такое «волюнтаристское решение» начальникам»;

2) В настоящее время производится периодическое сокращение штата сотрудников. Также в 2015 г. в рамках антикризисной программы произведено сокращение некоторых надбавок, что считаем нецелесообразным, когда в туберкулезных условиях, когда риск заболеваемости с каждой сменой увеличивается. При проведении плановых, внеплановых обысков привлекаются сотрудники других смен, выдергивая так сказать их с законного отдыха. Мало того отработав свою смену, больше установленного нормами ТК РФ.

3) Закон РФ от 12 февраля 1993 г. № 4468-I «О пенсионном обеспечении лиц, проходивших военную службу, службу в органах внутренних дел, Государственной противопожарной службе, органах по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, учреждениях и органах уголовно-исполнительной системы, и их семей», предоставлял надбавку к пенсии сотрудника лечебного исправительного учреждения за сложность условий. В настоящее время данной надбавки не предусматривают ввиду льготного исчисления службы год за два.

4) Самая наболевшая проблема признания болезни туберкулез – профессиональной. В связи с тем, что на смену Приказу Минздравмедпрома РФ от 1996 г. № 90, который утратил силу с 01 января 2012 г. был издан приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.04.2011 № 302н, утвердившего новые перечни вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), теперь туберкулез не входит в этот перечень.

Если будет установлено, что болезнь профессиональная, то для сотрудника будут предусмотрены страховые выплаты и компенсации.

Подводя итог вышесказанному, можно сделать следующие выводы:

1. Права гражданина могут быть ограничены федеральным законом, только в том объеме, в котором это является необходимостью для защиты здоровья, нравственности, основ конституционного строя, обеспечения безопасности других лиц.

2. Особенность ограничений персонала УИС работающего в ЛИУ прямо зависит от вида учреждений и содержащихся в нем осужденных.

Обозначим практические рекомендации, способствующие, на наш взгляд, устранению правовых и организационных проблем:

1) внести изменения в ст. 14 «Ограничения, обязанности и запреты» ФЗ «О службе в ОВД РФ и внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ», следует исключить пункт о запрете сотрудникам заниматься предпринимательской, коммерческой, иной оплачиваемой деятельностью, с соответствующим внесением в ст. 11 «Права сотрудников

ОВД» пункта о разрешении сотрудникам заниматься оплачиваемой деятельностью.

2) совершенствование нормативно-правовых и методических документов, касающихся предоставления дополнительного оплачиваемого отпуска до 15 дней;

3) принять или внести изменения, в нормативно-правовые акты, направленные на заморозку сокращение как штатов ЛИУ, так и денежных надбавок за сложность условий;

4) при назначении пенсионных начислений, учитывать сложность работы сотрудника при выполнении им своих функциональных обязанностей в условиях туберкулеза;

5) внести в Положение о прохождении службы в ОВД и Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.04.2011 № 302 н., туберкулез – утвердить в перечень профессиональных, для наступления страхового случая сотрудника лечебного исправительного учреждения ФСИН России.

Глава 3. МЕХАНИЗМ ИСПОЛНЕНИЯ НАКАЗАНИЯ В ВИДЕ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ В ЛЕЧЕБНЫХ ИСПРАВИТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

3.1. Особенности исполнения наказания в лечебных исправительных учреждениях

На сегодняшний день многие страны стараются выявить главные проблемы в сфере исполнения уголовных наказаний. Исправление осужденных, ресоциализация и их социальная адаптация после отбытия наказания, уменьшение количества рецидива и заболеваний все эти вопросы находятся под чутким контролем общества. Решение вышеперечисленных проблем с большей продуктивностью учреждениями, которые исполняют наказание – вот заинтересованность общества. Это особенно проявляется при исполнении лишения свободы в лечебных исправительных учреждениях (далее – ЛИУ).

Хотелось бы отметить, что вопрос социального назначения исправительных учреждений, которые исполняют уголовное наказание, уже не является новым для изучения научным направлением, разрабатывающим теоретические вопросы исполнения уголовного наказания.

В юридической литературе определялось, что эти учреждения рассчитаны для реализации специфичной деятельности, но в рамках этой системы⁷⁵.

Обобщив выводы со стороны социального назначения исправительных учреждений, нужно отметить, что предназначение ЛИУ имеет свою специфику и неоспоримые достоинства. По нашему мнению, одной из главных положительных черт является то, что они осуществляют не только функцию исполнения уголовного наказания, но и гарантируют общегражданское право осужденных на охрану здоровья и медицинскую помощь, которые перечисляются в ст. 41 Конституции РФ⁷⁶. Также данное конституционное право дублируется в ч. 6 ст. 12 УИК РФ⁷⁷.

Когда медицинская помощь не может быть оказана в ЛИУ и медицинских частях, осужденные имеют полное право получить ее в медицин-

⁷⁵ Кузнецов А. В. Защита прав и свобод осужденных к лишению свободы посредством системы гарантий их реализации // Вестник Воронежского института МВД России, 2012. – № 1. – С. 73.

⁷⁶ Конституция Российской Федерации принята всенародным голосованием от 12.12.1993 (в ред. от 01.05.2016) [Электронный ресурс] // Справочная правовая СПС «Консультант Плюс» (дата обращения: 05.04.2017).

⁷⁷ Уголовно-исполнительный кодекс Российской Федерации: Федеральный закон от 8 января 1997 г. № 1-ФЗ (в ред. от 28.05.2017) [Электронный ресурс] // Справочная правовая СПС «Консультант Плюс» (дата обращения: 29.05.2017).

ских организациях государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения⁷⁸.

Если сравнивать ЛИУ с другими учреждениями, то тут могут содержаться осужденные к отбыванию наказания в ИУ разных видов, но условия их содержания будут соответствовать установленным законом для ИУ того вида, который был изначально назначен судом. При этом также в ЛИУ раздельное содержание осужденных определено медицинскими критериями, то есть отличием в заболеваниях.

Делая вывод, можно отметить, что назначение ЛИУ состоит из двух аспектов: пенитенциарного и лечебного. Пенитенциарный компонент представляет карательные интересы, которые сопровождаются целью исправления осужденных и реализация уголовного наказания, а лечебный компонент внесен извне и определяется такими нормами, как: достижение выздоровления осужденных (особенно уделяется внимание инфекционным заболеваниям), общее состояние здравоохранения в стране, методики лечения и т. д.

Характерной чертой ЛИУ является то, что их деятельность регулируется не только уголовно-исполнительным законодательством, но и законодательством в сфере охраны здоровья граждан, также имеются совместные приказы ФСИН России и министерства здравоохранения.

Одним из главных нормативно-правовых актов, которые регулируют порядок организации медицинской помощи осужденным, отбывающим наказание в ЛИУ, является Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ и Министерства юстиции РФ от 17.10.2005 № 640/190 «О Порядке организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключенным под стражу». Он полностью реализует права осужденных на медицинское обеспечение и регламентирует основные лечебно-профилактические мероприятия в отношении некоторых категорий заболеваний, таких как отравления, ВИЧ-инфекция, психические расстройства, венерические заболевания, алкоголизм, травмы, заразные кожные болезни, наркомания, туберкулез, а также тесно переплетается с Федеральным законом РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323.

Данные законодательные акты унифицировали нормы, касающиеся обеспечения, деятельности, организации лечебно-профилактической помощи при различных видах заболеваний⁷⁹.

⁷⁸ Об утверждении Правил внутреннего распорядка исправительных учреждений: приказ Министерства юстиции Российской Федерации от 16.12.2016 № 295 [Электронный ресурс] // Справочная правовая СПС «Консультант Плюс» (дата обращения: 03.05.2017).

⁷⁹ Мешков Д. О., Черкасов С. Н. Проблемы совершенствования медико-санитарной службы уголовно-исполнительной системы России // Бюллетень национального науч-

На наш взгляд, наличие двух аспектов назначения ЛИУ (пенитенциарного и лечебного) недостаточно. В объем назначения ЛИУ следует внести третий компонент – организация определенных условий для прохождения службы персоналом ЛУ, а также обеспечение защиты их жизни и членов семьи.

В связи с этим проблема безопасности персонала усложняется настоящей опасностью заразиться некоторыми заболеваниями, которые являются профилем для ЛИУ.

Следовательно, суть направления деятельности ЛИУ можно указать как целостность вышеуказанных аспектов, а именно лечебного, пенитенциарного, социального (заинтересованность социума в лечении больных осужденных и обеспечение безопасности персонала ЛУ). На самом деле, наилучшим вариантом будет являться согласованное единство. Социальная сторона назначения ЛИУ является их характерной чертой, нежели если сравнивать с иными видами учреждений.

Также нужно отметить, что деятельность любой системы, в том числе и УИС, демонстрирует, что только на результатах анализа и практического выполнения задач можно уяснить вариант достижения целей уголовного наказания в ЛИУ, обнаружить недоработки в функционировании данного учреждения. Другими словами, только выполнение поставленных задач приведет к реализации определенной цели⁸⁰. Таким образом, грамотная постановка и осуществление задач, которые стоят перед ЛИУ, имеет важное значение, не только для исполнения наказания, но и для поддержания и сохранения здоровья, как персонала, так и осужденных.

Цель – предмет стремления, то, что надо, желательно осуществить⁸¹. Задачи – то, что требует исполнения, разрешения⁸².

Основной целью функционирования ЛИУ будет являться: поддержание и восстановление здоровья лиц, которые содержатся в ЛИУ России. Для достижения указанной цели на ЛИУ возложены следующие характерные задачи:

- контролировать состояние здоровья лиц, которые содержатся в местах лишения свободы;
- обучить и привить правила личной и общей гигиены лицам, отбывающим наказание;

но-исследовательского института общественного здоровья им. Н. А. Семашко, 2016. – № 6. – С. 43.

⁸⁰ Степенко А. В., Величко Л. С. Значение лечебно-исправительных учреждений в уголовно-исполнительной системе РФ // Ученые заметки ТОГУ. – 2013. – № 4. – С. 433.

⁸¹ Ожегов С. И. Словарь русского языка. – М.: Государственное издательство иностранных и национальных словарей, 1953. – С. 678.

⁸² Там же. – С. 364.

- пропагандировать здоровый образ жизни осужденным, подозреваемым и обвиняемым;
- обеспечить оказание медицинской помощи лицам, которые отбывают наказание в местах лишения свободы;
- соблюдать в учреждениях санитарно-эпидемиологических требований;
- сформировать отчеты и предоставление их в установленном порядке;
- организовать взаимодействие ЛИУ с органами управления здравоохранением и государственной, муниципальной системой здравоохранения⁸³.

ЛИУ исполняет возложенные на ИУ функции и оказывает стационарную помощь и стационарное лечение. Осужденные определенной категории содержатся изолированно, отдельно. В ЛИУ осужденные проходят амбулаторное лечение. Он является довольно специфическим учреждением, в котором осуществляется как воспитательное, карательное воздействие, так и проводится целая система лечебно-профилактических мероприятий⁸⁴. В этой связи объем выполняемых задач этими учреждениями значительно расширен.

Главная и основная цель лечебных исправительных учреждений – это сохранение и улучшение здоровья осужденных.

Для достижения этой цели перед лечебными исправительными учреждениями поставлены следующие задачи:

- обследование осужденных при поступлении в исправительное учреждение с целью выявления имеющихся заболеваний;
- проведение медосмотров с целью своевременного выявления больных осужденных;
- оказание медицинской помощи осужденным больным (в том числе, туберкулезом), находящимся в лечебных исправительных учреждениях;
- контроль за состоянием здоровья осужденных, находящихся в исправительном учреждении;
- надзор за условиями труда, проживания и питанием осужденных;
- пропаганда здорового образа жизни, проведение санитарно-просветительных работ;
- воспитание гигиенических навыков у осужденных;

⁸³ О Порядке организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключенным под стражу: приказа Минздравсоцразвития РФ № 640, Минюста РФ от 17.10.2005 № 190 (в ред. от 06.06.2014) [Электронный ресурс] // Справочная правовая СПС «Консультант Плюс» (дата обращения: 12.04.2017).

⁸⁴ Чугунов А. В. Безопасность в исправительных учреждениях и факторы, влияющие на ее состояние // Вестник Удмуртского университета. – 2013. – № 3. – С. 32.

- соблюдение санитарно-эпидемиологических требований и условий в лечебном исправительном учреждении;
- ведение и представление отчетности статистического учета;
- взаимодействие с гражданскими государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения.

Соответственно, к лечебным исправительным учреждениям предъявляются и определенные требования. Они должны обеспечивать:

- законное обоснование пребывания в нем осужденного;
- установленные сроки пребывания больного осужденного в лечебном исправительном учреждении;
- соблюдение прав осужденного;
- соответствующий требованиям закона режим отбывания наказания;
- привлечение осужденного к труду в соответствии с требованиями закона;
- медико-санитарное и материально-бытовое обеспечение осужденных;
- проведение воспитательных работ с осужденными в соответствии с требованиями закона;
- соответствующие закону меры поощрения и взыскания осужденных;
- рассмотрение и принятие мер по заявлениям, жалобам и предложениям осужденных.

Естественно, что не всегда осужденные согласны отбывать наказание в лечебных исправительных учреждениях. Они могут бояться выявления у них туберкулеза по причине страха задержки освобождения, перевода в другое учреждение или позорного ощущения перед другими осужденными. По этой причине, некоторые осужденные могут скрывать или отрицать симптомы заболевания. Решение этой проблемы также стоит перед лечебными исправительными учреждениями. И одним из способов решения данной проблемы может стать проведение просветительной работы с осужденными по вопросам туберкулеза, наркомании и излечению от этих болезней.

При определении задач любому органу, организации, учреждению, входящих в ту или иную систему, необходимо руководствоваться общими установками, требованиями, а именно:

- 1) задачи должны быть направлены на решение строго определенных вышестоящей системой (органом) проблем;
- 2) решение проблем должно иметь строго определенный (законами, ведомственными нормативными актами), непосредственный и конкретный характер;
- 3) решение проблемы должно находиться в определенной связи субъекта и объекта воздействия;

4) субъект воздействия (администрация) должен быть наделен необходимой компетенцией, обеспечен средствами, другими необходимыми ресурсами.

Названные признаки дают основание с теоретических позиций подойти к определению задач, стоящих перед лечебными исправительными учреждениями.

Исходя из целей наказания, излечения больных осужденных и особенностей осуществления в отношении их уголовно-исполнительного процесса, задачи, осуществляемые лечебными исправительными учреждениями, можно разделить на пять основных групп:

1) задачи, связанные с осуществлением лечебно-профилактической помощи осужденным;

2) задачи, связанные с реализацией воспитательного воздействия на осужденных в процессе их лечения;

3) задачи, решаемые в процессе реализации карательного воздействия;

4) задачи, выполняемые лечебными исправительными учреждениями в процессе привлечения осужденных к труду;

5) задачи, связанные с созданием необходимых материально-бытовых (если использовать терминологию международных стандартов – микросоциальных) условий содержания осужденных в ЛИУ.

Однако данная группа задач несколько шире специфических, решаемых исправительными учреждениями. Несмотря на то, что непосредственное решение вопросов материально-бытового обеспечения осужденных возложено на исправительные учреждения, представляется, что эти задачи все же являются социальными, подлежащими решению на общегосударственном уровне, особенно если речь идет об осужденных, содержащихся в лечебных ИУ. Иными словами, необходимы специальные государственные программы (по аналогии со многими зарубежными государствами), направленные на создание цивилизованных условий отбывания наказания больными осужденными. Они связаны не только с реализацией карательного и воспитательного воздействия, осуществляемого в отношении больных туберкулезом осужденных, но и с повседневным решением целого комплекса медико-санитарных задач. Решение последних обусловлено выполнением гуманной миссии охраны здоровья осужденных.

При создавшейся в нашей стране ситуации, когда в лечебных исправительных учреждениях катастрофически не хватает мест для принудительного лечения наркоманов, по-видимому, назревает вопрос о создании в регионах дополнительных ЛИУ либо изолированных лечебных участков при исправительных колониях нелечебного типа. Содержание всех категорий пациентов и здоровых лиц в одних и тех же учреждениях не скажется положительно ни на одной из указанных групп осужденных.

С учетом рассмотренных задач проведем классификацию лечебных исправительных учреждений. Так, ст. 18 УИК РФ регламентирует общие начала исполнения принудительных мер медицинского характера и обязательного лечения, применяемых к осужденным к лишению свободы.

Принудительное медицинское лечение применяется к осужденным, больным алкоголизмом или наркоманией, а также страдающим психическими расстройствами, не исключающими вменяемости (ч. 1 ст. 18 УИК РФ).

К осужденным, больным токсикоманией, открытой формой туберкулеза, а также ВИЧ-инфицированным или не прошедшим полного курса лечения венерического заболевания по решению медицинской комиссии учреждения применяется обязательное медицинское лечение (ч. 4 ст. 18 УИК РФ).

Таким образом, можно говорить о задаче осуществления как принудительного, так и обязательного медицинского лечения осужденных, осуществляемого учреждениями уголовно-исполнительной системы.

В соответствии с изменениями (на 21 февраля 2001 г.), внесенными в УИК РФ, категория ВИЧ-инфицированных осужденных оказалась вне лечебных исправительных учреждений, то есть они должны содержаться вместе с другими осужденными в исправительных колониях общего типа. На наш взгляд, такие изменения не обоснованы.

Исходя из ст. 110 УИК РФ в ЛИУ содержатся лица больные наркоманией, алкоголизмом и туберкулезом. Возникает вопрос, есть ли необходимость содержать больных наркоманией и алкоголизмом отдельно? Зачем, если в учреждениях априори нет наркотических веществ и алкоголя, а осужденный, вполне может получать необходимую помощь (если она необходима) в медицинской части (стационаре) учреждения. Кроме, того, как отмечают сотрудники, работающие в колониях, где содержатся больные алкоголизмом и наркоманией, единственный и самый действенный способ излечения данной категории лиц – это трудотерапия, которая существует и в других колониях. Отмечается склонность данных лиц к суицидальным проявлениям, алкоголь и психоактивные вещества, являются ведущими просуицидальными факторами, а также имеют важное значение в суицидальной активности лиц, заключенных в исправительные колонии, несмотря на объективные ограничения доступности⁸⁵. Так, зачем помещать одних лиц (склонных к повышенному проявлению к суициду с другими)?

Эпидемическая ситуация с ВИЧ-инфекцией в России представляет собой комплексную социальную, медицинскую и психологическую про-

⁸⁵ Зотов П. Б. Суициальное поведение заключенных под стражу и осужденных. Суицидология. 2017. Т. 8. № 2(27). – С. 60–69.

блему⁸⁶. ВИЧ-инфекция также как и туберкулез признаны социальными заболеваниями, так не лучше ли будет перепрофилировать колонии для больных наркоманией и алкоголизмом для лиц больных ВИЧ-инфекцией? По данным проведенных исследований число больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией за 3 года возросло на 23 %, при этом количество больных алкоголизмом на 36 % сократилось. Рост распространения ВИЧ-инфекции значительно ухудшает эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу, увеличивая заболеваемость и смертность от последнего⁸⁷.

Подводя итог вышесказанному, хотелось бы отметить, что проблемы правового регулирования функционирования ЛИУ, существуют и их необходимо решать исходя из сложившихся, в практике направления осужденных в данные учреждения. Необходимо пересмотреть, на законодательном уровне субъектов направляемые в данные учреждения, исключив две категории лиц: больных наркоманией и алкоголизмом и включить другую категорию лиц, направляемых в данные учреждения: ВИЧ-инфицированных лиц.

Наряду с лечением обязательным фактором деятельности таких учреждений является изоляция больных осужденных, недопущение возможности побегов, совершения правонарушений. Для больных осужденных, содержащихся в лечебных исправительных учреждениях, установлены повышенные нормы питания, а по разрешению лечащего врача они имеют право на получение дополнительной посылки или передачи. Условия содержания, нормы получения посылок, передач, свиданий зависят от режима, назначенного судом тому или иному осужденному. В ЛИУ изолированно от других содержатся осужденные при особо опасном рецидиве преступлений и осужденные к пожизненному лишению свободы, несовершеннолетние, а также женщины отдельно от мужчин.

Инфекционные больные содержатся раздельно по группам диспансерного учета⁸⁸.

Согласно ст. 101 УИК РФ в уголовно-исполнительной системе для медицинского обслуживания осужденных организуются лечебно-профилактические учреждения (больницы, специальные психиатрические

⁸⁶ Михайлова Н. Р.1, Калинина Т. Н.1, Вяльцин С. В.2, Анисеев А. А.3. Туберкулез как причина смерти осужденных с ВИЧ-инфекцией в исправительных учреждениях города Оренбурга. Вестник Оренбургского государственного университета. – 2013. – № 12(161). – С. 150–153.

⁸⁷ Ермак Т. Н. Заболеваемость и смертность от туберкулеза у взрослых больных ВИЧ-инфекцией в 15 регионах Российской Федерации в 2004–2006 гг./Т. Н. Ермак, А. В. Кравченко, В. И. Шахгильдян // Федеральный научно-практический центр по профилактике и борьбе со СПИДом Роспотребнадзора. – М., 2007. – 300 с.

⁸⁸ Абрамкин В. А. Человек и тюрьма: сб. информ. материалов. – 2-е изд., испр. и доп. / М.: ОПС, 1999. – С. 41.

и туберкулезные больницы) и медицинские части, а для содержания осужденных, больных открытой формой туберкулеза, алкоголизмом и наркоманией, – лечебные исправительные учреждения⁸⁹.

При этом нужно отметить, что ЛИУ делится на:

- ЛИУ, где отбывают наказание осужденные больные туберкулезом;
- ЛИУ, где отбывают наказание осужденные больные алкоголизмом

и наркоманией.

На 01.10.2017 г. в уголовно-исполнительной системе функционирует 49 ЛИУ для больных туберкулезом, в которых отбывает наказание 14 938 осужденных и 9 ЛИУ для больных алкоголизмом и наркоманией где отбывают наказание 5 278 осужденных⁹⁰.

В зависимости от территориальной расположенности и подчиненности лечебные исправительные учреждения можно подразделять на федеральные, межобластные и областные. Необходимо отметить, что в проекте Концепции реорганизации уголовно-исполнительной системы Минюста России предусматривается два вида лечебных исправительных учреждений – федеральные (для содержания ВИЧ-инфицированных) и региональные (для содержания иных категорий больных осужденных). Однако, на наш взгляд, все лечебные исправительные учреждения следует отнести к федеральному уровню. Такой подход оправдан по следующим причинам:

1) лечение и последующая ресоциализация больных осужденных (ВИЧ-инфицированных, наркоманов, страдающих туберкулезом) – это общесоциальная проблема, которая должна решаться на федеральном, а не на региональном уровне; необходимы специальные государственные программы (по образцу западных государств), направленные на реабилитацию данных категорий осужденных;

2) региональное размещение лечебных исправительных учреждений неизбежно будет порождать территориальные барьеры, препятствующие решению вопросов о направлении в них больных осужденных, а также кадровых проблем в лечебных исправительных учреждениях.

Таким образом, лечебные исправительные учреждения выполняют различные задачи. Они связаны не только с реализацией карательного и воспитательного воздействия, осуществляемого в отношении больных осужденных, но и с повседневным решением целого комплекса медико-санитарных задач. Решение последних обусловлено выполнением гуманной миссии – обеспечения охраны здоровья осужденных в строгом соот-

⁸⁹ Уголовно-исполнительный кодекс Российской Федерации от 08.01.1997 № 1-ФЗ (ред. от 05.04.2017). – М.: Омега-Л, – 2017. – С. 51.

⁹⁰ Сведения о социально значимых заболеваниях у лиц, содержащихся в учреждениях УИС, и отдельных показателях деятельности медицинской службы за 3 квартал 2017 г. (Приложение 3 к приказу Федеральной службы исполнения наказания от 22 июля 2013 г. № 415).

ветствии со ст. 41 Конституции Российской Федерации, которая гласит: «Каждый гражданин имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь». И самая важная роль в этой деятельности уделяется лечению и профилактике инфекционных заболеваний.

Среди осужденных, очень распространены такие заболевания как туберкулез, алкоголизм, наркомания, ВИЧ-инфицирование и другие венерические заболевания. А обеспечение безопасности осужденных и персонала выполняется с помощью применения режимных и лечебно-профилактических средств и т. п.⁹¹ В распорядке дня ЛИУ предусмотрено время для проведения лечебно-диагностических мероприятий. В палатах создаются условия, отвечающие санитарно-гигиеническим требованиям. Организация труда осужденных осуществляется на основании медицинских показаний и в зависимости от степени трудоспособности.

Питание больных осужденных, которые содержатся в ЛИУ, осуществляется в соответствии с нормами, утвержденные законодательством РФ⁹². Как правило, рацион таких осужденных имеет повышенные нормы продуктов питания, являющихся основными источниками белка витаминов, легко усваиваемых углеводов и животных жиров.

В ЛИУ в рамках санитарно-противоэпидемического обеспечения большое значение приобретают дезинфекционные мероприятия. В большинстве случаев эти работы проводятся в близком взаимодействии с такими службами как: отдел безопасности, дежурная служба, служба снабжения. Профилактическая дезинфекция проводится на случай предупреждения появления больных с инфекциями, что может послужить причиной вспышки заболевания.

Как уже отмечалось выше, для медицинского обслуживания осужденных законодатель определил ЛПУ и медицинские части ИУ, в то время как для содержания и амбулаторного лечения осужденных – ЛИУ. Думается, что указанные три формы пребывания осужденных в указанных местах есть суть одного и того же, поскольку все они применяются (могут применяться) как в ЛПУ и медицинских частях ИУ, так и в ЛИУ. В противном случае законодатель мог бы более четко пояснить каждую форму пребывания осужденных в ЛПУ, медицинских частях ИУ и ЛИУ.

⁹¹ Ложкина Л. В. Безопасность в исправительных учреждениях и факторы, негативно влияющие на ее состояние // Вестник Удмуртского университета. Серия «Экономика и право». – 2013. – № 3. – С. 164.

⁹² Об утверждении норм питания и материально-бытового обеспечения осужденных к лишению свободы, а также подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений, находящихся в СИЗО ФСИН, на мирное время: приказ Министерства юстиции РФ от 02.08.2005 № 125 (в ред. от 03.07.2008) [Электронный ресурс] // Справочная правовая СПС «Консультант Плюс» (дата обращения: 13.05.2017).

Условия отбывания наказания в ЛПУ и в ЛИУ и их медико-санитарное обеспечение указаны в ст. 101 гл. 13 IV раздела УИК РФ. Однако при анализе разд. IV УИК РФ становится очевидным, что этот Закон не раскрывает порядок и условия исполнения наказания в ЛИУ. Кроме того, УИК РФ на этот счет не делает отсылочных норм. Это, по мнению Л. В. Комаровой, является упущением, так как исполнение лишения свободы в отношении больных осужденных имеет не только внутрисистемное, но и общесоциальное значение, затрагивает многие проблемы общественной безопасности. Сам порядок и условия исполнения наказания в ЛИУ должны быть направлены на ресоциализацию личности осужденного: в медицинском плане – как больного, а в социальном – как лица, совершившего преступление.

Представляется, что отсутствие какой-либо правовой регламентации исполнения и отбывания наказания в ЛИУ, неоднозначность и противоречивость диспозиции ч. 2 ст. 101 УИК РФ приводит к недостаточному пониманию персоналом ИУ назначения и объективной роли ЛИУ в системе мест лишения свободы и УИС в целом. Это подтверждают и проведенные мною опросы среди персонала ЛИУ-1 УФСИН России по Республике Татарстан и ЛИУ-4 УФСИН России по Самарской области. Так, 80 % опрошенных мною сотрудников и работников ЛИУ-1 и ЛИУ-4 не смогли четко указать назначение ЛИУ и его отличие от ЛПУ⁹³.

Отсутствие четкой правовой регламентации исполнения и отбывания наказания осужденных к лишению свободы в ЛИУ имеет продолжение также в ведомственном нормотворчестве. Ведь правда, конкретизацию исполнения и отбывания лишения свободы в ЛИУ должны выполнять Правила внутреннего распорядка ИУ. Однако, учитывая скудность УИК и других законов относительно порядка и условий исполнения и отбывания наказания в ЛИУ, получается, что конкретизировать в ПВР ИУ в целом-то нечего.

В настоящее время действуют ПВР различных видов учреждений УИС. Они регулируют такие виды учреждений как ИК, ВК, СИЗО (тюрьмы) но не ЛИУ.

Параграф XXI ПВР ИУ (приказ МЮ РФ от 16.12.2016 № 295) «Особенности условий содержания осужденных в ЛИУ» определяет:

– Распорядок дня ЛИУ включает в себя лечебно-диагностические мероприятия. Проверки наличия осужденных производятся по изолированным участкам либо палатам путем количественного подсчета и пофамильной переключки не реже двух раз в сутки.

– Длительные свидания предоставляются по нормам, установленным для соответствующего вида режима ИУ. При наличии медицинских

⁹³ Материалы преддипломной практики в ФКУ ЛИУ-1 УФСИН России по Республике Татарстан / А. М. Галиева // СЮИ ФСИН России, 2017.

противопоказаний у осужденных длительные свидания могут быть отсрочены до снятия данного противопоказания.

– Труд осужденных организуется в соответствии с медицинскими показаниями, степенью трудоспособности и возможностью их трудоустройства в условиях ЛИУ.

– Осужденные, водворенные в ШИЗО, переведенные в ПКТ, ЕПКТ, одиночные камеры, запираемые помещения, получают необходимое лечение.

– В остальной части на указанную категорию осужденных Правила распространяются также как на осужденных, содержащихся в ЛПУ⁹⁴.

Сравнительно с ЛИУ, ЛПУ имеет схожие черты содержания осужденных так же, как в муниципальных медицинских учреждениях – больницах. ЛПУ исполняет возложенные на ИУ функции и оказывает стационарную помощь и стационарное лечение. Осужденные определенной категории содержатся изолированно, отдельно. Как и в больницах в ЛПУ оказывают разные виды помощи, когда в ЛИУ осужденных лечат от узкой категории заболеваний. В ЛИУ осужденные проходят амбулаторное лечение. Он является довольно специфическим учреждением, в котором осуществляется как воспитательное, карательное воздействие, так и проводится целая система лечебно-профилактических мероприятий⁹⁵.

Исходя из вышесказанного, ПВР ИУ практически не регулирует процессы отбывания наказания осужденных в ЛИУ.

Учитывая специфику функционирования такого вида учреждений (ЛИУ, ЛПУ), целесообразно было бы подготовить и принять отдельные правила внутреннего распорядка (ПВР) для лечебных учреждений уголовно-исполнительной системы.

По результатам проведенного исследования данной проблемы можно сделать следующие выводы.

1. Назначение лечебных исправительных учреждений в уголовно-исполнительной системе и в государстве в целом обуславливается единством трех аспектов: пенитенциарного, лечебного и социального (интересы общества в лечении осужденных и обеспечении безопасности персонала). Это должно быть сбалансированное (взаимосвязанное, взаимообуславливающее) единство. Только в этом случае можно будет говорить об эффективном функционировании рассматриваемых учреждений.

⁹⁴ Об утверждении Правил внутреннего распорядка исправительных учреждений: приказ Министерства юстиции Российской Федерации от 16.12.2016 № 295 [Электронный ресурс] // Справочная правовая СПС «Консультант Плюс» (дата обращения: 03.05.2017).

⁹⁵ Чугунов А. В. Безопасность в исправительных учреждениях и факторы, влияющие на ее состояние // Вестник Удмуртского университета. – 2013. – № 3. – С. 32.

2. Лечебные исправительные учреждения – весьма специфические учреждения, в которых не только осуществляется карательное и воспитательное воздействие, но и проводится целый комплекс лечебно-профилактических мероприятий. В этой связи объем выполняемых задач этими учреждениями значительно расширен. Они реализуют уголовное наказание и обеспечивают охрану здоровья путем оказания осужденным санитарно-профилактической, медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в стационарных условиях.

3. Наряду с общими, лечебные исправительные учреждения решают также задачи, присущие только их деятельности. Данные задачи можно разделить на пять основных групп:

- задачи, связанные с осуществлением лечебно-профилактической помощи осужденным;
- связанные с реализацией воспитательного воздействия на осужденных в процессе их лечения;
- решаемые в процессе реализации карательного воздействия;
- выполняемые лечебными исправительными учреждениями в процессе привлечения осужденных к труду;
- связанные с созданием необходимых материально-бытовых условий содержания осужденных в ЛИУ.

Специфичность способов решения данных задач определяют функционирование лечебных исправительных учреждений.

3.2. Особенности режима исполнения и отбывания наказания в лечебных исправительных учреждениях

Как показывает анализ, понятие «режим» появилось примерно в 13 веке, но в те годы, относят данную категорию скорее к политике и государственной власти. И лишь в 20 веке данное понятие используется в различных отраслях: политической, экономической, социальной и т. д.

Хотелось бы теперь выяснить что же такое «режим» в общем значении этого слова, мы сможем это сделать, абстрагируясь от частного и изучая понятие «режим», с точки зрения общенаучного понимания, что в дальнейшем нам поможет глубже изучить, что же такое режим в исправительных учреждениях. Режим многофункционален по своей направленности. Он выступает в качестве одного из средств исправления и в то же время создает условия для применения других средств исправления. Режимные требования в учреждениях уголовно-исполнительной системы имеют своей целью обеспечение исполнения уголовного наказания с тем, чтобы оно прививало положительное отношение к труду, точное исполне-

ния законов и уважения к правилам общежития, предупреждало совершение преступлений, как осужденными, так и иными лицами.

Под исполнением наказания понимается определенная деятельность соответствующего государственного органа, призванного обеспечить отбывание осужденным назначенного ему судом наказания.

В общей системе мер борьбы с преступностью главная цель уголовно-исправительных учреждений – исправление осужденных, режимные же требования способствуют выполнению данной цели, которая достигается с применением различных средств:

- обеспечение охраны и изоляции осужденных,
- постоянный надзор за ними, исполнение возложенных на них обязанностей,
- реализацию прав и законных интересов осужденных,
- обеспечение личной безопасности осужденных и персонала,
- раздельное содержание разных категорий осужденных,
- различные условия содержания в зависимости от вида исправительного учреждения назначенного судом,
- изменение условий отбывания наказания.

Целью организации режима в учреждениях уголовно-исполнительной системы является исправление осужденных и обеспечение исполнения наказания, недопущения нарушений со стороны осужденных и сотрудников исправительных учреждений.

Хотелось бы отдельно обозначить задачи, поставленные уголовно-исполнительным законодательством

- а) регулирование порядка и условий исполнения и отбывания наказаний;
- б) определение средств исправления осужденных;
- в) охрана их прав, свобод и интересов;
- г) оказание осужденным помощи в социальной адаптации, пути же их достижения напрямую связаны с реализацией режимных требований предъявляемых к учреждениям УИС, которые реализуются лишь с помощью режимных требований.

Режимные требования, определяя основы реализации лишения свободы, основы поведения администрации и осужденных, одновременно создают условия для применения других средств исправления осужденных, предупреждения совершения ими новых преступлений и иных правонарушений.

Как и всякие иные правоотношения режима при исполнении наказания в виде лишения свободы имеют следующие элементы:

- 1) субъекты правоотношений;
- 2) содержание правоотношений;
- 3) объект правоотношений;
- 4) юридические факты.

На учреждение уголовно-исполнительной системы возложено исполнение определенного вида наказания – ограничение свободы, арест, лишение свободы (ч. 7–11 ст. 16 УИК РФ).

Содержание правоотношений режима при лишении свободы – совокупность прав и обязанностей субъектов, определенных нормами уголовно-исполнительного, уголовно-процессуального права, и соответствующее им поведение субъектов этих правоотношений.

При анализе общественных отношений следует иметь в виду, что субъективным правам одной стороны соответствуют юридические обязанности другой, ибо нет прав без обязанностей, нет обязанностей без прав.

Право на положительные действия – это правомочие на собственные действия активного (положительного) характера, то есть поведение, направленное на удовлетворение своего интереса.

Правом на положительные действия обладает администрация учреждения, исполняющего наказания, например при создании собственного производства (ст. 18 Закона РФ «Об учреждениях и органах, исполняющих уголовные наказания в виде лишения свободы»).

При этом возникает правоотношение пассивного типа, когда другие субъекты воздерживаются от действий, препятствующих реализации прав учреждениями, исполняющими наказания.

Правомочие на положительные действия, выступающие в качестве правового интереса, может быть и у осужденного (подозреваемого, обвиняемого), например на положительное поведение.

Большинство прав администрации и осужденных, подозреваемых или обвиняемых, это права требования, то есть правомочие в возможности требовать активного исполнения юридической обязанности другой стороной (правомочие на чужие действия).

Так, согласно ст. 14 Закона РФ «Об учреждениях и органах, исполняющие уголовные наказания в виде лишения свободы» эти учреждения и органы имеют право: требовать от осужденных и иных лиц исполнения ими своих обязанностей и соблюдения правил внутреннего распорядка; осуществлять контроль за соблюдением режимных требований на объектах учреждений, исполняющих наказания, и территориях, прилегающих к ним; привлекать осужденных к труду с учетом их трудоспособности и, по возможности, специальности; производить досмотр и обыск и т. п.

Субъективное право представляет собой вид и меру дозволенного поведения субъекта и основанную на нормах права возможность с его стороны требовать от других определенных действий или воздержания от определенных действий.

Права и обязанности субъектов уголовно-исполнительных правоотношений определяются в нормах права с учетом спецификации процесса исполнения наказания.

Государство наделило органы, осуществляющие уголовное наказание, соответствующими правами. В общем плане можно сказать, что органы, исполняющие наказание, в лице своей администрации имеют право требовать от осужденных определенного поведения, соответствующего правилам внутреннего распорядка исправительных учреждений, и применять меры воздействия, поощрения и взыскания в целях обеспечения соответствующего поведения осужденных.

Администрация исправительных учреждений для обеспечения режима в местах лишения свободы имеет право подвергать осужденных обыску, корреспонденцию – цензуре, передачи – досмотру; к осужденным, нарушающим установленный режим и уклоняющимся от работы, – применять меры взыскания, предупреждения, вплоть до помещения в штрафной изолятор и перевода в помещение камерного типа. Надлежащее обеспечение режима отбывания наказания, порядка содержания осужденных является необходимой предпосылкой для успешного лечения больных.

К требования режима относятся:

а) ношение осужденными единой формы одежды установленного образца. Администрация учреждения обязана обеспечить осужденных такой одеждой (ч. 4 ст. 82 УИК РФ);

б) Проведение обысков осужденных и помещений, в которых они проживают и досмотре их вещей с целью изъятия предметов и вещей, запрещенных к хранению и использованию в исправительных учреждениях. Такой перечень приведен в приложении № 1 к Правилам внутреннего распорядка исправительных учреждений. Личный обыск производится лицами одного пола. Обыск жилых помещений осуществляется в отсутствие осужденных, а в их присутствии, только в случаях, не терпящих отлагательства (ч. 5 ст. 82 УИК РФ);

в) раздельное содержание различных категорий осужденных; В лечебно-исправительных учреждениях изолированно содержатся следующие категории осужденных:

1. Больные активным туберкулезом от лиц, состоящих на учете в 3,4 группах диспансерного учета (ГДУ), и лиц, не состоящих на диспансерном учете по туберкулезу.

2. Больных 1 ГДУ от больных 2 ГДУ.

3. Больных с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) от других больных активным туберкулезом. Таким образом, в ЛИУ содержатся осужденные не по требованию режима (ст. 80 УИК РФ), а в соответствии с медицинскими показаниями и способов лечения заболевания.

г) Организация надзора за осужденными.

При организации надзора следует иметь в виду то обстоятельство, что малейшее ущемление прав в бытовой, организационной, медицинской сфере осужденные рассматривают как посягательство на их здоровье, же-

ление персонала усугубить болезнь. В таких условиях требуется особая корректность при обращении с осужденными, как со стороны медицинских работников, так и состава дежурных смен. Кроме того, следует учитывать и тот факт, что при большой концентрации больных осужденных, в больничных палатах и отрядах сложно поддерживать на должном уровне порядок, проводить обыскные мероприятия. Скученность влияет на конфликтность, проявление агрессивности, способствует отрицательному отношению к лечению, проведению медицинских процедур.

Эти обстоятельства необходимо учитывать при проведении проверок наличия осужденных, личного обыска осужденных, обыска палат и подсобных помещений. Индивидуальные особенности осужденных следует уточнять у медицинского персонала, закрепленного за конкретными отрядами, больничными корпусами, палатами.

Индивидуальные особенности несения службы и осуществления надзора за туберкулезными больными следует отмечать при инструктаже и постановке задачи дежурной смене, особая роль при этом должна отводиться руководителям лечебного учреждения. Они обязаны формировать у личного состава дежурных смен правильное понимание задач, стоящих перед лечебным учреждением, корректное отношение к больным, соблюдение правил санитарии и личной гигиены, правил по профилактике профессиональных заболеваний при непосредственном контакте с осужденными. Допускается временное не предоставление свиданий и запрещение посещений больного иными лицами при карантине, по санитарно-эпидемиологическим основаниям, а также, если посещение больного может привести к ухудшению его здоровья или представлять угрозу здоровью окружающих (в т. ч. прибывших для посещения). Такое решение принимает начальник учреждения по письменному заключению лечащего врача и начальника отделения. Лечебно-охранительный режим должен предусматривать создание благоприятных условий для эффективного лечения, нравственного и психологического покоя, уверенности больных в быстрейшем и полном выздоровлении.

Осужденные в свою очередь обладают специфическими правами, вытекающими из отбывания наказания. Среди субъективных прав осужденных выделим права, обычно регулируемые нормами государства (например, трудовые права), но подвергающиеся определенному изменению на основе норм уголовно-исполнительного права. Сюда относятся: право на труд, на охрану труда, на отдых и др.

Следует особо сказать о праве осужденных на подачу жалоб в любую государственную инстанцию и общественную организацию. Существенно для обеспечения законности, в деле исполнения наказания право осужденного на подачу жалоб, отправку писем в прокуратуру, суд, кон-

тролирующие органы в закрытом виде при отсутствии права администрации на ознакомление с этими жалобами.

Среди прав, не имеющих аналогов в обычных гражданских правах, можно назвать право осужденного на получение гарантированного питания, одежды и другого материально-бытового обеспечения.

Юридическая обязанность представляет собой вид и меру должного поведения лица, соответствующие субъективному праву другого лица. В общем плане юридической обязанностью органов, исполняющих наказание, является организация именно исполнения наказания. Важнейшими юридическими обязанностями лечебных исправительных учреждений являются:

- 1) проведение в жизнь установленных для осужденных правил поведения;
- 2) соблюдение распорядка дня;
- 3) недопущение паразитического образа жизни;
- 4) обязательная изоляция и постоянный надзор с тем, чтобы исключалась возможность совершения осужденными новых преступлений или других антиобщественных поступков.

Специфическими обязанностями администрации лечебных исправительных учреждений являются обязанности, связанные с:

- 1) созданием для осужденных необходимых жилищно-бытовых условий по установленным нормам для ЛИУ;
- 2) обеспечением их питанием по установленным нормам для различных категорий больных осужденных;
- 3) бесплатным проездом к месту жительства и соответствующим материальным довольствием (для освобождаемых из мест лишения свободы).

В области трудового воспитания осужденных важными обязанностями исправительных учреждений являются:

- 1) обеспечение привлечения осужденных к общественно полезному труду, по возможности, в соответствии с имеющейся специальностью и рекомендациями врача;
- 2) привлечение осужденных к учебе, не имеющих среднего образования;
- 3) организация профессиональной подготовки.

Основные обязанности осужденных:

- 1) соблюдать в местах лишения свободы правила внутреннего распорядка, режимные требования;
- 2) лечиться;
- 3) трудиться;
- 4) участвовать в установленном порядке в общеобразовательной и профессиональной подготовке (для не имеющих образования и специальности).

Участие осужденных в различных формах культурно-массовой, спортивно-массовой работы не является их юридической обязанностью, а поощряется и учитывается при определении степени их исправления. Поэтому осужденные, отказывающиеся участвовать в художественной самодеятельности, в спортивных соревнованиях, не могут привлекаться к дисциплинарной или иной ответственности.

Выполнение субъектом правоотношения своих прав и обязанностей образует поведение этих субъектов, то есть уголовно-исполнительные правоотношения наполняются конкретным содержанием тогда, когда права и обязанности субъектов оживляются в их фактически конкретном поведении. Само это поведение выражается как в совершении активных действий, так и в невыполнении конкретных действий, обязанность выполнения которых предусматривается нормами права.

Таким образом, содержанием правоотношений режимных требований является фактическая деятельность субъектов этих правоотношений: с одной стороны, деятельность органов государства по исполнению наказания, с другой стороны, поведение осужденных в период отбывания наказания, определяемое их правами и обязанностями.

Отбывание лишения свободы приводит к тому, что осужденный лишается выбора вариантов своего поведения не только в смысле свободы передвижения. Правовыми предписаниями ему определяются жесткие линии поведения в области его трудовой деятельности, распорядка дня, системы общения, взаимоотношений с администрацией и другими осужденными и даже в плане удовлетворения его личных запросов, лишенных антисоциальной направленности (например, запрещение разведения животных и птиц и др.). Осужденные могут совершать действия и не регулируемые уголовно-исполнительным законодательством, например, обратиться в нотариальную контору по месту открытия наследства с заявлением о принятии наследства или передать заявление соответствующим органам для оформления авторского права на свое изобретение. Но, конечно, не эти действия входят в содержание уголовно-исполнительных правоотношений.

Изучение содержания режима в ЛИУ позволяет нам утверждать, что обязательным условием для его функционирования будет исполнения каждого требования указанного в законодательстве, которые реализуются с помощью средств обеспечения режима.

«Средство» понимается следующим образом: с одной стороны, как прием, способ действий для достижения чего-нибудь и, с другой стороны,

как предмет, приспособление (или их совокупность), необходимый для осуществления какой-либо деятельности⁹⁶.

Проанализировав различные подходы авторов и законодателя к пониманию средств обеспечения режима, мы согласны с М. А. Громовым, считающим, что их следует рассматривать в двух аспектах:

- 1) как деятельность субъектов;
- 2) как совокупность предметов, применяемых в деятельности.

Надзор в учреждениях УИС, является неотъемлемой частью режима, которое трактуется, как посматривать, наблюдать, поглядывать⁹⁷ наблюдение группой лиц, органом за кем или чем-нибудь⁹⁸.

Хочется рассмотреть понятие «надзор» в области, касающейся осужденных. В этом ключе достаточно точек зрения ученых, которые трактуют данное понятие по разному, так одни характеризуют надзор как наблюдение за поведением осужденных⁹⁹, другие под надзором понимают осуществление постоянного контроля за поведением осужденных в местах их размещения и работы по локальным зонам, изолированным участкам и цехам специально назначаемыми нарядами¹⁰⁰. Третьи ученые определяют «надзор» как комплекс мероприятий, обеспечивающих круглосуточный контроль за поведением осужденных¹⁰¹.

Рассмотрим более подробно понятия «наблюдение» и «контроль».

Наблюдение – преднамеренное и целенаправленное восприятие, обусловленное задачей деятельности; восприятие и запоминание личностью окружающего мира; описательный исследовательский метод, заключающийся в целенаправленном и организованном восприятии и регистрации поведения изучаемого объекта.

На наш взгляд наблюдение следует подразделить по территории (объекту) наблюдения и субъекту осуществляющего наблюдение.

Осуществление надзора за осужденными является обязанностью всех работников колонии. Специальные задачи по осуществлению надзора за осужденными возлагаются на сотрудников дежурной смены. В состав дежурной смены включаются дежурный помощник начальника колонии,

⁹⁶ Большой толковый словарь русского языка: около 60 000 слов / под ред. Д. Н. Ушакова. – М.: АСТ: Астрель, 2008. – С. 1051; Ожегов С. И. и Шведова Н. Ю. Толковый словарь русского языка: 80 000 слов и фразеологических выражений / Рос. Академия наук. Институт русского языка им. В. В. Виноградова. – 4-е изд., дополн. – М.: «ИТИ Технологии», 2008. – С. 760; Ожегов С. И. Словарь русского языка: около 57 000 слов / под ред. Н. Ю. Шведовой. – 16-е изд., испр. – М.: Рус. яз., 1984. – С. 660.

⁹⁷ Даль В. Толковый словарь живого великорусского языка. – М., 1979. – С. 401.

⁹⁸ Ожегов С. И. Словарь русского языка. – М., 1978. – С. 343.

⁹⁹ Брызгалов В. Н., Макогон Н. Е. Режим в местах лишения свободы. – Киев, 1976.

¹⁰⁰ Советское исправительно-трудовое право. – Рязань, 1987. – С. 160.

¹⁰¹ Клочков А. Н. Основные требования режима отбывания наказания в ВТК. – М., 1984. – С. 7.

он же начальник смены, персонал надзора и дополнительные силы. Численность персонала надзора для каждой колонии определяется исходя из вида исправительного учреждения, количества объектов надзора, объема службы на каждом объекте.

Порядок несения службы дежурной сменой определяется начальником территориального органа ФСИН России в зависимости от оперативной обстановки и местных условий. Свои обязанности по надзору она выполняет без оружия и обеспечивается специальными средствами индивидуальной защиты и активной обороны, а также носимыми радиостанциями, а при необходимости – транспортом. Дежурная смена обеспечивается бесплатным горячим питанием.

Контроль внутренней запретной зоны, а также прилегающей к ней 15 – метровой полосы территории осуществляется младшим инспектором по патрулированию во внутренней запретной зоне и специалистом-кинологом со служебной собакой, назначаемый в состав дежурной смены. Патрулирование осуществляется днем – через каждые два часа, а в ночное время с 22.00 до 06.00 ежечасно до 02.00, с 02.00 до 06.00 или в условиях крайне ограниченной видимости (при тумане, сильном дожде, метели, буре и т. д.) – постоянно. Решением начальника колонии (а в его отсутствии оперативного дежурного) время ежечасного патрулирования может быть увеличено в зависимости от продолжительности светового дня, погодных и других условий.

Уголовно-исполнительный кодекс Российской Федерации в 1997 г. впервые на законодательном уровне урегулировал применение технических средств надзора и контроля при организации режима исполнения наказания, в виде лишения свободы (ст. 83 УИК РФ). Это напрямую позволило использовать технические средства в целях профилактики и пресечения побегов осужденных, других преступлений, нарушений установленного порядка отбывания наказания и получения необходимой информации о поведении осужденных (ч. 1 ст. 83 УИК РФ). В практике исправительных учреждений технические средства стали внедряться, прежде всего, в целях пресечения и профилактики побегов осужденных. Они устанавливались на периметре внешней запретной зоны исправительного учреждения, для предупреждения, как внешнего пересечения, так и под землей. Затем широко стали применяться технические средства по обнаружению различных предметов (особенно металлических) и промышленное телевидение, различные электронные запорные устройства, аудиовизуальные и электронные приборы. Разработано большое многообразие данных приборов и средств, их применение сдерживалось отсутствием нормативной базы, а также нехваткой средств на их приобретение и эксплуатацию. Сейчас одна часть проблемы решена, правовая база, пусть и не лишенная недостатков, имеется. Решение в полном объеме второй ча-

сти этой проблемы может потребовать достаточно много времени в силу сложностей экономического характера. Используемые в исправительных учреждениях технические средства выполняют различные функции. Они используются как средства наблюдения и оповещения (сигнализации), а также связи и фиксации поведения осужденного. Они обеспечивают активное или пассивное противодействие попыткам совершения осужденными противоправных деяний, а также поиск и обнаружение осужденных и имеющихся у них запрещенных предметов и веществ. Все стационарные и мобильные технические средства в конечном итоге задействованы на дежурную часть исправительного учреждения, которая осуществляет круглосуточный надзор и контроль над складывающейся оперативной обстановкой в учреждении и на прилегающей к нему территории. Все сигналы, подаваемые техническими средствами о состоянии охраняемых ими объектов, поступают на пульт в дежурную часть. При нормальной организации технического обслуживания дежурная часть ведет круглосуточное наблюдение за осужденными на территории соответствующих объектов или в помещениях с помощью телевизионных установок, имея к тому же в своем распоряжении громкоговорящую связь, с помощью которой подаются различные команды или предупреждения осужденным о недопустимости нарушений установленного порядка поведения, о прекращении нарушений. Хорошо отлаженная и надежно функционирующая система технических средств обеспечивает высокую эффективность надзора и контроля за поведением осужденных в жилых и производственных помещениях, в локальных зонах, при проведении различного рода массовых мероприятий культурно-просветительного или спортивного характера, помогает выявлять случаи недозволенных контактов осужденных с иными лицами, пресекать случаи передачи запрещенных предметов. Попытки преодоления охраняемых рубежей исправительного учреждения в этих случаях, как правило, своевременно становятся известны администрации, что позволяет пресекать побег осужденных на первоначальной стадии их совершения. С помощью такой системы технических средств обеспечивается на качественно высоком уровне личная безопасность осужденных, персонала и лиц, посещающих исправительные учреждения.

Разнообразие имеющихся и предлагаемых промышленностью технических средств не означает свободного их выбора администрацией исправительных учреждений. Перечень и порядок использования таких средств определяется нормативно-правовыми актами Российской Федерации (ч. 3 ст. 83 УИК РФ) после всесторонней их апробации, исключаящей причинение вреда жизни и здоровью осужденных и персонала.

С учетом этих обстоятельств в законе содержится требование к администрации исправительного учреждения уведомлять под расписку осужденных о применении указанных средств надзора и контроля (ч. 2

ст. 83 УИК РФ). Кроме того, согласно Правилам внутреннего распорядка ИУ во время нахождения в карантинном отделении, осужденные знакомятся с порядком и условиями отбывания наказания, со своими правами и обязанностями, установленными законодательством Российской Федерации, проходят вводный инструктаж о мерах пожарной безопасности, предупреждаются об ответственности за нарушения установленного порядка отбывания наказания в ИУ. Они информируются о предусмотренных законодательством Российской Федерации случаях применения физической силы, специальных средств и оружия, а также под расписку уведомляются о применении в ИУ аудиовизуальных, электронных и иных технических средств надзора и контроля. Однако, исполняя требования медиков о раздельном содержании по видам заболевания, содержать осужденных в карантинном отделении в некоторых учреждениях не предоставляется возможным из-за отсутствия необходимого количества помещений в карантине, или вообще наличия таковых. Следовательно, не понятно, каким образом вновь прибывший осужденный должен знать права, обязанности и запреты возложенные на него законодательством, а также когда он должен информироваться о применении в отношении него в период всего срока отбывания наказания средств надзора и контроля имеющихся в учреждении.

Еще одной проблемой, которая возникает в учреждении, является двоякость нормы ст. 80 УИК РФ, где говорится о раздельном содержании осужденных, при этом п. 4 говорит, что требования о раздельном содержании не распространяются на лечебные исправительные учреждения, а осужденные, которые направлены в указанные учреждения, содержатся в условиях, установленных законом для колонии того вида, который назначен судом. Не совсем понятно, что имел в виду законодатель.

Если буквально трактовать первое положение обозначенного пункта, то можно предположить, что в данных учреждениях могут отбывать наказание и мужчины и женщины и даже несовершеннолетние осужденные, однако если обратить внимание на последний пункт обозначенной статьи, где речь идет об условиях отбывания наказания, что при буквальном трактовании закона, под условиями содержания следует понимать количество длительных и краткосрочных свиданий, количество расходуемых денег и т. д. Так как же следует понимать обозначенную статью? Вопрос остается открытым.

Исходя из аналогии обозначенного выше вопроса (об условиях содержания) возникает следующая проблема, а можем ли мы содержать в отряде строгих условий, который вообще один (отряд) в учреждении всю категорию осужденных, ведь одни преступили закон впервые, другой отбывает наказание второй, а то и больше раз.

Таким образом, появление рассматриваемой правовой нормы в уголовно-исполнительном законодательстве следует считать весьма прогрессивным событием. Поэтому ее значение для уголовно-исполнительной системы трудно переоценить.

При всем при этом она нуждается в некоторой коррекции, направленной на приведение нормативных положений в соответствие с обоснованными запросами практической деятельности, подкрепленными рядом научных разработок в этой сфере¹⁰². Следует обратить внимание на тот общеизвестный факт, что исправительные учреждения наряду с техническими средствами надзора успешно применяют технические средства охраны. Однако это обстоятельство не нашло должного отражения в ст. 83 УИК РФ.

Так как и надзор и охрана в равной степени являются требованиями режима в исправительных учреждениях, они должны быть одинаково интенсивно обеспечены определенными средствами. В названии и тексте ст. 83 УИК РФ, буквально, отсутствуют упоминания об охране как об объекте обеспечения средствами режима. Соответственно, ст. 83 УИК РФ должна содержать положения, регламентирующие применение, по меньшей мере, технических средств охраны. Но это не единственное, что требует законодательного уточнения по изучаемому вопросу.

Ни для кого не секрет, что в сознании среднестатистического обывателя, аббревиатуры «тюрьма», «зона» немедленно ассоциируются с ре-

¹⁰² Епифанов С. С. Совершенствование правового регулирования применения научно-технических достижений в ИУ // Теоретические и практические проблемы исполнения уголовных наказаний: Сборник научных статей. – Рязань, 2004. – С. 37–44; Епифанов С. С. О целесообразности внесения изменений и дополнений в ст. 83 УИК РФ «Технические средства надзора и контроля» // Актуальные проблемы исполнения уголовных наказаний: материалы науч.-практ. семинара. – Рязань, 2005. – С. 95–99; Маликов Б. З., Дроздов А. И. Правовые основы использования технических средств в организации изоляции осужденных к лишению свободы и некоторые проблемы их усовершенствования // Уголовно-исполнительная система в правоохранительном пространстве Российской Федерации: актуальные вопросы, инновационные процессы, подготовка кадров: материалы Всероссийской науч.-практ. конф. (1–2 февраля 2006 г.): В 2 кн. – Самара: Изд-во Самарского юрид. института ФСИН России, 2006. – Книга 1. – С. 48–52; Епифанов С. С. Совершенствование правовой основы использования научно-технических достижений в обеспечении правопорядка и безопасности в учреждениях, исполняющих наказания / «Уголовно-исполнительная система: право, экономика, управление», 2007. – № 5. – С. 10–14; Епифанов С. С. Сравнительно-правовой анализ Уголовно-исполнительного кодекса России и Кодекса Азербайджанской Республики об исполнении наказаний по вопросу применения технических средств / Актуальные проблемы уголовно-исполнительного права и исполнения наказаний: материалы науч.-практ. конф. – Рязань, 2009. – Вып. 2. – С. 42–46; Епифанов С. С. Правовые основы применения технических средств в учреждениях, исполняющих наказания: учеб.-практическое пособие. – Рязань: Академия ФСИН России, 2009. – Кн. 30. – С. 18.

шетками, заборами и другими преградами. Поэтому другим общеизвестным фактом из практической деятельности УИС является то, что, осуществляя как охрану, так и надзор, исправительные учреждения в комплексе с техническими средствами задействуют и средства инженерные. Не случайно на практике широкое распространение получила аббревиатура – ИТСОН – инженерно-технические средства охраны и надзора, требующая своего законодательного закрепления в ст. 83 УИК РФ. Кроме того, примененная законодателем аббревиатура «технические средства надзора» по всей видимости, является излишней в силу тождественности понятий «надзор» и «контроль»; предпринятая классификация технических средств на аудиовизуальные, электронные и иные неуместна по причине отсутствия четкой обособленности внутренних свойств, предложенных категорий; нелишним будет предусмотреть в законе возможность использования администрацией ИУ инженерно-технических средств охраны и надзора в целях получения необходимой информации о поведении не только осужденных, но и персонала учреждения, и иных лиц находящихся на его территории и в пределах режимной зоны объекта, непосредственно к нему прилегающей. Следует признать, что появившаяся позднее ведомственная правовая основа функционирования ИТСОН в уголовно-исполнительной системе государства, учла слабые стороны своих федеральных предшественников и вполне корректно трактует и классифицирует применяемые в исправительных учреждениях и следственных изоляторах инженерно-технические средства обеспечения режима. Такими документами в УИС являются:

Перечень инженерно-технических средств охраны и надзора для органов и учреждений Федеральной службы исполнения наказаний, утвержденный приказом ФСИН России от 3 марта 2005 г. № 38;

Руководство по технической эксплуатации инженерно-технических средств охраны и надзора, применяемых для оборудования объектов УИС, утвержденное приказом ФСИН России от 18 августа 2006 г. № 574;

Наставление по оборудованию инженерно-техническими средствами охраны и надзора объектов уголовно-исполнительной системы, утвержденное приказом Минюста России от 4 сентября 2006 г. № 279;

Каталог «Специальные (режимные) изделия для оборудования следственных изоляторов, тюрем, исправительных и специализированных учреждений ФСИН России», утвержденный приказом ФСИН России от 26 июля 2007 г. № 407.

Отдельные положения, касающиеся, преимущественно, вопросов оборудования некоторыми инженерными средствами надзора (ИСН) объектов УИС содержатся в следующих ведомственных документах:

Нормы проектирования следственных изоляторов и тюрем Министерства юстиции Российской Федерации, утвержденные приказом Минюста России от 28 марта 2001 г. № 161;

Инструкция по проектированию исправительных и специализированных учреждений уголовно-исполнительной системы Министерства юстиции Российской Федерации, утвержденная приказом Минюста России от 2 июня 2003 г. № 130-дсп.

ИТСОН обеспечивают:

1. Необходимые условия для выполнения служебных задач минимальной численностью караула и дежурной смены в любое время суток и года;

2. Повышение эффективности несения службы подразделениями для поддержания установленного режима содержания подозреваемых, обвиняемых и осужденных;

3. Управление составом караула, резервной группой, дежурной сменой, подразделениями и службами учреждений при выполнении ими служебных задач и действиях при чрезвычайных обстоятельствах;

4. Обнаружение нарушителя при различных способах преодоления им линии охраны или при его несанкционированном выходе из специальных зданий и транспортных средств;

5. Оповещение караула, дежурной смены, подразделений и служб учреждения о нарушении линии охраны, несанкционированном выходе из специальных зданий и транспортных средств или об угрожающих действиях подозреваемых, обвиняемых и осужденных по отношению к лицам, находящимся на объекте;

6. Задержание нарушителей в пределах запретной зоны объекта на время, необходимое для действий караула, резервной группы, дежурной смены, соответствующих подразделений и служб учреждений по предотвращению или пресечению побега;

7. Регистрацию (документирование) сигналов, распоряжений, команд и переговоров должностных лиц учреждения, караула, резервной группы, дежурной смены;

8. Установленный пропускной режим на объектах охраны, условия для досмотра транспорта на контрольно-пропускных пунктах (КПП), обнаружение запрещенных предметов при попытках их проноса (передачи, провоза) через пункты контроля и воспрепятствование их перебросу через запретную зону;

9. Дистанционное наблюдение за территорией объекта охраны, прилегающей к нему территории, на которой устанавливаются режимные требования, а также за поведением подозреваемых, обвиняемых и осужденных;

10. Условия для применения служебных собак на объекте охраны;

11. Раздельное содержание и изоляцию подозреваемых, обвиняемых и осужденных в соответствии с установленными режимными требованиями;

12. Безопасность подозреваемых, обвиняемых и осужденных, а также персонала, должностных лиц и граждан, находящихся на территории охраняемого объекта;

13. Вызов дежурного персонала для своевременного реагирования на обращения лиц, содержащихся в помещении камерного типа (ПКТ), штрафном изоляторе (ШИЗО), едином помещении камерного типа (ЕПКТ), дисциплинарном изоляторе (ДИЗО), карцере;

14. Условия для надежной охраны подозреваемых, обвиняемых и осужденных при конвоировании на транспортных средствах;

15. Условия для отражения нападения на охраняемые объекты, караулы и служебные наряды, на пункты постоянной дислокации подразделений охраны и территориальные органы УИС Минюста России;

16. Маскировку объекта охраны и предупреждение подозреваемых, обвиняемых и осужденных, а также посторонних лиц о границах запретной зоны;

17. Возможность контролировать места несения службы лицами караула и дежурной смены;

18. Подачу команд и распоряжений.

Совокупность инженерных и технических средств охраны и надзора, установленных и применяемых на объекте охраны УИС, составляет комплекс ИТСОН. Совместно с комплексом ИТСОН на объекте охраны может применяться аппаратура противодействия несанкционированному использованию аппаратов сотовой связи, а также другая специальная техника, не снижающая эффективность применения ИТСОН.

Пункт восьмой ст. 13 Федерального закона «Об ОРД» № 144-ФЗ среди прочих органов, осуществляющих оперативно-розыскную деятельность на территории Российской Федерации, напрямую предоставляет такое право оперативным подразделениям Федеральной службы исполнения наказаний.

В свою очередь, федеральное законодательство, осуществляющее непосредственное регулирование реализации меры пресечения в виде исполнения уголовного наказания в виде лишения свободы в части касающейся исправительных учреждений – предоставляет учреждениям, исполняющим наказания ч. 2 ст. 14 Закона «Об учреждениях и органах, исполняющих уголовные наказания в виде лишения свободы» № 5473-1 право осуществлять оперативно-розыскную деятельность. Уголовно-исполнительный кодекс РФ (ч. 1 ст. 84) конкретизирует вышеназванные задачи применительно к исправительным учреждениям, определяя для оперативно-розыскной деятельности в них следующие:

- обеспечение личной безопасности осужденных, персонала исправительных учреждений и иных лиц;
- выявление, предупреждение и раскрытие готовящихся и совершаемых в исправительных учреждениях преступлений и нарушений установленного порядка отбывания наказания;
- розыск в установленном порядке осужденных, совершивших побег из исправительных учреждений, а также осужденных, уклоняющихся от отбывания лишения свободы;
- содействие в выявлении и раскрытии преступлений, совершенных осужденными до прибытия в исправительное учреждение.

УИК не случайно определил оперативно-розыскную деятельность в качестве средства обеспечения режима, ибо задачи, решаемые в ходе ее осуществления, качество их выполнения имеют исключительную важность и напрямую отражаются на состоянии порядка исполнения и отбывания наказания в виде лишения свободы в исправительных учреждениях. Прежде всего, называется задача обеспечения безопасности осужденных, персонала исправительных учреждений, иных лиц: не случайно последняя, как известно, является одним из центральных элементов содержания режима. Выявление, предупреждение и раскрытие готовящихся и совершаемых преступлений и нарушений установленного порядка отбывания наказания выступает также в качестве задачи оперативно-розыскной деятельности. Нужно отдать должное оперативным аппаратам исправительных учреждений в успешности решения именно этой задачи; предупреждение и пресечение правонарушений и преступлений со стороны осужденных происходит постоянно. Результатом такой работы являются изъятые запрещенные предметы и вещества, перекрытие каналов их поступления их в исправительные учреждения.

Не менее значимой в ряду прочих задач является розыск в установленном порядке осужденных, совершивших побег из исправительных учреждений, а также осужденных, уклоняющихся от отбывания лишения свободы. Побег осужденных дезорганизуют практически всю работу исправительных учреждений, создавая нездоровый психологический климат. Поэтому быстрее задержание бежавших – задача первостепенной важности.

И в первую очередь это важно для профилактики подобных правонарушений. Содействие в выявлении и раскрытии преступлений прошлых лет, осуществляемое оперативными аппаратами исправительных учреждений в отношении правоохранительных органов иной ведомственной принадлежности, на первый взгляд весьма отдаленно имеет возможность оказывать укрепляющее влияние на состояние порядка лишения свободы. Тем не менее, при более детальном рассмотрении становится очевидным профилактический потенциал рассматриваемого института, способный

предупреждать правонарушения и преступления уже непосредственно в пределах режимной территории исправительных учреждений за счет демонстрации оперативно-тактических возможностей правоохранительных органов даже в выявлении и раскрытии уголовно наказуемых деяний, совершенных осужденными до прибытия в исправительное учреждение. В ч. 2 ст. 84 УИК РФ определен круг лиц осуществляющих оперативно-розыскную деятельность в исправительных учреждениях. В каждом исправительном учреждении имеется оперативный отдел (или оперативная группа) со специальным штатом сотрудников и соответствующей технической оснащенностью. Работников оперативных отделов осужденные знают в лицо, поэтому свою профессиональную деятельность им приходится выполнять в довольно сложных условиях всеобщего наблюдения со стороны осужденных. В отношении осужденных те или иные оперативные мероприятия могут проводить и другие уполномоченные на то органы, указанные в Законе «Об оперативно-розыскной деятельности». Сложилась практика, что для проведения с осужденными тех или иных оперативно-розыскных мероприятий, они обычно входят в контакт с последними через оперативных работников исправительных учреждений или вышестоящих аналогичных аппаратов, однако не исключены и их самостоятельные действия. Следует отметить, что ч. 2 ст. 5 данного закона определяет, что осуществление оперативно-розыскной деятельности для достижения целей и решения задач, не предусмотренных настоящим Федеральным законом не допускается.

Образовавшееся противоречие вызывает в процессе правоприменительной практики определенные сложности: очевидно, что оперативные аппараты исправительных учреждений УИС призваны обеспечивать установленный порядок лишения свободы выполняя, безусловно, необходимые для этого задачи, но в разрез, как это не парадоксально, с федеральным законодательством.

В частности, такая ситуация сложилась в отношении проведения предварительной проверки лиц и событий, не попадающих в сферу действия Уголовного кодекса РФ. В то же время, нарушения установленного порядка отбывания наказания – явление весьма опасное в местах лишения свободы, при отсутствии надлежащего реагирования, способное перерасти в уголовное преступление и, поэтому нуждающееся в оперативном сопровождении.

Таким образом, представляется неизбежным, внесение изменений в Закон РФ «Об ОРД», учитывающих специфику исправительных учреждений и позволяющих, наряду с преступлениями, выявлять, предупреждать, пресекать и раскрывать правонарушения, а также выявлять и устанавливать лиц, их подготавливающих, совершающих или совершивших в учреждениях ФСИН России.

Важнейшим правомочием органов, уполномоченных на осуществление оперативно-розыскной деятельности при решении возложенных на нее задач выступает возможность, предусмотренная п. 2 ст. 15 Закона «Об ОРД», устанавливать на безвозмездной либо возмездной основе отношения сотрудничества с лицами, изъявившими согласие оказывать содействие на конфиденциальной основе, в том числе и оперативным подразделениям исправительных учреждений и следственных изоляторов.

Правовой основой применения специальных средств обеспечения режима в исправительных учреждениях выступает Закон «Об учреждениях и органах, исполняющих уголовные наказания в виде лишения свободы». Глава V этого документа определяет меры безопасности и основания их применения в исправительных учреждениях. Сотрудники уголовно-исполнительной системы применяют физическую силу, специальные средства и оружие на территориях учреждений, исполняющих наказания, прилегающих к ним территориях, на которых установлены режимные требования, и на охраняемых объектах в порядке, предусмотренном настоящим Законом и другими законами. В состоянии необходимой обороны или крайней необходимости сотрудники уголовно-исполнительной системы при отсутствии специальных средств или оружия вправе использовать любые подручные средства. В случае ранения или смерти осужденных, заключенных, иных лиц в результате применения физической силы, специальных средств или оружия начальники учреждений, исполняющих наказания, сообщают об этом прокурору. Применение сотрудниками уголовно-исполнительной системы физической силы, специальных средств и оружия с нарушением правил, предусмотренных настоящим Законом, влечет за собой установленную законодательством Российской Федерации ответственность¹⁰³.

3.3. Особенности реализации средств исправления, применяемых к осужденным в лечебных исправительных учреждениях

Раньше перед уголовно-исполнительной системой ставилась цель исправления и перевоспитания осужденных. Законодатель употреблял два этих термина, подчеркивая их различие.

Исправление и перевоспитание имеют разные смысловые значения в нравственном и юридическом аспектах.

¹⁰³ Об учреждениях и органах, исполняющих уголовные наказания в виде лишения свободы: Закон Российской Федерации от 21 июля 1993 г. № 5473-1 // Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного совета Российской Федерации, 1993. – № 33. – Ст. 1316.

В нравственном аспекте исправление означает изменение к лучшему отдельных взглядов, отдельных сторон человека, когда в целом личность не нуждается в коренной перестройке, а перевоспитание – это переделка заново сознания человека в процессе преодоления принадлежащих ему принципиально неверных взглядов и представлений.

В юридическом аспекте исправление есть такое изменение личности преступника, которое превращает его в безопасного и безвредного для общества человека. Исправить – значит, добиться такого положения, когда лицо больше не совершает преступлений. Перевоспитание же есть исправление преступника плюс воспитание из него сознательного члена общества.

Некоторые авторы, например, А. А. Пионтковский, указывали, что именно перевоспитание является основной задачей исправительных учреждений.

Другие авторы, в частности, М. Д. Шаргородский, считали, что такая цель перед исправительными учреждениями вообще не стоит, поскольку воспитать сознательного гражданина общества далеко не всегда удастся даже в условиях нормальной семьи, школы и коллектива. Тем более утопично ставить эту цель перед мерами уголовного наказания, где речь идет о наиболее трудном воспитании контингента и где условия воспитания более затруднены.

Решение цели исправления осужденных означает и решение цели предупреждения совершения ими новых преступлений, как в период наказания, так и после его отбытия.

Для лечения больных в местах лишения свободы создаются необходимые условия, предполагающие возможность их лечения вместе с реализацией наказания. Конечно, при создании условий в местах лишения свободы для больных осужденных за основу взяты стандарты исправительных колоний, в которых содержатся многие категории осужденных. Соответственно, также как и к другим категориям осужденных, к ним применяются основные средства исправления: установленный порядок исполнения и отбывания наказания, воспитательная работа, общественно полезный труд, получение общего образования, профессиональная подготовка и общественное воздействие (ч. 2 ст. 9 УИК РФ). Применение названных средств осуществляется дифференцировано, с учетом не только особенностей, но и, прежде всего, характера их заболевания.

Главенствующая роль в исправлении осужденных принадлежит режиму. Не случайно режим определен как установленный законом и соответствующими закону нормативными актами порядок исполнения и отбывания лишения свободы, обеспечивающий охрану и изоляцию осужденных, постоянный надзор за ними, исполнение возложенных на них обязанностей, реализацию их прав и законных интересов, личную безопасность осужденных и персонала, раздельное содержание различных катего-

рий осужденных, различные условия содержания в зависимости от вида исправительного учреждения, назначенного судом, изменение условий отбывания наказания (ч. 1 ст. 82 УИК РФ).

Приведенная норма закона должна полностью распространяться и на лечебные исправительные учреждения. Поэтому основные атрибуты присущие местам лишения свободы, естественно, должны быть схожими в части обеспечения реализации наказания.

Помещения, где располагаются больные осужденные, должны быть не только достаточными по площади, чистыми и светлыми, но и оборудованы с учетом требований безопасности личности больных осужденных.

Хотя осужденный и является больным, он по-прежнему для общества преступник и, вполне естественно, представляет определенную опасность как для окружающих, так и для медицинского персонала. Данное обстоятельство усугубляется еще и тем, что среди больных туберкулезом, как мы отмечали, немало больных, страдающих другими заболеваниями, в частности, психическими расстройствами.

Порядок исполнения наказания в лечебных учреждениях предусматривает и возможности реализации многих льгот, предоставляемых осужденным к лишению свободы. Так, согласно ч. 7 ст. 99 УИК РФ осужденные к лишению свободы могут за счет собственных средств оплачивать дополнительные лечебно-профилактические и иные предоставляемые по их желанию услуги. Данная норма должна дополнять лечебные возможности лечебных исправительных учреждений. Однако, практика показывает, что воспользоваться больным осужденным этой нормой сложно, так как не отработан механизм реализации больными осужденными этого права в связи с комплексом организационных и режимных требований¹⁰⁴.

Нельзя не учитывать в этом деле и дороговизну услуг по лечению имеющейся у осужденных болезни. У подавляющего большинства из них средств на это нет.

Сегодня очень остро стоит вопрос размещения больных осужденных с учетом не только норм положенности, но и соблюдения требований режима содержания. В лечебных исправительных учреждениях проходят лечение осужденные разных режимов, впервые отбывающие наказания и ранее судимые, содержатся практически в одних условиях, за исключением больных с открытой формой туберкулеза, которые содержатся изолированно от общей массы осужденных, тем самым создается прецедент для осложнения оперативной обстановки. В большинстве ЛИУ наблюдается значительная концентрация осужденных, особенно в стационарных условиях. Нередко нарушаются нормы жилой площади при размещении в па-

¹⁰⁴ Итоги деятельности УИС Минюста России // Преступление и наказание. – 2005. – № 5. – С. 5.

латах стационаров, по закону предусматривается не менее 5 квадратных метров на одного больного (ч. 1 ст. 99 УИК РФ). Большая концентрация больных осужденных влияет не только на режим содержания. Она затрудняет и проведение санитарно-профилактических мероприятий: в палатах сложно поддерживать на должном уровне чистоту и порядок, температурный режим, в полной мере обеспечивать индивидуальный подход к каждому больному и т. д. Естественно, многие предметы и вещи находятся у больных в общем пользовании, что нередко приводит к передаче возбудителя болезни. Отдельные осужденные, имея глубокую степень заболевания туберкулезом, продолжают оставаться активными приверженцами различных «воровских традиций». Даже находясь на лечении в условиях стационара, они продолжают оказывать влияние не только на поведение многих осужденных, но и нередко формируют у них негативное отношение к медицинскому персоналу, администрации учреждения.

Как следствие администрация учреждения, вынуждена предпринимать значительные усилия, для поддержания стабильной, управляемой обстановки.

Естественно, чтобы обстановка была управляемой, на первое место выходят режимные мероприятия и применение мер дисциплинарного воздействия, а лечение отдельных осужденных отодвигается на второе место, что неизбежно отрицательно сказывается на их лечении. Видимо, именно этим и отличается оперативно-режимная обстановка в медицинских учреждениях от других видов колоний. Большое значение для выздоровления осужденных, больных туберкулезом, придается питанию¹⁰⁵. Больные, согласно установленным нормам, должны получать ежедневно в среднем 3214 ккал, причем питание должно быть сбалансированным как по калорийности, так и по содержанию необходимых веществ: белков, жиров, углеводов, витаминов. В целях повышения эффективности лечения пищевой рацион должен учитывать состояние больного осужденного, его возраст, энергетические затраты, климатические условия.

Проблемным вопросом в лечебном исправительном учреждении является применение к осужденным мер поощрения и взыскания.

В сущности, сам факт применения взысканий, к больному противоречит принципу гуманизма, в частности, гуманному обращению с больными осужденными. Ведь согласно правилу 22 Минимальных стандартных правил обращения с заключенными¹⁰⁶, больных заключенных, нуждающихся

¹⁰⁵ Об утверждении норм питания и материально-бытового обеспечения осужденных к лишению свободы, а также подозреваемых в совершении преступлений, находящихся в следственных изоляторах Федеральной службы исполнения наказаний, на мирное время. Приказ Минюста России от 2 августа. – 2005. – № 125.

¹⁰⁶ Защита прав человека в местах лишения свободы. – М., Юриспруденция, 2003 – С. 41.

в услугах специалиста, следует переводить в особые заведения или же в гражданские больницы. Естественно, отдельных больных нарушителей вынуждено ограничивают в правах, а в некоторых случаях они даже помещаются в условия, в которых их лечение становится просто проблемным.

Большое значение для больных туберкулезом придается созданию для них улучшенных условий содержания. Более того, УИК РФ содержит целый комплекс мер, которые не только стимулируют правопослушное поведение, но и в определенной мере стимулируют процесс лечения: в частности, денежная премия, разрешение на получение дополнительной посылки или передачи, разрешение дополнительно расходовать деньги в сумме до одной четверти минимального размера оплаты труда на покупку продуктов питания и предметов первой необходимости, представление к условно-досрочному освобождению, замене неотбытой части наказания более мягким видом наказания, ходатайство о помиловании.

Однако в силу отрицательного отношения некоторых осужденных к режиму содержания, администрация лечебного учреждения вынуждена воздерживаться от их применения, что непременно сказывается и на эффективности их лечения. Поэтому условия содержания больных осужденных во многих случаях обусловлены их поведением, жизненными принципами.

Таким образом, установленный в лечебных исправительных учреждениях режим содержания больных туберкулезом осужденных создает необходимые условия для применения всех средств исправления, обеспечивает надзор за ними, исполнение возложенных на них обязанностей, реализацию их прав и законных интересов, создает необходимые условия, для лечения.

Большая роль в исправлении осужденных отводится воспитательно-му воздействию. Сегодня оно в основном направлено на формирование и укрепление у осужденных стремления к занятию общественно полезной деятельностью, на воспитание их в духе добросовестного отношения к труду, соблюдение требований закона и других, принятых в обществе, правил поведения, а также дальнейшее развитие знаний у осужденных.

Воспитательная работа определяется целями наказания. Поэтому ее главная задача – способствовать исправлению осужденных, предупреждению совершения ими новых преступлений. Посредством воспитательной работы администрацией учреждения решаются и многие другие задачи меньшего порядка, в частности, воспитание дисциплинированности, уважение к труду, к окружающим.

В ч. 2 ст. 109 УИК РФ отмечается, что участие осужденных в проводимых воспитательных мероприятиях учитывается при определении степени их исправления, а также при применении к ним мер поощрения и взыскания. Более того, поскольку многие воспитательные мероприятия предусмотрены распорядком дня, участие в них осужденных обязательно. Основным лицом, которое организует и координирует воспитательную ра-

боту с осужденными, является начальник отряда¹⁰⁷, хотя не последнюю роль в воспитательной работе в ЛИУ играет и медицинский персонал, особенно, лечащий врач, который непосредственно оказывают помощь больному в его выздоровлении. Особая роль врачей как воспитателей проявляется в условиях стационарного лечения. Практика показывает, что нередко их индивидуальные беседы, убеждения, забота о больном оказывает большее влияние, чем все другие мероприятия, в том числе и проводимые в масштабах лечебного учреждения.

Воспитательная работа в ЛИУ имеет несколько иную содержательную направленность, обусловленную, прежде всего, наличием у осужденных заболевания. Этот факт накладывает отпечаток и на формы ее проведения, что вполне закономерно. Трудно убедить больного человека в необходимости добросовестно трудиться, соблюдать требования закона и другие принятые в обществе правила поведения, если не оказывать ему помощь в лечении. Поэтому основной акцент в воспитательной работе с больными туберкулезом осужденными отводится не только пропагандистской форме, указывающей на необходимость соблюдения санитарно-гигиенических и других требований, необходимых для выздоровления, но и привитию осужденным волевых качеств, порой так необходимых для борьбы с болезнью. Закон предусматривает различные формы и методы воспитательной работы, в частности, нравственное, правовое, трудовое, физическое воспитание. В лечебных исправительных учреждениях, необходимо добавить еще и санитарно-гигиеническое воспитание.

Основное назначение мероприятий – убедить больных осужденных бережно относиться к своему здоровью и к здоровью окружающих, строго и неукоснительно выполнять рекомендации и наставления врачей, соблюдать требования гигиены и санитарии. Лекции, беседы, как правило, проводятся специалистами-врачами, которые непосредственно осуществляют лечение больных. Поэтому многие такие мероприятия имеют не только сугубо медицинскую, но и общую воспитательную направленность.

В воспитательной работе с больными туберкулезом осужденными большое внимание уделяется индивидуальной работе. Это вполне объяснимо, поскольку не только протекание болезни имеет свои особенности у каждого больного, но и, как мы отмечали, личное отношение к лечению сами больных. В этой связи врачам в ряде случаев приходится прилагать немало усилий, чтобы убедить больного осужденного строго соблюдать их рекомендации в лечении, отказаться от вредных привычек, например, частого курения и т. д. К такой работе нередко привлекаются и другие со-

¹⁰⁷ Об утверждении Положения об отряде осужденных исправительного учреждения Федеральной службы исполнения наказаний: приказ Минюста России от 30 декабря. – 2005. – № 259.

трудники лечебных учреждений, особенно начальники отрядов, сотрудники отделов безопасности.

Особенно большое влияние в этом деле могут оказать родственники осужденных. Родственникам предоставляется возможность общаться с больными по телефону, встречаться на краткосрочных, а в отдельных случаях, если это не приведет к передаче вируса туберкулеза, и длительных свиданиях в порядке ст. 113 УИК РФ. Более того, родственникам предоставляется всесторонняя информация о состоянии здоровья больного осужденного, что дает им возможность в ряде случаев приобретать для больного необходимые лекарства.

Согласно ч. 2 ст. 110 УИК РФ воспитательная работа организуется дифференцировано с учетом вида исправительного учреждения, срока наказания, условий содержания в индивидуальных, групповых и массовых формах на основе психолого-педагогических методов. Как показывает практика, проведение воспитательных мероприятий в лечебных исправительных учреждениях осуществляется, в основном, в групповых формах. Это обусловлено спецификой задач, стоящих перед лечебной колонией, особенностями контингента и условиями их содержания. Так, в стационаре объективно условия размещения позволяют проводить беседы лишь с небольшими группами, как правило, содержащихся в палатах. Тяжело больные осужденные содержатся в отдельных палатах и от таких мероприятий освобождаются. С ними проводятся индивидуальные беседы.

Что касается больных, содержащихся в отрядах, то с ними проводятся воспитательные мероприятия такие, как и в обычных исправительных колониях.

В массовых формах, в частности, в масштабе всех отрядов колонии, воспитательная работа проводится, исходя, прежде всего, из медицинских и режимных соображений. Как правило, осужденным демонстрируются художественные и документальные фильмы. Помимо медицинского профиля, с больными осужденными проводится воспитательная работа, исходя из их личностных особенностей.

Как и в других колониях, в лечебных исправительных учреждениях имеются и злостные нарушители установленного порядка отбывания наказания. Материалы дисциплинарной практики показывают, что их численность в два-три раза меньше, чем в других исправительных учреждениях. Для признания злостным нарушителем требуется совершение правонарушения, установленного ст. 116 УИК РФ. В отношении каждого злостного нарушителя начальником учреждения выносится постановление. Соответственно, за каждым таким нарушителем закрепляется сотрудник учреждения для проведения с ним воспитательной работы. Эта работа носит строго индивидуальный характер.

Анализ дисциплинарной практики показывает, что за больными, содержащимися в стационарных условиях и являющимися злостными нарушителями, закрепляются, как правило, лечащие врачи. Однако, в отдельных случаях, исходя, прежде всего, из требований обеспечения режима, личности больного, за ними закрепляются и сотрудники оперативного отдела или отдела безопасности. Большое значение в воспитательной работе придается проведению с осужденными лекций, бесед с представителями других правоохранительных органов, в частности, суда, прокуратуры.

Основная проблема в трудоустройстве выздоравливающих больных – это отсутствие поддержки производства учреждения. Как следствие этого, в силу имеющихся причин, особенно дороговизны сырья, энергии, разрыва связей с поставщиками, потребителями в производстве туберкулезной колонии, по данным нашего исследования, занято только 12 % осужденных. Вместе с тем, ч. 1 ст. 103 УИК РФ обязывает каждого осужденного трудиться. Для обеспечения трудовой занятости осужденных в уголовно-исполнительной системе функционирует производственный комплекс, в который входят 7 федеральных государственных унитарных предприятий, 566 центров трудовой адаптации осужденных и 80 производственных (трудовых) мастерских исправительных учреждений.

В уголовно-исполнительной системе имеется всего 146 тыс. рабочих мест, на которых трудятся около 200 тыс. осужденных, при этом задействовано более 120 тыс. единиц технологического оборудования, основная часть которого приходится на швейное и обувное производство (46487 единиц, или 38,6 %), металлообрабатывающее (25198 единиц, или 20,9 %) и деревообрабатывающее производство (10805 единиц, или 9 %).

В настоящее время в исправительных учреждениях содержится 290 тыс. осужденных, не обеспеченных работой. Это не позволяет им в должной степени возмещать ущерб, причиненный гражданам и государству, оказывать материальную помощь семьям, покупать продукты питания, одежду и другие предметы, не запрещенные правилами внутреннего распорядка исправительных учреждений. Многие осужденные утратили социальные связи, и денежные средства, заработанные ими в период отбывания наказания, зачастую являются единственным источником их существования после освобождения. При этом вовлечение осужденных в трудовую деятельность связано не только с исполнением установленной законом обязанности трудиться, но и с реализацией их трудовых прав, предусмотренных трудовым и уголовно-исполнительным законодательством Российской Федерации.

Проведенный опрос больных осужденных показывает, что подавляющее большинство из них (почти 77 %) желают трудиться и зарабатывать, исходя из своего состояния здоровья.

В целях сохранения имущественного комплекса УИС в настоящее время государственные унитарные предприятия учреждений, исполняющих уголовные наказания в виде лишения свободы, реформированы и на их базе созданы центры трудовой адаптации осужденных в исправительных колониях, учебно-производственные мастерские в воспитательных колониях и лечебно-производственные мастерские в лечебно-исправительных учреждениях.

В соответствии с Федеральным Законом от 21 июня 1993 г. № 5473-1 «Об учреждениях и органах, исполняющих уголовные наказания в виде лишения свободы», в целях совершенствования организации профессиональной подготовки осужденных, привлечения их к труду и закрепления у них трудовых навыков, приказом МЮ РФ от 1 апреля 2008 г. № 80 утверждены примерное Положения о центре трудовой адаптации осужденных, примерное Положения учебно-производственной мастерской и Типовое Положение о лечебно-производственной мастерской учреждений, исполняющих уголовные наказания в виде лишения свободы. Центр трудовой адаптации осужденных (ЦТАО) создаются в исправительных колониях и в тюрьмах, учебно-производственная мастерская (УПМ) – в воспитательных колониях, лечебно-производственная мастерская (ЛПМ) – в лечебном исправительном учреждении. ЦТАО и мастерские являются структурными подразделениями данных учреждений и реализуют требования уголовно-исполнительного законодательства Российской Федерации в части организации профессиональной подготовки осужденных, привлечения их к труду и закрепления у них трудовых навыков. Привлечение осужденных к труду в ЛПМ Учреждения осуществляется в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации и уголовно-исполнительным законодательством Российской Федерации с учетом законодательных и нормативных правовых актов, регламентирующих особенности организации труда инвалидов. Направление на трудовую терапию в ЛПМ Учреждения осуществляется комиссией в составе начальника МСЧ, лечащего врача, начальника мастерской и, при необходимости, врачей-специалистов. В ЛПМ учреждения не могут направляться осужденные, которым по состоянию здоровья противопоказана трудовая терапия. Для выполнения работ по организации труда осужденных, направляемых на трудовую терапию в ЛПМ учреждения, могут быть привлечены рабочие и специалисты, в том числе из числа осужденных. Решение о создании или ликвидации ЛПМ учреждения принимается начальником территориального органа УИС по представлению начальника ЛИУ, в составе которого создается или ликвидируется ЛПМ. Структура и штатное расписание ЛПМ Учреждения утверждаются приказом территориального органа УИС по представлению начальника учреждения в соответствии с примерными структурами и расчетами штатной численности начальствующего состава, рабочих и служа-

щих лечебных исправительных учреждений, утверждаемыми приказом ФСИН России. Общее руководство ЛПМ осуществляется начальником учреждения. Руководство медицинской деятельностью, связанной с работой ЛПМ Учреждения, осуществляется начальником медицинской части учреждения. Для руководства лечебно-производственной деятельностью ЛПМ назначается начальник ЛПМ, который подчиняется непосредственно начальнику учреждения и является его заместителем. Начальник ЛПМ и его заместители назначаются на должность и освобождаются от должности приказом территориального органа УИС. Для осуществления трудовой терапии в ЛПМ организуются производственные участки.

В ЛПМ лечебных исправительных учреждений в процессе трудовой адаптации участвуют больные скрытой формой туберкулеза, алкоголизмом и наркоманией. Кроме того, в этом процессе могут быть заняты инвалиды, больные хроническими и длительно текущими заболеваниями и лица, ограниченно годные к труду, за исключением лиц, указанных в ч. 2 ст. 101 УИК РФ. В Положении никак не оговаривается вопрос трудовой адаптации ВИЧ-инфицированных осужденных. В Положении о центрах во втором разделе приводится пять задач этих подразделений. Стоит сказать, что именно в задачах аккумулируются приоритетные направления их деятельности.

В п. 2.3, сформулирована задача, касающаяся лечебно-производственных участков. Мы уже говорили, что вполне допустима ситуация, при которой создание ЛПМ возможно в обычном исправительном учреждении, даже хотя бы в виде участка. Однако здесь вызывает некоторое недоумение сведение этой задачи лишь к организации трудовой терапии, трудовому обучению и переподготовке инвалидов, больных хроническими и длительно текущими заболеваниями и ограниченно годных к труду. Это не совсем ясно, поскольку в Типовом положении присутствует развернутая формулировка этой задачи, представленная в виде целого специального набора самостоятельных дефиниций. В связи с этим именно эту задачу стоит отнести к числу общих и требующих весьма существенной конкретизации при составлении, разработке рабочих Положений.

Надо подчеркнуть, что именно задачи, их формулировки позволяют расставить акценты при характеристике динамичной составляющей системы управления подразделениями трудовой адаптации осужденных.

Остановимся на характеристике задач лечебно-производственных мастерских. Их перечень менее значителен, но если его дополнить целями создания этой организационной формы трудовой адаптации осужденных особых категорий, то он возрастет.

Вместе с тем анализ показывает, что этот перечень весьма существенно отличается от перечня задач центра (мастерской) не только по количеству, но и по существу. Прежде всего, Центр трудовой адаптации предназначен для организации соответствующего процесса с трудоспо-

способными осужденными, а также для проведения трудовой терапии для инвалидов, лиц, больных хроническими и длительно текущими заболеваниями, и ограниченно годных к труду, а ЛПМ для инвалидов и лиц с ограниченной трудоспособностью. Положение о ЛПМ в разделе «задачи» сосредоточивает внимание в основном на решении лечебных, или, можно сказать, задач медицинской направленности. Все задачи, так или иначе, имеют отношение к медицине: здесь и трудовая терапия, и степень трудоспособности, и реабилитация осужденных. Стоит заметить, что в Положении вовсе отсутствует термин трудовая адаптация. По сути дела Положение и не ставит цели адаптировать указанных осужденных к труду, здесь цель иная. О ее многоаспектности свидетельствует формализованный перечень общих положений из п. 1.1 Примерного Положения, или, иными словами, целей ЛПМ, или объектов управленческих усилий.

К их числу составители Положения относят:

- 1) привлечение к труду осужденных инвалидов и лиц с ограниченной трудоспособностью;
- 2) повышение эффективности лечения;
- 3) повышение степени трудоспособности и ее закрепление;
- 4) трудовое обучение;
- 5) создание условий для моральной и материальной заинтересованности в результатах труда.

Как видим, в определенном смысле при формальном понимании, или оценке приведенных компонентов целей ЛПМ, весьма четко прослеживается адаптационный смысл их труда, однако акцент на нем не делается в силу специфики трудовой деятельности этих лиц и добровольного характера их привлечения к труду.

В разделе втором Положения о ЛПМ эта цель находит свою конкретизацию в виде задач общего, или основного плана. Очевидно, что такие из них, как «Применение трудовой терапии в целях создания благоприятных условий для повышения и закрепления трудоспособности больных» (п. 2.2) и «обучение...» (п. 2.3), а также «Реабилитация осужденных для восстановления ими способностей к бытовой, общественной и профессиональной деятельности» (п. 2.4) являются основными задачами. Они создают своего рода базу для того, чтобы человек, будучи «больным» (п. 1.1) и вовлеченным в трудовой процесс, смог почувствовать веру в свои силы, ощутить полезность своих трудовых усилий, проникнуться мыслью, что далеко не все потеряно, что все люди действительно равны в своем статусе «человека». Более того, это – своеобразная гарантия того, что эти люди больше не совершат нового преступления. В значительной мере к числу общих задач можно отнести и первую задачу (п. 2.1), в соответствии с которой ЛПМ должна обеспечить потребности самого учреждения, как текущие, так и с учетом перспективы.

С позиций формальной логики в положении представлены 14 функций для центра (мастерской) и 15 функций для ЛППМ. Можно с уверенностью предположить, что представленные перечни функций подразделений трудовой адаптации осужденных могут быть добавлены на основе практической потребности в функциях, а также скорректированы с учетом особенностей производств и конкретных видов деятельности. Рассмотрим функции ЛППМ направленность которых, обусловлена особенностями работающих и самой спецификой деятельности, носящей лечебно-производственный характер.

В разделе «Функции ЛППМ» отсутствует положение, например, о прохождении производственной практики или организация материально-технического обеспечения ее учебно-производственной деятельности; нет там функции, касающейся взаимодействия со службой главного инженера учреждения по организации и проведению своевременного текущего ремонта, изготовлению нестандартизированной оснастки и т. д.

Это и понятно, поскольку занятым в лечебно-трудовом процессе эти функции просто не под силу. Вместе с тем в этом разделе сделан акцент на указанные особенности и специфику деятельности. Среди них разработка и организация выполнения программ трудовой занятости осужденных, проведения трудовой терапии (п. 3.5 Положения о мастерских), создание специальных рабочих мест для трудоустройства осужденных с применением дополнительных мер по организации труда, включая адаптацию основного и вспомогательного оборудования, техническому оснащению и обеспечению необходимыми приспособлениями с учетом индивидуальных возможностей работающих (п. 4.4). Без инвестиций здесь не обойтись, однако они, равно как поиск и размещение заказов на выпуск продукции, привлекаются и осуществляются с учетом трудоспособности осужденных и целью проведения с ними трудовой терапии.

В работе по проведению трудовой адаптации осужденных необходимо использовать специально разработанные программы. Программа трудовой адаптации – это своего рода планирующий и регистрационный документ, отражающий ход трудовой адаптации осужденного. Данные программы можно использовать как для первичной, так и вторичной адаптации.

Так как трудовая адаптация осужденных, которые еще не имеют профессионального опыта, заключается не столько в восстановлении утраченных трудовых навыков и усвоении особенностей производственной деятельности, сколько в обучении самой работе, в программу трудовой адаптации обязательно должно входить обучение.

Особые потребности в адаптации испытывают осужденные старшего возраста. Они также нуждаются в обучении, и их потребности в чем-то схожи с потребностями молодых работников, но им зачастую сложнее вписаться в коллектив, освоить особенности производственной деятельности. Своя специфика существует в процессе трудовой адаптации осужден-

ных, страдающих алкогольной и наркотической зависимостью, имеющих различного рода психические отклонения. Все это необходимо учитывать при составлении программ трудовой адаптации.

Руководствуясь этими установками, в лечебных исправительных учреждениях для осужденных изыскиваются необходимые условия для привлечения их к труду. Производство организовано таким образом, что выполнение работ не требует высокой интенсивности труда, технологической сложности, больших физических нагрузок.

Согласно заключению врачей, большинство работающих осужденных (около 65 %) могут трудиться, в том числе и неполный рабочий день. Конечно, это обстоятельство неизбежно отражается на их заработной плате, которая и без того в настоящее время низкая, так как продукция колонии, как правило, дороже, чем такая же продукция, изготовленная на предприятиях других ведомств. Более того, поскольку ее изготавливают осужденные, больные туберкулезом, она подлежит обязательной обработке, а это в свою очередь увеличивает ее себестоимость. Для этого в туберкулезных колониях имеется необходимое оборудование и специальные помещения, что также неизбежно ведет к дополнительным расходам.

Таким образом, осуществление исправительного воздействия в отношении больных туберкулезом осужденных является необходимым компонентом не только в реализации наказания, но и в их лечении. Поэтому, руководствуясь принципом гуманизма, в лечебных исправительных учреждениях оно осуществляется, прежде всего, с учетом тяжести заболевания и подчинено основной задаче – лечению больных.

Не исключая возможность совершенствования самого процесса трудовой адаптации осужденных, можно наметить и основные пути совершенствования механизма управления трудовой адаптацией:

- повышение профессионального уровня субъектов управления трудовой адаптацией осужденных;
- совершенствование правовой основы трудовой адаптации осужденных;
- оптимизация организационных структур управления трудовой адаптацией осужденных;
- совершенствование форм и технологий управления трудовой адаптацией осужденных.

3.4. Повышение эффективности исполнения наказания в лечебных исправительных учреждениях

Проблема повышения эффективности исправительного воздействия на осужденных к лишению свободы остается одной из актуальных в тео-

рии и практике. Особенно интенсивно идут поиски совершенствования отдельных средств исправления применительно к конкретным исправительным учреждениям. В целом в последние годы в этом направлении достигнуты довольно существенные успехи. Выявлены основные причины, влияющие на уголовно-исполнительный процесс в исправительных учреждениях, к которым в литературе относят следующие:

1. Отсутствие надежной материально-технической базы во многих лечебно-исправительных учреждениях.

Суть данной причины, негативно влияющей на деятельность исправительных учреждений и на управление процессами в них, заключается в том, что материально-техническая база многих колоний находится в критическом состоянии и не обеспечивает самых элементарных условий жизнедеятельности людей. Многие здания колоний за годы непрерывной эксплуатации пришли в негодность и даже опасны для размещения людей. Условия содержания в таких учреждениях вызывают обоснованное недовольство осужденных: малейшая искра – и небольшой конфликт перерастает в беспорядки. По нашим данным, так считают больше половины осужденных и сотрудников ИУ.

2. Недостатки в организации деятельности лечебно-исправительных учреждений и управлении ими.

Организационные и управленческие задачи ЛИУ находятся в неразрывном единстве, так как без организации не может быть управления; организация есть функция управления. Цель управления в учреждениях, исполняющих наказания – обеспечение согласованности действий отделов и служб, входящих в сложную систему, для наибольшего эффекта функционирования системы¹⁰⁸.

Организация деятельности лечебно-исправительного учреждения включает в себя следующие основные элементы:

- организацию воспитательной работы с осужденными;
- обеспечение безопасности и правопорядка в местах лишения свободы;
- организацию труда осужденных;
- организацию охраны ЛИУ.

Правонарушения в сфере безопасности преимущественно связаны с нарушениями, установленными в местах лишения свободы правил: поведения осужденных, взаимоотношений с ними сотрудников учреждений и иных лиц, техники безопасности, несения службы, противопожарных, санитарных. Однако наибольшую опасность при этом имеют противоправные посягательства осужденных на окружающих.

¹⁰⁸ Теория управления в сфере правоохранительной деятельности: учеб / под ред. В. Д. Малкова. – М. Академия МВД СССР, 1990. – С. 61.

Лица, отбывающие наказание, постоянно находятся в общественно опасной среде, состоящей из преступников. Значительная часть их осуждена за насильственные преступления, имеет психические аномалии, страдает алкоголизмом и наркоманией. Многие осужденные, пребывая в местах лишения свободы, продолжают вести антиобщественный образ жизни, притесняют других лиц, совершают преступления и иные правонарушения.

Обеспечение безопасности сотрудников учреждений, исполняющих наказания, и осужденных – это осуществление комплекса организационно-правовых, режимных, оперативно-профилактических, материально-бытовых и иных мероприятий, направленных на предупреждение и устранение опасных посягательств на указанных лиц.

Выполнение этих мероприятий предполагает соблюдение определенных требований, содержащихся в нормативно-правовых актах и международных стандартах по вопросам исполнения и отбывания наказания в виде лишения свободы¹⁰⁹.

На наш взгляд, в лечебно-исправительных учреждениях существуют обстоятельства, действующие как положительно, так и негативно на управленческую деятельность, препятствующие реализации творческого потенциала человека в системе управления. Так, при опросе сотрудников лечебных учреждений установлено, что им не хватает высокой культуры общения и поведения, организационных способностей, ответственности, стремления помочь людям, интереса к своей профессии, хорошей боевой и физической подготовки, человечности, способности понять другого, сопереживать ему.

На результативность деятельности лечебных учреждений, кроме указанных выше обстоятельств, по нашему мнению, существенным образом влияет неправильное понимание сотрудниками ЛИУ целей и задач наказания. 62 % сотрудников среди целей наказания на первое место выдвигают возмездие за совершенное преступление.

Таблица

Оценка сотрудниками ЛИУ целей наказания

№ п\п	Цели наказания	Мнения сотрудников %
1	Исправление	30
2	Возмездие за преступление	10
3	Предупреждение новых преступлений	40
4	Способствование искоренению преступности	20

¹⁰⁹ Громов М. А. Обеспечение порядка и безопасности в исправительных учреждениях: учебное пособие. – Рязань: Ин-т права и экономики Минюста России, 2000. – С. 92.

Представленная в таблице оценка целей наказания дана респондентами независимо от возраста, образования и мотивов поступления на службу.

Особенно настораживает то, что такое мнение о целесообразности целей наказания высказывается сотрудниками лечебных учреждений, имеющих высшее образование, так как преимущественно они считают целью наказания возмездие за преступление. Вместе с тем примерно каждый третий сотрудник на первое место среди целей наказания ставит исправление. Видимо, в высказанных мнениях можно найти и ответ на вопрос о путях повышения эффективности деятельности данного вида исправительных учреждений. О личностных качествах сотрудников, влияющих на исполнение наказаний, опрошенные осужденные ответили следующим образом: честность (20 %); уважение к людям (50 %); общительность (30 %). Правонарушители отмечают, что среди персонала мест лишения свободы есть жестокие, грубые и бездушные люди¹¹⁰.

С позиций повышения эффективности лечебного уголовно-исполнительного процесса интересно рассмотреть оценку сотрудниками и осужденными задач, решаемых в процессе исполнения уголовного наказания.

Главной задачей сотрудников считают исполнение уголовного наказания. Видимо, такое мнение высказано в силу сложившейся профессиональной привычки, а также требований законодательства. Осужденные думают несколько иначе, только каждый шестой из них уделил внимание главной задаче. Скорее всего, осужденные связывают исполнение уголовного наказания с возмездием, карой за совершенное преступление и, как правило, не желают претерпевать тяготы и лишения в процессе наказания.

На второе место по важности сотрудники ЛИУ поставили задачу по обеспечению правопорядка и законности в лечебных учреждениях. Следует отметить, что осужденные также отдают предпочтение данной задаче. Действительно, надежный правопорядок способствует эффективной деятельности исправительных учреждений и лечению. В учреждениях, где администрация обеспечивает внутренний порядок, безопасность сотрудников и осужденных, меньше нарушений дисциплины, преступлений со стороны осужденных и т. д. Так считает практически каждый сотрудник и каждый третий осужденный.

Примерно одинаково респонденты оценили третью важную задачу – привлечение осужденных к труду. Сотрудники и осужденные понимают (к сожалению, только каждый третий из них), что труд является основой

¹¹⁰ Северов А. П. К вопросу об условиях реализации целей наказания в виде лишения свободы // Организационно-управленческие и психолого-педагогические аспекты. – Уфа. УВШ МВД России. – 1994. – С. 37.

их существования, особенно в условиях рыночных отношений. Организуя труд осужденных, администрация обязана помнить, что создаются не просто рабочие места для осужденных, но и то, что работать будут больные, для которых труд выполняет не только экономическую функцию, но и лечебную в пределах трудотерапии. Желательно, чтобы осужденные трудились по специальности либо приобретали такие специальности, которые позволили бы им трудоустроиться после освобождения.

В настоящее время эта задача решается крайне плохо, так как в сфере организации труда осужденных есть определенные недостатки, которые сильно влияют на стабильность обстановки в местах лишения свободы. В этой связи следует отметить, что общий спад производства в стране и переход на новые формы хозяйствования крайне отрицательно сказались на трудовой занятости в колониях, соответственно ухудшились материально-бытовые условия содержания осужденных. Сегодня безработица в местах лишения свободы стала реальностью. Что же касается лечебных учреждений, то проблема труда осужденных стоит еще более остро: не работают 80 % осужденных. Причем безработица в лечебных учреждениях продолжает расти.

Среди недостатков в сфере производства, которые накаляют обстановку в исправительных учреждениях, сотрудники и осужденные особо выделяют:

- закрытие нарядов без учета вклада работающего;
- неудовлетворенность осужденных оплатой труда;
- неудовлетворительная организация труда и рабочих мест;
- работа на устаревшем оборудовании;
- нарушение правил техники безопасности;
- отсутствие у осужденных возможности проявить профессиональные знания, навыки.

Данные недостатки в целом влияют неэффективность исправительного воздействия на осужденных, в том числе и в лечебных учреждениях.

3. Проблема образования больных осужденных, выработка путей преодоления возникающих при этом недостатков.

Рассматривая задачу по обеспечению общего, профессионального и заочного обучения осужденных, необходимо отметить, что она в настоящее время решается неудовлетворительно. Причин много, одна из них заключается в том, что только каждый пятый сотрудник считает ее важной. Не случайно в ряде исправительных учреждений имеет место тенденция к закрытию школ рабочей молодежи и профессионально-технических училищ. Конечно, это связано и с финансовой стороной дела, и с обеспечением безопасности преподавателей из числа женщин. Несмотря на указанные негативные моменты, администрация обязана учесть мнение осужденных по проблеме обучения, так как каждый третий из них это счи-

тает важным. Причем предпочтение отдается профессиональному и заочному обучению. Учитывая мнение осужденных о заочном обучении, его следует нормативно закрепить.

4. Несовершенство воспитательной работы с осужденными.

Имевшиеся ранее методики политико-воспитательной работы были отвергнуты, а новые еще не разработаны. Хотя при реформировании системы, к этому вопросу следовало бы подходить более избирательно, с учетом существующих различного рода передовых опытов воспитательной работы (донецкий, волгоградский, саратовский и др.), которые следовало бы адаптировать к современным условиям исполнения уголовных наказаний.

Сегодня в сфере воспитательной работы имеют место определенные недостатки, суть которых заключается в следующем.

Во-первых, как мы указывали выше, в исправительных учреждениях не хватает специалистов с высшим юридическим и высшим педагогическим образованием. В отдельных колониях некомплект начальников отрядов.

Во-вторых, о каком исправлении можно говорить, если помещения, где проживают больные осужденные, переполнены, зачастую не оборудованы в бытовом отношении.

В-третьих, советы воспитателей отрядов, состоящие из наиболее опытных сотрудников колонии, практически остаются без внимания, так как большая часть персонала не стремится помочь оступившимся людям, не испытывает интереса к работе.

Кроме того, сотрудникам не хватает специальной подготовки по проведению мероприятий воспитательного характера.

В-четвертых, общественность в местах лишения свободы бывает очень и очень редко, хотя, по мнению сотрудников и осужденных, представители общественности (артисты, поэты, известные лица и др.) и религиозных формирований сыграли бы определенную положительную роль в деле их исправления. Так считает каждый третий респондент, как среди осужденных, так и среди сотрудников.

В-пятых, отсутствие финансовых средств из-за недостатков в сфере производства лишает администрацию ЛИУ возможности закупать спортивный инвентарь, музыкальные инструменты для художественной самодеятельности, литературу, что не позволяет более рационально использовать свободное время.

Таким образом, мы рассмотрели основные факторы, существенно влияющие на эффективность деятельности лечебных исправительных учреждений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Медицинская служба пенитенциарных учреждений является составной частью здравоохранения России. Проблема заболеваемости туберкулезом в учреждениях Федеральной службы исполнения наказаний продолжает оставаться актуальной.

Анализ социального состава больных свидетельствует о том, что, в основном, заболевают люди с низким образовательным уровнем, без постоянного места работы и определенного места жительства, занимающиеся бродяжничеством и ведущие асоциальный образ жизни. Серьезную проблему представляет туберкулез у больных алкоголизмом, наркоманией, психически больных. Около 70 % больных туберкулезом в лечебных противотуберкулезных учреждениях УФСИН по Самарской области страдают психическими расстройствами.

В общей массе больных туберкулезом имеется тенденция к увеличению количества больных с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ). Распространение МЛУ-ТБ происходит точно таким же образом, как и лекарственно-чувствительного ТБ. Лечение больных МЛУ-ТБ происходит медленнее, и они остаются бактериовыделителями более длительные сроки. В силу этих обстоятельств они могут инфицировать гораздо большее число лиц, вступающих с ними в контакт. Усугубляет проблему распространения туберкулеза ВИЧ-инфекция. На фоне снижения иммунитета туберкулез протекает нередко атипично, иногда молниеносно, поражая несколько систем организма и неизбежно приводя к летальному исходу.

Проблему распространения туберкулеза нужно рассматривать комплексно, учитывать следует все факторы: материально-техническая база, питание осужденных, адекватное лечение и т. д.

Высокая заболеваемость туберкулезом лиц, находящихся в учреждениях УИС, требует совместных усилий органов здравоохранения, противотуберкулезных учреждений и медицинской службы УИС.

Основными принципами оказания противотуберкулезной помощи в УИС являются:

- этапность в проведении мероприятий;
- ранняя диагностика у больных туберкулезом;
- быстрое и эффективное лечение;
- активная профилактика туберкулеза;
- раннее выявление больных туберкулезом, установление контактных лиц, их обследование, профилактическое лечение, диспансерное наблюдение;
- диагностика туберкулеза в лечебно-профилактических учреждениях УИС и своевременное направление больных в противотуберкулезные учреждения УИС;

- изолированное и раздельное содержание больных;
- проведение диспансерного учета и лечение, диагностики;
- наличие полного спектра противотуберкулезных препаратов;
- возможность проведения хирургических методов лечения больных туберкулезом, особенно среди больных с множественной лекарственной устойчивостью;
- преемственность с учреждениями государственной и муниципальной систем здравоохранения.

Для реализации этих задач необходимо адекватное финансирование, оптимальные санитарно-гигиенические условия содержания, гарантированные запасы противотуберкулезных препаратов, продолжить совместную деятельность в федеральных программах по профилактике, диагностике и лечению туберкулеза, а также, привлекать средства отечественных спонсоров, общественных и благотворительных организаций, местные ресурсы, личные средства больных и их родственников.

В отношении больных туберкулезом осужденных государство, помимо целей, обозначенных в ст. 43 УК РФ, перед лечебными исправительными учреждениями ставит их излечение от туберкулеза, для чего создаются необходимые условия. Личностные особенности больных осужденных во многом отражают их образ жизни до лишения свободы. Отношение больных к себе во многом и предопределило появление у них туберкулеза. Условия лишения свободы способны активизировать заболевание туберкулезом у отдельных категорий осужденных. Характерной чертой для многих больных туберкулезом осужденных является их халатное, безразличное отношение к имеющемуся у них заболеванию и, соответственно, его лечению.

Среди таких осужденных немало лиц, которые в прошлом вели безразличный к своей судьбе образ жизни. Режим в местах лишения свободы создает необходимые условия не только для применения основных средств исправления, обеспечения надзора за больными осужденными, реализацию ими своих прав, исполнение возложенных на них обязанностей и т. д., но и создает необходимые условия для их лечения.

Рассмотрение особенностей исполнения наказания в виде лишения свободы в лечебных исправительных учреждениях для больных туберкулезом, алкоголизмом и наркоманией, позволяет сделать следующие выводы:

1. Существенное увеличение численности осужденных к лишению свободы, больных туберкулезом, обусловлено увеличением заболевания туберкулезом в стране в целом, что во многом отражает сложное социально-экономическое положение, в котором она находится, резкое падение жизненного уровня большинства граждан Российской Федерации. Основными причинами и условиями, заболевания туберкулезом в местах лишения свободы, являются:

- увеличение численности осужденных, больных туберкулезом, поступающих в места лишения свободы; изменение их жизненного стереотипа;
- резкое увеличение нервно-психологической нагрузки на организм, обусловленный фактом изоляции от общества;
- неблагоприятные условия содержания осужденных;
- пренебрежение ими нормами гигиены и санитарии;
- изменение структуры питания, связанное с недостаточным содержанием белковых продуктов;
- злоупотребление алкоголем, наркотическими и другими одурманивающими веществами, курением.

2. Назначение лечебных исправительных учреждений в уголовно-исполнительной системе и в государстве в целом обуславливается единством трех аспектов: пенитенциарного, лечебного и социального (интересы общества в лечении осужденных и обеспечении безопасности персонала). Пенитенциарный аспект выражает карательные интересы и соответствующие им требования государства в области борьбы с преступностью, обращения с осужденными, которые определенным образом направлены также и на реализацию исправительного воздействия по отношению к осужденным.

Лечебный аспект назначения данных исправительных учреждений привнесен в исправительную систему извне и определяется многими параметрами, не свойственными уголовно-исполнительной системе: общим состоянием здравоохранения в государстве; существующими методиками лечения заболеваний, по профилю которых подразделяются лечебные учреждения; общественными интересами в достижении эффекта выздоровления осужденных, особенно с инфекционными заболеваниями. Иными словами, лечебные учреждения осуществляют два равнозначных направления деятельности: реализацию наказания и исправление осужденных, и их лечение. Это должно быть сбалансированное (взаимосвязанное, взаимообуславливающее) единство. Только в этом случае можно будет говорить об эффективном функционировании рассматриваемых учреждений.

Лечебные исправительные учреждения – весьма специфические учреждения, в которых не только осуществляется карательное и воспитательное воздействие, но и проводится целый комплекс лечебно-профилактических мероприятий. В этой связи объем выполняемых задач этими учреждениями значительно расширен. Они реализуют уголовное наказание и обеспечивают охрану здоровья осужденных путем оказания санитарно-профилактической, медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в стационарных условиях.

3. Особенность ограничений персонала УИС работающего в ЛИУ прямо зависит от вида учреждений и содержащихся в нем осужденных.

Права гражданина могут быть ограничены федеральным законом, только в том объеме, в котором это является необходимостью для защиты здоровья, нравственности, основ конституционного строя, обеспечения безопасности других лиц. Проявления механизмов ограничения прав состоит из несколько этапов: «действие» в границах международного законодательства, конституционно-правовые ограничения. Это все представляется взятой в единство систему правовых средств, с помощью которых гарантируется результативное правовое влияние на общественные отношения.

Обозначим практические рекомендации, способствующие, на наш взгляд, устранению правовых и организационных проблем:

- в проекте ФЗ «О службе в УИС» стоит внести такие же дополнительные изменения. На наш взгляд, целесообразно и даже необходимо предоставить сотрудникам младшего начальствующего и рядового состава право заниматься предпринимательской, коммерческой, иной оплачиваемой деятельностью, с выполнением некоторых условий. Несомненно, запреты должны быть дифференцированы и зависеть от звания, занимаемой должности сотрудника;

- совершенствование нормативно-правовых и методических документов, касающихся предоставления дополнительного оплачиваемого ежегодного отпуска до 15 дней;

- принять или внести изменения, в нормативно-правовые акты, направленные на заморозку сокращение как штатов ЛИУ, так и денежных надбавок за сложность условий;

- при назначении пенсионных начислений, учитывать сложность работы сотрудника при выполнении им своих функциональных обязанностей в условиях туберкулеза;

- внести в Положение о прохождении службы в ОВД и Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.04.2011 № 302 н., туберкулез – утвердить в перечень профессиональных, для наступления страхового случая сотрудника лечебного исправительного учреждения ФСИН России.

4. Осуществление воспитательного воздействия в отношении больных туберкулезом осужденных является необходимым компонентом и для реализации наказания, и для их лечения. Однако такое воздействие осуществляется, прежде всего, с учетом тяжести заболевания и подчинено цели излечения больных. В лечебных исправительных учреждениях содержатся очень разные по уголовно-правовым, социально-демографическим и другим признакам осужденные. Это является одной из причин возникновения всевозможных группировок среди осужденных, в которых ведется борьба за лидерство. Данные группировки влияют на оперативную обстановку колонии и отношение осужденных к режиму, лечению, труду и другим воспитательным средствам. В результате происходит социальное расслоение среди осужденных. К этому приводит и отсутствие занятости тру-

дом большинства больных осужденных, что значит отсутствие у них денежных средств на приобретение предметов первой необходимости и продуктов питания. По этой причине многие из них вынуждены выполнять требования лидеров групп, тем самым «зарабатывая» средства для своих нужд. Неизбежно подобные действия осужденных приводят к нарушениям и взысканиям за них. Нарушения, совершаемые осужденными в ЛИУ, практически не отличаются от нарушений, совершаемых осужденными в любых других колониях. Это могут быть и межличностные конфликты, употребление алкоголя и наркотических средств, хранение запрещенных предметов, грубое и вызывающее поведение и прочее.

Согласно данным различных исследований, практически половина осужденных, находящихся в лечебных исправительных учреждениях, имеют взыскания. В том числе и водворение в штрафные изоляторы, переводы в помещения камерного типа или одиночные камеры.

Однако среди нарушений осужденных, больных туберкулезом, находящихся в лечебных исправительных учреждениях можно отметить и отказ от лечения и процедур, необходимых для оздоровления больного. Зачастую такие осужденные вступают в конфликт с администрацией и медперсоналом, и их численность составляет примерно 3 % от общего количества осужденных.

В центре наркотической преступности находится сбытчик наркотиков, в частности – изготовитель, в целях сбыта и сбывающий указанные вещества. Он представляет источник наркотизма, и конечный путь оборота наркотиков, – их реализацию, что приводит к заболеваемости наркоманией. В данном случае сбытчик наркотических средств корыстно заинтересован распространять большее количество наркотиков, тем самым расширяя круг потребителей.

Поэтому, чтобы эффективно противостоять распространению наркомании и злоупотреблению наркотиками, необходим комплексный подход, во-первых, уголовно-правовых мер, направленных на жесткое пресечение всех действий, связанных с распространением наркотиков, а во-вторых, медицинских и социальных мер. Поэтому можно сказать, что не только условия, создаваемые в местах лишения свободы для осужденных, но и образ жизни и поведение большинства осужденных являются предпосылками и причинами возникновения и прогрессирования различного вида заболевания среди осужденных, отбывающих наказания в ЛИУ.

Сегодня в сфере воспитательной работы имеют место определенные недостатки, суть которых заключается в следующем.

1) в лечебных исправительных учреждениях не хватает специалистов с высшим юридическим и высшим педагогическим образованием. В отдельных колониях некомплект начальников отрядов;

2) о каком исправлении можно говорить, если помещения, где проживают больные осужденные, переполнены, зачастую не оборудованы в бытовом отношении;

3) советы воспитателей отрядов, состоящие из наиболее опытных сотрудников колонии, практически остаются без внимания, так как большая часть персонала не стремится помочь оступившимся людям, не испытывает интереса к работе;

4) сотрудникам не хватает специальной подготовки по проведению мероприятий воспитательного характера;

5) общественность в местах лишения свободы бывает очень и очень редко, хотя, по мнению сотрудников и осужденных, представители общественности (артисты, поэты, известные лица и др.) и религиозных формирований сыграли бы определенную положительную роль в деле их исправления. Так считает каждый третий респондент, как среди осужденных, так и среди сотрудников;

6) отсутствие финансовых средств из-за недостатков в сфере производства лишает администрацию ЛИУ возможности закупать спортивный инвентарь, музыкальные инструменты для художественной самодеятельности, литературу, что не позволяет более рационально использовать свободное время.

Таким образом, мы рассмотрели основные факторы, влияющие на эффективность деятельности лечебных исправительных учреждений. Особенностью указанных аспектов является комплексность, обусловленная необходимостью органически соединять теоретические и практические подходы.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

Нормативно-правовые акты

1. Всеобщая декларация прав человека (принята Генеральной Ассамблеей ООН 10.12.1948) // Российская газета, 10.12.1998.

2. Конвенция против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания 1984 г. // Международная защита прав и свобод человека: Сб. док. – М., 1990. – С. 109–124.

3. Минимальные стандартные правила обращения с заключенными 1955 г. // Международная защита прав и свобод человека: Сб. док. – М., 1990. – С. 290–318.

4. Европейская конвенция по предупреждению пыток и бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания 1987 г. // Российская газета. 1995. 5 апр.

5. Конституция Российской Федерации принята 12 декабря 1993 г. (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 № 2-ФКЗ, от 21.07.2014 № 11-ФКЗ) // Российская газета. – 2009. – № 7.

6. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. от 17.04.2017) [Электронный ресурс] // СПС «Консультант Плюс» (дата обращения: 20.04.2017).

7. Уголовно-исполнительный кодекс Российской Федерации от 08.01.1997 № 1-ФЗ (ред. от 05.04.2017). – М.: Омега-Л, 2017. – 224 с.

8. Закон РФ от 21 июля 1993 г. № 5473-1 «Об учреждениях и органах, исполняющих уголовные наказания в виде лишения свободы» (ред. от 28.12.2016) [Электронный ресурс] // СПС «Консультант Плюс» (дата обращения: 17.03.2017).

9. Федеральный закон от 10 июня 2008 г. № 76-ФЗ «Об общественном контроле за обеспечением прав человека в местах принудительного содержания и о содействии лицам, находящимся в местах принудительного содержания» // Российская газета. – 2008. – № 128.

10. Федеральный закон РФ от 28 декабря 2010 г. № 390-ФЗ «О безопасности» // Российская газета, 2010. 29 декабря.

11. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 14 октября 2010 г. № 1772-р «Об утверждении Концепции развития уголовно-исполнительной системы Российской Федерации до 2020 года» // Собрания законодательства РФ. – 2010. – № 43. – Ст. 5544.

12. Приказ ФСИН РФ от 13.09.2005 № 759 «Об утверждении норм положенности и нормативных сроков эксплуатации инженерно-технических средств охраны и надзора, норм расхода запасных частей

и материалов для ремонта и эксплуатации, норм положенности электро-технического оборудования, измерительных приборов и средств защиты для территориальных органов, учреждений и подразделений территориальных органов ФСИН России».

13. Приказ Минюста России от 4 сентября 2006 г. № 279 «Наставление по оборудованию ИТСОН объектов УИС».

14. Приказ Минюста России от 3 сентября 2007 г. № 178 «Об утверждении Положения о режимных требованиях на территории, прилегающей к учреждению, подведомственному территориальному органу уголовно-исполнительной системы» // Бюллетень Министерства юстиции Российской Федерации, 2007. – № 9.

15. Приказ Минюста России от 16.12.2016 № 295 «Об утверждении Правил внутреннего распорядка исправительных учреждений» // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 27.12.2016

16. Приказ Минюста России от 30 декабря 2005 г. № 259 «Об утверждении Положения об отряде осужденных исправительного учреждения Федеральной службы исполнения наказаний»

17. Приказ Минздравсоцразвития РФ № 640, Минюста РФ № 190 от 17.10.2005 «О Порядке организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключенным под стражу» // «Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти», № 46, 14.11.2005

18. О предупреждении распространения туберкулеза в РФ: Федеральный закон РФ от 18.06.2001 № 77-ФЗ (в ред. ФЗ от 22.08.2004 № 122-ФЗ) // Собрание законодательства РФ. – 2001. – № 26.

19. О реализации ФЗ о предупреждении распространения туберкулеза в РФ: постановление Правительства Российской Федерации от 13 ноября 2001 г. № 790 // Собрание законодательства РФ. – 2001. – № 26.

20. О мерах по совершенствованию противотуберкулезной помощи в местах лишения свободы МВД России: приказ МВД России, Минздрава РФ № 85/48 от // Мед. газ. – 1995. 14 июня.

21. О порядке организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключенным под стражу: приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ и Минюста России от 17.10.2005 № 640/190.

22. О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации: приказ Минздрава РФ от 21 марта 2003 г. № 109.

23. Приказ Минюста России от 2 августа 2005 г. № 125. «Об утверждении норм питания и материально-бытового обеспечения осужденных к лишению свободы, а также подозреваемых и обвиняемых в совершении

преступлений, находящихся в следственных изоляторах Федеральной службы исполнения наказаний, на мирное время».

Научные, учебные, справочные издания

24. Антонян Ю. М. Изучение личности преступника. – М., 1982. – С. 278.

25. Антонян Ю. М. Преступность и психические аномалии. – М. Наука, 1987. – С. 290.

26. Антонян Ю. М. Роль конкретной жизненной ситуации в совершении преступления. – М., 1973. – С. 195.

27. Антонян Ю. М., Самовичев Е. Г. Неблагоприятные условия формирования личности и преступное поведение. – М., 1983.

28. Анциферова Л. И. Способность личности к преодолению деформаций своего развития // Психологический журнал. – 1999. – Т. 20, № 1.

29. Букин В. Партнерство во имя развития // Преступление и наказание. – 2004. – № 12. – С. 3–9.

30. Кононец А. Предстоит еще многое сделать // Ведомости уголовно-исполнительной системы. – 2007. – № 3. – С. 3–8.

31. Васильев В. Л. Юридическая психология. – 5-е изд. доп. и перераб. – СПб.: – Питер, 2002.

32. Дагель П. С. Учение о личности преступника в советском уголовном праве. – Владивосток, 1970

33. Динамика ценностей населения реформируемой России / под ред. Н. И. Лапина, Л. А. Беляевой, Н. Ф. Наумовой, А. Г. Здравомыслова. – М., 1996.

34. Еникеев М. И. Основы общей и юридической психологии. – М.: Юрист, 1997.

35. Зам Б. М. Принудительное лечение осужденных наркоманов во Вьетнаме // Человек: преступление и наказание. – 2014. – № 3. – С. 88–93.

36. Зиновьева Т. А. Правовые и организационные аспекты перехода медицинской службы УИС на новую модель // Ведомости уголовно-исполнительной системы. – 2013. – № 11(138). – С. 25–30.

37. Карпец И. И. Проблема преступности. – М., 1969.

38. Кирюшин Л. С., Красоткин П. Н. О некоторых проблемах организации исправительного процесса осужденных в лечебно-исправительных учреждениях России (на примере ФКУ ЛИУ-16 ГУФСИН России по Кемеровской области) // Вестник Кузбасского института. – 2013. – № 2(15). – С. 29–34.

39. Кашуба Ю. А., Скиба А. П. Пенитенциарные больницы: становление правового статуса // Уголовно-исполнительное право. – 2006. – № 1. – С. 76–82.

40. Лекарь А. К. Профилактика преступлений. – М. Юрид. лит. – 1972 – С. 154.
41. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность. – М., 1982.
42. Макайвер С. А. Психологические причины преступности. – М., 1996.
43. Машков В. Н. Введение в психологию человека: учебное пособие. – СПб.: Изд-во Михайлова В. А., – 2003.
44. Новик Ю. И. Психологические проблемы правового регулирования. – Минск, 1989.
45. Психологические особенности наркоманов (опыт комплексного экспериментально-психологического) / под ред. С. В. Березина, К. С. Лисецкого. – Самара: Изд-во «Самарский университет», – 1998.
46. Психология. Педагогика. Этика: учебник для вузов / И. И. Аминов, О. Вафанасьева, А. Т. Васьков, А. М. Воронов и др.; Под ред. Ю. В. Наумкина. – 2-е изд. – М.: Юнити-Дана, Закон и право, – 2002.
47. Пятницкая И. Н. Наркомании. – Л.: Медицина, 1994
48. Радочина Т. Н., Ким В. В. История развития системы профилактики туберкулеза: пенитенциарный аспект // Человек: преступление и наказание. – 2012. – № 3. – С. 113–117.
49. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. – Самара: издательский дом «Бахрах. – М», – 2001.
50. Сторожук М. И. Обеспечение права на здоровье в условиях лишения свободы // Вестник Самарского юридического института: научно-практический журнал. – 2012. – № 3(8). – С. 78–80.
51. Таганцев Н. С. Русское уголовное право / Н. С. Таганцев. – Тула: Автограф, 2001 (Юридическое наследие: XX век). Т. 1. – 2001.
52. Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г. М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002
53. Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность. В 2-х тт. – Т. 1. СПб., 2003.
54. Шабанов В. А. Руководство по наркологии. – СПб.: «Лань», – 1998.
55. Ядов В. А. О диспозиционной регуляции социального поведения личности / Методологические проблемы социальной психологии. – М., 1975.

Диссертации и авторефераты

56. Комарова Л. В. Правовое регулирование исполнения наказания в лечебных исправительных учреждениях. Диссертация и автореферат 12.00.08., Краснодар, – 2001, кандидат юридических наук

57. Скиба, Андрей Петрович. Исполнение наказания в лечебно-профилактических учреждениях. Диссертация и автореферат. 12.00.08., Ростов н/Д, – 2003, кандидат юридических наук.

58. Ким В. В. Криминологическая характеристика преступности осужденных, больных туберкулезом, и ее предупреждение: монография / науч. ред. В. Е. Южанин. – Новокузнецк: ФКОУ ВПО Кузбасский институт ФСИН России – 2015. – С. 124.

Материалы юридической практики

59. Материалы преддипломной практики в ФКУ ЛИУ-19 УФСИН России по Республике Мордовия / Р. Н. Иванов // СЮИ ФСИН России, 2017.

60. Материалы преддипломной практики в ФКУ ЛИУ-4 УФСИН России по Самарской области / А. М. Галиева // СЮИ ФСИН России, 2017.

61. О практике применения судами принудительных мер медицинского характера: постановление Пленума Верховного суда РФ от 07.04.2011 № 6 (ред. от 03.03.2015) [Электронный ресурс] // СПС «Консультант Плюс» (дата обращения: 19.02.2017).

62. Постановление Европейского суда по правам человека от 8 января 2013 г. Дело «Решетняк (Reshetnyak) против Российской Федерации» (жалоба № 56027/10) (Первая секция)

Электронные ресурсы

63. Официальный сайт Федеральной службы исполнения наказаний. – Режим доступа: <http://www/fsin.ru> (дата обращения: 12.03.2017).

64. Официальный сайт УФСИН России по Самарской области. URL: <http://www.31.fsin.ru> (дата обращения: 22.02.17).

Официальный сайт УФСИН России по республике Мордовия. URL: <http://www.31.fsin.ru> (дата обращения: 22.03.17).

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

ПРАКТИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ПРИЧИН УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ, КАК МОТИВ СОВЕРШЕНИЯ ПРЕСТУПЛЕНИЯ

Экспериментальная работа по практическому изучению причин употребления наркотиков и психотропных веществ как мотива совершения преступления проводилась на базе ФКУ ЛИУ-19 УФСИН России по Республике Мордовия для отбывания наказания осужденных мужчин, больных алкоголизмом и наркоманией, вид режима – общий. Место дислокации: Республика Мордовия, Зубово-Полянский район, п. Лесной. Удаленность от УФСИН России по Республике Мордовия (18 км). Плановый лимит наполнения – 514 человек, фактическое наполнение на 01.10.2017–491, что составляет 96 % от лимита наполнения. В колонии развито швейное производств на котором задействовано 264 осужденных, что составляет 52 %.

Характеристика криминогенного состава осужденных, представлена в таблице.

Показатели	Количество	АППГ	+/-	в %
Численность всего, в том числе:	498	506	8 ⁻	1,6 % ⁻
По видам преступлений				
Убийство	36	48	12 ⁻	12 % ⁻
Умышленное причинение тяжкого вреда здоровью	24	11	+13	+118 %
Кража	121	66	+55	+83,3 %
Грабёж	54	24	+30	+125 %
Разбой	38	32	+6	+18,8 %
Преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков	218	322	104 ⁻	32,3 % ⁻
Изнасилование, насиль- ственные действия сексу- ального характера	5	4	+1	+25 %
Насильственные действия сексуального характера против несовершенно-	2	2	-	-

Показатели	Количество	АППГ	+/-	в %
летних				
По срокам отбывания наказания				
До 3 лет	54	59	5 ⁻	8,5 ⁻ %
До 3 до 5 лет	171	169	2 ⁻	1,2 ⁻ %
От 5 до 10 лет	175	181	6 ⁻	3,3 ⁻ %
От 10 до 15 лет	82	77	5 ⁻	6,5 ⁻ %
От 15 до 20 лет	13	15	2 ⁻	13,3 ⁻ %
От 20 до 25 лет	2	4	2 ⁻	50 ⁻ %
От 25 до 30 лет	1	1		
По количеству судимостей				
впервые	151	157	6 ⁻	3,9 ⁻ %
второй раз	147	152	5 ⁻	3,3 ⁻ %
третий и более раз	200	197	3	+1,5 %
По возрасту				
до 25 лет	38	115	77 ⁻	66,9 ⁻ %
от 25–55 лет	459	398	+61	+15,3 %
от 55 до 60 лет	2	2		
старше 60 лет				
По заболеваемости				
инвалидов	6	3	+3	+100 %
Туберкулезных больных	0	0	0	0
ВИЧ-инфицированных	115	112	+3	+2,7 %
наркоманов	441	443	2 ⁻	0,5 ⁻ %
алкоголиков	57	63	6 ⁻	1,0 ⁻ %

Для проведения исследования была сформирована выборка в количестве 30 человек, все респонденты – преступники, употребляющие наркотики и психотропные вещества.

Исследование проводилось в рамках констатирующего эксперимента в один этап. Сообразно методологическим характеристиками был сформирован пакет диагностических методик, в который вошли:

- анкета,
- методика «Ценностные ориентации» М. Рокича
- методика «Выход из трудных жизненных ситуаций».

Ориентировочная анкета представлена 7 вопросами выявляющими мотивы употребления наркотических и психотропных веществ и мотивы совершения преступлений:

1. Как давно Вы употребляете наркотики?
2. Какой вид наркотика Вы употребляли?
3. Пробовали ли Вы бросить употреблять наркотики?
4. Почему Вы стали употреблять наркотики?
5. В момент совершения преступления находились ли Вы под действием наркотика?
6. Если нет то, что толкнуло Вас на совершение преступления?
7. Если бы жизнь можно было начать с начала, стали бы Вы употреблять наркотики?

Ответы на вопросы носили свободный характер и не нормировались заданными ответами.

Наиболее распространенной в настоящее время является методика изучения «ценностных ориентаций» М. Рокича, основанная на прямом ранжировании списка ценностей. М. Рокич различает два класса ценностей:

- 1) терминальные – убеждения в том, что какая-то конечная цель индивидуального существования стоит того, чтобы к ней стремиться;
- 2) инструментальные – убеждения в том, что какой-то образ действий или свойство личности является предпочтительным в любой ситуации. Это деление соответствует традиционному делению на ценности-цели и ценности-средства.

Респонденту предъявляется два списка ценностей (по 18 в каждом) либо на листах бумаги в алфавитном порядке, либо на карточках. В списках испытуемый присваивает каждой ценности ранговый номер, а карточки раскладывает по порядку значимости. Последняя форма подачи материала дает более надежные результаты. Вначале предъявляется набор терминальных, а затем набор инструментальных ценностей.

Инструкция: «Сейчас Вам будет предъявлен набор из 18 карточек с обозначением ценностей. Ваша задача – разложить их по порядку значимости для Вас как принципов, которыми Вы руководствуетесь в Вашей жизни. Каждая ценность написана на отдельной карточке. Внимательно

изучите карточки, и выбрав ту, которая для Вас наиболее значима, поместите ее на первое место. Затем выберите вторую по значимости ценность и поместите ее вслед за первой. Затем проделайте то же со всеми оставшимися карточками. Наименее значимая останется последней и займет 18 место. Работайте не спеша, вдумчиво. Если в процессе работы Вы измените свое мнение, то можете исправить свои ответы, поменяв карточки местами. Конечный результат должен отражать Вашу истинную позицию».

Достоинством методики является универсальность, удобство и экономичность в проведении обследования и обработке результатов, гибкость – возможность варьировать материалом (списки ценностей), так и инструкции. Существенным ее недостатком является влияние социальной желательности, возможность неискренности. Поэтому особую роль в данном случае играет мотивация диагностики, добровольный характер тестирования и наличие контакта между психологом и испытуемым. Методику не рекомендуется применять в целях отбора и экспертизы.

Для преодоления указанных недостатков и более глубокого проникновения в систему ценностных ориентации возможны изменения инструкции, которые дают дополнительную диагностическую информацию и позволяют сделать более обоснованные выводы. Так, после основной серии можно попросить испытуемого ранжировать карточки, отвечая на следующие вопросы:

– «В каком порядке, и в какой степени (в процентах) реализованы данные ценности в Вашей жизни?»

– «Как бы Вы расположили эти ценности, если бы стали таким, каким мечтали?»

– «Как, на Ваш взгляд, это сделал бы человек, совершенный во всех отношениях?»

– «Как сделало бы это, по Вашему мнению, большинство людей?»

– «Как это сделали бы Вы 5 или 10 лет назад?»

– «Как ранжировали бы карточки близкие Вам люди?»

Анализируя иерархию ценностей, следует обратить внимание на их группировку испытуемым в содержательные блоки по разным основаниям.

Так например, выделяются «конкретные» и «абстрактные» ценности, ценности профессиональной самореализации и личной жизни и т. д. Инструментальные ценности могут группироваться в этические ценности, ценности общения, ценности дела; индивидуалистические и конформистские ценности, альтруистические ценности; ценности самоутверждения и ценности принятия других и т. д. Это далеко не все возможности субъективного структурирования системы ценностных ориентации. Психолог должен попытаться уловить индивидуальную закономерность. Если не удастся выявить ни одной закономерности, можно предположить от-

сутствие сформированной у респондента системы ценностей или даже неискренность ответов.

Обследование лучше проводить индивидуально, но возможно и групповое тестирование.

Методика «Выход из трудных жизненных ситуаций»

Люди по-разному выходят из затруднительных жизненных ситуаций, в том числе таких, которые связаны с педагогической работой. Одни мирятся с проблемами, неприятностями, приспосабливаются к ним, предпочитают «плыть по течению». Другие проклинают судьбу, эмоционально разряжаются и в конечном счете также успокаиваются, фактически не решая никаких проблем. Третьи замыкаются в себе и предпочитают «не видеть» проблем. Четвертые поступают как-то по-своему. Следующий тест позволяет выявить доминирующий у данного человека способ решения жизненных проблем. Ознакомившись с ним, необходимо на каждое суждение выбрать один из возможных вариантов ответов. Обработка результатов производится в соответствии с ключом. В процессе обработки полученные ответы переводятся в баллы и суммируются для конечного результата.

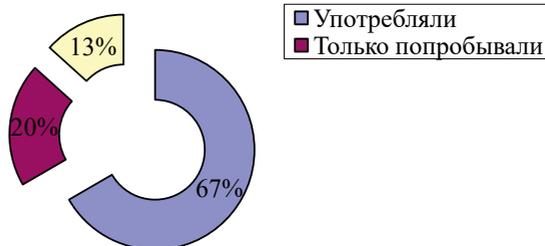
На основании общей суммы баллов, набранных испытуемым, судят о типичных для него способах выхода из затруднительных ситуаций. При сумме баллов от 7 до 15 делают вывод о том, что данный человек легко примиряется с неприятностями, правильно оценивая случившееся и сохраняя душевное равновесие.

При сумме набранных баллов от 16 до 26 приходят к заключению, что не всегда данный человек с достоинством выдерживает удары судьбы. Часто он срывается, проклинает ее, то есть расстраивается при возникновении проблем и расстраивает других.

Если сумма баллов оказалась в пределах от 27 до 36, то это дает основание сделать вывод о том, что данный человек не может нормально переживать неприятности и обычно реагирует на них психологически неадекватно.

При качественном анализе проведенных анкет нами было выявлено, что основная масса респондентов употребляли наркотические и психотропные вещества – 67 % (20 человек), и только 4 человека – 13 % всей выборки не употребляли наркотики.

Анализ результатов по анкете на предмет употребления наркотических и психотропных веществ.



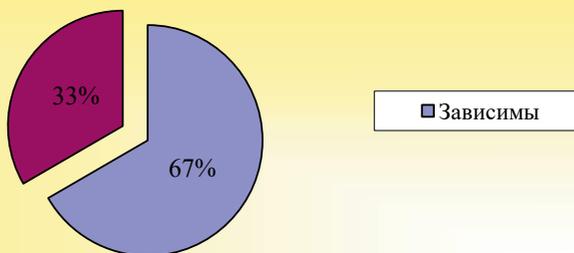
Из 26 человек употреблявших наркотики основная масса испытуемых – 69 % (18 чел.) – употребляла серьезные наркотики, вызывающие сильную привязанность, такие как героин, кокаин и т. д. и только 31 % респондентов признавшихся в принятии наркотических и психотропных веществ, принимали различные наркотики, объясняя это интересом («Просто попробовать»).

Анализ результатов анкеты на предмет употребления наркотических веществ (виды).



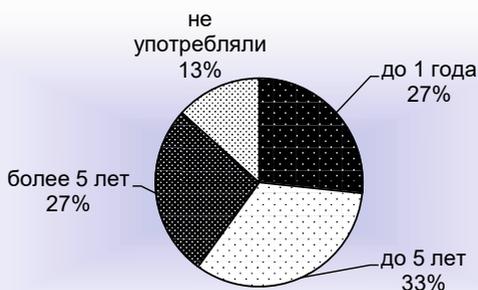
Большинство исследуемых преступников признавали зависимость от наркотических и психотропных веществ – 67 %. И только 10 человек (33 %) всей выборки не были зависимы от воздействия наркотиков и психотропных веществ. Все зависящие от приема наркотических веществ респонденты – 20 человек, хотя бы раз пытались бросить принимать наркотики, но им это не удавалось.

Исследование зависимости от наркотических веществ.



По результатам мотивов употребления наркотиков практически все исследуемые признались, что начали употреблять наркотические вещества ради интереса, по рассказам друзей, хотелось попробовать, что испытывают люди после употребления.

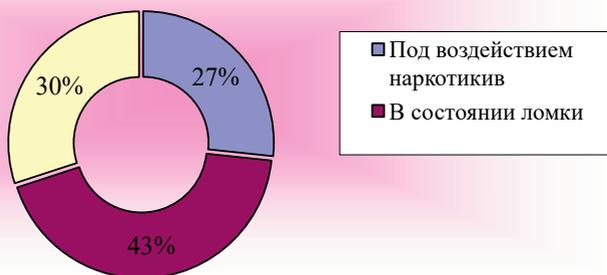
По длительности приема наркотических и психотропных веществ исследуемые респонденты распределились следующим образом: 27 % – принимали наркотики более 5 лет – 8 человек, 33 % – менее 5 лет – 10 человек. 27 % только начали принимать наркотические вещества – до 1 года. И 13 % (4 человека) вообще не принимали наркотики.



В момент совершения преступления основная масса респондентов признается в том, что они испытывали необходимость принятия очередной дозы наркотического вещества, то есть находились в состоянии ломки – 43 %.

27 % преступников совершали преступления под воздействием наркотического или психотропного вещества. И 30 % всей выборки – 9 человек – ответили, что преступление было совершено ими в трезвом состоянии без воздействия психотропных и наркотических веществ.

Исследование мотивации совершения преступления по результатам анкеты под воздействием наркотических веществ.



Все 100 % выборки, то есть 30 человек на последний вопрос ответили, что при возможности начать жизнь заново, не стали бы употреблять наркотические и психотропные вещества.

По полученным результатам можно подвести некоторый итог, все преступники, употребляющие психотропные и наркотические вещества со временем уже не испытывают радости от употребления наркотиков, многие в течение жизни пытались бросить, но им это не удавалось. Большинство преступников совершили преступления под воздействием наркотических веществ или в состоянии ломки, испытывая потребность в принятии очередной дозы.

По результатам проведения методики ценностных ориентаций М. Рокича были получены следующие результаты.

Система ценностных ориентаций у осужденных имеет специфические особенности.

По исследованию терминальных ценностей на первом месте у респондентов оказались:

- 1) любовь (духовная и физическая близость с любимым человеком) – у 4 человек
- 2) здоровье (физическое и психическое)- 6 человек
- 3) активная деятельная жизнь (полнота и эмоциональная насыщенность жизни) – 8 человек
- 4) материально обеспеченная жизнь (отсутствие материальных затруднений) – 3 человека
- 5) интересная работа – 3 человека.

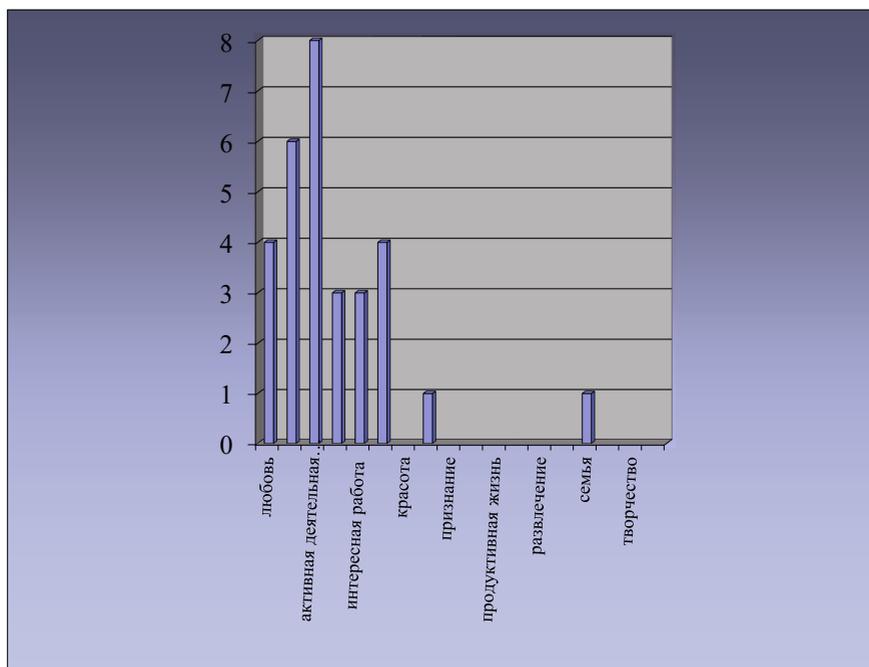


Рис. 1. Исследование терминальных ценностей

Можно сказать, что лица, употребляющие наркотические и психотропные вещества, отбывающие наказание, начинают больше ценить активность в жизни, духовную общность с близкими людьми.

На последних местах оказались такие ценности как:

- признание
- познание
- продуктивная жизнь
- развитие
- развлечение
- творчество
- счастье других

Полученные результаты можно интерпретировать как некоторую нехватку общения с обществом, только в местах заключения свободы люди начинают ценить не деньги и связи, а любовь, близость родных людей, здоровье и т. д.

При исследовании инструментальных ценностей на первых местах у исследуемых оказались:

- Аккуратность
- Воспитанность
- Честность

- Независимость
- Терпимость
- И на последние места респонденты ставили:
- Исполнительность
- Высокие запросы
- Непримируемость к недостаткам в себе и других.

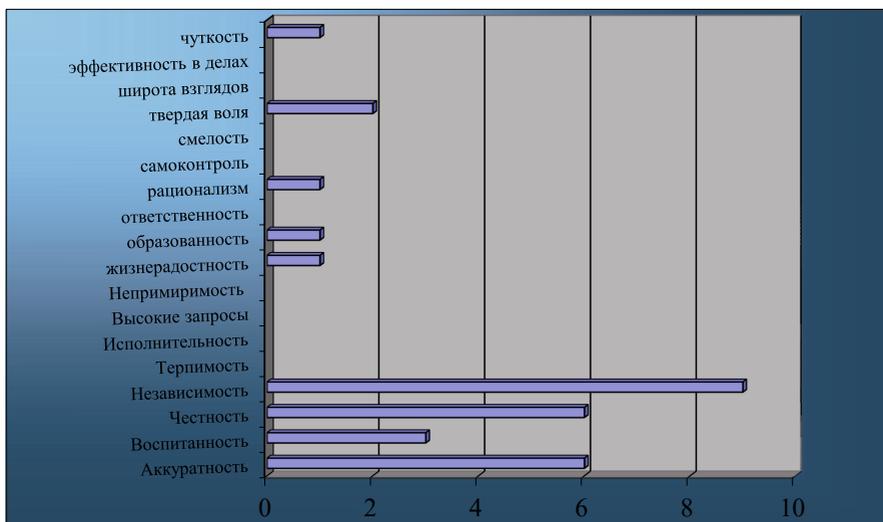


Рис. 2. Исследование инструментальных ценностей.

При анализе и интерпретации результатов полученных в ходе исследования инструментальных ценностей можно сказать, что в местах лишения свободы у преступников, употребляющих психотропные и наркотические вещества, начинают преобладать базовые фундаментальные ценности, такие как аккуратность, независимость.

Данная категория респондентов становится абсолютно безразличной к высоким запросам (требованиям к жизни, высоким притязаниям), люди становятся более терпимыми к своим и чужим недостаткам и ценят людей чистоплотных, умеющих содержать вещи в порядке и способных действовать самостоятельно и решительно.

При исследовании возможностей «выход из трудных жизненных ситуаций» многие исследуемые респонденты показали слабые результаты (от 27 до 36 баллов), это дает основание сделать вывод о том, что данная категория испытуемых не может нормально пережить неприятности и обычно реагирует на них психологически неадекватно.

Полученные данные представлены в таблице.

	Кол-во человек	Проценты
Сильные (7–15 б.)	6	20
Средние (16–26 б.)	8	27
Слабые (27–36 б.)	16	53

8 человек – 27 % всей выборки не всегда с достоинством выдерживают удары судьбы. Часто они срываются, проклинают судьбу, то есть расстраиваются при возникновении проблем и расстраивают других. И только 6 человек – 20 % – легко примиряются с неприятностями, правильно оценивая случившееся, и сохраняют душевное равновесие.



В заключении можем констатировать, что проблема мотивации является одной из ключевых в социально-психологической характеристике любой человеческой деятельности, в том числе и противоправного характера. Мотивация является психологической формой активности субъекта, выражающей его потребности. Будучи социально детерминированной, непосредственно изнутри субъекта мотивация определяет криминальную направленность его действий. Без изучения проблемы криминальной мотивации невозможно уяснить себе вопросы детерминации преступного поведения. Исследование проблемы мотивации представляет особый интерес не только для познания причинности преступного поведения, но и в практическом плане, в частности, для правильной квалификации деяний и индивидуализации наказания, а также в плане прогнозирования и превенции преступлений.

У человека мотивация зависит от прошлого опыта, обучения, от социальных, характерологических и культурных факторов. Уровень мотивации определяется выбором цели, уровнем притязаний, успехом и неуспехом. Можно выделить мотивации: биологическую, познавательную, социальную, положительную и отрицательную. Неуспех в результате препятствий и других неблагоприятных обстоятельств может порождать состояние конфликта и фрустрации, агрессии и регрессии, длительного психического напряжения, реакции замещения, смещения и генерализации.

Человеческое существование состоит из непрерывного взаимодействия с окружающим миром, что позволяет индивидууму обеспечить свою адаптацию, а тем самым и выживание. Человек ежеминутно сталкивается с ситуациями, значение которых варьирует в зависимости от его потребностей или намеченных целей. Первоначально происходит активация мозга в результате сопоставления внутреннего состояния индивида с внешними объектами или ситуациями. Затем мозг обрабатывает поступающую от организма и из внешнего мира информацию с целью запустить третий этап – наиболее подходящее поведение с учетом, как текущих обстоятельств, так и прошлого опыта.

Человек является одновременно и частью природы, подчиняющейся ее законам и субъектом, наделенным разумом и способным осознать свою беспомощность в мире. Не имея столь сильных инстинктов, которые присущи животным, человек обладает способностью самостоятельного принятия решения. Однако, сталкиваясь с веером альтернативных решений, он не всегда может выбрать правильное из них, что порождает тревогу и беспокойство.

В конечном итоге разработка проблемы мотивации призвано ответить на вопрос: почему в конкретных ситуационных условиях человек выбирает данную, а не какую-то иную цель (активность) и некоторое время с определенной настойчивостью стремится ее достичь? Причем ставить вопрос «зачем» и искать мотивацию имеет смысл лишь применительно к произвольным единицам активности, в которых осознаны преследуемая цель и возможность контроля за ходом разворачивающихся процессов. Любое преступление сугубо индивидуально не только по своей объективной характеристике, но и по своей мотивации. Причем оперативная часть действия в структуре правонарушения полностью подчинена мотивационной стороне и самостоятельного смыслового значения не имеет.

Если рассматривать преступление как эпизод в жизни конкретного лица, то в таком случае преступные действия (бездействия) никак не могут быть самоцелью. Любое человеческое существо нацелено на выживание, соответственно индивид стремится улучшить как свое положение во внешнем мире, так и свое внутреннее психологическое состояние. Отсюда тенденция выбирать оптимальный, то есть наиболее выигрышный в дан-

ных условиях вариант поведения. Причем оптимальным в рамках конкретной жизненной ситуации и индивидуальных позиций субъекта, вполне может быть противозаконный способ действий.

Совершение преступления является разновидностью поведенческих актов человеческих существ. Оно обладает определенной спецификой, так как действие индивида имеет антисоциальную направленность и посягает на объекты, охраняемые уголовным законом.

Проведение в экспериментальной части нашего исследования методики «выход из трудных жизненных ситуаций» показывает, что лица отбывающие наказание, принимающие наркотические и психотропные вещества зачастую не могут справиться с трудностями и перипетиями жизни, они неадекватно реагируют на психотравмирующую и стрессовую ситуацию. Возможно, это происходит в результате приема ими наркотиков, их состояние становится неуравновешенным и им трудно собраться в трудной жизненной ситуации.

**Основные статистические показатели лечебной деятельности
ФКУ ЛИУ-4 УФСИН России по Самарской области
за период с 2014 г. по 2016 год**

Общая характеристика рабочего места и организации работы

ФКУ ЛИУ-4 УФСИН России по Самарской области осуществляет специализированную противотуберкулезную медицинскую помощь осужденным, поступающим из Самарской области с лимитом наполнения 750 человек и стационаром на 75 коек. Медицинская часть находится в приспособленном одноэтажном, кирпичном здании общей площадью 250 кв. м. Амбулаторная помощь оказывается в поликлиническом отделении медицинской части, которое имеет в своем составе следующие кабинеты: врачей фтизиатров, терапевта, психиатра, стоматолога, процедурные кабинеты. А так же оснащено диагностическим отделением в состав, которого входит клиническая лаборатория, биохимическая лаборатория, бактериологическая лаборатория, рентгенологический кабинет. Работа амбулаторного отделения организована в соответствии с графиком работы, утвержденного начальником учреждения. Амбулаторный прием осуществляется после предварительной записи, часы приема с 9.30 до 14.30. Лечение больных проводится по выписанным рецептам и учетным формам (Т/б № 01) в процедурных кабинетах. Прием антибактериальных препаратов осуществляется после обеда под контролем медицинского работника. Все больные распределены по отрядам (всего 6 отрядов) и содержатся раздельно впервые выявленные, бактериовыделители, с хроническим течением, МЛУ – формами от другой части больных. На 1-го осужденного в отряде приходится 3 кв. м. Отряды обеспечены центральным отоплением, горячим и холодным водоснабжением, канализацией. Имеется столовая на 250 посадочных мест в одну смену. Обработка посуды проводится в столовой учреждения. Помывка осужденных проводится в бане. При посещении столовой и банно-прачечного блока учитывается принцип раздельного содержания. Стационар расположен в трехэтажном кирпичном здании (2 и 3 этажи) площадь 1345 кв. м. Стационар оборудован палатами, процедурными кабинетами, ординаторскими, комнатами приема пищи, душевой. Имеется центральное отопление, горячее и холодное водоснабжение, канализация. На 1-го осужденного приходится площадь 5 кв. м.

**Характеристика
криминогенного состава осужденных, содержащихся в ФКУ ЛИУ-4
УФСИН России по Самарской области (по состоянию на 01.10.2017)**

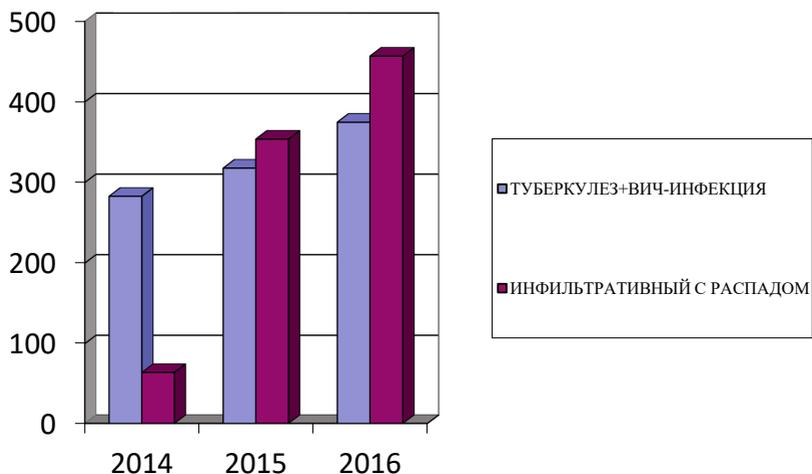
Показатели	Количество	АППГ	+/-
Численность всего, в том числе:	524	542	-18
По видам преступлений			
Убийство	41	46	-5
Умышленное причинение тяжкого вреда здоровью	27	21	+6
Кража	129	126	+3
Грабеж	57	54	+3
Разбой	41	32	+6
Преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков	221	257	-36
Изнасилование, насильственные действия сексуального характера	8	4	+4
Насильственные действия сексуального характера против несовершеннолетних	0	2	-2
По срокам наказания			
До 3 лет	55	60	-5
До 3 до 5 лет	174	176	-2
От 5 до 10 лет	178	181	-3
От 10 до 15 лет	92	96	-4
От 15 до 20 лет	16	18	-2
От 20 до 25 лет	5	7	-2
От 25 до 30 лет	4	4	
По количеству судимостей			
впервые	161	167	-6
второй раз	149	152	-3
третий и более раз	214	223	-9
По возрасту			
до 25 лет	42	52	-9
от 25-55 лет	461	462	-1
от 55 до 60 лет	12	18	-6
старше 60 лет	9	10	-1
инвалидов	16	19	-3
туб. больных	524	542	-18
ВИЧ-инфицированных	112	119	-7
наркоманов	0	0	0

Количественный и качественный анализ работы

Таблица 1

ФОРМА ТУБЕРКУЛЕЗА	2014 год		2015 год		2016 год	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
очаговый	339	21,2	365	20	298	15,5
Инфильтративный	610	38,2	554	30,3	536	27,8
Инфильтративный с распадом	283	17,7	318	17,4	375	19,5
Кавернозный	3	0,1	–		1	0,05
Состояние после резекции	3	0,1	2	0,1	1	0,05
Диссеминированный	39	2,4	31	1,6	39	2
Фиброзно-кавернозный	110	6,8	125	6,8	128	6,6
Цирротический	64	4	66	3,6	87	4,5
Внелегочный	3	0,1	10	0,5	–	
Туберкулез с ВИЧ инфекцией	141	8,8	354	19,3	457	23,7
Общее число с активным туберкулезом	1595		1825		1922	

Структура заболеваемости активным туберкулезом органов дыхания в ФКУ ЛИУ-4 УФСИН России по Самарской области с 2014 по 2017 год



Анализируя данные таблицы № 1 можно сделать следующие выводы:

1. Отмечается значительный рост форм туберкулеза в сочетании с ВИЧ-инфекцией с 8.8 % в 2014 г. до 23.7 % в 2016 г. Комплекс мероприятий противотуберкулезной помощи больным с ВИЧ-инфекцией напрямую зависит от степени изменений, туберкулезного процесса из-за иммунодефицита. Они заключаются в не типичности его клинико-рентгенологических и лабораторных проявлений на поздних стадиях ВИЧ-инфекции. Суть проблемы туберкулеза у ВИЧ – инфицированных в том, что одна из составляющих защиты организма от проникающих в него микобактерий, вызывающих туберкулез – фагоцитоз и лизис. Этот процесс в организме регулируется Т-лимфоцитами и их медиаторами. С другой стороны ВИЧ, проникая в организм, поражает, главным образом, именно Т-лимфоциты. Таким образом, чем большее число Т-лимфоцитов поражено, тем меньше организм может противостоять микобактериям туберкулеза, обеспечивать специфичные для туберкулеза реакции. Характер туберкулезного процесса и его клинические проявления у больных ВИЧ-инфекцией изменяются с нарастанием степени иммунодефицита, то есть зависят от стадии ВИЧ-инфекции.

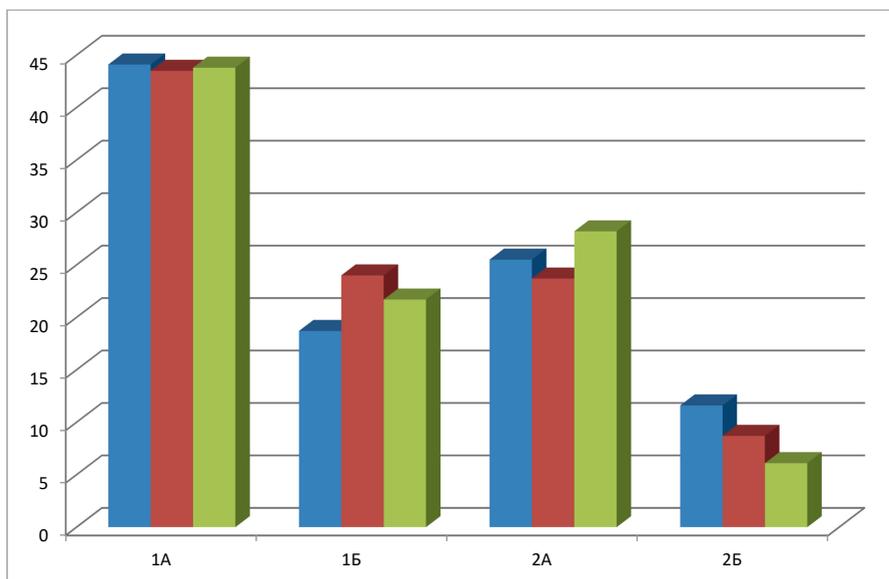
2. Наблюдается рост инфильтративных с деструкцией форм с 17.7 % в 2014 г. до 19,5 % в 2016 г., одной из важных причин данного роста является поздняя диагностика в исправительных учреждениях УФСИН России по Самарской области.

3. Общее число больных с активным туберкулезом возросло в 1.2 раза с 1595 чел. в 2015 году до 1922 чел. в 2016 г.

Динамика групп диспансерного наблюдения

Таблица 2

Группы диспансерного учета	2014		2015		2016	
	Абс.		Абс.		Абс.	
1А	337	44,1	285	43,5	292	43,8
1Б	143	18,7	157	24	145	21,7
2А	195	25,5	155	23,7	188	28,2
2Б	89	11,6	57	8,7	41	6,1
Общее количество	764		654		666	



Анализируя данные таблицы № 2 можно сделать следующий вывод: отмечается рост рецидивов с 18.7 % в 2014 г. до 21.7 % в 2016 г., одной из главных причин этого являются дефекты диспансерного наблюдения больных с ГДУ 3 в исправительных колониях.

Бактериовыделители, состоящие на учете

Таблица 3

Бактериовыделители	2014 год	2015 год	2016 год
всего	302	371	339
С ЛУ	191	135	240
С МЛУ	131	123	140

Из таблицы № 3 видно, что отмечается рост больных с лекарственной устойчивостью с 191 человек в 2014 г. до 240 человек в 2016 г.

Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя развивается вследствие инфицирования M/ tuberculosis, устойчивыми к изониазиду и рифампицину, требует большего времени для диагностики,

труднее поддается лечению, пациенты остаются инфицированными более длительное время а значит более опасны в эпидемическом плане.

Смертность больных мультirezистентным туберкулезом выше, чем при заболевании, обусловленном лекарственно чувствительным возбудителем.

Основными причинами развития лекарственной устойчивости являются:

- неадекватный режим химиотерапии
- бесконтрольный прием препаратов
- перерыв в лечении
- поздняя диагностика лекарственно устойчивого туберкулеза
- отсутствие быстрого тестирования на туберкулезную инфекцию
- недостаточность просветительной работы.

Количество больных представленных на КЭК по годам (ЛИСТКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ)

Таблица 4

Год	Число больных
2014	226
2015	254
2016	310

Анализируя данные таблицы № 4 можно отметить рост больных представленных на КЭК в связи с ростом числа заболеваний туберкулезом легких среди лиц, состоящих на оплачиваемом труде.

Динамика показателя клинического излечения, абациллирования, закрытия полостей распада.

Таблица 5

	2014		2015		2016	
	%	абс	%	абс	%	Абс
Абациллирование		31		21		45
Закрытие полостей распада		45		37		36
Клиническое излечение		226		196		114

Анализируя данные таблицы № 5 можно сделать следующие выводы: наблюдается увеличение доли абациллированных больных, как следствие усиления приверженности к лечению больных туберкулезом, усиления контроля за химиотерапией, адекватностью назначенных схем лечения.

Основные статистические показатели лечебной деятельности стационара ФКУ ЛИУ-4 УФСИН России по Самарской области за период с 2014 г. по 2016 год

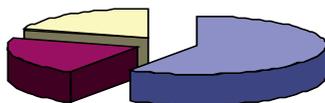
Таблица 6

Показатели	2014 год	2015 год	2016 год
Поступило всего	168	128	149
Оборот койки	2	1,8	2
Среднее число дней работы койки в году	277,3	267	273,3
Среднее пребывание больного на койке	136,8	150,3	139,4
Выбыло	152	133	148
Умерло	0	0	0
От туберкулеза	0	0	0
Летальность общая	0	0	0
Летальность от туберкулеза	0	0	0
Наполняемость	64	63	68
План выполнения койко-дней	85 %	84 %	87 %

Снижение числа поступивших с 168 до 149 и выбывших с 152 до 148 обусловлено спецификой оперативно-режимной деятельности в учреждении, ограничивающей возможность госпитализации осужденных с длительными сроками заключениями и состоящих на профилактическом учете, как склонные к побегу. Показатели среднего прибывания больного на

койке осталось прежним, что можно объяснить увеличением числа больных с МЛУ формами, требующих длительного стационарного лечения.

КЛИНИЧЕСКОЕ ИЗЛЕЧЕНИЕ



Методы лечения больных туберкулезом.

Лечение проводится по стандартным режимам химиотерапии согласно Приказу № 109 от 21 марта 2003 г. МЗ РФ. К лечению присоединяется патогенетическая, симптоматическая, витаминотерапия, диетпитание (в соответствии с приложением № 4 приказа Минюста от 02.08.05 г. № 125).

В соответствии с приказом выделяется 5 категории больных с режимами лечения:

Режим	Фазы курса химиотерапии	
	Интенсивная	Продолжения
1	2HRZE/S	4HR
2А	2HRZES+1HRZE	5HRE
2Б	3HRZE(Pt)(Cap)/(k)(Fq)	В соответствии с режимом 1,2А или 4, в зависимости от лекарственной чувствительности микобактерий
3	2HRZE	4HR
4	Минимум 5 препаратов, к которым сохранена чувствительность ZE(Pt)(Cap)/(k)(Fq) Длительность фазы не менее 6 месяцев	E(Pt)(Fq) Минимум 3 препарата, к которым сохранена чувствительность. Длительность фазы не менее 12 месяцев.

1. Больные с впервые выявленным туберкулезом с бактериовыделением и/или распространенным или осложненным поражением различных органов.

2. Больные с рецидивами, больные после прерывания курса терапии.

3. Больные с высоким риском лекарственной устойчивости микобактерий.

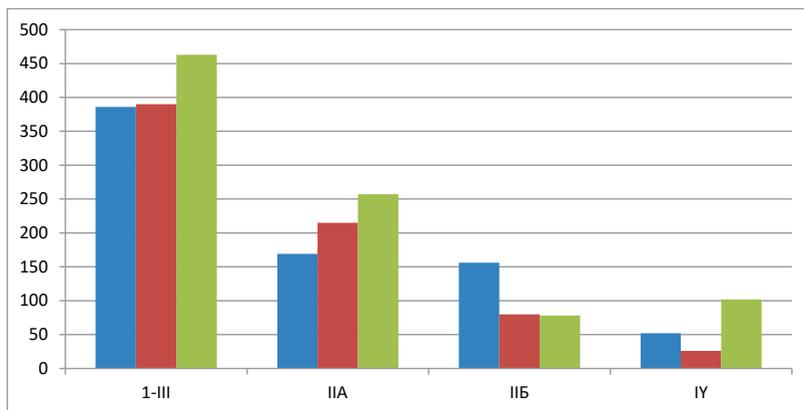
4. Впервые выявленные больные без бактериовыделения с малыми и не осложненными формами туберкулеза

5. Больные с выделением микобактерий, устойчивых к изониазиду и рифампицину одновременно (множественная лекарственная устойчивость)

Лечение больных по режимам химиотерапии в ФКУ ЛИУ-4 УФСИН России по Самарской области с 2014 по 2017 г.

Таблица 7

РХТ	2014 год	2015 год	2016 год
1-III	386	390	463
IIA	169	215	257
IIБ	156	80	78
IV	52	26	102



Заметно возросло количество больных лечащихся по РХТ I–III хотя число впервые выявленных больных несколько снизилось, это объясняется повторным назначением этих режимов, больным, оторвавшимся от лечения. Увеличение лечащихся по РХТ II А объясняется возрастанием рецидивов. Назначение РХТ II Б в настоящее время считается не целесообразным, так как при выявлении устойчивости к препаратам второго ряда одному или двум (исключение составляют изониазид, рифампицин) проводится замена одного препарата первого ряда на два препарата резервного ряда таким образом проводится модификация РХТ-I или РХТ-II А и больной остается на прежнем режиме. Если появляется устойчивость к изониазиду, рифампицину больной переводится на РХТ – IV.

Немалое значение в лечении заболевания имеет личный контакт больного с врачом, доверие больных к врачу и четкое исполнение предписаний. Все это обуславливает более благоприятное течение болезни и в большинстве случаев благоприятный исход.

Санитарно-просветительная работа

Основной задачей санитарного просвещения является пропаганда медицинских и гигиенических знаний среди спецконтингента, участие в процессе перевоспитания осужденных с позиций формирования у них навыков здорового образа жизни.

С этой целью на приеме проводятся беседы с осужденными по профилактике заболевания, о вреде курения, алкоголя, наркотиков. Проводится контроль за санитарным состоянием коммунально-бытовых объектов, контроль за стиркой белья и помывкой спецконтингента.

Организовывается выпуск санитарных бюллетеней. Ежеженедельно в рамках информационных часов проводятся лекции в клубе учреждения на актуальные темы: «Профилактика туберкулеза», «ВИЧ-инфекция и туберкулез», «Профилактика социально значимых заболеваний», «Наркомания и туберкулез» и т. д.

Основные направления совершенствования работы:

- улучшение лечебно-профилактической помощи осужденным;
- оптимизация работы коек стационара;
- выполнение нормативов сроков обследования;
- улучшение качества диагностики;
- организация строгого контроля за приемом противотуберкулезных препаратов;
- улучшение показателей эффективности лечения туберкулеза;

- снижение летальности от туберкулеза;
- активизация работы по отбору туберкулезных больных на хирургическое лечение, повышение хирургической активности в комплексном лечении туберкулеза легких;
- улучшение преемственности в работе ЛИУ И ЛПУ;
- улучшение преемственности в работе ЛИУ и туберкулезных учреждений здравоохранения Самарской области.

Научное издание

С. П. Мишустин

ИСПОЛНЕНИЕ НАКАЗАНИЯ В ЛЕЧЕБНЫХ ИСПРАВИТЕЛЬНЫХ
УЧРЕЖДЕНИЯХ ФСИН РОССИИ:
ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВОЙ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ АСПЕКТЫ

Монография

Печатается в авторской редакции

Подписано в печать 10.11.2017

Усл. печ. л. 9,3 (10,0 печ. л.)

Уч. изд. л. 8,45. Тираж 500 экз.

Заказ № 725.

Самарский юридический институт ФСИН России
443022, Самара, ул. Рьльская, 24 в.