

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ИСПОЛНЕНИЯ НАКАЗАНИЙ
Академия права и управления

Л. В. Шатохина, А. А. Жарких

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА
В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Курс лекций

Под общей редакцией
заместителя начальника управления воспитательной,
социальной и психологической работы ФСИН России – начальника отдела
психологической работы Ф. И. Ушкова

Рязань
2015

ББК 67.409.13

Ш28

Рецензенты:

О. В. Самофалова, кандидат психологических наук (УФСИН России по Рязанской области);

Е. С. Ткаченко, кандидат психологических наук, доцент (ВЮИ ФСИН России)

Шатохина, Л. В.

Ш28 Медико-социальная работа в пенитенциарных учреждениях : курс лекций / Л. В. Шатохина, А. А. Жарких ; под общ. ред. Ф. И. Ушкова. – Рязань : Академия ФСИН России, 2015. – 132 с.

ISBN 978-5-7743-0727-2

Курс лекций подготовлен в соответствии с рабочей программой учебной дисциплины «Медико-социальная работа в пенитенциарных учреждениях». В нем рассматриваются вопросы медико-социальной работы в пенитенциарных учреждениях.

Лекции предназначены для преподавателей, курсантов, студентов и слушателей психологического факультета академии, практических работников ФСИН России, а также специалистов, интересующихся вопросами медицинской и социальной работы в пенитенциарных учреждениях.

ББК 67.409.13

ISBN 978-5-7743-0727-2

© Шатохина Л. В., Жарких А. А., 2015

© Академия ФСИН России, 2015

ПРЕДИСЛОВИЕ

Целью освоения дисциплины «Медико-социальная работа в пенитенциарных учреждениях» является формирование профессиональных компетенций, ознакомление курсантов психологического факультета по направлению «Социальная работа» с основными современными аспектами медико-социальной работы в пенитенциарных учреждениях уголовно-исполнительной системы (УИС).

Основные задачи освоения учебной дисциплины:

- 1) ознакомиться с историей становления медико-социальной работы в пенитенциарных учреждениях;
- 2) рассмотреть базовые понятия медико-социальной работы;
- 3) изучить организацию медико-социальной работы в пенитенциарных учреждениях, рассмотреть основные мероприятия, осуществляемые при различных заболеваниях;
- 4) ознакомиться с основными аспектами оказания медико-социальной помощи различным социальным категориям населения;
- 5) сформировать у будущих социальных работников УИС базовые представления о медико-социальных проблемах с целью оказания наиболее полноценной, высококвалифицированной и профессиональной помощи подозреваемым, обвиняемым и осужденным.

В результате изучения учебной дисциплины обучающийся должен знать:

- структуру медико-социальной службы в пенитенциарных учреждениях;
- базовые понятия социального здоровья;
- медико-социальные и правовые аспекты охраны здоровья в пенитенциарных учреждениях;
- особенности протекания, профилактики и лечения социально значимых заболеваний в среде подозреваемых, обвиняемых и осужденных;
- специфику медико-социальной работы в пенитенциарных учреждениях;

уметь:

- использовать в своей работе объективные оценки медико-социальных последствий принимаемых решений;

владеть:

- навыками использования знаний в области медико-социальной работы в профессиональной деятельности социального работника УИС;
- навыками исследования медико-социальных проблем в пенитенциарных учреждениях.

Общая трудоемкость учебной дисциплины «Медико-социальная работа в пенитенциарных учреждениях» составляет 2 зачетные единицы (72 часа).

Учебно-тематический план

Очная форма обучения

№ п/п	Наименование разделов и тем	Всего часов по учебному плану	Из них аудиторных					Самостоятельная работа
			Всего часов	Лекции	Семинарские занятия	Практические занятия	Другие виды занятий	
7-й семестр								
1	Введение в медико-социальную работу в пенитенциарных учреждениях	16	8	2	2	4		8
2	Социально значимые заболевания в среде подозреваемых, обвиняемых и осужденных	34	16	4	4	8		18
3	Медико-социальные и правовые аспекты охраны здоровья в пенитенциарных учреждениях	6	4	2	2			2
4	Медико-социальные аспекты помощи пожилым людям, женщинам и несовершеннолетним в пенитенциарных учреждениях. Проблемы, связанные со смертностью	16	8	2	2	4		8
Итого за семестр		72	36	10	10	16		36
Всего по курсу		72	36	10	10	16		36

Учебно-тематический план

Заочная форма обучения

№ п/п	Наименование разделов и тем	Всего часов по учебному плану	Из них аудиторных				Самостоятельная работа
			Всего часов	Лекции	Семинарские занятия	Практические занятия	
4-й курс							
1	Введение в медико-социальную работу в пени-тенциарных учреждениях	10	2	2			8
2	Социально значимые за-болевания в среде подоз-реваемых, обвиняемых и задержанных	12	4			4	8
3	Медико-социальные и пра-вовые аспекты охраны здо-ровья в пенитенциарных учреждениях	22	2	2			20
4	Медико-социальные ас-пекты помощи пожилым людям, женщинам и несо-вершеннолетним в пени-тенциарных учреждениях. Проблемы, связанные со смертностью	28	2		2		26
Всего по курсу		72	10	4	2	4	62

Лекция 1

ВВЕДЕНИЕ В МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ РАБОТУ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

1. Понятие здоровья в медицине и социальной психологии.
2. Основные методы медико-социальной работы.
3. Система пенитенциарной социальной работы.
4. Основные направления и формы деятельности социального работника в уголовно-исполнительной системе.
5. Медицинская служба в пенитенциарной системе.

1. Понятие здоровья в медицине и социальной психологии

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет, что «здоровье – это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, когда органы и системы организма человека уравновешены с окружающей, производственной и социальной средой, а не только отсутствие болезни и физических дефектов».

Проблема здоровья выступает как глобальная, неотъемлемая от других проблем человечества. Она возникает и изменяется вместе с прогрессом общечеловеческой культуры, будучи актуальной во все периоды индивидуального развития организма: от рождения и до смерти, в полном благополучии и при болезни.

Здоровье человека является предметом изучения как естественных, так и общественных наук: биологии, медицины, социологии, психологии, философии и др. Человек связан с обществом, со всеми элементами его структуры множеством отношений, поэтому невозможно решать проблемы здоровья без учета широкого спектра социальных факторов.

Одной из характеристик состояния здоровья является понятие «общественное здоровье». Оно отражает здоровье лиц, которые образуют общество. Безусловно, данное понятие нельзя сводить только к интегральным показателям здоровья отдельных людей. Общественное здоровье – это такое состояние общества, которое обеспечивает условия для активного продуктивного образа жизни, не стесненного заболеваниями, физическими и психическими дефектами.

В России в условиях углубления социально-экономических проблем, сопровождающихся ухудшением показателей здоровья населения, возрастает объективная потребность решения взаимосвязанных задач медицинского и социального характера на качественно новом уровне. Из потребностей практики возникла необходимость создания новых механизмов, форм и методов медико-социальной помощи как комплекса социальных услуг. В связи с этим в нашей стране как качественно новое направление социальной работы и вид профессиональной деятельности стала развиваться медико-социальная работа, одной из задач которой является достижение наиболее высоких показателей здоровья.

Под термином «медико-социальная работа» необходимо понимать профессиональную деятельность медицинского, психологического и социально-правового характера, направленную на восстановление, сохранение и укрепление здоровья всего населения.

Важно уметь отличать такие понятия, как «медико-социальная работа» и «медико-социальная помощь». Первое гораздо шире второго. С одной стороны, медико-социальную работу рассматривают как разновидность социальной работы, направленной на охрану, поддержку физического и психического здоровья (индивида, коллектива, населения), с другой стороны – это вид деятельности, направленной на достижение социального благополучия. Под социальным благополучием понимают такое состояние взаимодействия жизненных сил человека и социальных систем, которое обеспечивает конструктивность разрешения социальных конфликтов. В связи с этим социальное благополучие можно рассматривать как своеобразную единицу измерения эффективности социальной работы.

Мировая практика свидетельствует о том, что специалист по социальной работе, профессионально оказывающий помощь своему клиенту, обязан владеть теоретическими и практическими знаниями в области медицины и здравоохранения. Независимо от специализации и места работы он участвует в решении проблем индивидуального и общественного здоровья.

В 90-е годы в России стала развиваться медико-социальная работа. Ее становление обусловлено современным состоянием здравоохранения,

других социальных институтов в условиях реформирования экономического уклада и структуры общественных отношений.

Остановимся на содержании понятия «медико-социальная помощь». Медико-социальная помощь представляет собой комплекс проводимых на государственном и муниципальном уровне интегрированных мероприятий. В их числе медицинские, социальные, психологические, юридические, педагогические, направленные на укрепление социальной защищенности населения, особенно наиболее уязвимых его слоев. Базой медико-социальной помощи являются виды, направления и организационные формы, зависящие как от политики государства в области охраны здоровья населения, так и от современной концепции здоровья и теорий социального обеспечения.

Медико-социальная помощь включает в себя профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами.

Медико-социальная работа дает иной подход к оказанию медико-социальной помощи. В частности, она рассматривается как новый вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, направленной не только на восстановление, но и на сохранение, укрепление здоровья различных групп населения. Медико-социальная работа принципиально изменяет комплексную помощь в сфере охраны здоровья, так как предполагает осуществление системных медико-социальных воздействий на более ранних этапах развития болезненных процессов и социальной дезадаптации, потенциально ведущих к тяжелым осложнениям, инвалидизации и летальному исходу.

Таким образом, медико-социальная работа имеет не только выраженную реабилитационную, но и профилактическую направленность.

Целью медико-социальной работы является достижение максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц с физической и психической патологией, а также социальным неблагополучием.

Объектом медико-социальной работы являются различные контингенты лиц, имеющих выраженные медицинские и социальные проблемы, взаимно потенцирующие друг друга, решение которых затруднительно в рамках односторонних профессиональных мероприятий. Работа с такими контингентами одинаково тяжела и малоэффективна как для медицинских работников, так и для специалистов учреждений социального обслуживания, поскольку неизбежно они оказываются перед кругом проблем, выходящих за рамки их профессиональной компетенции и препятствующих успешной профессиональной деятельности. К таким контингентам относятся длительно, часто и тяжело болеющие, социально дезадаптированные лица, инвалиды, одинокие престарелые, дети-сироты, одинокие матери, многодетные и асоциальные семьи, пострадавшие от стихийных бедствий, больные СПИДом и др. Численность названных контингентов устойчиво возрастает на протяжении последних лет.

Медико-социальная работа формируется на стыке двух самостоятельных отраслей – здравоохранения и социальной защиты населения. Отечественный опыт организации первичной медико-санитарной помощи, зарубежный опыт социальной работы в здравоохранении показывает, что, несмотря на предпринимаемые усилия в организации помощи лицам, имеющим как медицинские, так и социальные проблемы, реальная координация ведомственных действий недостаточно эффективна. Медицинские работники на практике выполняют ряд функций социальных работников – отечественные дипломированные специалисты по социальной работе появились лишь в последние годы и их количество незначительно. В свою очередь, социальные работники часто работают с клиентами, которые страдают психической и физической патологией, поэтому должны иметь соответствующие медицинские знания, навыки и умения.

Необходимо четкое разграничение функций между медицинскими и социальными работниками. Обобщенный перечень специальных функций можно объединить в три группы: медико-ориентированные, социально ориентированные и интегративные.

Медико-ориентированные функции:

- организация медицинской помощи и ухода за больными;
- оказание медико-социальной помощи семье;
- медико-социальный патронаж различных групп,
- оказание медико-социальной помощи хроническим больным;
- организация паллиативной помощи умирающим, предупреждение рецидивов основного заболевания, выхода на инвалидность, смертности, вторичная и третичная профилактика;
- санитарно-гигиеническое просвещение;
- информирование клиента о его правах на медико-социальную помощь и порядке ее оказания с учетом специфики проблем и др.

Социально ориентированные функции:

- обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья и оказания медико-социальной помощи;
- содействие в предупреждении общественно опасных действий;
- оформление опеки и попечительства;
- участие в проведении социально-гигиенического мониторинга;
- участие в создании реабилитационной социально-медицинской инфраструктуры для нуждающихся категорий населения;
- обеспечение доступа к информации по вопросам здоровья, состояния среды обитания, качества продовольственного сырья и продуктов питания;
- информирование клиентов о льготах, пособиях и других видах социальной защиты;
- содействие клиентам в решении социально-бытовых и жилищных проблем, в получении пенсий, пособий и выплат;
- семейное консультирование и семейная психокоррекция, психотерапия, психическая саморегуляция.

Интегративные функции:

- комплексная оценка социального статуса клиента, содействие выполнению профилактических мероприятий против социально зависимых нарушений соматического, психического и репродуктивного здоровья на индивидуальном, групповом и территориальном уровне;

- формирование установок клиента, группы, населения на здоровый образ жизни;
- планирование семьи, проведение медико-социальной экспертизы, осуществление медицинской, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов;
- проведение социальной работы в психиатрии наркологии, онкологии, гериатрии, хирургии и других областях клинической медицины;
- содействие предупреждению распространения ВИЧ-инфекции и обеспечение социальной защиты инфицированных и членов их семей;
- социально-правовое консультирование;
- организация терапевтических сообществ само- и взаимопомощи реабилитационного, психолого-педагогического, социально-правового характера;
- участие в разработке комплексных программ медико-социальной помощи нуждающимся группам населения на разных уровнях;
- обеспечение преемственности при взаимодействии специалистов смежных профессий в решении проблем клиентов и др.

Медико-социальная работа имеет много общего с медицинской помощью и деятельностью органов здравоохранения, а также предусматривает тесное взаимодействие с медицинским персоналом и четкое разграничение сфер ответственности. Ее можно условно разделить на две направленности – профилактическую и патогенетическую.

Медико-социальная работа профилактической направленности включает в себя выполнение мероприятий по предупреждению социально зависимых нарушений соматического, психического и репродуктивного здоровья; формирование установок на здоровый образ жизни, обеспечение доступа к информации по вопросам здоровья, участие в разработке целевых программ медико-социальной помощи на различных уровнях, администрирование, обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья и др.

Медико-социальная работа патогенетической направленности включает в себя мероприятия по организации медико-социальной помощи; проведение медико-социальной экспертизы, осуществле-

ние медицинской, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов, социальной работы в отдельных областях медицины и здравоохранения, коррекции психического статуса клиента; создание реабилитационной социально-бытовой инфраструктуры; обеспечение преемственности во взаимодействии специалистов смежных профессий и др.

С целью создания оптимальных и наиболее эффективных технологий медико-социальной работы специалисты занимаются разработкой базовых моделей, которые позволяют обеспечить единые методические подходы к данному виду деятельности и учесть соответствующую специфику.

2. Основные методы медико-социальной работы

Методы – способы достижения какой-либо цели; совокупность приемов и операций решения конкретной задачи. В социальной работе методы являются междисциплинарными, что определяет универсальность характера практической деятельности. При изучении опыта социальной работы используют следующие методы, которые условно делят на общие и частные.

К *общим* методам относят:

- исторический;
- сравнительный;
- системный.

К *частным* методам относят:

- метод наблюдения;
- анализ документов;
- опрос;
- анкетирование;
- мониторинг и пр.

Дадим краткую характеристику указанным методам.

Исторический метод позволяет изучать особенности зарождения и развития профессиональной социальной работы в различные исторические периоды.

Сравнительный метод способствует выделению объектов сравнения, изучению их изменений в динамике в различные этапы об-

щественно-политического и социально-экономического развития стран.

Системный метод позволяет изучать систему социальных отношений в стране, выявлять все элементы социальной работы, позволяет сравнивать и анализировать системы социальной защиты различных стран или групп населения, отдельные элементы ее структуры.

Частные методы – позволяют провести анализ всего комплекса приемов, таких как наблюдение, анализ документов, анкет, посещение учреждений и стран с целью ознакомления, проведение международных конференций, учебных семинаров, круглых столов, издание учебников, пособий, книг, обмен студентов и преподавателей.

На медико-социальную помощь имеют право граждане в случае возникновения заболевания, утрате трудоспособности и в иных случаях.

Медико-социальная помощь включает в себя:

- профилактическую помощь;
- лечебно-диагностическую;
- реабилитационную;
- протезно-ортопедическую;
- зубопротезную помощь;
- меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособия по временной нетрудоспособности.

Медико-социальная помощь оказывается медицинскими, социальными работниками и иными специалистами в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, а также в учреждениях системы социальной защиты населения.

Граждане имеют право на бесплатную медицинскую помощь в государственной и муниципальной системах здравоохранения в соответствии с законодательством РФ, законодательством субъектов РФ и нормативными правовыми актами органов местного самоуправления.

Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется гражданам в соответствии с Программой государствен-

ных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

Первичная медико-санитарная помощь – основной, доступный и бесплатный для каждого гражданина вид медицинской помощи, включающей в себя:

- лечение наиболее распространенных болезней, а также травм, отравлений и других неотложных состояний;
- медицинскую профилактику важнейших заболеваний;
- санитарно-гигиеническое просвещение населения;
- проведение мероприятий, связанных с оказанием медико-санитарной помощи гражданам по месту жительства.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторно-поликлинических, стационарно-поликлинических и больничных учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения участковыми врачами-терапевтами, участковыми врачами-педиатрами, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-специалистами, а также соответствующим средним медицинским персоналом.

Скорая медицинская помощь оказывается гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (несчастных случаях, травмах, отравлениях, других состояниях и заболеваниях). Оказывается учреждениями, подразделениями скорой медицинской помощи государственной или муниципальной системы здравоохранения в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения. Скорая медицинская помощь гражданам РФ и иным лицам, находящимся на ее территории, оказывается бесплатно.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных, уникальных или ресурсоемких медицинских технологий. Этот вид помощи оказывается врачами-специалистами лечебно-профилактических учреждений.

Гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, перечень которых определяется уполномоченным Правительством

РФ федеральным органом исполнительной власти, оказывается медико-социальная помощь и обеспечивается диспансерное наблюдение в соответствующих лечебно-профилактических учреждениях бесплатно или на льготных условиях.

Гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, перечень которых определяется Правительством РФ, медико-социальная помощь оказывается в предназначенных для этой цели учреждениях государственной системы здравоохранения в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

3. Система пенитенциарной социальной работы

Современная ситуация в исправительных учреждениях усугубляется практически полным отсутствием необходимого числа обученных социальных работников-практиков, способных работать с различными категориями осужденных по-новому. Специалист по социальной работе в пенитенциарных учреждениях призван предвидеть причины возникающих преступлений и уметь предотвратить их последствия, таким образом участвуя в снижении процента преступности в Российской Федерации.

Активная деятельность профессиональных социальных работников в исправительных учреждениях способна переломить известные негативные тенденции, приблизив отечественную пенитенциарную систему Российской Федерации к европейским стандартам.

Совокупность внешних и внутренних факторов, неблагоприятных обстоятельств и личностных несовершенств детерминирует появление у людей различных трудных жизненных ситуаций. Разрешить их, соблюдая нравственно-правовые нормы, способен далеко не каждый человек, главным образом, в силу ограниченности личностного потенциала и отсутствия социально-превентивной помощи.

Статистика количества лиц, находящихся в местах лишения свободы, неутешительна. Социальная поддержка лиц, содержащихся в исправительных учреждениях, подразумевает специальную систему мер, направленных на подкрепление, сохранение либо восстановление

ние условий жизнедеятельности наиболее слабых осужденных, испытывающих нужды, затрудняющие нормальное содержание в исправительных учреждениях, подготовку к жизни на свободе и постпенитенциарную реабилитацию.

Социальная работа с осужденными направлена на достижение общих целей деятельности: увеличение степени самостоятельности, способности контролировать свою жизнь и более эффективно разрешать возникающие проблемы социально одобряемым способом; создание условий, в которых они могут в максимальной мере проявить свои возможности и получить все, что им положено по закону; адаптацию или реадаптацию в обществе; создание условий, при которых человек, несмотря на физическое увечье, душевный срыв или жизненный кризис, может жить, сохраняя чувство собственного достоинства и уважение к себе со стороны окружающих; достижение такого результата, когда необходимость в помощи социального работника у осужденных отпадает.

Следовательно, цель пенитенциарной социальной работы состоит в своевременном выявлении ухудшения ситуации, сложившейся у конкретного осужденного и их групп, разрешении их социальных проблем, актуализации личностного потенциала по преодолению имеющихся и перспективных трудностей. Одним из направлений работы может быть фасилитация (облегчение) субъективного переживания человека, изменение отношения к неразрешенным проблемам и ситуациям в период лишения свободы. Главное при этом – содействие в реализации основной стратегической цели исполнения уголовного наказания – исправление осужденного. В каждой конкретной ситуации на личностном уровне с учетом специфики проблем и индивидуальных характеристик осужденного общие цели социальной работы персонифицируются.

Результаты социальной работы с осужденными в большей степени обусловлены профессиональным сознанием, социальной ориентацией персонала, включенностью в эту деятельность всех сотрудников исправительных учреждений, родственников осужденных, представителей государственных органов, общественных, религиозных и иных организаций, всех заинтересованных лиц, а также уровнем координации их взаимодействия.

Основные принципы социальной работы с осужденными:

– принцип гуманности – внимательное отношение, приоритет уважения личностного достоинства, защита прав и интересов человека независимо от его доминирующих негативных индивидуальных характеристик, совершенного преступления, поведения;

– принцип доступности и универсальности – все осужденные независимо от политико-идеологических, религиозных, национальных, расовых, половозрастных, социально-статусных и иных особенностей должны иметь равные права и реальные возможности получения законной социальной помощи, поддержки, защиты;

– принцип адресности – оказание индивидуальной социальной помощи всем нуждающимся осужденным, особенно наиболее уязвимым категориям (инвалиды, престарелые, пенсионеры, больные, не имевшие определенного места жительства, рода занятий и др.), их социальное сопровождение в период исполнения наказания, а также содействие в постпенитенциарной ресоциализации и реабилитации;

– принцип добровольности – социальная помощь не может оказываться вопреки воле осужденного, за исключением случаев, связанных с угрозой жизни и безопасности самих осужденных и иными обстоятельствами;

– принцип конфиденциальности – неразглашение информации о личности и социальных проблемах осужденных, которая может нанести им различный вред, ущемить их права и достоинство, ухудшить ситуацию;

– принцип воспитательно-профилактической направленности – создание условий для исправления осужденных, предупреждения возникновения новых сложных ситуаций, устранение причин, их порождающих;

– принцип стимулирования осужденного – работа должна быть направлена на поиск и поддержку позитивного ресурса осужденного по самостоятельному разрешению своих проблем, а также личное самовоспитание;

– принцип толерантности – терпимое профессиональное отношение, оказание помощи всем категориям нуждающихся осужденных, независимо от личных симпатий (антипатий), оценки обстоятельств и

характера совершенного преступления, тяжести и его последствий, степени виновности и нравственно-правовой, психолого-педагогической деградации человека;

– принцип максимизации социальных и личностных ресурсов – использование предусмотренных законом основных средств, способов и технологий исправления, привлечение государственных органов, неправительственных, добровольческих, благотворительных, правозащитных, религиозных и иных организаций и учреждений, а также частных лиц с целью разрешения проблем осужденного, создания условий для его нормального социального самочувствия и позитивного развития личности.

Объектом социальной работы являются люди, которые оказываются в сложной жизненной ситуации и не способны самостоятельно разрешить возникшие перед ними проблемы по социальной адаптации к изменившимся условиям жизнедеятельности. Это могут быть и инвалиды, и пенсионеры, и лица, не имеющие жилья, следовательно, прописки, подвергшиеся насилию и переживающие посттравматический синдром и т. д.

4. Основные направления и формы деятельности социального работника в уголовно-исполнительной системе

В настоящее время профессиональная деятельность специалистов по социальной работе и других сотрудников исправительного учреждения осуществляется в соответствии с Положением о группе социальной защиты и учета трудового стажа осужденных исправительного учреждения уголовно-исполнительной системы Министерства юстиции Российской Федерации, утвержденным приказом Минюста России от 30 декабря 2005 г. № 262 (далее – Положение о группе социальной защиты). Идет поиск оптимальной модели службы, поэтому существуют и другие формы организации службы социальной работы с осужденными в исправительных учреждениях.

Положение определяет назначение и содержание деятельности группы социальной защиты и учета трудового стажа осужденных исправительных учреждений Федеральной службы исполнения наказаний ее основные цели, задачи и функции, обязанности и права сотрудников, а также перечень документации.

Группа социальной защиты и учета трудового стажа осужденных является структурным подразделением исправительного учреждения (ИУ), предназначенным для оказания содействия осужденным в разрешении их социальных проблем.

Социальная работа в исправительном учреждении представляет собой комплексную деятельность по оказанию социальной помощи и поддержки, осуществлению социальной защиты осужденных, создающую предпосылки для их исправления в период отбывания наказания и ресоциализации после освобождения.

Социальная работа проводится со всеми осужденными, нуждающимися в материальной, морально-психологической, юридической или иной социальной помощи. В первую очередь социальная помощь оказывается таким категориям осужденных, как инвалиды; престарелые; пенсионеры; лица, переведенные из воспитательных колоний; беременные женщины; женщины, имеющие при себе малолетних детей; лица, больные неизлечимыми или трудноизлечимыми болезнями, не имеющие определенного места жительства, утратившие родственные связи, страдающие алкогольной или наркотической зависимостью. Названные категории осужденных относятся к числу наиболее уязвимых, имеют сложный комплекс трудноразрешимых социальных проблем, поэтому для специалистов по социальной работе они являются приоритетными клиентами.

Должности сотрудников группы социальной защиты и учета трудового стажа осужденных замещаются лицами начальствующего состава, имеющими, как правило, квалификацию специалиста по социальной работе, иное высшее профессиональное образование по специальностям «Педагогика», «Социальная педагогика», «Психология» либо прошедшими переподготовку по специальности «Социальная работа».

Непосредственное руководство группой осуществляет заместитель начальника исправительного учреждения по кадрам и воспитательной работе. В исправительном учреждении для осужденных, отбывающих пожизненное лишение свободы, старший специалист по социальной работе входит вместе со старшим психологом и психологом в состав отдела социально-психологической работы с осужденными и непосредственно подчиняется начальнику отдела.

В целях более эффективного решения поставленных задач группа взаимодействует с другими отделами и структурными подразделениями исправительного учреждения. Внешнее взаимодействие осуществляется с родственниками осужденных, общественностью, территориальными службами занятости, социальной защитой населения, другими заинтересованными структурами.

Для осуществления социальной работы по уходу за инвалидами, тяжелобольными, распределения гуманитарной материальной помощи и решения иных задач, определенных соответствующим положением, старший специалист по социальной работе на добровольной основе может привлекать осужденных, являющихся членами секции социальной помощи.

Сотрудники группы для выполнения своих профессиональных обязанностей обеспечиваются служебными кабинетами, автоматизированным рабочим местом (персональным компьютером), оргтехникой, канцелярскими принадлежностями.

Основными целями группы являются обеспечение оптимальных условий для их ресоциализации в период отбывания наказания, создание предпосылок для продолжения их ресоциализации и социальной реабилитации после освобождения.

Основные задачи группы:

1) выявление социальных проблем осужденных (социальная диагностика), особенно в адаптационный период отбывания наказания;

2) осуществление их социальной защиты во всех сферах жизнедеятельности в основной период отбывания наказания, оказание им дифференцированной социальной помощи, координирование деятельности других служб исправительного учреждения по решению данных вопросов;

3) подготовка осужденных к освобождению, восстановление и укрепление их социально полезных связей, содействие в бытовом и трудовом устройстве после освобождения;

4) подготовка и оформление совместно с заинтересованными службами необходимых документов для назначения и выплаты осужденным пенсий, получения социальных пособий, предусмотренных законодательством;

5) привлечение специалистов различных служб и учреждений социальной защиты населения (в частности, службы занятости, пенсионного обеспечения, медиков и юристов) к оказанию профессиональной помощи (в том числе консультативной) осужденным;

б) привлечение общественности и спонсоров к решению социальных проблем исправительных учреждений, оказанию материальной и духовной помощи осужденным как в период отбывания ими наказания, так и после освобождения (помощь в трудовом и бытовом устройстве).

Основные функции группы:

– осуществление общей социальной диагностики осужденных и выявление на ее основе лиц, нуждающихся в приоритетной социальной помощи, поддержке и защите;

– комплексное изучение личности осужденных, нуждающихся в социальной помощи, совместно с сотрудниками психологической службы и других служб исправительного учреждения и разработка индивидуальных программ по работе с ними;

– обеспечение нуждающимся лицам квалифицированной социальной помощи, стимулирование осужденных к самостоятельному решению своих социальных проблем и проблем других людей в соответствии с требованиями законов и норм морали;

– укрепление положительных социальных связей осужденных с внешней социальной средой: с семьей, родственниками, близкими, общественными и религиозными объединениями, иными лицами, могущими содействовать исправлению и ресоциализации правонарушителей;

– привлечение осужденных положительной направленности к деятельности по решению вопросов социальной направленности, организационное и методическое руководство работой секции социальной помощи;

– обеспечение защиты прав и законных интересов осужденных в социальной сфере, социальное сопровождение осужденных на всех этапах исполнения наказания, проведение работы по улучшению социально-бытовых и морально-психологических условий отбывания наказания;

- постоянное осуществление деятельности по подготовке осужденных к освобождению;

- оказание содействия в вопросах бытового и трудового устройства осужденных, освобождающихся из исправительного учреждения.

Положение определяет права и обязанности сотрудников группы социальной защиты и учета трудового стажа осужденных.

Права старшего специалиста по социальной работе:

- запрашивать и получать от других служб исправительного учреждения (медчасти, производственной, воспитательной, службы безопасности и др.) необходимую для своей профессиональной деятельности информацию о личности осужденного, а также о группах и коллективах осужденных;

- принимать участие в работе распределительной комиссии по распределению осужденных по отрядам и бригадам;

- участвовать в принятии решений по вопросам представления осужденных, являющихся клиентами социальной работы, к условно-досрочному освобождению, замене неотбытой части наказания более мягким видом наказания, изменению условий отбывания наказания, предоставления осужденным выездов за пределы учреждения по основаниям, предусмотренным уголовно-исполнительным законодательством;

- принимать участие в работе попечительского совета исправительного учреждения, совета воспитателей, иных общественных формирований, действующих в учреждении, оказывать методическую помощь совету коллектива колонии, самодеятельным организациям осужденных;

- вносить предложения по социальному обеспечению осужденных контролировать выполнение рекомендаций по социальным вопросам, соблюдение прав и законных интересов осужденных;

- осуществлять в рамках должностных полномочий взаимодействие с представителями органов государственной власти, организаций и объединений, а также гражданами по вопросам социальной защиты и поддержки осужденных;

- вносить предложения руководству исправительного учреждения о применении к осужденным мер поощрения и взыскания.

Обязанности старшего специалиста по социальной работе:

- осуществление социальной диагностики, выявление социальных проблем конкретных осужденных, их групп, коллективов, определение причин и путей их разрешения;
- составление квартальных планов социальной работы группы и утверждение их у заместителя начальника исправительного учреждения по кадрам и воспитательной работе;
- своевременное информирование руководства исправительного учреждения о проблемах в сфере социального обеспечения осужденных;
- осуществление социально-правовой защиты осужденных во всех сферах их жизнедеятельности;
- оказание осужденным индивидуальной помощи, информирование и консультирование их (как самостоятельно, так и с помощью приглашения юристов) по вопросам пенсионного, материального, иного социального обеспечения;
- организация и реализация комплекса социально-педагогических мероприятий по ресоциализации осужденных в период отбывания наказания;
- с первых дней пребывания осужденных в исправительном учреждении осуществление деятельности, направленной на их подготовку к освобождению, содействие приобретению ими образования, профессии и трудовых навыков;
- содействие восстановлению, поддержанию и укреплению социально полезных связей осужденных, формированию навыков поведения в семье и общения в ближайшем социальном окружении;
- осуществление руководства секцией социальной помощи осужденным;
- совместно со спецчастью учет пенсионеров и иных лиц, имеющих право на социальные пособия;
- оформление необходимых для этого документов и направление их в соответствующие государственные органы;
- оформление документов по индивидуальному пенсионному страхованию осужденных и содействие их реализации;
- принятие мер по получению паспортов, трудовых книжек и иных документов осужденных;

- восстановление социальных связей с родственниками, общественными и религиозными организациями;
- участие в организации предоставления осужденным краткосрочного выезда для предварительного решения вопросов трудового и бытового устройства после освобождения;
- ведение учета проделанной социальной работы, анализ ее результатов и влияния на исправление осужденных;
- обобщение и распространение положительного опыта в сфере социального обеспечения осужденных, выработка рекомендаций по совершенствованию данной деятельности.

В реализации функций социальной службы участвует и старший инспектор (инспектор) по бытовому и трудовому устройству осужденных. В этих целях он имеет право: запрашивать и получать от других служб исправительного учреждения, органов внутренних дел, служб занятости информацию, необходимую для своей профессиональной деятельности; принимать участие в работе совета воспитателей отряда, попечительского совета исправительного учреждения, иных общественных формирований учреждения; осуществлять в рамках должностных полномочий взаимодействие с представителями органов государственной власти, организаций, объединений, заинтересованными в бытовом и трудовом устройстве осужденных.

Старший инспектор (инспектор) по бытовому и трудовому устройству осужденных составляет и ведет журнал учета занятий в Школе подготовки осужденных к освобождению, журнал учета лиц, нуждающихся в трудовом и бытовом устройстве, в котором фиксируются сведения об осужденных, обратившихся за соответствующей помощью: биографические данные, специальность, избранное место жительства, содержание просьбы, а также информация о ходе и итогах работы, перечень учреждений, осуществляющих социальное обеспечение и оказывающих социальную помощь гражданам, предоставляемый освобождающимся из мест лишения свободы.

Пенитенциарной социальной работе как виду деятельности присущи специфические черты, которые имеют большое значение для работы в пенитенциарных учреждениях. Среди них умение рассматривать клиента как часть общественной системы; установление кон-

тактов с окружением клиента, со всеми, кто может помочь в выявлении проблемы и поисках ее решения, организация комплексного подхода и координации усилий различных специалистов и служб при работе с клиентом, знание возможностей общества в решении социальных проблем клиента.

Социальный работник в исправительном учреждении – многофункциональный специалист, готовый к организационно-управленческой, исследовательско-аналитической и научно-педагогической деятельности. Основные направления его профессиональной деятельности – социальная работа с осужденными, отбывающими наказание в учреждениях, исполняющих уголовные наказания в виде лишения свободы; ресоциализация и социальная адаптация лиц, освобождаемых из учреждений, исполняющих наказания; воспитательно-профилактическая работа с лицами, отбывающими наказания, не связанные с лишением свободы.

Объектом внимания специалистов по социальной работе может стать любой осужденный, обратившийся в группу социальной защиты и учета трудового стажа осужденных. Только после приема такого осужденного и проведения социальной диагностики (в ряде случаев после консультаций с психологом, медиком, руководством исправительного учреждения или тех или иных отделов) специалист принимает решение о целесообразности социальной работы с ним.

Функции социального работника в пенитенциарных учреждениях весьма разнообразны: от помощи в улучшении быта и жилищных условий до психологического консультирования осужденных и персонала исправительного учреждения. В связи с перспективами развития пенитенциарных учреждений перед социальным работником открывается широкое поле деятельности, охватывающее разные этапы работы с преступниками. На них лежит обязанность оповещать общественность о проблемах в области отправления уголовного правосудия и стимулировать изменения в отношении общества к осужденным как категории граждан.

Правозащитная деятельность социального работника в пенитенциарных учреждениях в России еще только формируется. Однако ее перспективы тесно связаны с общими тенденциями развития системы социального обслуживания и диктуются настоятельной необходимостью

стью помочь заключенным в их самоисправлении, подготовить их к выходу на свободу, обеспечить успешное прохождение процесса их последующей ресоциализации.

5. Медицинская служба в пенитенциарной системе

Происходящая в стране правовая реформа не обошла стороной и пенитенциарную систему. Статьей 29 Основ законодательства об охране здоровья граждан определены права на получение медицинской помощи задержанными, заключенными под стражу, отбывающими наказание в местах лишения свободы либо административный арест. Действующий Уголовно-исполнительный кодекс РФ во многом приближен к общепризнанным мировым стандартам в сфере исполнения уголовных наказаний. В связи с принятыми Российской Федерацией обязательствами, обусловленными вступлением в Совет Европы, уголовно-исполнительная система из Министерства внутренних дел Российской Федерации передана в Министерство юстиции Российской Федерации. Тем не менее процесс реформирования пенитенциарной системы на этом не закончен.

Отмечается быстрый рост в пенитенциарных учреждениях численности ВИЧ-инфицированных. Подавляющее большинство ВИЧ-инфицированных – потребители инъекционных наркотиков.

Охрана здоровья подследственных и осужденных представляет собой одну из задач деятельности администрации СИЗО и исправительных учреждений (ИУ), которая обязана обеспечить их конституционное право на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Медико-санитарное обеспечение осужденных основывается на тех же принципах и осуществляется в том же объеме, что и в отношении всех граждан РФ.

Главные задачи медицинской службы СИЗО и ИУ:

- оказание подследственным и осужденным соответствующей медицинской помощи;
- медицинский контроль за состоянием здоровья подследственных и осужденных путем проведения систематических медицинских осмотров;

- проведение в отношении нуждающихся лиц лечебно-оздоровительных мероприятий;
- санитарно-противоэпидемическая работа;
- систематический анализ заболеваемости и трудопотерь спецконтингента с целью разработки и проведения лечебно-профилактических мероприятий.

В УИС для медицинского обслуживания осужденных функционируют различные виды медицинских учреждений. Это система лечебных профилактических учреждений (ЛПУ) и система лечебных исправительных учреждений (ЛИУ). В систему ЛПУ входят больницы общего профиля, специализированные психиатрические и туберкулезные больницы, медицинские части. Амбулаторная медицинская помощь подозреваемым, обвиняемым и осужденным осуществляется медицинскими частями, врачебными и фельдшерскими здравпунктами следственных изоляторов и исправительных учреждений. В систему ЛИУ входят учреждения для содержания и лечения осужденных, больных открытой формой туберкулеза, алкоголизмом, наркоманией, СПИДом или ВИЧ-инфицированных.

ЛПУ и ЛИУ могут функционировать либо как самостоятельные ЛПУ, либо как структурные подразделения ИУ.

Медицинские учреждения исправительной системы должны быть оснащены необходимым оборудованием, позволяющим оказывать квалифицированную медицинскую помощь подозреваемым, обвиняемым и осужденным. За осужденными, находящимися в лечебных учреждениях, сохраняются все права, предусмотренные уголовно-исполнительным законодательством для соответствующего вида режима. Содержащиеся в ЛПУ осужденные, как правило, к труду не привлекаются, но для выздоравливающих лиц могут создаваться специальные мастерские.

В экстренных случаях, когда соответствующая специализированная помощь не может быть оказана медицинскими учреждениями УИС, используются государственные и муниципальные ЛПУ.

Организация амбулаторной и больничной помощи подозреваемым, обвиняемым и осужденным

Медицинская часть представляет собой структурное подразделение СИЗО, ИУ либо филиал ЛПУ, которые организуют и осуществляют медицинскую помощь и противоэпидемическое обеспечение лиц, содержащихся под стражей и отбывающих уголовные наказания. В структуру медицинской части в соответствии со штатами и объемом медицинской помощи входят амбулатория и стационар (медицинский изолятор).

Руководит деятельностью медчасти начальник, который подчиняется начальнику учреждения или одному из его заместителей, а по вопросам лечебно-профилактической, санитарной и противоэпидемической работы – заместителю начальника учреждения по лечебно-профилактической работе или другому вышестоящему начальнику. На начальника медчасти возлагается организация квалифицированной медицинской (амбулаторной и стационарной) помощи подозреваемым, обвиняемым и осужденным, а также контроль над соблюдением надлежащего санитарно-противоэпидемического режима в учреждении. Он организует работу структурных подразделений медчасти.

В состав амбулатории входят комната для ожидания, кабинеты врачебного приема (терапевта, фтизиатра, психиатра и др.), кабинет фельдшера (медицинской сестры), зубо врачебный, наркологический, физиотерапевтический, вспомогательные диагностические кабинеты (функциональной диагностики, рентгеновский, флюорографический), лаборатория, процедурная, перевязочная (чистая, гнойная).

В крупных ИУ при медицинских частях организуются аптеки и зубопротезные кабинеты. В амбулаториях женских ИУ должен быть смотровой кабинет с гинекологическим креслом. В режимных корпусах СИЗО и тюрем оборудуются комнаты для амбулаторного приема осужденных и лиц, заключенных под стражу. Во всех помещениях медчасти должны быть аварийное освещение и тревожная сигнализация. Медицинская часть оснащается инструментарием, оборудованием и инвентарем согласно примерному табелю.

Медицинский контроль осуществляется с помощью:

- медицинского обследования при поступлении в следственные изоляторы и ИУ с целью выявления инфекционных, паразитарных и других острых заболеваний;

- проведения медицинских осмотров (при поступлении, ежегодных профилактических, целевых) с целью своевременного активного выявления больных и разработки в отношении их необходимых лечебно-оздоровительных мероприятий. Осужденные, занятые на работах с вредными условиями труда, работники пищеблоков, бань, прачечных и тому подобных мест проходят периодические медицинские осмотры в сроки, предусмотренные для декретированных контингентов населения, при убытии из учреждения;

- диспансерного наблюдения за лицами, имеющими хронические заболевания;

- санитарного надзора за условиями труда, размещения и питания спецконтингента;

- систематической проверки выполнения рекомендаций медикосоциальных экспертных комиссий по правильному трудоустройству инвалидов, а также рекомендаций лечебных учреждений по проведению необходимых лечебно-профилактических мероприятий среди хронических больных и лиц с ограниченной трудоспособностью.

По прибытии в следственный изолятор всем поступившим (в том числе и следующим транзитом) проводится первичный медицинский осмотр с целью выявления лиц, представляющих эпидемиологическую опасность для окружающих, и больных, нуждающихся в неотложной помощи. Эта работа должна быть проведена в обязательном порядке до направления прибывших в общие камеры. Осмотр проводит врач или фельдшер в специально оборудованной медицинской комнате сборного отделения СИЗО. Лица с острозаразными заболеваниями или с подозрением на них сразу после осмотра изолируются от здоровых. Первичная санитарная обработка этих лиц заканчивается обязательной дезинфекцией одежды и личных вещей, после чего они направляются в специально выделенные камеры-изоляторы, где им проводятся соответствующее обследование

и лечение. В срок не более трех дней с момента прибытия в СИЗО все поступившие (кроме транзитных) проходят углубленный врачебный осмотр (в фельдшерских здравпунктах – фельдшерский), а также рентгенофлюорографическое обследование. На каждого подозреваемого и обвиняемого заполняется медицинская амбулаторная карта установленного образца. В дальнейшем медицинские осмотры проводятся только по показаниям.

Всем убывающим из СИЗО (в том числе транзитным) проводится обязательное медицинское освидетельствование для определения пригодности к условиям этапирования. К перевозке не допускаются больные в острой стадии заболевания, больные инфекционными и венерическими заболеваниями, пораженные педикулезом, чесоткой, не прошедшие установленный курс лечения, а также нетранспортабельные больные.

По прибытии в ИУ все осужденные проходят медицинский осмотр с целью выявления инфекционных и паразитарных заболеваний. В первые две недели по прибытии в ИУ осужденные проходят углубленный врачебный осмотр с целью выявления имеющихся заболеваний, оценки состояния здоровья. Дальнейший медицинский контроль за состоянием здоровья осужденных осуществляется во время профилактических медицинских осмотров, амбулаторных обращений в медицинскую часть, а также диспансерного наблюдения за лицами, имеющими заболевания. Профилактический медицинский осмотр проводится один раз в год. Осужденные, содержащиеся на тюремном режиме, в исправительных колониях особого режима (при камерном содержании) и несовершеннолетние в воспитательных колониях подлежат осмотру два раза в год. Результаты профилактического осмотра вносятся в медицинскую амбулаторную карту.

Перед отправкой подозреваемого, обвиняемого, осужденного в штрафной изолятор, помещение камерного типа или одиночную камеру производится медицинский осмотр с письменным заключением врача (фельдшера) о возможности содержания в перечисленных помещениях. При убытии из ИУ (перевод, освобождение и т. д.) осужденные проходят заключительный медицинский осмотр.

Амбулаторный прием в медчасти лиц, заключенных под стражу, и осужденных проводится в часы, установленные приказом по учреждению. В ИУ для каждого отряда, смены или нескольких отрядов выделяется время амбулаторного приема. В СИЗО и тюрьмах амбулаторный прием, как правило, осуществляется врачами (фельдшерами) в режимных корпусах в специально оборудованных помещениях по предварительной записи, произведенной фельдшером.

В каждом отряде ИУ должен быть журнал предварительной записи на амбулаторный прием, который ведет начальник отряда. В СИЗО журнал ведет фельдшер корпуса. Прием без записи в журнале проводится только в экстренных случаях.

В СИЗО, тюрьмах фельдшер совместно со старшим по корпусу еженедельно проверяет санитарное состояние камер путем обхода их после вывода контингента на прогулку или санитарную обработку.

Для оказания неотложной медицинской помощи лицу, нуждающееся в ней, выводится в корпусную амбулаторию (медицинский кабинет). При необходимости фельдшер делает соответствующие назначения в пределах своей компетенции или производит запись больных на прием к врачу. О больных, нуждающихся в неотложной помощи, медчасть извещается через дежурных контролеров.

Лицам, содержащимся в штрафных и дисциплинарных изоляторах, помещениях камерного типа, а также в карцерах СИЗО, медицинская помощь оказывается на месте медицинскими работниками при ежедневной проверке санитарного состояния этих помещений, а также при обращениях. В случаях, когда имеется серьезная угроза здоровью или жизни лиц, содержащихся в указанных помещениях, медицинский работник принимает меры к срочному переводу такого лица в медчасть.

Врачи медчасти в установленные часы ведут амбулаторный прием. В учреждениях, где по штату врач не положен, амбулаторный прием осуществляет фельдшер. Во время приема в амбулатории, а при необходимости и в кабинете врача (фельдшера) присутствует контролер или представитель администрации учреждения.

Медикаменты осужденным и подследственным, как правило, на руки не выдаются, прием лекарств производится в присутствии медицинского работника. Больные, назначенные на амбулаторное лече-

ние, для приема лекарств и выполнения других лечебных процедур являются в медчасть в установленное время.

В сложных или неясных случаях, когда врач медчасти не может самостоятельно поставить диагноз заболевания, больные направляются на консультацию к врачам-специалистам медчасти или другого ЛПУ. Для консультации привлекаются врачи-специалисты лечебно-профилактических и лечебных исправительных учреждений УИС, а также ЛПУ территориальных органов здравоохранения (в том числе ведомственных).

Одна из основных функций медицинской части заключается в организации и оказании неотложной медицинской помощи при острых заболеваниях, отравлениях и травмах. Порядок оказания неотложной медицинской помощи определяется начальником медчасти. Ответственность за своевременность вызова медицинского работника или скорой медицинской помощи в часы, когда расписанием работы учреждения не предусмотрено нахождение в учреждении медицинского персонала, а также за обеспечение экстренной эвакуации больного транспортом и конвоем несет дежурный помощник начальника учреждения. Амбулатория должна быть готова для оказания неотложной медицинской помощи в любое время суток. Объем медицинской помощи должен соответствовать медико-экономическим стандартам и зависеть от конкретных условий, дислокации учреждения и мощности медицинской части.

Одно из направлений деятельности медицинских частей – определение трудоспособности осужденных и правильное их трудоустройство.

В структуру стационара медчасти ИУ входят: санпропускник (раздевальная, ванная), палаты, в том числе изолятор на 1–2 инфекции с умывальником и туалетом в шлюзе, комната для приема пищи.

В структуру стационара медчасти СИЗО входят: санпропускник, камеры-палаты, камера-изолятор на 1–2 койки. Стационар должен размещаться в одном корпусе и желательно на одном этаже с амбулаторией медчасти СИЗО.

В стационарах медчастей ИУ и СИЗО норма площади палат предусматривается не менее 5 м² на одну койку. Стационары ИУ и СИЗО должны иметь кабинет гигиены женщины.

Прием больных в стационар медчасти осуществляется при наличии в медицинской амбулаторной карте заключения врача о не-

обходимости проведения стационарного обследования и лечения. На каждого больного ведется медицинская карта стационарного больного установленной формы. Больные, поступающие в стационар, проходят обязательную санитарную обработку. В зависимости от состояния больного санитарная обработка может быть полной или частичной. При необходимости белье больного подвергается дезинфекции.

Обход больных врачи медчасти производят ежедневно. Записи в медицинской карте стационарного больного производятся 1 раз в 3 дня в легких случаях и ежедневно в среднетяжелых и тяжелых случаях течения заболевания. Начальник медчасти должен осматривать больных не реже 1 раза в неделю, а в среднетяжелых и тяжелых случаях – ежедневно. В первый день поступления больного и перед выпиской – в обязательном порядке.

Врачебные назначения, измерение температуры тела, антропометрические исследования производит дежурный фельдшер (медицинская сестра). На него возлагается наблюдение за выполнением правил внутреннего распорядка для больных. С установленным в стационаре распорядком дня больные знакомятся под расписку в медицинской карте стационарного больного при поступлении в стационар. Объем медицинской помощи в стационаре определяется наличием работающих в медчасти врачей-специалистов.

Персонал медицинских частей постоянно контролирует и несет ответственность за источники водоснабжения, санитарное состояние столовых, продуктовых складов, магазина. Для поддержания должного санитарного состояния медицинский персонал совместно с другими службами ежедневно проводит обход территории учреждения.

Таким образом, медицинские части объединяют в своей деятельности различные функции: стационара (больницы), амбулатории, санитарно-эпидемиологической службы.

Больницы для подозреваемых, обвиняемых и осужденных представляют собой ЛПУ, предназначенные для стационарного обследования, лечения и содержания лиц, отбывающих наказание в учреждениях УИС, в том числе в колониях-поселениях (в случае невозможности госпитализации в стационары органов здравоохранения), а также содержащихся

под стражей в СИЗО. В этих целях они обеспечивают квалифицированную и специализированную стационарную помощь, амбулаторную консультативную помощь, организационно-методическое руководство медицинскими частями ИУ и СИЗО.

Больницы могут создаваться в зависимости от возможности изолированного расположения и функционирования как самостоятельные лечебные учреждения УИС, так и в составе других учреждений УИС. В зависимости от профиля, района обслуживания и коечной мощности создаются и функционируют центральные, областные, краевые, окружные, республиканские, межобластные, специализированные или многопрофильные больницы с коечной мощностью от 50 коек и более. Для диагностики и лечения туберкулеза, психических, венерических и других заболеваний создаются специализированные больницы или специализированные отделения (палаты) в общесоматических больницах, оказывающие специализированную медицинскую помощь подозреваемым, обвиняемым и осужденным из регионов страны, закрепленных за ней (за ними) для обслуживания.

Структура и штат больницы утверждаются приказом начальника федерального органа управления УИС в соответствии с нормативами, устанавливаемыми Минздравом России.

Руководит больницей начальник больницы. Методическое руководство по вопросам лечебно-профилактической, санитарной и противоэпидемической работы осуществляется начальником медицинского отдела (отделения) территориального органа управления УИС.

Структура больницы:

- приемное отделение (с диагностическими койками или изолятором, санитарным пропускником);
- лечебные отделения по основным профилям коек;
- палаты реанимации и интенсивной терапии;
- лечебно-диагностические кабинеты;
- организационно-методический кабинет;
- клиническая, биохимическая, бактериологическая лаборатории;
- прозекторская;
- медицинский архив;
- аптека;

– административно-хозяйственная часть (пищеблок, банно-прачечный комплекс, склады и т. д.).

В больнице осужденные больные содержатся вместе, независимо от установленного им вида режима содержания, с учетом их психического и соматического состояния. Особо опасные рецидивисты, лица, осужденные пожизненно, содержатся отдельно друг от друга и от остальных осужденных в специально выделенных и оборудованных палатах. Подозреваемые и обвиняемые содержатся отдельно от осужденных. Мужчины, женщины и несовершеннолетние содержатся отдельно.

В больнице организуются клинико-экспертная комиссия, комиссия по изучению летальных исходов, больничным совет, действующие в установленном законодательством порядке.

Больница выполняет следующие функции:

– оказание квалифицированной и специализированной стационарной медицинской помощи подозреваемым, обвиняемым и осужденным, содержащимся в учреждениях УИС республики, края, области и прикрепленных административных территорий;

– оказание организационно-методической помощи медчастям учреждений УИС прикрепленных регионов по вопросам диагностики, лечения и медико-социальной реабилитации подозреваемых, обвиняемых и осужденных;

– изучение и анализ причин и условий, порождающих рост заболеваемости среди подозреваемых, обвиняемых и осужденных;

– обеспечение преемственности с медицинскими частями учреждений УИС в диагностике, лечении и медико-социальной реабилитации подозреваемых, обвиняемых и осужденных;

– участие в проведении плановых профилактических осмотров подозреваемых, обвиняемых и осужденных с целью выявления лиц с ранними стадиями заболеваний, отбора больных для планового лечения, контроля над выполнением рекомендаций, данных врачами больницы, и назначения соответствующего лечения и питания;

– проведение освидетельствования осужденных, заболевших при отбывании наказания болезнями, препятствующими дальнейшему отбыванию наказания;

– представление в суды по месту расположения больницы необходимых материалов для решения вопроса об освобождении от отбывания наказания по болезни осужденных;

– обследование больных с длительной или стойкой утратой трудоспособности, направляемых на МСЭ, и подготовка необходимой медицинской документации;

– освидетельствование осужденных с целью определения их дальнейшего трудоустройства;

– проведение противоэпидемических и санитарно-гигиенических мероприятий среди подозреваемых, обвиняемых и осужденных, находящихся на стационарном лечении, а также хозяйственной услуги.

Госпитализации в больницу подлежат подозреваемые, обвиняемые и осужденные:

– нуждающиеся в неотложной квалифицированной и специализированной стационарной помощи;

– страдающие острыми заболеваниями или обострениями хронических заболеваний, лечение которых в условиях медчасти недостаточно эффективно;

– нуждающиеся в освидетельствовании для решения вопроса о возможности дальнейшего отбывания наказания в связи с наличием заболевания, препятствующего отбыванию наказания;

– с длительной или стойкой утратой трудоспособности, нуждающиеся в обследовании в связи с направлением на МСЭ;

– в случаях, требующих углубленного клинического обследования для установления окончательного диагноза;

– по эпидемиологическим показаниям.

Больные подлежат госпитализации по предварительным письменным запросам. В исключительных случаях по экстренным показаниям больной может быть госпитализирован без предварительного письменного запроса, по согласованию с руководством больницы, но с обязательным последующим (в течение трех суток) представлением необходимых документов.

При приеме в больницу подозреваемые, обвиняемые и осужденные подвергаются тщательному обыску, а принадлежащие им одежда и обувь досматриваются, дезинфицируются, принимаются на хранение.

ние по описи, заверенной дежурным медперсоналом. Все поступающие в стационар в обязательном порядке проходят санитарную обработку, переодеваются в больничную одежду и обеспечиваются необходимым бельем.

Прием больных в больницу осуществляется дежурным врачом в присутствии дежурного помощника начальника больницы.

При госпитализации подозреваемого, обвиняемого и осужденного на него заполняется медицинская карта стационарного больного (история болезни). При обнаружении у осужденного признаков повреждений насильственного или иного происхождения дежурный врач сообщает об этом начальнику больницы или его заместителю, который извещает об этом руководство территориальных органов управления УИС, в ведении которых находится больница.

Осужденные, заболевшие в местах лишения свободы заболеванием, препятствующим дальнейшему отбыванию наказания, после всестороннего обследования в условиях стационара освидетельствуются специальной комиссией врачей УИС в установленном порядке. Такие больные при необходимости не возвращаются в учреждения УИС, где ранее содержались, а находятся в больнице до окончательного решения судебных органов.

Лица с длительной или стойкой утратой трудоспособности после всестороннего обследования в условиях стационара с привлечением в необходимых случаях специалистов государственных или муниципальных учреждений здравоохранения направляются для освидетельствования в федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы.

В лечебно-диагностических кабинетах, ординаторских, на рабочих местах дежурных медицинских сестер устанавливается тревожная сигнализация и аварийное освещение. Контроль над поведением больных подозреваемых, обвиняемых и осужденных и наблюдение за ними возлагаются на контролерский состав и медицинский персонал.

При больницах организуются ларьки для продажи лицам, содержащимся в больнице, продуктов питания и предметов первой необходимости.

По окончании стационарного лечения больной, как правило, выписывается в ИУ или следственный изолятор, из которого он направлялся на лечение. Выписка больного производится лечащим врачом с разрешения начальника больницы или его заместителя с оформлением соответствующей записи в истории болезни и в медицинской амбулаторной карте.

Выписка подозреваемых, обвиняемых и осужденных, находящихся на обследовании, лечении или освидетельствовании в больнице, осуществляется по окончании таковых в связи с выздоровлением либо стойким улучшением состояния, либо по их личному заявлению (если состояние больного позволяет его выписку). Подозреваемые, обвиняемые и осужденные, систематически или злостно нарушающие больничный режим, а также отказывающиеся от лечения, могут быть выписаны из больницы по месту отбывания наказания только в случае, когда их психическое и соматическое состояние не представляет непосредственной опасности для себя или окружающих и не может причинить существенный вред здоровью после выписки из стационара.

Постоянная связь врачей-специалистов больницы с медчастями учреждений УИС оказывается действенным средством совершенствования лечебно-профилактического обеспечения подозреваемых, обвиняемых и осужденных, повышения эффективности использования коечного фонда.

Экспертизу временной нетрудоспособности осуществляет врач медицинской части (здравпункта), больницы и клиничко-экспертные комиссии учреждений УИС. Задачи экспертизы временной нетрудоспособности в учреждениях УИС – определение у осужденных временной утраты трудоспособности, выявление у них длительной или стойкой утраты трудоспособности, направление для освидетельствования на клиничко-экспертную комиссию (КЭК) и в федеральные государственные учреждения МСЭ, а также рекомендация соответствующих условий труда лицам, не являющимся инвалидами, но нуждающимся по состоянию здоровья в ограничениях.

При установлении факта временной нетрудоспособности осужденного и необходимости освобождения его от работы по болезни делается соответствующая запись в медицинской амбулаторной карте, журнале

регистрации амбулаторных больных, журнале предварительной записи на амбулаторный прием, заполняется талон регистрации причин временной нетрудоспособности. Врач дает больному освобождение от работы единолично и одновременно на срок до 10 дней. В случае неблагоприятного прогноза или отсутствия положительной динамики при лечении заболевания в амбулаторных условиях свыше 21 дня больной подлежит госпитализации. Запрещается давать освобождение от работы заочно, обязателен также осмотр больного при продлении освобождения от работы и перед выходом на работу.

В тех учреждениях, где работает фельдшер или один врач, ему дано право единолично освобождать от работы на установленный срок с обязательным обоснованием.

При длительной или стойкой утрате трудоспособности, а также значительном ее ограничении больные направляются для освидетельствования в федеральные государственные учреждения МСЭ.

КЭК создается в лечебно-профилактических и лечебных исправительных учреждениях УИС. При ведущем лечебно-профилактическом учреждении (больнице) в каждом регионе создается центральная клиничко-экспертная комиссия. На МСЭ направляются лица, содержащиеся в учреждениях УИС, в случаях расстройства здоровья со стойкими нарушениями функций организма или последствиями травм, приведшими к ограничению жизнедеятельности, и нуждающиеся в мерах социальной защиты. По результатам клиничко-диагностического обследования, подтверждающего выраженные нарушения функций организма и ограничения жизнедеятельности, врачи ЛПУ оформляют направление на МСЭ.

Освидетельствование лица, содержащегося в учреждениях УИС, в зависимости от условий и имеющихся возможностей может проводиться непосредственно в учреждении УИС или в территориальном бюро медико-социальной экспертизы. При освидетельствовании лица, содержащегося в учреждениях УИС, в территориальном бюро медико-социальной экспертизы администрация учреждения УИС обеспечивает его доставку на освидетельствование, присутствие начальника или врача, начальника отряда или воспитателя (далее – представителей администрации) и надлежащую охрану в целях пресечения возможных эксцессов со стороны освидетельствуемого.

Бюро медико-социальной экспертизы рассматривает представленные документы, которые должны отражать клинико-функциональные, социально-бытовые, профессионально-трудовые, психологические и другие данные, проводит личный осмотр лица, содержащегося в учреждениях УИС, оценивает степень ограничения его жизнедеятельности и принимает решение о признании инвалидом либо об отказе в установлении инвалидности. В заседании бюро медикосоциальной экспертизы принимают участие представители администрации.

Медицинское обеспечение подозреваемых, обвиняемых и осужденных при перевозке и освобождении из учреждений уголовно-исполнительной системы

Перед отправкой из учреждения все подозреваемые, обвиняемые и осужденные проходят обязательное медицинское освидетельствование для определения пригодности к условиям этапирования.

При перевозках осужденных в эшелонах для их сопровождения выделяются медицинские работники из штата управления конвоирования. Необходимость в сопровождении больных осужденных медицинскими работниками определяется начальником медчасти учреждения-отправителя.

Медицинский персонал, выделенный для сопровождения осужденных, обязан:

- участвовать в приеме караулом осужденных, контролировать полноту и качество проведения им комплексной санитарной обработки перед отправкой;

- при выявлении больных, заболевших в пути следования и нуждающихся в квалифицированной врачебной помощи или возникновении острозаразных заболеваний, через начальника эшелона принять меры к их госпитализации в ближайшую больницу УИС или в больницу органов здравоохранения и проведению необходимых противоэпидемических мероприятий силами центра Госсанэпиднадзора ближайшего территориального органа УИС или территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;

- в пути следования контролировать санитарное состояние эшелона, порядок и условия хранения продуктов и обеспечение питьевой водой;

- вести регистрацию всех обратившихся за медицинской помощью;
- по прибытии к месту назначения участвовать в сдаче осужденных, имущества и оформлении документации.

При освобождении из учреждения УИС лица, нуждающиеся в стационарном лечении, госпитализируются в больницы органов здравоохранения. Перед освобождением из мест лишения свободы, направлением в колонии-поселения при условно-досрочном освобождении в целях исключения инфекционного заболевания, а также для решения вопроса о возможности самостоятельного следования к месту жительства осужденный должен пройти медицинский осмотр с последующей санитарной обработкой.

Осужденные, в отношении которых по решению суда осуществляются принудительные меры медицинского характера, не прошедшие обязательного лечения от туберкулеза, ВИЧ-инфекции, венерических заболеваний, а также инвалиды первой, второй и третьей группы в колонии-поселения не направляются до отмены судом принудительных мер медицинского характера, излечения и снятия группы инвалидности.

Осужденные к лишению свободы обладают правами и свободами граждан Российской Федерации с ограничениями, установленными законодательством. Государственные и муниципальные учреждения здравоохранения обязаны принимать все возможные меры, направленные на охрану здоровья любого человека, где бы он ни находился, защищая тем самым общество в целом. Применительно к осужденным, лишенным свободы, данная обязанность государства может реализовываться в создании условий, обеспечивающих поддержание их здоровья с начального момента изоляции от общества, в период отбывания наказания в виде лишения свободы и определенное время после освобождения из исправительного учреждения.

В современных условиях пенитенциарная медицина как часть государственной медицины подвергается реформированию (Концепция развития уголовно-исполнительной системы Российской Федерации до 2020 года). Становится актуальным определение стратегии дальнейшего развития медицинской службы УИС на основе реформирования уже имеющейся системы, при этом конечной целью является предоставле-

ние качественной медицинской помощи, что позволит снизить уровни заболеваемости, инвалидизации и смертности осужденных.

За последние годы выполнено значительное количество исследований по проблемным вопросам организации медицинского обеспечения исправительных колоний уголовно-исполнительной системы, однако некоторые вопросы исследованы недостаточно.

Руководство медицинской службой уголовно-исполнительной системы осуществляет ФСИН России. Например, в Рязанской области организационную функцию выполняет медицинский отдел территориального управления ФСИН России. Первичную медицинскую помощь осужденные получают в медицинских частях (здравпунктах) исправительных колоний Рязанской области. Для оказания специализированной стационарной медицинской помощи больные госпитализируются в областную больницу для осужденных или специализированные больницы в других регионах. Кроме того, для амбулаторного лечения больных туберкулезом и наркологическими расстройствами существуют специализированные лечебные исправительные учреждения.

В случаях отсутствия возможности оказания медицинской помощи в ЛПУ уголовно-исполнительной системы осужденные направляются в медицинские организации г. Рязани и Рязанской области. Взаимодействие ЛПУ УИС Рязанской области является необходимым условием для обеспечения преемственности в лечении и мониторинге социально значимых заболеваний у осужденных, выполнении всех функций по реализации гарантий и прав осужденных на охрану здоровья.

Основная задача *медицинской части* – гарантированное обеспечение оказания первичной медицинской помощи, а также некоторых видов специализированной медицинской помощи осужденным.

В задачи медицинской части входит:

- оказание неотложной медицинской помощи;
- оказание амбулаторной и стационарной медицинской помощи;
- организация и проведение медицинских осмотров, диспансеризации;
- организация и проведение комплекса санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;
- гигиеническое обучение и пропаганда здорового образа жизни.

На медицинский персонал исправительных учреждений возложены функции, касающиеся всех направлений деятельности лечебно-профилактических учреждений, в том числе санитарно-противоэпидемическая работа. Нагрузка на медицинский персонал УИС значительно выше, чем в гражданском здравоохранении.

В отличие от учреждений Минздрава России несовершенная организационно-штатная структура, низкая социальная защищенность медицинского персонала, малая мощность стационаров, недостаточная оснащенность медицинских частей современным оборудованием, оргтехникой и клиничко-диагностическими лабораториями медицинских учреждений УИС создает большие трудности в деле обеспечения требований российского законодательства в области охраны здоровья граждан. Выявлены следующие проблемы организации медицинского обеспечения в ИК строгого режима:

- необходимость совершенствования развития реабилитационной системы на уровне оказания амбулаторной помощи в исправительных колониях лицам, имеющим признаки стойкой утраты трудоспособности;

- недостаточное материально-техническое оснащение медицинских подразделений исправительных колоний, оказывающих стационарную помощь;

- низкая доступность высокотехнологичных видов помощи в условиях специализированных медицинских подразделений УИС;

- недостаточное финансовое обеспечение программ оказания помощи лицам, страдающим социально значимыми заболеваниями, а также состояниями, вызывающими стойкую утрату трудоспособности;

- проблема комплектования медицинских подразделений исправительных колоний квалифицированными специалистами.

Слабое привлечение средств субъектов Российской Федерации в механизм финансирования медико-санитарного обеспечения объектов уголовно-исполнительной системы, расположенных на их территории, и в связи с этим слабая интеграция в реализацию территориальных программ по оказанию бесплатной медицинской помощи.

Таким образом, существующая система медицинского обеспечения оставалась практически неизменной на протяжении последних десятилетий и представляла собой достаточно закрытую систему.

К основным направлениям совершенствования функционирования медицинской службы пенитенциарных учреждений следует отнести:

1) обеспечение постоянного сотрудничества с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения на основе разработки нормативных актов о взаимодействии по вопросам организации медицинской помощи осужденным;

2) участие исправительных колоний в системе ОМС, что позволит повысить эффективность и качество медицинской помощи осужденным без привлечения дополнительных бюджетных средств;

3) участие в реализации региональных целевых программ и приоритетных национальных проектов;

4) развитие и укрепление материально-технической базы медицинских частей исправительных колоний, приведение их оснащения в соответствие со стандартами и повышение эффективности использования коечного фонда;

5) внедрение независимой экспертизы объемов и качества медицинской помощи. В этой роли выступает региональный фонд обязательного медицинского страхования. Данный этап неизбежен при условии включения учреждений здравоохранения ФСИН России в систему обязательного медицинского страхования, но при этом обязательна эксплуатация систем персонифицированного учета пациентов, который требует нормативно-правовой базы доступа страховых организаций к медицинской информации. Осуществление единой с Минздравом России кадровой политики;

6) обеспечение межведомственного сотрудничества и функционирования координационного механизма в области формирования здорового образа жизни; разработка и внедрение медико-технологических, социальных, экономических и правовых методик, обеспечивающих условия для ведения здорового образа жизни и совершенствования профилактических методов работы; создание системы постоянного мониторинга эффективности проводимых мероприятий.

Лекция 2

СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В СРЕДЕ ПОДОЗРЕВАЕМЫХ, ОБВИНЯЕМЫХ И ОСУЖДЕННЫХ

1. Туберкулез как социально значимое заболевание.
2. Инфекции, передающиеся половым путем.
3. Болезни системы кровообращения.
4. Психические заболевания. Медико-социальная помощь.
5. Заболевания эндокринной системы.

1. Туберкулез как социально значимое заболевание

Среди заболеваний, относящихся к социальным болезням, особое место занимает туберкулез. Социальная природа туберкулеза известна давно. Еще в самом начале XX века эту болезнь называли сестрой бедности, пролетарской болезнью. В старом Петербурге на Выборгской стороне смертность от туберкулеза была в 5,5 раза выше, чем в центральных районах, и в современных условиях материальное благополучие людей играет важную роль в возникновении туберкулеза. Как показало исследование, проведенное на кафедре общественного здоровья и здравоохранения СПбМУ имени академика И. П. Павлова, и в конце XX века у 60,7 % больных туберкулезом финансово-материальное положение определялось как неудовлетворительное.

В настоящее время уровень заболеваемости туберкулезом в развивающихся странах намного выше, чем в экономически развитых странах. Несмотря на огромные достижения медицины в лечении больных туберкулезом, эта проблема продолжает оставаться во многих странах весьма актуальной. Следует отметить, что наша страна в определенный период добилась существенных успехов в деле снижения уровня заболеваемости туберкулезом. Однако в последнее десятилетие XX века наши позиции в этом вопросе заметно ослабли. С 1991 г. после многолетнего снижения заболеваемость туберкулезом в нашей стране начала расти, причем наблюдается стремительный темп ухудшения ситуации. Для характеристики эф-

фективности борьбы с туберкулезом используют ряд эпидемиологических показателей.

Заболеваемость. Как уже отмечалось, число впервые выявленных активным туберкулезом больных в последние годы имеет тенденцию к росту. Из общего числа больных с впервые установленным диагнозом 213 составили мужчины, причем почти половина из них приходится на лиц 20–40 лет, более 40 % – выявлено в ВК, более чем у 1/3 впервые были выявлены запущенные формы туберкулеза. Все это свидетельствует, во-первых, о неблагоприятной по туберкулезу эпидемиологической обстановке, во-вторых, о том, что асоциальный слой общества (бомжи, алкоголики, лица, лишенные за преступления свободы) составляет значительную часть контингента вновь заболевших туберкулезом. При учете впервые заболевших в их состав не включаются:

- а) больные, прописанные в другом районе;
- б) случаи рецидива заболевания.

Болезненность. Показатели болезненности в связи с успехами лечения заболевших туберкулезом и в тот период, когда наблюдалось снижение заболеваемости в 5 раз, снижались только в 2 раза, то есть этот показатель при успешной работе по снижению уровня заболеваемости туберкулезом изменяется более медленными темпами.

Смертность. Благодаря успехам в лечении туберкулеза за 20-летний период (начиная с 1950 г.) показатель смертности от туберкулеза снизился в 7 раз. К сожалению, в последние годы позитивные сдвиги по снижению распространенности туберкулеза как социального явления приостановились и даже, наоборот, имеют место негативные тенденции.

Мировой опыт, как и опыт нашей страны, показал, что наиболее эффективным лечебно-профилактическим учреждением по работе с туберкулезными больными является противотуберкулезный диспансер. В зависимости от территории обслуживания диспансер бывает районным, городским, областным. Противотуберкулезный диспансер работает по территориально-участковому принципу. Вся территория обслуживания разделена на участки, а к каждому участку прикреплен врач-фтизиатр.

В зависимости от местных условий (число состоящих на учете лиц и очагов туберкулезной инфекции, наличие крупных промышленных предприятий и т. д.) население на одном фтизиатрическом участке может составлять от 20–30 тыс. до 60 тыс. Важно, чтобы граница нескольких терапевтических участков поликлиники и одного фтизиатрического участка совпадали, чтобы участковый врач-фтизиатр работал в тесном контакте с определенными врачами-терапевтами и педиатрами, врачами общей практики.

В структуре противотуберкулезного диспансера основной частью является амбулаторное звено. Кроме обычных кабинетов (кабинетов врачей, процедурного, кабинета функциональной диагностики), желательно наличие стоматологического кабинета. Естественно, неотъемлемой частью является бактериологическая лаборатория и рентгеновский кабинет. При некоторых диспансерах действуют флюорографические станции. Кроме того, могут быть стационары.

Всю работу по борьбе с туберкулезом в районе деятельности диспансер проводит по комплексному плану. Очень важно участие в реализации такого плана как медицинских учреждений, так и других ведомств. Реальные успехи по снижению уровня заболеваемости туберкулезом могут быть достигнуты только при реализации межведомственной программы «Туберкулез». Основную часть комплексного плана составляют санитарно-профилактические мероприятия:

- организация своевременного выявления больных и ревакцинация неинфицированных;
- организация своевременного выявления больных и массовые целевые профилактические осмотры;
- оздоровление очагов туберкулезной инфекции, жилищное устройство бациллоносителей;
- трудовое устройство больных;
- санитарно-просветительная работа.

Значительное место в комплексном плане занимают новые методы диагностики и лечения больных, стационарное и санаторное лечение, подготовка врачей по фтизиатрии.

Существует несколько путей выявления больных туберкулезом. Основное место занимает (80 %) выявление при обращении больных за медицинской помощью. Здесь велика роль врачей поликлиники. Определенную роль играют целевые профилактические медицинские осмотры. Незначительное место занимает наблюдение контактов и данные патологоанатомических исследований. Последний метод свидетельствует о недостатках в работе лечебно-профилактических учреждений по туберкулезу.

Противотуберкулезный диспансер – это учреждение закрытого типа, то есть больного туда направляет врач, который выявляет такое заболевание. При выявлении туберкулеза в любом медицинском учреждении в противотуберкулезный диспансер по месту жительства больного направляют извещение о больном с впервые установленным диагнозом активного туберкулеза.

Врач противотуберкулезного диспансера организует тщательное обследование и при уточнении диагноза ставит больного на диспансерный учет. Все лица, взятые на учет в противотуберкулезном диспансере, делятся на группы учета:

0 (Нулевая группа). Туберкулезные изменения в легких при необходимости уточнения их активности.

I. Активный туберкулез (IA и IB).

II. Затихающий туберкулез.

III. Клинически излеченный туберкулез (IIIA и IIIB)

IV. Контакты.

V. Внелегочный туберкулез.

VI. Группы для детей.

VII. Повышенный риск или рецидив.

VIII. Больные саркоидозом легких.

Каждая учетная группа имеет свою длительность наблюдения и периодичность диспансерных явок.

Направления профилактики туберкулеза в России:

– санитарная профилактика;

– специфическая профилактика.

К средствам *санитарной профилактики* относятся меры, направленные на предупреждение заражения туберкулезом здоровых, на улуч-

шение эпидемиологической обстановки (в том числе текущая и заключительная дезинфекция, воспитание гигиенических навыков туберкулезных больных).

Специфическая профилактика – это вакцинация и ревакцинация, химиопрофилактика.

Для успешной работы по снижению уровня заболеваемости туберкулезом необходимы значительные ассигнования государства на предоставление жилья для бациллоносителей, санаторного лечения больных, обеспечения бесплатными медикаментами амбулаторных больных и т. д.

Ведущей стратегией ВОЗ по борьбе с туберкулезом является в настоящее время программа DOTS (аббревиатура английских слов «Directly observed treatment, short-course»), что можно перевести как «контролируемая химиотерапия укороченной деятельности»). Она включает в себя такие разделы, как выявление заразных больных туберкулезом, обращающихся за медицинской помощью, посредством анализа клинических проявлений легочных заболеваний и микроскопического анализа мокроты на наличие кислотоустойчивых микробактерий; назначение выявленным больным двухэтапной химиотерапии.

В качестве главной конкретной задачи борьбы с туберкулезом ВОЗ выдвигает требование добиться выздоровления не менее чем у 85 % новых больных с заразными формами туберкулеза легких. Национальные программы, которым удастся добиться этого, оказывают следующее воздействие на эпидемию: немедленно снижается интенсивность распространения возбудителя инфекции, постепенно снижается заболеваемость туберкулезом, реже развивается лекарственная устойчивость, что облегчает в дальнейшем лечение больных и делает его более доступным.

К началу 1995 г. примерно 80 стран взяли на вооружение стратегию DOTS или приступили к ее адаптации к своим условиям; около 22 % населения Земли живут в регионах, где применяется программа DOTS, многим странам удалось добиться высоких показателей излечения туберкулеза.

Закон РФ «О защите населения от туберкулеза» (1998 г.) предлагает развитие новых концептуальных, методических и организационных

подходов к формированию системы амбулаторной и стационарной противотуберкулезной помощи. Остановить обострение проблемы туберкулеза в изменившихся социально-экономических условиях в России можно лишь при усилении роли государства в профилактике этой инфекции, создании новой концепции проведения и управления противотуберкулезными мероприятиями.

Государственные и муниципальные учреждения здравоохранения обязаны принимать все возможные меры, направленные на охрану здоровья любого человека, где бы он ни находился, защищая тем самым общество в целом. Применительно к осужденным данная обязанность государства может реализовываться в создании условий, обеспечивающих поддержание их здоровья с начального момента изоляции от общества (во время следствия), в период отбывания наказания в виде лишения свободы и определенное время после освобождения из исправительного учреждения.

По данным отечественных и зарубежных исследований, во всех странах мира именно представители беднейших, наиболее маргинализованных слоев населения составляют основную массу осужденных к лишению свободы, поэтому многие из них имеют заболевания, такие как туберкулез, инфекции, передаваемые половым путем, алкоголизм, наркомания, ВИЧ-инфекция, психические расстройства (Декларация Международной конференции «Охрана здоровья в тюрьмах», 2003). Особенно актуальна эта проблема для Российской Федерации, являющейся одним из мировых лидеров по количеству осужденных.

Наибольшее эпидемиологическое значение принадлежит заболеваемости осужденных туберкулезом легких. Согласно данным Г. Г. Онищенко, учреждения пенитенциарной системы являются большим резервуаром данной инфекции и представляют собой один из основных факторов поддержания неблагоприятной санитарно-гигиенической обстановки по туберкулезу в масштабе страны.

Несмотря на значительное количество исследований по проблемным вопросам содержания и организации медицинского обеспечения больных туберкулезом в лечебных учреждениях уголовно-исполнительной системы, вопросы гигиенической и медико-

социальной характеристики больных туберкулезом осужденных, содержащихся в ЛИУ, исследованы недостаточно, а комплексных исследований по организационно-гигиеническим и правовым аспектам совершенствования системы охраны здоровья больных туберкулезом осужденных в ЛИУ не проводилось.

В структуре заболеваемости осужденных преобладают болезни органов дыхания – 18,9 %, органов пищеварения – 17,9, на третьем месте психические расстройства – 16,8, инфекционные болезни – 12,1 %. Доли болезней органов пищеварения и инфекционных заболеваний превышают значения данных показателей для населения РФ соответственно в 4,9 и 2,7 раза.

Социально-демографическая и криминологическая характеристика отражает структуру контингента больных туберкулезом осужденных, содержащихся в ЛИУ, и является фактором, способствующим повышению уровня инфекционной заболеваемости, а также заболеваемости, связанной с низким уровнем медицинской грамотности, недостаточными гигиеническими навыками.

Среди факторов, оказывающих негативное влияние на состояние здоровья осужденных, больных туберкулезом, наибольшее значение имеют: несоответствие норм размещения; высокая степень износа (80 %) зданий, инженерных сетей и дезинфекционных камер.

Несмотря на существующие кадровые и финансовые проблемы в пенитенциарной медицинской службе (уменьшение численности аттестованного состава, недостаточный уровень заработной платы и т. п.), штатная численность врачебного персонала, уровень квалификации в обследованных нами ЛИУ позволяет осуществлять эффективную квалифицированную помощь. Средний медицинский и фармацевтический персонал в учреждениях также представлен достаточным по уровню квалификации и укомплектованным на 99,5 % штатом.

Уровень состояния здоровья больных туберкулезом осужденных зависит в первую очередь от условий содержания в ЛИУ. Существует связь заболеваемости по трем ведущим классам заболеваний (болезни органов дыхания, пищеварения, инфекционные болезни) с негативными факторами среды, обусловленными несоответствием условий содержания установленным нормативам. На заболевания

органов дыхания влияют: недостаточная жилая площадь и малый воздушный куб в жилых помещениях, низкий процент обеспеченности постельным бельем и имуществом и неблагоприятные параметры микроклимата в жилых помещениях. На заболевания органов пищеварения оказывают влияние: низкий процент обеспеченности посудой и вещевым имуществом, недостатки в организации питания. Инфекционные заболевания обусловлены такими факторами, как недостаточная жилая площадь, обеспеченность санитарно-техническим оборудованием (умывальники, душевые кабины, унитазы), обеспеченность посудой, постельным бельем и имуществом.

В существующей ситуации улучшение санитарно-эпидемиологического состояния ЛИУ для больных туберкулезом может быть достигнуто сочетанием оптимизации организационно-штатной структуры и санитарно-гигиенических условий содержания осужденных.

Направления по совершенствованию системы медико-санитарного обеспечения больных туберкулезом осужденных в ЛИУ:

- внесение изменений и дополнений в нормативно-правовую базу в части определения правового статуса больного туберкулезом осужденного, назначения обязательного лечения, а также устранения несоответствия вертикальной подчиненности правовых актов;

- приведение санитарно-гигиенических условий содержания больных туберкулезом осужденных в соответствие с установленными нормативами.

2. Инфекции, передающиеся половым путем

ВИЧ-инфекция под названием СПИД (AIDS) была обозначена в 1981 г. Центром по контролю за заболеваниями в США. ВИЧ-инфекция в мире ежегодно дает существенную прибавку, ибо каждый день, согласно данным программы UNAIDS, появляется 6000–8000 новых случаев. В настоящее время расчетное число ВИЧ-инфицированных в мире достигает 40 млн, в то время как в 1996 г. оно составляло 21,8 млн.

По кумулятивным данным (по ряду направлений статистика СПИДа ведется методом кумуляции – увеличение, скопление), в мире умерло от СПИДа более 8 млн человек, из них более 2 млн – дети.

В России первые случаи ВИЧ-инфекции были выявлены в начале 80-х годов. Однако первый случай ВИЧ-инфекции у гражданина СССР был зарегистрирован в 1987 г.

ВИЧ-инфекция начала регистрироваться в России с 1986 г., первоначально среди иностранцев. Особенностью подхода к этой проблеме в нашей стране является регистрация всех ВИЧ-инфицированных лиц и их диспансеризация с момента регистрации.

Радикального лечения СПИДа нет, но разработанные методики (ВААРТ, НААРТ) решили ряд проблем ВИЧ-инфицированных, снизили частоту развития СПИДа и показатель летальности. Однако стоимость такого лечения очень высока, что при эпидемическом характере ВИЧ-инфекции и относительно скромных финансовых возможностях здравоохранения делает такое лечение проблематичным.

3. Болезни системы кровообращения

Одной из самых актуальных проблем научной медицины и практического здравоохранения второй половины XX – начала XXI века являются болезни системы кровообращения. Социально-гигиеническое значение этих заболеваний определяется не только, а вернее, не столько частотой распространения, сколько их тяжестью. Эти болезни занимают ведущее место среди всех причин смерти в большинстве экономически развитых стран мира, в том числе в России. В нашей стране болезни системы кровообращения занимают первое место среди причин инвалидности.

В структуре заболеваний, которые регистрируются в амбулаторно-поликлинических учреждениях, то есть в структуре общей заболеваемости, сердечно-сосудистые заболевания занимают видное, но не первое место. Среди всех зарегистрированных заболеваний на их долю приходится 14–16 %, а среди впервые выявленных заболеваний – только 2 %, в то время как на долю болезней органов дыхания приходится 43 %, а травмы составляют 13 % от всех впервые зарегистрированных заболеваний.

Уровень распространенности сердечно-сосудистых заболеваний (по данным разных авторов) имеет заметные колебания в разных регионах. Это связано как с наличием различных факторов

риска, так и с рядом социально-демографических показателей, которые отличаются на разных территориях. Кроме того, как показало специальное эпидемиологическое исследование, проведенное среди мужчин 40–59 лет в ряде городов, 29 % страдающих артериальной гипертонией (АГ) не знали, что они больны, а среди больных ИБС о своем заболевании не знали от 36 до 61 % исследуемых в разных городах.

Возрастно-половые особенности заболеваемости болезнями системы кровообращения заключаются в том, что с увеличением возраста такая заболеваемость интенсивно растет. Уровень заболеваемости, по данным обращаемости, женщин в 1,4 выше, чем мужчин (кроме острого инфаркта миокарда).

Видное место болезни системы кровообращения занимают в госпитализированной заболеваемости. Из общего числа госпитализированных на долю таких больных приходится 12 % и более, причем это больные не с самыми короткими сроками госпитализации, нередко требующие наиболее интенсивных методов терапии. Однако наибольшую тревогу вызывают место и тенденции сердечно-сосудистых заболеваний в смертности населения.

Как установлено многочисленными эпидемиологическими исследованиями, сердечно-сосудистые заболевания появляются в результате различных факторов риска, хотя некоторые из основных факторов риска (наследственность, возраст) не поддаются изменению, других факторов можно избежать путем изменения привычек и образа жизни. Среди основных изменяемых, то есть управляемых факторов риска: табакокурение, высокий уровень холестерина в крови и физическая бездеятельность. Сахарный диабет, тучность и стресс являются отягчающими факторами риска, которые в сочетании с другими факторами могут повысить вероятность возникновения сердечно-сосудистых заболеваний. Кстати, 10-летнее наблюдение 5000 лиц 30–59-летнего возраста показало, что риск заболеть коронарной болезнью сердца увеличивается при наличии большего числа факторов. Например, не составляет большой опасности наличие высокого холестерина в сыворотке крови пожилого человека с небольшим весом или гипертоника и некурящего сравнительно с молодым курильщиком с повышенным АД и

повышенным весом. Заболеваемость сердечно-сосудистым заболеванием при наличии 1 фактора удваивается, а 3 факторов – риск заболеть возрастает в 10 раз. На фоне таких исследований становятся понятными тенденции динамики смертности от болезней системы кровообращения в разных странах.

4. Психические заболевания. Медико-социальная помощь

Греческое слово «психиатрия» переводится как наука о лечении, о врачевании души. С течением времени значение этого термина расширилось и углубилось, и в настоящее время психиатрия представляет собой науку о душевных болезнях в широком смысле этого слова, включающую в себя причины и механизмы развития психических заболеваний, описание их клинической картины, способы лечения, профилактики, содержание психически больных и реабилитацию.

Анатомо-физиологическим субстратом душевной, психической деятельности является головной мозг. Причины нарушений деятельности головного мозга различны. Это либо внутренние (эндогенные) факторы, обусловленные наследственной предрасположенностью и нарушением биохимических и обменных процессов, либо внешние, связанные с воздействием факторов среды как непосредственно на центральную нервную систему (черепно-мозговые, психические травмы), так и на организм в целом (инфекции, интоксикации, атеросклероз сосудов и т. д.).

Степень нарушения деятельности головного мозга различна: от легких, функциональных (обратимых) расстройств до тяжелых органических поражений. Психопатологические проявления зависят от характера и тяжести этих нарушений. При легких расстройствах функции мозга возникают невротические реакции, неврозы, неглубокие депрессии – так называемые пограничные состояния, при которых изменяется самочувствие и адаптация больных в обществе, однако сохраняются контроль над своим поведением и критическая оценка состояния. При заболеваниях, вызванных более глубоким поражением деятельности мозга, возникают психозы, при которых нарушаются восприятие и оценка окружающего, собственной личности, целиком меняется поведение человека, определяемое болезненными установками, другими словами, поведение

больного полностью выходит из-под контроля сознания, самоконтроля и самооценки. Соответственно и меры воздействия на больного, как медицинского, так и социального характера, существенно отличаются при неврозах и психозах и определяются характером и тяжестью психических нарушений с учетом индивидуальных особенностей личности.

Оказание помощи психически больным, госпитализация, в том числе принудительная, осуществляется в соответствии с Законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», принятым Верховным Советом Российской Федерации 2 июля 1992 г.

Алкоголизм (хронический алкоголизм). Заболевание с прогрессивным (прогрессирующим) течением, в основе которого лежит пристрастие к этиловому спирту. В социальном плане алкоголизм означает злоупотребление спиртными напитками (пьянство), приводящее к нарушению нравственных и социальных норм поведения, нанесению ущерба собственному здоровью, материальному и моральному состоянию семьи, а также влияющее на здоровье и благосостояние общества в целом.

Выделяют три степени опьянения: легкую, среднюю и тяжелую. В типичных случаях в начале опьянения повышается настроение, облегчается общение. Человек доволен собой и окружающими, становится более самоуверенным и говорливым. Появляется ощущение мышечного расслабления и физического комфорта. Мимика становится более выразительной, движения менее точными.

При переходе к средней степени опьянения вместо благодушного настроения может возникнуть раздражительность, обидчивость, иногда злобность и агрессивность. Критика к себе и окружающим снижается. Нарушается координация движений и походка. Человек может совершать немотивированные импульсивные поступки. Речь становится невнятной. Снижается болевая и температурная чувствительность. После опьянения обычно отмечаются симптомы интоксикации: тяжесть в голове и головная боль, жажда, слабость, разбитость, сниженное настроение с апатией или раздражительностью. Память на период опьянения обычно не нарушается. Бывают такие формы опьянения, когда вместо эйфории с самого начала опьянения появляется подавленное настроение, раздражительность с озлобленностью, недо-

вольством, которое перерастает в агрессивные действия по отношению к окружающим. В некоторых случаях бывает повышенное настроение с двигательным возбуждением, дурашливостью или карикатурное заострение характерологических черт. Атипичные формы опьянения отмечаются обычно у лиц, перенесших в прошлом черепно-мозговую травму, страдающих олигофренией, психопатов.

При тяжелой степени опьянения отмечаются симптомы выключения сознания – от оглушения до комы. Иногда возникают эпилептические припадки. Возможны непроизвольное мочеиспускание и дефекация. Подобное состояние, как правило, полностью выпадает из памяти человека.

На почве алкоголизма, преимущественно во II и III стадиях, могут развиваться различные психозы, как острые, так и хронические. Приводим описание наиболее характерных и часто встречающихся из них. Инволюционные (пресенильные, предстарческие) психозы. Психические болезни позднего возраста делятся на инволюционные функциональные (обратимые) психозы, не ведущие к развитию слабоумия, и старческие органические психозы, возникающие на фоне деструктивного процесса в головном мозге и сопровождающиеся развитием грубых нарушений интеллекта. К *инволюционным психозам* относят инволюционную депрессию (меланхолию), инволюционный паранойд. Их возникновению и развитию способствуют своеобразный склад личности с чертами ригидности, тревожности, мнительности, различные психотравмирующие ситуации, предшествующие соматические заболевания. Инволюционные психозы у женщин развиваются, как правило, после менопаузы (климактерия), то есть после периода гормональной перестройки в организме. Другими словами, климакс не является причиной инволюционных психозов.

Инволюционная меланхолия – затяжная тревожная или тревожно-бредовая депрессия, впервые возникшая в инволюционном возрасте. Отмечается чаще у женщин в возрасте 50–65 лет. Клиническая картина заболевания складывается из подавленного настроения, с тревогой, страхом, растерянностью. Больные пребывают в состоянии двигательного беспокойства, суетливости, переходящей временами в тревожно-тоскливое возбуждение. Они мечутся, не находят себе места,

причитают, повторяют одни и те же слова. В таком состоянии возможны суицидальные попытки. Состояние может усложняться за счет присоединения слуховых иллюзий: в разговоре окружающих слышатся осуждение, упреки, обвинение. Присоединяются бредовые идеи самообвинения, осуждения, разорения, обнищания или ипохондрического содержания. Ипохондрические идеи заключаются в убежденности больных в наличии тяжелого соматического заболевания (рака, заболевания сердца, желудочно-кишечного тракта), что не подтверждается при объективном исследовании.

Инволюционный параноид – психоз, впервые возникающий в возрасте инволюции (обратного развития) и характеризующийся бредом малого размаха или обыденных отношений. Заболевание выражается в постепенном развитии стойкого бреда на фоне ясного сознания и внешне относительно упорядоченного поведения. В бредовую концепцию вовлекаются люди из ближайшего окружения (члены семьи, соседи, знакомые), которые подозреваются в умышленном причинении всевозможных неприятностей: вредительства, притеснения, отравления, нанесения ущерба.

Маниакально-депрессивный психоз (МДП) – заболевание, протекающее в форме депрессивных и маниакальных фаз (приступов), в промежутках между которыми больной практически здоров. Другими словами, из приступа больной выходит без изменений личностных особенностей, с полным исчезновением всей психопатологической симптоматики. Отсутствие дефекта личности даже после многократных приступов – свидетельство благоприятного прогноза заболевания в целом. МДП считается эндогенным психозом. К причинам этого заболевания относят наследственный и конституциональный факторы. Как уже отмечалось, заболевание проявляется в виде депрессивных и маниакальных фаз. Депрессивные отмечаются в несколько раз чаще, чем маниакальные. Вполне вероятно, что связано с тем, что больные в слабо выраженном маниакальном состоянии (гипомании) не обращаются к врачу и окружающим, не доставляют особых хлопот. Депрессивное состояние определяется подавленным настроением, заторможенностью мыслительных и двигательных процессов. Больные жалуются на тоску (гнетущее чувство безысходности, душевную боль,

щмящее чувство в области сердца), безразличие к близким, ко всему тому, что раньше доставляло удовольствие. Больные заторможены, иногда обездвижены, сидят в одной позе или лежат в постели. Выражение лица скорбное, печальное. На вопросы отвечают односложно, с задержкой, так как «туго текут мысли». Будущее кажется бесперспективным, жизнь – не имеющей смысла. Прошлое рассматривается только с точки зрения неудач и ошибок. Больные говорят о своей никчемности, ненужности, несостоятельности, сами себя унижают, недооценивают. В таком состоянии могут возникать мысли о самоубийстве, которые нередко претворяются в жизнь.

Маниакальное состояние выражается в повышенном, приподнятом настроении, чрезмерно активной деятельности. Больные находятся в превосходном расположении духа, ощущают необычайную бодрость, прилив сил. Они веселы, многоречивы, шутят, легко отвлекаются, принимаются за ненужные дела, находят несвойственные им занятия. Многочисленные идеи, возникающие у них, не доводят до конца. Переоценивая свои возможности, предлагают свою кандидатуру на различные должности, не соответствующие их уровню знаний и квалификации. Нередко открывают у себя незаурядные способности, выдают себя за актера, поэта, писателя. Иногда покидают свою работу с целью заняться творчеством или просто сменить профессию. У больных прекрасный аппетит, однако они могут худеть, так как расходуют слишком много энергии.

Токсикомания – злоупотребление различными химическими, биологическими и лекарственными веществами, вызывающими привыкание и зависимость. Выделяют следующие группы наркотических и токсических веществ.

1. Морфин, опий и их полусинтетические и синтетические аналоги (героин, кодеин, промедол).
2. Кокаин и препараты из него («крэк»).
3. Вещества, добываемые из индийской конопли (гашиш, анаша, план, марихуана).
4. Снотворные (барбитураты, ноксирон, бромурал).
5. Стимуляторы (кофеин, эфедрин, допинги).
6. Транквилизаторы.

7. Атропин и атропинсодержащие препараты (астматол, белладонна).

8. Ненаркотические анальгетики (анальгин, амидопирин, аспирин, парацетамол и др.).

9. Органические растворители и средства бытовой химии.

10. Никотин. Единой причины развития наркомании не существует.

Имеют значение личностные особенности (инфантилизм, пассивность, зависимость, демонстративность, эмоциональная неустойчивость).

Большую роль играют определенные социальные факторы: низкий уровень образования и профессиональной квалификации, сопровождающийся отсутствием интереса к учебе, работе; безыдейность и бездуховность; неумение занять свой досуг; влияние окружающей среды, неблагополучная обстановка в семье, недостатки в воспитательной работе; низкий уровень медико-просветительной работы. Наркомания – это болезнь коллективная. Если наркоман попадает в компанию, он может «заразить» и других, так как наркоманы стремятся к тому, чтобы и окружающие попробовали наркотик, тоже приобщились к этому увлечению. Тяжело и покинуть компанию наркоманов, так как они не дают никому выбиться из их стада, преследуют, всячески стараются «помочь» вернуться к наркотизации. Наркомания – это болезнь молодых, так как до старости они просто не доживают. Начинают употреблять наркотики чаще в подростковом возрасте, больше всего подверженном отрицательному влиянию.

Подростковый возраст – это период самоутверждения, отрицания общепринятых авторитетов, выбора собственных ценностей, когда особое влияние оказывает среда товарищей, авторитет лидера «своей» группы. Чувство своеобразного коллективизма, стремление не отстать от сверстников, порой просто любопытство и желание отвесть запретный плод, безделье и скука – вот некоторые из причин приобщения подростков и молодых людей к наркотикам.

Диагноз «наркомания» устанавливается только в том случае, если присутствует определенный комплекс клинических признаков заболевания:

1) непреодолимое влечение к приему наркотиков (пристрастие к ним);

2) тенденция к повышению дозы принимаемого вещества (повышение толерантности);

3) психическая и физическая зависимость от наркотиков.

Психическая зависимость возникает во всех случаях систематического употребления наркотических веществ. Чаще всего наблюдается так называемая негативная привязанность, при которой наркотик принимают с целью избавления от плохого самочувствия, напряжения и дискомфорта. Позитивная привязанность отмечается тогда, когда наркотик употребляют для получения приятного эффекта (эйфории, чувства бодрости, прилива сил). Физическая зависимость означает тягостные, мучительные ощущения в организме, вызванные прерыванием наркотизации. Проявляется физическая зависимость абстинентным синдромом – синдромом воздержания от наркотика, который возникает обычно через 12–48 часов после прекращения приема наркотика. Наркоман не может переносить это состояние, доставляющее ему страдания, и будет пытаться любыми путями достать наркотик.

Хорошо известна клиническая картина морфинизма. Она прекрасно показывает все этапы развития наркомании, от начальных проявлений до исхода. Уже при однократном приеме опия или морфия возникает эйфория (повышенное безоблачное настроение, все представляется в розовом свете, ощущение тепла в теле), что и является поводом к дальнейшему употреблению этих веществ. Опий наркоманы либо вдыхают при курении, добавляя в сигареты, либо употребляют внутрь или в инъекциях. Морфин и его аналоги используют только в виде подкожных и внутривенных вливаний. Доза принимаемого препарата быстро нарастает. Необходимо, однако, иметь в виду, что при отмене наркотика и исчезновении симптомов абстиненции переносимость этого средства быстро падает и наркоман, возвращаясь к наркотизации, снова начинает с небольших доз, ибо прием прежней большой дозы может вызвать в таком случае сильное отравление вплоть до смертельного исхода. Явления абстиненции возникают через 8–18 часов после отмены наркотика. Сначала появляется слюнотечение, слезливость, зевота, потливость. Затем присоединяется тремор, гусиная кожа, расширяются зрачки, исчезает аппетит. Че-

рез 36 часов после последнего приема наркотического средства начинается озноб, повышается артериальное давление, учащается сердцебиение, появляется ломота в суставах, тошнота и рвота. Повышается тонус мышц брюшной стенки (живот, как доска, иногда имитирует картину острого живота), возникают судороги мышц конечностей. Максимально выражены симптомы зависимости от наркотика на 3–4-й день, а постепенно стихают они к концу второй недели.

Находясь в таком состоянии, больной возбужден, агрессивен, злобен, требует наркотиков или старается их достать любыми путями (идет даже на преступление). Прием определенной дозы морфия или опия снимает эти явления, и больному на некоторое время становится легче. Сначала наркоманы делают 1 инъекцию в день, затем 2–3 вливания.

При хронической интоксикации наркотическими препаратами изменяется внешний облик наркоманов. Отмечается резкое похудание, волосы и ногти становятся ломкими, лицо – одутловатым, кожа сухой с землистым оттенком. Зубы поражает кариес. На коже в местах вливаний препарата – следы уколов, рубцы, нагноения. Постепенно изменяется характер (личностная деградация). Наркоманы становятся все более грубыми, эгоистичными, теряют интерес к работе, не исполняют семейных обязанностей. Поначалу они скрывают свое пристрастие к наркотикам, а затем начинают принимать их открыто. Для покупки наркотиков продают вещи из дома, совершают кражи, обманывают близких и знакомых. Добыча наркотика становится целью их жизни.

Неврозы – группа заболеваний, возникающих вследствие воздействия психической травмы и сопровождающихся нарушением общего самочувствия, неустойчивостью настроения и сомато-вегетативными проявлениями. Невротический срыв в принципе возможен у любого человека, однако его характер и форма определяются целым рядом факторов. С одной стороны, формирование невроза находится в непосредственной зависимости от личностных особенностей человека, его наследственной избирательной переносимости внешних воздействий, уровня приспособительных возможностей организма. С другой стороны, возникновение того или иного невроза определяется харак-

тером психической травмы, которая может быть острой, одномоментной (например, внезапная смерть близкого человека) или длительно существующей неблагоприятной ситуацией (конфликтная напряженная обстановка в семье, на работе). Однако в любом случае психогенная ситуация должна быть эмоционально значимой для больного, представлять определенную жизненную ценность. Часто невроты возникают у лиц, которые перенесли психическую травму в детском возрасте, воспитывавшихся в неблагоприятных семейных условиях, часто болеющих соматическими болезнями.

Невроты – это функциональные расстройства, то есть обратимые (исчезают сами спустя некоторое время после действия психической травмы или поддаются полному излечению). Больные осознают факт психического расстройства и критически оценивают свое состояние.

По мнению отечественных психиатров, необходимо выделять три основные формы невротозов:

- неврастения;
- истерический невротоз;
- невротоз навязчивых состояний.

По Международной классификации болезней (МКБ-10) рассматривают отдельно невротическую депрессию, фобический и ипохондрический невротозы, невротоз страха и др.

Рассмотрим наиболее часто встречающиеся клинические формы невротозов.

Неврастения – состояние раздражительной слабости, то есть сочетание повышенной возбудимости и раздражительности с быстрой утомляемостью и истощаемостью. На начальном этапе болезни преобладают явления раздражительности, плохой переносимости эмоциональных и физических нагрузок, внешних раздражителей. Больные плохо переносят яркий свет, резкий шум, громкую речь, перепады температуры. У них легко возникают различные вегетативные реакции: сердцебиение, потливость, похолодание конечностей. Нарушается засыпание, сон поверхностный. Больные часто жалуются на головную боль, пульсацию или шум в голове, что затрудняет умственную деятельность. Постепенно реакции

раздражительности замещаются быстрой истощаемостью, сильной слабостью, утомляемостью. Больные не могут сосредоточить внимание, постоянно отвлекаются от работы. Появляется недовольство собой, обидчивость и плаксивость. При попытке заставить себя что-либо делать сразу появляется масса жалоб на плохое самочувствие, слабость, разбитость. Днем у таких больных состояние сонливости, а ночью – бессонница. При выраженных вегетативных симптомах больные начинают прислушиваться к деятельности своих органов (как бьется сердце, работает желудок, дышат легкие), фиксируются на неприятных ощущениях, с тревогой думая о возможных опасных болезнях.

В большинстве случаев неврастения заканчивается благоприятным исходом. Иногда достаточно разрешить ситуацию, вызывающую эмоциональное напряжение, и предоставить больному хороший отдых, и состояние быстро нормализуется. В других же случаях требуется довольно длительное лечение.

Истерический невроз – заболевание с полиморфной симптоматикой, проявляющейся функциональными соматическими, неврологическими и психическими нарушениями. Эти разнообразные расстройства возникают в связи с повышенной внушаемостью и самовнушаемостью больного, поэтому симптомы истерии могут напоминать проявления самых различных болезней, за что ее и называли «великой симулянткой». Истерический невроз чаще возникает у лиц с истерическим характером.

Из симптомов заболевания наиболее яркими являются истерические судорожные припадки, которые в настоящее время встречаются довольно редко. Возникает припадок обычно при наличии зрителей и в таком месте, где больной не может нанести себе повреждение. Сознание не выключается, а как бы сужается. Больной не падает, где попало, а выбирает предварительно место, чтобы не удариться. Судорожные проявления непостоянны и разнообразны. Движения размашисты и хаотичны. Бывает так, что тело пациентки (чаще встречается у женщин) выгибается в виде дуги. Если больная лежит в кровати, то ноги и руки вытягиваются, пальцы сводит судорогой. Припадки могут быть без судорог, в виде различных кризов (гипертонических, сердечных), присту-

пов удушья, дрожи в теле («трясучка»), длительных рыданий. Довольно часто встречаются такие симптомы, как параличи рук и ног, потеря чувствительности по типу «перчаток», «носков», нарушения походки. Несколько реже бывают истерическая слепота, глухота, немота. Больной молчит, когда ему задают вопросы, но отвечает на них письменно, в отличие от глухонемых. Больные истерией, как правило, демонстративны в проявлениях своей болезни. Они всегда подчеркивают исключительную тяжесть своего заболевания, говорят об «ужасных» страданиях, невыносимых болях, неповторимых и необычных симптомах. Вместе с тем они не тягостятся своим «тяжелым» состоянием, не пытаются от него избавиться. Наоборот, болезнь для них является «желаемой», своеобразной защитной реакцией в сложившейся конфликтной ситуации (например, «я тяжело болею, поэтому меня нельзя уволить с работы»). При неблагоприятно складывающихся для больного обстоятельствах наблюдается усиление проявлений болезни. Поведение больных становится демонстративным, характер все более эгоистичным, все интересы сосредоточиваются только на себе и своей болезни. Истерические расстройства могут быть кратковременными или длительными, иногда принимают волнообразный характер с частыми обострениями. Все зависит от того, насколько больные могут добиться с помощью своей болезни, чего они хотят. Однако в жизни получается все наоборот. Больные не столько реализуют свои интересы, сколько приносят себе ущерб. Разрушается семья, приходится оставить работу, вся жизнь превращается в сплошную болезнь.

Невроз навязчивых состояний – заболевание, при котором у человека непроизвольно возникают навязчивые мысли, страхи, движения. Они воспринимаются человеком как болезненные состояния, с которыми он борется, но избавиться от них не может. Наиболее часто встречаются навязчивые страхи (фобии). В связи с этим принято выделять *фобический невроз*. Вегетативная реакция возникает сначала под влиянием психической травмы в виде неприятных ощущений в сердце, животе, сопровождающихся тревогой.

Если случается какой-нибудь приступ, обморок, то при повторении его формируется страх. Он постоянно преследует больного, особенно сильно проявляясь в тех местах и ситуациях, где возник

впервые. Таким образом, формируется навязчивый страх смерти, страх заболеть тяжелыми болезнями (инфаркт миокарда, рак, сифилис, СПИД). Если страх возник в метро, больные избегают метро, в дальнейшем страх может возникать и в других видах транспорта, больные передвигаются только в сопровождении близких. Больных с сифилофобией, спидофобией, боязнью заболеть особо опасными инфекциями охватывает сильный страх заражения, поэтому они предпринимают специальные меры предосторожности, множество раз моют руки, дезинфицируют одежду, не пользуются чужими предметами, не ходят в общественные заведения (рестораны, театры и т. д.).

Депрессивный невроз (невротическая депрессия) – психогенно возникающее депрессивное состояние, при котором сниженное настроение сочетается с функциональными соматическими нарушениями (вегето-сосудистая дистония). Невротическая депрессия чаще возникает у лиц с чертами прямолинейности, застреваемости, бескомпромиссности, с заостренным чувством долга и справедливости. Психическая травма обычно усугубляется или даже создается самим больным в силу особенностей характера. Подавленное настроение сопровождается плаксивостью. По утрам больные просыпаются с трудом, в состоянии вялости и разбитости. Однако у них отсутствуют как ретроспективный анализ прошлого с идеями самообвинения, так и мысли о безысходности и бесперспективности будущего, влекущие за собой мысли о самоубийстве. Наоборот, больные, скорее оптимистичны в отношении будущего. В отличие от других вариантов депрессии подавленное настроение не влечет за собой полное снижение активности и инициативы, отмечается даже «бегство в работу».

Ипохондрический невроз – патологическое состояние человека с необоснованно повышенным вниманием к своему здоровью и убежденностью в наличии тяжелого неизлечимого заболевания. Эта форма болезни может вытекать из других форм неврозов или возникать самостоятельно в психотравмирующих ситуациях определенного характера. Например, во время похорон родственника, умершего от инфаркта миокарда, возникло неприятное ощущение в сердце, зафиксировался на этом. Повтор-

ные «боли» в сердце стали поводом для появления мыслей о болезни сердца, что, в свою очередь, явилось причиной обращения к врачу. Объективного подтверждения такие мнимые болезни и ощущения обычно не находят, что создает почву для последующих обращений к врачу и обследований. У таких больных иногда выявляются определенные функциональные соматические нарушения, однако они не соответствуют тяжести воображаемой болезни. Мысли о тяжелом неизлечимом заболевании приобретают доминирующий, сверхценный характер, а хождение по больницам и посещение врачей становятся способом существования таких больных.

Нервная анорексия – патология, характерная для лиц подросткового и юношеского возраста, преимущественно девушек, выражающаяся в чрезмерно упорном стремлении к похуданию. Для достижения этой цели больные ограничивают себя в еде вплоть до полного отказа от пищи, применяют интенсивные физические упражнения, ходьбу или бег на длинные дистанции, принимают большие дозы слабительных и мочегонных средств. При невозможности вынести длительное голодание больные едят, даже объедаются, но вызывают искусственную рвоту.

Нервная анорексия тесно связана с другой патологией – дисморфоманией. Болезненное убеждение в излишней полноте приводит больных к мысли избавиться от этого недостатка. Это убеждение может возникать на реальной почве, то есть при наличии определенного избыточного веса, как правило, психогенно (обидные замечания в адрес больной – «толстая как бочка», «жирная», «есть надо меньше» и т. п.). В других случаях полнота является мнимой и мысль о похудании носит сверхценный или бредовой характер, а само состояние является начальным этапом в развитии шизофрении.

Поначалу больные очень тщательно скрывают от родителей как мотивы своего поведения, так и способы похудения. Они пытаются накормить своей порцией еды собаку, прячут еду, а потом выбрасывают, незаметно перекладывают пищу в чужие тарелки. Пытаются придерживаться малокалорийных диет. Даже достигнув значительной потери веса, не бывают этим удовлетворены. Упорно продолжают худеть, используя другие методы (клизмы, слабительные,

изнуряющие физические нагрузки). Через 1,5–2 года болезни теряют от 20 до 50 % прежней массы тела и выглядят крайне истощенными. Самым типичным проявлением нервной анорексии является аменорея (отсутствие месячных), проявляющаяся либо сразу, либо после периода скудных редких менструаций. Такие больные по настоянию родителей обращаются к гинекологам, не зная об истинной причине нарушения менструального цикла. Избавиться от этого поможет только правильное питание и прибавка в весе до определенной критической массы (обычно 48–50 кг). Для таких больных типично стремление перекармливать других членов семьи: мать, младших братьев и сестер. Они получают большое удовольствие, наблюдая, как другие едят и прибавляют в весе (как вылечившийся алкоголик получает удовольствие, спаивая других и наблюдая их в состоянии опьянения).

Олигофрения (малоумие). Врожденное или приобретенное в первые годы жизни слабоумие, проявляющееся в недоразвитии всей психики, главным образом интеллекта. Причины олигофрении различны. Выделяют три основные группы этиологических факторов.

1. Наследственные (болезнь Дауна, микроцефалия – врожденный маленький череп и т. п.).

2. Факторы, влияющие на внутриутробное развитие плода (болезни и алкоголизм матери, прием различных лекарственных препаратов, оказывающих вредное воздействие на плод).

3. Осложнения во время родов (родовые травмы, обвитие плода пуповиной) и тяжелые болезни раннего детского возраста (черепно-мозговые травмы, нейроинфекции). Однако довольно часто встречаются случаи олигофрении с невыясненной причиной. Не всегда учитываются вредности на производстве (на химкомбинатах, в сельском хозяйстве – гербициды, инсектициды и т. п.).

Симптомы и течение. Различают три степени психического недоразвития: дебильность, имбецильность и идиотию. Определение степени малоумия проводят обычно клиническим методом. За рубежом пользуются определенным коэффициентом, который определяется отношением умственного возраста к фактическому, умноженному на 100. Например, если ребенок по тестам соответствует

5 годам, а ему на самом деле 10 лет, то коэффициент будет составлять 50. В норме величина коэффициента колеблется от 70 до 130. При легкой степени олигофрении (дебильности) коэффициент составляет 50–70, при средней (имбецильности) – 20–50, при тяжелой (идиотии) – менее 20. При всем многообразии клинических форм олигофрении есть общие для всех больных признаки психического недоразвития. Во-первых, слабоумие охватывает не только недоразвитие познавательного процесса, но и личность в целом, то есть страдает восприятие, память, внимание, речь, моторика, эмоции, воля, мышление и интеллект. Во-вторых, ведущая роль в структуре психического дефекта принадлежит недостаточности абстрактного мышления, неспособности к обобщению. Мышление конкретнообразное, ситуационное. Речь отличается бедным запасом слов, элементарным построением фразы, неграмотностью. Внимание и память в целом ослаблены, хотя бывает хорошо развита механическая память с избирательным запоминанием, например, номеров телефонов, фамилий, цифр. У больных снижен уровень побуждений, инициативы. Незрелость личности проявляется в повышенной внушаемости без логического осмысления ситуации, неспособности принять адекватное решение в обычных житейских ситуациях, недостаточной критичности к своему состоянию. Развитие физическое также протекает с задержкой. Степень задержки и тяжесть пороков развития зависят от степени слабоумия.

Дебильность – легкая степень слабоумия. Дебилы способны к обучению, иногда при хорошей механической памяти, усидчивости и гиперопеке родителей достигают неплохих результатов в учебе. Легкую дебильность бывает трудно отличить от нижней границы нормы. Такие дети учатся в обычной школе. Лица с дебильностью овладевают преимущественно конкретными знаниями. Они медлительны, инертны, малоинициативны, но легко подражают взрослым, представляющим для них авторитет. Отмечается определенная необдуманность и непредсказуемость поступков, слабость самообладания, неспособность подавлять свои влечения. С годами дебильность становится менее заметной, особенно у тех, кто сумел хорошо адаптироваться в жизни. Однако часть дебилов может попасть в

группу асоциальных или даже уголовных элементов в связи с повышенной внушаемостью, некритичностью и недостаточным осмыслением ситуации.

Имбецильность – средняя степень слабоумия. Лица с имбецильностью не поддаются обучению в школе. Их речь косноязычна, односложна. Набор слов ограничен (200–300 слов). Однако такие больные усваивают необходимые навыки самообслуживания. Они обычно опрятны, самостоятельно едят, могут выполнять несложную работу по дому (уборка, стирка, мытье посуды), неплохо ориентируются в обычных житейских вопросах. Некоторые из них могут усвоить элементарные знания (учат их обычно на дому или в специальных группах): читать по слогам, считать предметы и деньги. Мышление и эмоции инертны, тугоподвижны. На перемену обстановки такие больные дают своеобразную негативную реакцию. Склонность к слепому подражанию и повышенная внушаемость могут стать причиной асоциальных поступков. Они не могут существовать самостоятельно, поэтому нуждаются в постоянном присмотре и опеке.

Идиотия – глубокая умственная отсталость с почти полным или полным отсутствием мышления и речи. Такие больные на внешние раздражители реагируют примитивно или не реагируют совсем. Вместо речи произносят звуки, не понимают обращенную к ним речь. Больные не владеют даже простыми навыками самообслуживания, неопрятны, не могут сами есть, иногда пищу глотают непрожеванной (таких кормят только жидкой пищей). Лица с идиотией не всегда отличают родных от посторонних. Эмоции элементарны, связаны только с удовольствием или неудовольствием. Неудовольствие часто выражают в крике, становятся злобными, агрессивными, наносят самоповреждения. Предоставленные самим себе, они либо пассивны, вялы, лежат в постели, либо возбуждены, совершают стереотипные движения (раскачиваются, хлопают в ладоши и т. п.). Глубокому недоразвитию психики сопутствуют грубые дефекты физического развития. Если эти пороки несовместимы с жизнью, то больные погибают, иногда вскоре после рождения. Такие больные требуют постоянного ухода и наблюдения. Проживают обычно в специальных интернатах.

5. Заболевания эндокринной системы

Эндокринология – наука о железах внутренней секреции, биологически активных веществах – гормонах, которые эти железы выделяют, воздействии гормонов на организм человека и патологических состояниях, вызванных сбоем в работе эндокринных желез.

Наиболее распространенным патологическим состоянием, обусловленным сбоем в работе эндокринных желез, у осужденных является сахарный диабет – заболевание, характеризующееся повышением сахара в крови из-за недостатка гормона инсулина в организме, приводящего к нарушению обмена веществ, поражению кровеносных сосудов, нервных окончаний и патологическим изменениям в разных органах и тканях. Данное заболевание входит в категорию «социальные болезни». Среди больных сахарным диабетом смертность от болезней сердца и инсультов наблюдается чаще в 2–3 раза, слепота – в 10 раз, нефропатии – в 12–15 раз, гангрена конечностей – в 20 раз, чем среди населения в целом. Выделяют диабет двух типов.

Диабет 1-го типа – инсулинзависимый диабет, при котором разрушаются клетки поджелудочной железы, вырабатывающие у здоровых людей инсулин. Когда инсулина недостаточно или нет вообще, организм не может усваивать сахар из крови: клетки начинают «голодать», а в крови содержание сахара постепенно увеличивается. Единственным средством помощи является введение инсулина под кожу, откуда он поступает в кровоток. К сожалению, до сих пор не удается получить форму инсулина для приема внутрь, которая, попав в желудок через рот, не разрушалась бы под воздействием желудочного сока.

Если диабет уже развился, то восстановить клетки, вырабатывающие инсулин, невозможно. Попытки пересадки поджелудочной железы (или только клеток, вырабатывающих инсулин) проводятся, но пока эту операцию назвать успешной нельзя, поэтому главными компонентами лечения пациента с диабетом на протяжении всей жизни являются диета и введение инсулина.

При диабете 2-го типа наследственность, видимо, имеет большее значение, чем при диабете 1-го типа, хотя точные причины заболевания неизвестны. Существует также связь между ожирением и диабетом 2-го

типа, при этом не у всех людей с ожирением развивается диабет 2-го типа. Это заболевание является весьма распространенным: им страдает от 2 до 10 % населения нашей планеты. В момент установления диагноза инсулин вырабатывается практически у всех больных диабетом 2-го типа, причем у большинства больных способность вырабатывать инсулин сохраняется в течение всей жизни. Основная причина повышения сахара крови у этих людей кроется в том, что инсулин вырабатывается «неправильно» и его недостаточно для нужд организма. Организм здорового человека чутко реагирует выбросом инсулина из поджелудочной железы на поступление глюкозы из кишечника в кровь. При диабете 2-го типа «неправильность» выработки инсулина заключается в замедленной реакции организма на еду и поступление глюкозы в кровь. Инсулин появляется в крови слишком поздно и количество его снижено, поэтому его недостаточно для усвоения всей глюкозы, поступившей с едой. В результате уровень сахара в крови нарастает. Еще одна причина диабета 2-го типа заключается в неспособности мышц и жировой клетчатки использовать весь вырабатываемый инсулин. Таким образом, сахар в клетки почти не поступает. Такое состояние называется инсулинрезистентностью (невосприимчивостью клеток и тканей к нормальному количеству инсулина).

Симптомы диабета 2-го типа менее выражены, поэтому часто этот тип диабета считается более легким, чем диабет 1-го типа. Однако именно поэтому серьезность диабета 2-го типа недооценивается, и больные долгое время живут, не подозревая о наличии у них этого коварного заболевания, которое может нанести существенный вред здоровью. На сегодняшний день остается загадкой, почему разрушаются клетки поджелудочной железы, почему это наблюдается у одних и никогда не происходит у других. Конечно, наследственность играет определенную роль в развитии диабета 1-го типа, но заболевание от родителей к детям напрямую практически не передается, поэтому больные диабетом (или люди, имеющие родственников, болеющих сахарным диабетом) могут иметь детей, не опасаясь за то, что у них разовьется диабет.

Говоря о проблеме заболеваемости сахарным диабетом в среде осужденных, нельзя не затронуть проблему питания, поскольку питание, которое предоставляется осужденным в исправительных учрежде-

ниях, при достаточно высоком качестве и калорийности не подходит для лиц, страдающих сахарным диабетом, так как основу рациона составляют блюда, содержащие продукты, богатые легкоусвояемыми углеводами (макаронные изделия, крупы, картофель, сахар, сухофрукты). Однако они противопоказаны при сахарном диабете, поскольку в крови резко возрастает содержание глюкозы, что приводит к нарушению обмена веществ и постепенному поражению практически всех функциональных систем организма. Вместе с тем предоставление специального питания осужденным, отбывающим наказание в виде лишения свободы и страдающим сахарным диабетом, не было предусмотрено требованиями приказа 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».

Лекция 3
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ
ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ
В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

1. Правовая основа социальной деятельности в пенитенциарном учреждении.
2. Правовая основа медицинской деятельности в пенитенциарном учреждении.

1. Правовая основа социальной деятельности
в пенитенциарном учреждении

Социальная работа в пенитенциарных учреждениях современной России активно развивается как особый вид деятельности по оказанию социальной помощи и поддержки, социальной защиты осужденных. Для осуществления именно этого вида деятельности созданы отделы социально-психологической работы и группы социальной защиты и учета трудового стажа осужденных. Сотрудники названных подразделений исправительных учреждений, решая определенные им нормативными актами задачи, в первую очередь руководствуются в своей деятельности Конституцией РФ. Она провозгласила Российскую Федерацию социальным государством, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека. В соответствии со ст. 7 Конституции РФ в России охраняются труд и здоровье людей, устанавливается гарантированный минимальный размер оплаты труда, обеспечивается государственная поддержка семьи, материнства, отцовства и детства, инвалидов и пожилых граждан, развивается система социальных служб, устанавливаются государственные пенсии, пособия и иные гарантии социальной защиты.

Государственно-правовые основы социальной работы наряду с Конституцией РФ конкретизируются в федеральных законах, законах субъектов Федерации, указах Президента РФ, постановлениях и распоряжениях министерств и ведомств, правовых актах органов местного самоуправления. Так, Федеральный закон «Об основах социаль-

ного обслуживания населения в РФ» в соответствии с Конституцией РФ общепризнанными принципами и нормами международного права устанавливает основы правового регулирования в области социального обслуживания населения в РФ. Данный Закон дает основные понятия, определяющие сущность социального обслуживания. Она определяется как деятельность социальных служб по социальной поддержке, оказанию социально-бытовых, социально-медицинских, психолого-педагогических, социально-правовых услуг и материальной помощи, проведению социальной адаптации и реабилитации граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации. Кроме того, Федеральный закон закрепляет полномочия Российской Федерации, органов государственной власти субъектов РФ в области социального обслуживания, системы социальных служб, организации социального обслуживания, ресурсного обеспечения социального обслуживания и др. Отдельные положения имеют прямое отношение к организации социальной работы с осужденными в период отбывания наказания и после их освобождения.

Обязательны для организации и проведения социальной работы с осужденными некоторые положения Федерального закона «О государственной социальной помощи», такие как: цели оказания социальной помощи, источники, порядок, размер и виды оказания государственной социальной помощи. Особое место среди других законодательных актов занимает Закон РФ «Об учреждениях и органах, исполняющих уголовные наказания в виде лишения свободы» (1993 г.), так как в нем определены задачи исправительных учреждений России, которые имеют непосредственное отношение к социальной работе в данной сфере, то есть обеспечение правопорядка и законности в учреждениях, исполняющих уголовные наказания в виде лишения свободы, безопасности содержащихся в них осужденных, а также персонала, должностных лиц и граждан, находящихся на территориях этих учреждений; привлечение осужденных к труду, а также обеспечение их общего и профессионального образования и профессионального обучения; обеспечение охраны здоровья осужденных.

Более детально вопросы социальной работы с осужденными закреплены в Уголовно-исполнительном кодексе Российской Федера-

ции, который, наряду с регулированием порядка и условий исполнения и отбывания наказаний, определением средств исправления осужденных, устанавливает охрану их прав, свобод и законных интересов, оказание осужденным социальной помощи в адаптации.

Так, в ч. 2 ст. 1 УИК РФ говорится о том, что одной из задач уголовно-исполнительного законодательства является оказание осужденным помощи в социальной адаптации. Суть социальной адаптации состоит в приспособлении человека к новым правилам и нормам человеческого общежития, к тем или иным условиям жизни в обществе.

В УИК РФ отражено и закреплено и такое важное направление социальной работы, как восстановление, сохранение и поддержание социально полезных связей осужденных с внешним миром.

Осужденным к лишению свободы предоставляются краткосрочные свидания продолжительностью четыре часа и длительные свидания продолжительностью трое суток на территории исправительного учреждения. В предусмотренных УИК РФ случаях осужденным могут предоставляться длительные свидания с проживанием вне исправительного учреждения продолжительностью пять суток. В этом случае начальником исправительного учреждения определяются порядок и место проведения свидания.

В соответствии с ч. 2 ст. 1 Конституции РФ краткосрочные свидания предоставляются с родственниками или иными лицами в присутствии представителя администрации исправительных учреждений; длительные свидания с правом совместного проживания с супругом (супругой), родителями, детьми, усыновителями, усыновленными, родными братьями и сестрами, дедушками, бабушками, внуками, с разрешения начальника исправительного учреждения – с иными лицами. Эта статья преследует цель сохранения семейных, родственных и иных социально полезных связей осужденных, тем самым устанавливая одно из направлений социальной работы с ними.

Осужденным к лишению свободы разрешается получать и отправлять за счет собственных средств письма и телеграммы без ограничения их количества. Осужденные также вправе получать денежные переводы и отправлять денежные переводы близким, родствен-

никам, а с разрешения администрации исправительного учреждения – иным лицам (ст. 91 Конституции РФ).

Переписка осужденных также является важным средством сохранения, налаживания их социально полезных связей с семьей, родственниками, друзьями, товарищами по учебе и работе. Возможность отправления денежных переводов осужденными позволяет оказывать семье и родственникам материальную помощь, а получение денежных переводов является важным подспорьем для получения осужденными дополнительного питания. Все рассмотренное выше также закрепляет правовые основы социальной работы с осужденными.

В исправительных учреждениях для медицинского обслуживания осужденных организуются лечебно-профилактические учреждения, и администрация исправительного учреждения несет ответственность за выполнение требований, обеспечивающих охрану их здоровья. Охрана здоровья осужденных является одним из аспектов пенитенциарной социальной работы, так как одной из задач, стоящих перед ней, – это возвращение в общество полноценного человека, прежде всего здорового, способного нормально жить и трудиться после освобождения (ст. 101 Конституции РФ).

В исправительных учреждениях уделяется внимание профессиональному образованию и профессиональной подготовке осужденных к лишению свободы. В исправительных учреждениях организуется начальное профессиональное образование или профессиональная подготовка осужденных, не имеющих профессии, по которой осужденный может работать в исправительных учреждениях во время отбывания наказания и после освобождения. Получение профессии в исправительных учреждениях, по которой осужденный может работать не только в исправительных учреждениях, но и на свободе, является важной составляющей подготовки осужденных к освобождению и позволит ему эффективнее адаптироваться к условиям жизни на свободе, найти работу и вести нормальный образ жизни.

В УИК РФ можно выделить и нормы, которые являются правовой основой такого важного направления социальной работы, как подготовка осужденных к освобождению.

Освобождению от отбывания наказания предшествует большая подготовительная работа, осуществляемая администрацией исправительных учреждений, территориальными органами внутренних дел в тесном контакте с органами местного самоуправления по предполагаемому месту проживания освобождаемого. Так как отбывание наказания в виде лишения свободы в большинстве случаев вызывает полный разрыв или существенное ослабление социально полезных связей осужденного с родными, близкими, трудовыми коллективами, законодатель предусмотрительно обязывает администрацию исправительного учреждения за шесть месяцев до истечения срока наказания уведомлять органы местного самоуправления по избранному месту жительства о его предстоящем освобождении, а также наличии или отсутствии у него жилой площади, его трудоспособности и имеющихся специальностях.

Осужденные, освобождаемые из мест лишения свободы, обеспечиваются бесплатным проездом к месту жительства, продуктами питания или деньгами на время проезда в порядке, устанавливаемом Правительством РФ. При отсутствии необходимой по сезону одежды или средств на ее приобретение осужденные обеспечиваются одеждой за счет государства (ст. 181 Конституции РФ). В этой статье также содержатся правовые аспекты социальной работы с осужденными.

Осужденные, освобождаемые от лишения свободы, имеют право на трудовое и бытовое устройство и получение других видов социальной помощи в соответствии с законодательством РФ и нормативно-правовыми актами (ст. 182 Конституции РФ).

Положение о Федеральной службе исполнения наказаний, утвержденное Указом Президента РФ от 13 октября 2004 г. № 1314, также составляет правовую основу социальной работы с осужденными, так как одной из задач ФСИН России является организация деятельности по оказанию осужденным помощи в социальной адаптации.

В перечисленных федеральных законах, в Законе РФ «Об учреждениях и органах, исполняющих уголовные наказания в виде лишения свободы», в Уголовно-исполнительном кодексе РФ и в Положении о Федеральной службе исполнения наказаний регулируются

ются и некоторые организационные отношения в области социальной работы с осужденными. Однако конкретизацию и развитие организационная и правовая основы этой области деятельности получают в ведомственных нормативных документах.

Уголовно-исполнительная система как система управления имеет свою структуру, которая представляет собой определенным образом расположенных и взаимосвязанных органов и учреждений, входящих в нее. Организационную структуру можно сравнить с каркасом, несущей конструкцией, которая связывает воедино все части системы или подсистемы. Она выявляет и устанавливает взаимосвязи и иерархию взаимоотношений сотрудников внутри пенитенциарных учреждений. Приказ Государственного управления исполнения наказаний Минюста России от 20 марта 2000 г. № 41 «Об утверждении типовых структур штатов подразделений уголовно-исполнительной системы Минюста России» в соответствии со ст. 6 Закона РФ «Об учреждениях и органах, исполняющих уголовные наказания в виде лишения свободы» утвердил типовые структуры всех видов исправительных учреждений и следственных изоляторов, типовые перечни их подразделений и должностей начальствующего состава, рабочих и служащих исправительных учреждений и следственных учреждений за счет сметы исправительных учреждений и примерную штатную численность должностей начальствующего состава, рабочих и служащих исправительных учреждений и следственных изоляторов, содержащихся за счет сметы уголовно-исполнительной системы.

Впервые указанным нормативным актом создан отдел (группа) социально-психологической работы с осужденными как структурное подразделение исправительного учреждения. Он образован вместо отдела (группы) по воспитательной работе с осужденными. Непосредственное руководство отделом осуществляет заместитель начальника колонии по кадрам и воспитательной работе. В состав этого отдела входят: начальник отдела (группы), старший специалист по социальной работе, старший психолог, психолог.

Кроме того, в структуре исправительных колоний, лечебных исправительных учреждений, следственных изоляторов и тюрем образована группа социальной защиты и учета трудового стажа осужденных,

в которую входят старший инспектор и инспектор. Должность старшего инспектора (по бытовому и трудовому устройству) введена во всех колониях. Должность старших инспекторов и инспекторов (по учету трудового стажа осужденных) вводится в штаты колоний всех видов режима. Таким образом, впервые в истории в структуре исправительных колоний создана профессиональная служба социальной работы с осужденными, отбывающими лишение свободы.

Функциональную структуру можно определить как совокупность и взаимосвязь различных функций и видов деятельности внутри исправительных учреждений всех составляющих ее элементов.

С учетом изложенного можно сделать вывод о том, что функциональную структуру указанных подразделений определяют возложенные на них выполняемые или основные задачи и функции по проведению социальной работы с осужденными. Основные цели, задачи и функции группы социальной защиты и учета трудового стажа осужденных закреплены в Положении о группе социальной защиты.

Таким образом, Положение определяет назначение и содержание деятельности групп социальной защиты и учета трудового стажа осужденных исправительных колоний, лечебных исправительных учреждений, ее основные цели, задачи, функции. Кроме того, в нем содержатся обязанности и права сотрудников группы, а также перечень документации, которую ведет ее личный состав.

К правовым источникам социальной работы относятся и другие ведомственные нормативно-правовые акты, например Правила приема благотворительной, гуманитарной помощи (содействия) учреждениями и органами уголовно-исполнительной системы Министерства юстиции Российской Федерации, Положение о порядке формирования и деятельности самодеятельных организаций осужденных в исправительных колониях, которым определяется, наряду с другими, порядок деятельности секции социальной помощи. Источниками социальной работы с осужденными являются и локальные правовые акты начальников конкретных исправительных учреждений по вопросам социальной работы.

Таким образом, правовую основу социальной работы с осужденными составляют: Конституция РФ; другие законодательные акты

РФ; подзаконные акты; нормативные акты Минюста России, регулирующие вопросы социальной работы; нормативные акты Федеральной службы исполнения наказаний, ее главных управлений, управлений и отделов; локальные нормативные акты, принимаемые администрацией исправительных учреждений уголовно-исполнительной системы по вопросам социальной работы.

Социальный работник в исправительных учреждениях пользуется Инструкцией об оказании содействия в трудовом и бытовом устройстве, а также оказании помощи осужденным, освобождаемым от отбывания наказания в исправительных учреждениях, утвержденной приказом Минюста России от 13 января 2006 г. № 2, дающей гарантии осужденному по его освобождению. Гарантии выражаются в социальной помощи и поддержке, трудоустройстве, обеспечении жилплощадью, необходимой одеждой и т. п.

Положение о группе социальной защиты определяет назначение и содержание деятельности группы социальной защиты осужденных исправительного учреждения Федеральной службы исполнения наказаний, ее основные цели, задачи и функции, права и обязанности сотрудников, устанавливает порядок оказания администрацией исправительного учреждения содействия в трудовом и бытовом устройстве лицам, освобождаемым из мест лишения свободы, а также перечень документации, которую составляют и ведут сотрудники группы.

2. Правовая основа медицинской деятельности в пенитенциарном учреждении

Медицинское обслуживание осужденных и подследственных обеспечивают (по данным ФСИН России):

- 131 больница различного профиля;
- 59 лечебных исправительных учреждений для больных туберкулезом;
- 9 лечебных исправительных учреждений для больных наркоманией;
- медицинские части или здравпункты в каждом учреждении.

В настоящее время в исправительных учреждениях содержится 289,8 тыс. осужденных, являющихся инвалидами, нетрудоспособными или ограниченно трудоспособными, в том числе:

- 24,5 тыс. инвалидов I, II и III группы;
- 20,4 тыс. находящихся на лечении в ЛПУ;
- 76,1 тыс. больных психическими расстройствами;
- 47,4 тыс. больных активной формой туберкулеза;
- 43,8 тыс. больных наркоманией;
- 39,6 тыс. ВИЧ-инфицированных;
- 38,0 тыс. хронических алкоголиков.

Права на охрану здоровья и медицинскую помощь, как и право на жизнь, являются неотъемлемыми правами каждого человека. Забота о здоровье нации должна быть ключевым направлением социально-экономической политики государства.

Согласно ст. 41 Конституции РФ «медицинская помощь в... учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений. В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию».

Право человека на охрану здоровья реализуется в возможности удовлетворения социально-экономических и личных потребностей и интересов человека в части восприятия им профилактических мероприятий по охране здоровья, особенно касающихся непосредственного восстановления нарушенного здоровья. Государственные и муниципальные учреждения здравоохранения обязаны принимать все возможные меры, направленные на охрану здоровья любого человека, где бы он ни находился, защищая тем самым общество в целом. Применительно к осужденным, лишенным свободы, данная обязанность государства может реализовываться в создании условий, обеспечивающих поддержание их здоровья с начального момента изоляции от общества (во время следствия), в период отбывания наказания в виде

лишения свободы и какое-то время после освобождения из исправительного учреждения.

Минюст России совместно с Минздравом России проводят комплекс мероприятий по охране здоровья лиц, лишенных свободы. Отметим, что за последние годы бюджетное финансирование уголовно-исполнительной системы возросло в четыре раза; более эффективно реализуются направленные на улучшение здоровья осужденных и подследственных федеральные целевые программы, значительное внимание в которых уделено профилактическим и санитарно-эпидемиологическим мероприятиям.

Совместный приказ Минздравсоцразвития России и Минюста России от 17 октября 2005 г. № 640/190 «О порядке организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключенным под стражу» базируется на Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г., Федеральном законе от 15 июля 1995 г. № 103-ФЗ «О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений», УИК РФ и регулирует вопросы, связанные с организацией медицинской помощи заключенным. Этот приказ унифицировал нормы, касающиеся организации деятельности медицинской части; организации лечебно-профилактической помощи при различных видах заболеваний.

Прокомментируем отдельные пункты названного приказа.

Пункт 22 приказа указывает на то, что помещения медицинской части должны иметь отопление, горячее и холодное водоснабжение, а в процедурном кабинете или перевязочной в постоянной готовности должна быть портативная медицинская укладка (сумка, чемодан) с набором средств для оказания неотложной помощи вне медицинской части, стерильный хирургический инструментарий, шприцы, инъекционные иглы; запас стерильного перевязочного материала; запас кислорода.

Пункты 24–56 регламентируют порядок проведения медицинских мероприятий по прибытии подозреваемого, обвиняемого в СИЗО. Следует обратить внимание на то, что по прибытии в следственный изолятор проводится первичный медицинский осмотр всех посту-

пивших граждан (в том числе следующих транзитом) не только с целью выявления лиц, представляющих эпидемическую опасность для окружающих, больных, нуждающихся в неотложной помощи, но и для выяснения жалоб на заболевания и телесные повреждения. В срок не более трех дней с момента прибытия в СИЗО все поступившие, кроме лиц, следующих транзитом, должны быть подвергнуты углубленному врачебному осмотру, а также рентгенофлюорографическому обследованию. Все данные, выявленные при осмотрах, обязательно должны быть зафиксированы в журнале медицинских осмотров СИЗО (карантина), который ведется в медицинской комнате. Факт фиксации основной информации об осмотре имеет важное значение как доказательство, удостоверяющее состояние здоровья на момент прибытия в СИЗО. Оно может быть использовано при доказывании как недопустимости получения доказательств в результате физического воздействия, так и причинения вреда здоровью сотрудниками государственных органов.

В соответствии с п. 28 в случае доставки в учреждение гражданина, имеющего телесные повреждения, по инициативе дежурного помощника начальника учреждения (оперативного дежурного) либо по заявлению самого пострадавшего, а также при выявлении телесных повреждений при осмотре медицинским работником (врачом, фельдшером) составляется акт в произвольной форме в двух экземплярах. Один экземпляр приобщается к медицинской карте амбулаторного больного, второй – выдается на руки подозреваемому, обвиняемому или осужденному под его личную подпись на первом экземпляре акта. О факте проведения освидетельствования рапортом информируется начальник учреждения и прокурор, осуществляющий надзор за деятельностью учреждения. Приобщение акта к медицинской карте амбулаторного больного в обязательном порядке подлежит отметке в листе уточненных диагнозов.

При ухудшении состояния здоровья либо в случае получения подозреваемым или обвиняемым телесных повреждений в соответствии с п. 37 приказа его медицинское освидетельствование, а также оказание медицинской помощи проводятся медицинскими работниками СИЗО безотлагательно. Медицинское освидетельствование должно

включать в себя медицинский осмотр, а при необходимости дополнительные методы исследований и привлечение врачей-специалистов. Полученные результаты должны быть зафиксированы в медицинской карте амбулаторного больного и сообщены свидетелю в доступной для него форме. При выявлении данных, позволяющих полагать, что вред здоровью подозреваемого, обвиняемого или осужденного причинен в результате противоправных действий, в соответствии с п. 38 приказа медицинский работник, проводивший медицинский осмотр, обязан письменно информировать об этом руководителя учреждения.

В случае обнаружения телесных повреждений осужденного, находящегося в исправительном учреждении, вновь нанесенных татуировок, свежих следов от инъекций (при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью подозреваемого, обвиняемого либо осужденного причинен в результате противоправных действий) медицинский работник, проводивший осмотр, руководствуясь п. 56 приказа, должен доложить об этом начальнику учреждения рапортом. При обнаружении у больного, направленного на лечение, признаков повреждений насильственного характера или иного происхождения на основании п. 143 приказа дежурный врач обязан доложить об этом начальнику больницы или его заместителю, который извещает об этом руководство территориальных органов уголовно-исполнительной системы, в ведении которых находится больница. При обнаружении этих повреждений врач, проводивший медицинский осмотр, совместно с дежурным помощником начальника больницы (оперативным дежурным) и начальником караула (старшим конвоя), доставившего подозреваемого, обвиняемого или осужденного, обязан составить акт.

Пункты 46, 47 приказа регламентируют порядок медицинского осмотра перед водворением подозреваемых, обвиняемых, осужденных в одиночную камеру или карцер, в ШИЗО, ДИЗО, ПКТ, ЕПКТ, изолированные помещения строгих условий отбывания наказания, после вынесения решения о наказании. Перед исполнением дисциплинарного взыскания должен быть произведен медицинский осмотр с письменным заключением врача (фельдшера) о возможности содержания гражданина в перечисленных помещениях. Недопустимо со-

держание наказанного лица в данных помещениях, в случае если он имеет заболевание, травму либо иное состояние, требующее оказания неотложной помощи, лечения либо наблюдения в стационарных условиях. На основании п. 47 приказа лицам, содержащимся в ШИЗО, ДИЗО, ПКТ, ЕПКТ, запираемых помещениях, а также в карцерах следственных изоляторов, медицинский осмотр и помощь производится на месте медработниками при ежедневной проверке санитарного состояния этих помещений, а также при обращениях. В случаях, когда имеется угроза здоровью или жизни лиц, содержащихся в указанных помещениях, медицинский работник принимает меры к срочной доставке такого лица в медицинскую часть.

Важным вопросом является право подозреваемого, обвиняемого, осужденного на ознакомление и получение копий медицинских документов.

Пункт 65 приказа устанавливает, что медицинские карты амбулаторного больного, листы назначений, листки временной нетрудоспособности на руки подозреваемым, обвиняемым и осужденным не выдаются, а хранятся в медицинской части. Вместе с медицинской картой амбулаторного больного хранятся журналы регистрации амбулаторных больных. Однако указанное положение не должно лишать подозреваемого, обвиняемого и осужденного права на получение информации о состоянии его здоровья, поэтому по требованию подозреваемого, обвиняемого или осужденного ему в присутствии врача обеспечивается возможность непосредственного ознакомления с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья. Любые изменения в психическом и соматическом состоянии больного, новые назначения и исследования в соответствии с п. 191 приказа немедленно отражаются в истории болезни. Все записи, сделанные в истории болезни, скрепляются личной подписью лечащего врача, а в случае проведения обходов начальником отделения или консультации врачами-специалистами – их подписями; при совместных осмотрах, консилиумах – подписями всех участников.

Пункт 120 приказа наряду с УИК РФ, Федеральным законом «О прокуратуре в РФ» регламентирует право на жалобу. Устные и письменные заявления и жалобы больных – подозреваемых, обвиняе-

мых и осужденных, их родственников и законных представителей регистрируются и рассматриваются администрацией больницы в установленном порядке. Жалобы больных на некорректное отношение к ним со стороны персонала больницы проверяются незамедлительно назначенными начальником больницы лицами. Письма, заявления и жалобы больных направляются адресату в установленном порядке. Следует иметь в виду, что незаконные действия работников медицинских учреждений системы ФСИН России могут быть обжалованы как начальнику медицинского управления ФСИН России, так и в прокуратуру по месту нахождения учреждения.

Отсутствие в медицинских частях учреждений ФСИН России необходимых дорогостоящих медикаментов является причиной сложности излечения многих заболеваний. Вопрос медикаментозного обеспечения регулируется п. 67 приказа, в соответствии с которым по просьбе больного при согласовании с лечащим врачом и начальником медицинской части больному может быть разрешено в установленном порядке приобретение (получение) необходимых для его лечения медикаментов.

Медикаменты подозреваемым, обвиняемым и осужденным на руки не выдаются, прием лекарственных препаратов проводится в присутствии медицинского работника. Исключение могут составлять препараты, не относящиеся к наркотическим, психотропным, сильнодействующим либо ядовитым, назначаемые при заболеваниях, нуждающихся в непрерывном поддерживающем лечении (ишемическая болезнь сердца со стенокардией напряжения и покоя, гипертоническая болезнь со стойким повышением артериального давления, сахарный диабет, эпилепсия и другие подобные заболевания). Решение вопроса о выдаче этих препаратов на руки больному (из расчета на одни сутки) принимается начальником медицинской части (здравпункта, амбулатории) в индивидуальном порядке в соответствии с назначением лечащего врача.

Значительное количество претензий вызывает несвоевременность оказания помощи в некоторых случаях. Такие ситуации, например, могут возникнуть в период, когда расписанием работы учреждения не предусмотрено нахождение в нем медицинского персонала. При наличии подобных обстоятельств п. 81 приказа возлагает ответствен-

ность за своевременность вызова медработника или скорой медицинской помощи, а также обеспечение экстренной эвакуации больного транспортом с охраной и надзором на оперативного дежурного исправительного учреждения, дежурного помощника начальника следственного изолятора, тюрьмы. В соответствии с п. 127 приказа врачебная помощь больным в вечернее и ночное время производится штатными врачами больниц. В случае отсутствия возможности оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи осужденным, отбывающим наказание в колониях-поселениях, разрешается с их согласия помещать их для стационарного лечения в больницы ФСИН России.

Особенно важным является соблюдение санитарно-гигиенических норм в лечебно-профилактических учреждениях, так как это фактор, значительно сдерживающий распространение и осложнение многих заболеваний в учреждениях ФСИН России. Пункт 123 приказа закрепил, что больным еженедельно должна предоставляться возможность пользования баней (ванной) с последующей сменой нательного и постельного белья. Смена белья у ослабленных больных должна производиться по мере необходимости. Это означает, что при наличии каких-либо обстоятельств смена белья может производиться чаще, но не реже одного раза в неделю.

Устанавливает приказ и определенные ограничения, связанные с наличием заболеваний или проведением лечебных мероприятий. Так, на основании п. 119 допускается временное непредоставление свиданий и запрещение посещений больного иными лицами при карантине, по санитарно-эпидемическим основаниям, если посещение больного может привести к ухудшению его здоровья или представлять угрозу его жизни и здоровью окружающих (в том числе прибывших для посещения). Решение о запрете свиданий может быть принято только начальником больницы по письменному заключению лечащего врача и начальника отделения. Пункт 304 приказа запрещает осужденным, не прошедшим полного курса лечения венерического заболевания, до окончания курса лечения выезды за пределы исправительных учреждений. Осужденные, не прошедшие обязательного лечения, а также требующие специального лечения в медицинских учреждениях за-

крытого типа, в соответствии с п. 197 не могут быть направлены в колонии-поселения до завершения такого лечения. При представлении к условно-досрочному освобождению осужденного, не прошедшего полного курса обязательного лечения венерического заболевания, информация о проведенном лечении и перспективах выздоровления направляется в суд (п. 303). В случае отбытия больным осужденным назначенного ему наказания, если его немедленное освобождение опасно для его жизни, то с его согласия по медицинскому заключению он может быть временно оставлен в отдельной больничной палате, о чем сообщается в органы прокуратуры и родственникам (п. 202).

Приказ регламентирует также основные лечебно-профилактические мероприятия в отношении некоторых категорий заболеваний, таких как ВИЧ-инфекция, травмы, отравления, психические расстройства, алкоголизм, наркомания, венерические заболевания, заразные кожные болезни.

Так, относительно психических заболеваний п. 262 приказа устанавливает необходимость направления или согласия врача-психиатра на проведение каких-либо лечебных мероприятий с его пациентом. Данный пункт, однако, разрешает проводить медицинское освидетельствование лиц, которые представляют непосредственную опасность для себя или окружающих, являются беспомощными либо способны причинить существенный вред своему здоровью, без их согласия или согласия их законных представителей.

Глава 10 регулирует профилактическое лечение туберкулеза в учреждениях ФСИН России. В соответствии с п. 348 приказа профилактические мероприятия проводятся ежедневно или через день двумя противотуберкулезными препаратами. Диетическое питание (независимо от места содержания подозреваемого, обвиняемого или осужденного) по установленной норме назначается: 1) больным туберкулезом I, II ГДУ и лицам, состоящим на учете в III ГДУ; 2) лицам, состоящим на учете в 0, IV, V, VI ГДУ – на период пробного или профилактического лечения. Сведения о назначаемом подозреваемому, обвиняемому или осужденному диетическом питании обязательны для внесения в медицинскую карту амбулаторного больного. Однако в случае отказа от приема противотуберкулезных препаратов

лицами, состоящими на учете по 0, IV, III ГДУ, диетическое питание им не назначается (п. 355).

В соответствии с п. 356 приказа труд больных туберкулезом организуется и проводится под постоянным наблюдением и контролем медицинского персонала учреждения. К труду (в том числе оплачиваемому) могут привлекаться больные туберкулезом, признанные в установленном порядке трудоспособными. Трудоустройство, а также продолжительность рабочего дня указанных лиц определяется с учетом вынесенного клинико-экспертного заключения.

В зависимости от степени влияния болезни на жизнедеятельность человека осужденным устанавливается инвалидность, которая влечет за собой значительное ослабление режима содержания. Инвалидность устанавливается в результате проведения медико-социальной экспертизы. Пункт 362 приказа определяет, что на медико-социальную экспертизу направляются лица, содержащиеся в учреждениях, в случаях нарушения здоровья, приведшего к ограничению жизнедеятельности, со стойкими нарушениями функций организма и нуждающиеся в мерах социальной защиты и медицинской реабилитации.

Гражданин, нуждающийся в проведении медико-социальной экспертизы, в установленном порядке в произвольной форме подает письменное заявление на имя руководителя бюро медико-социальной экспертизы по месту нахождения учреждения. Перед направлением на медико-социальную экспертизу для уточнения диагноза и степени выраженности функциональных нарушений начальник лечебно-профилактического учреждения ФСИН России принимает меры к обследованию лица, содержащегося в учреждениях, в условиях ЛПУ ФСИН России, а при необходимости – в ЛПУ государственной и муниципальной систем здравоохранения.

Освидетельствование (переосвидетельствование) может проводиться как непосредственно в учреждении, так и в бюро медико-социальной экспертизы по месту нахождения учреждения на общих основаниях. В случае несогласия осужденного с решением бюро медико-социальной экспертизы оно может быть обжаловано в порядке, определенном разделом Положения о признании лица инвалидом, ут-

вержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 13 августа 1996 г. № 965.

Гражданин или его законный представитель в случае несогласия с экспертным решением бюро медико-социальной экспертизы может обжаловать его на основании письменного заявления, подаваемого в учреждение, проводившее освидетельствование, или в главное бюро медико-социальной экспертизы, или в соответствующий орган социальной защиты населения. Бюро медико-социальной экспертизы, проводившее освидетельствование, в 3-дневный срок со дня получения заявления направляет это заявление со всеми имеющимися документами в главное бюро медико-социальной экспертизы.

Главное бюро медико-социальной экспертизы не позднее месяца со дня поступления заявления проводит медико-социальную экспертизу лица и на основании полученных результатов выносит решение. Оно может быть обжаловано в месячный срок в орган социальной защиты населения субъекта Российской Федерации. В случае несогласия гражданина с решением главного бюро медико-социальной экспертизы орган социальной защиты населения может поручить проведение медико-социальной экспертизы любому составу специалистов необходимого профиля указанного учреждения. Решение учреждения может быть обжаловано в суд гражданином или его законным представителем в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Приказ Минздравсоцразвития России и Минюста России «О порядке организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключенным под стражу» имеет непосредственное отношение к реализации прав человека. Человек, находящийся в следственном изоляторе, транзитно-пересылочном пункте, исправительном учреждении имеет законное право, подтвержденное ведомственными нормативными актами, на ознакомление с приказом, поэтому его текст целесообразно иметь в медицинских частях учреждений ФСИН России и лечебно-профилактических учреждениях.

Халатное отношение к своему здоровью характерно для большинства населения России, но применительно к осужденным это

связано еще и с отсутствием у них возможности должным образом заботиться о себе. К сожалению, многие исправительные учреждения не соответствуют элементарным стандартным санитарно-гигиеническим требованиям. Часто совместно со здоровыми осужденными в силу нехватки лечебных исправительных учреждений и по иным причинам (запоздалое выявление заболевания, недостаток медикаментов и т. п.) размещаются лица, страдающие легкой формой туберкулеза, другими инфекционными заболеваниями или разного рода психическими расстройствами. Не говоря о том, что исправительные учреждения слабо оснащены спортивным инвентарем, не хватает специальных территорий для занятий спортом, есть отступления и от требований по соблюдению техники безопасности на рабочих местах в зонах и пр.

Обобщение материалов практики позволяет сделать вывод о том, что на здоровье лиц, отбывающих наказание в виде лишения свободы, сказываются как неблагоприятные условия их жизни на свободе, так и условия содержания под следствием, поэтому работу по охране здоровья осужденных необходимо начинать с профилактических мероприятий, осуществляемых непосредственно с периода применения к подозреваемому, обвиняемому, подсудимому в качестве меры процессуального принуждения – заключение под стражу.

Такое положение в уголовно-исполнительной системе – это в первую очередь отражение ситуации, связанной с охраной здоровья граждан по стране в целом, существенным снижением уровня социальной защищенности.

Уголовно-исполнительная политика Российского государства направлена на проведение комплексных мероприятий, способных в значительной мере оградить осужденных от болезней, которыми они не страдали до лишения свободы. В частности, УИК РФ регламентирует применение таких мер медицинского обслуживания осужденных, как организация лечебно-профилактических учреждений (больниц, специальных психиатрических и туберкулезных больниц) и медицинских частей, а для содержания и амбулаторного лечения осужденных – лечебных исправительных учреждений. В лечебных исправительных и лечебно-профилактических учреждениях должны отбывать

наказание осужденные, которые больны открытой формой туберкулеза, алкоголизмом и наркоманией.

Лечебно-профилактические учреждения выполняют функции исправительных учреждений в отношении находящихся в них осужденных (ч. 8 ст. 74, ч. 2 ст. 101 УИК РФ).

Администрация учреждения должна направлять в суд представление о применении к осужденному, страдающему психическим расстройством, не исключаяющим вменяемости, но связанным с возможностью причинения существенного вреда себе и другим лицам, принудительных мер медицинского характера (ч. 2 ст. 18 УИК РФ).

В соответствии с ч. 3 ст. 18 УИК РФ к осужденным, больным токсикоманией, ВИЧ-инфицированным, а также к осужденным, больным открытой формой туберкулеза или не прошедшим полного курса лечения венерического заболевания, по решению медицинской комиссии непосредственно в исправительном учреждении, в котором они отбывают наказание, должно применяться обязательное лечение. Однако до сих пор в российской исправительной системе не создано специальных учреждений для ВИЧ-инфицированных. Выделяемые учреждениям уголовно-исполнительной системы средства обеспечивают закупку медицинских препаратов только на 20 %.

Больные осужденные и осужденные, являющиеся инвалидами первой или второй группы, могут получать дополнительные посылки и передачи в количестве и ассортименте, определяемых в соответствии с медицинским заключением (ч. 2 ст. 90 УИК РФ). Посылки, передачи и бандероли с лекарственными средствами и предметами медицинского назначения, получаемые осужденными в соответствии с медицинским заключением, не включаются в количество посылок, передач и бандеролей, установленное режимными требованиями ст. 121, 123, 125 и 131 УИК РФ. Они направляются в медицинскую часть исправительного учреждения для лечения соответствующих осужденных (ч. 3 ст. 90 УИК РФ).

Не допускаются передвижение без конвоя или сопровождения, краткосрочные выезды за пределы исправительного учреждения осужденных, больных открытой формой туберкулеза, не прошедших полного курса лечения венерического заболевания, алкоголизма, токси-

комании, наркомании, ВИЧ-инфицированных, страдающих психическими расстройствами, не исключаяющими вменяемости. Свободное передвижение лишенных свободы не допускается и в случаях проведения противоэпидемических мероприятий (ч. 2 ст. 96, ч. 3 ст. 97 УИК РФ).

Лечебно-профилактическая и санитарно-профилактическая помощь осужденным, изолированным от общества, организуется и предоставляется в соответствии с Правилами внутреннего распорядка исправительных учреждений и законодательством Российской Федерации, нормативно-правовыми актами Министерства юстиции и Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (ч. 1 и 5 ст. 101 УИК РФ). В случаях отказа осужденного от приема пищи и возникновения угрозы его жизни законом допускается его принудительное питание по медицинским показаниям (ч. 4 ст. 101 УИК РФ).

Ответственность за обеспечение охраны здоровья осужденных и выполнение установленных санитарно-гигиенических и противоэпидемических требований несет администрация исправительных учреждений (ч. 3 ст. 101 УИК РФ).

Администрация исправительных учреждений обязана привлекать осужденных к общественно полезному труду с учетом не только их пола, возраста по возможности специальности, но и состояния здоровья. Продолжительность рабочего времени в зонах, правила охраны труда, техники безопасности и производственной санитарии должны устанавливаться в соответствии с законодательством Российской Федерации о труде (ч. 1 ст. 103, ч. 1 ст. 104 УИК РФ).

Работающим осужденным должен предоставляться ежегодный оплачиваемый отпуск. Осужденным, перевыполняющим нормы выработки или образцово исполняющим установленные задания на тяжелых работах, а также на работах с вредными или опасными условиями труда на предприятиях, расположенных в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, либо работающим по своему желанию осужденным, являющимся инвалидами первой или второй группы, осужденным мужчинам старше 60 лет и осужденным женщинам старше 55 лет продолжительность ежегодного оплачиваемого от-

пуска может быть увеличена до 18 рабочих дней, а несовершеннолетним осужденным – до 24 рабочих дней (ч. 4 и 5 ст. 104 УИК РФ).

Лица, страдающие психическими расстройствами, лишаящими их возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, а также лица, страдающие психическими расстройствами, не исключаяющими вменяемости, могут быть судом освобождены от дальнейшего отбывания наказания. К таким лицам суд может применить принудительные меры медицинского характера, если их психическое расстройство связано с возможностью причинения иного существенного вреда, либо с их опасностью для себя и для других лиц (п. «б», «в» ч. 1 и ч. 2 ст. 97 УК РФ). Суд может передать необходимые материалы в отношении указанных лиц органам здравоохранения для решения вопроса об их лечении или направлении в психоневрологические учреждения социального обеспечения в порядке, предусмотренном законодательством РФ о здравоохранении, если по своему психическому состоянию они не представляют опасности (ч. 4 ст. 97 УК РФ). Осужденный может быть освобожден от отбывания наказания и в связи с заболеванием иной тяжелой болезнью или инвалидностью, препятствующими отбыванию наказания (п. «е» ст. 172 УИК РФ).

Освобождение от наказания в связи с психическим расстройством лица, исключаяющим вменяемость, является обязательным и не зависит от усмотрения суда. Представление об освобождении от отбывания наказания в связи с наступлением психического расстройства вносится в суд начальником исправительного учреждения или органа, исполняющего наказание. Одновременно с указанным представлением в суд направляются заключение медицинской комиссии и личное дело осужденного. Освобождение от наказания ввиду заболевания иной тяжелой болезнью, препятствующей отбыванию наказания, является правом, а не обязанностью суда. Порядок представления осужденного к освобождению от отбывания наказания в связи с иной тяжелой болезнью такой же, как и при психическом заболевании лица, однако в представлении должны содержаться данные, характеризующие его поведение в период отбывания наказания (ч. 5, 6 ст. 175 УИК РФ).

В случае выздоровления лица, освобожденного от отбывания наказания по болезни, оно может подлежать уголовной ответственности и наказанию, если при этом не истекли сроки давности, предусмотренные ст. 78 и 83 УК РФ. Указание закона о том, что после выздоровления лицо может подлежать уголовной ответственности, ориентирует суды при решении вопроса целесообразности применения наказания учитывать не только характер заболевания, но и личность виновного, его поведение в период лечения. По данным выборочного исследования, только к 3 % освобожденных по болезни осужденных после выздоровления применялось не отбытое ими наказание. Остальные осужденные либо были освобождены от отбывания наказания, либо ранее назначенное им лишение свободы заменялось другим, более мягким видом наказания.

И еще одна немаловажная проблема. Большинство лиц, отбывших наказание, страдают тем или иным заболеванием. Им необходима медицинская и социальная помощь. Однако в настоящее время в России не созданы государственные реабилитационные центры. На местах не уделяется должного внимания проблемам освобожденных.

В заключение хотелось бы отметить, что далеко не все указанные требования закона, направленные на охрану здоровья осужденных, реализуются на практике, но наличие прочной законодательной базы образует основу совершенствования деятельности исправительных учреждений, их реконструкции в направлении превращения в социально-терапевтические клиники.

Реализация предписаний закона, иных мероприятий требует времени и средств, которые необходимо учитывать в государственном бюджете. Для улучшения медицинского обеспечения подразделений ФСИН России, медицинским управлением ФСИН России и медицинскими службами территориальных органов управления ФСИН России проводится активная работа по привлечению финансовых средств от сторонних, в том числе международных, организаций, а также гуманитарной помощи.

На основе изложенного можно прийти к выводу о том, что проблема охраны здоровья осужденных, содержащихся в местах лишения свободы и освобожденных из исправительных учреждений, стоит

остро и требует безотлагательного решения. Это позволяет сформулировать ряд предложений, направленных на содействие изменению ситуации в местах изоляции от общества к лучшему. В частности, учитывая прямую зависимость между ростом заболеваемости в системе гражданского населения и в учреждениях ФСИН России, работу по охране здоровья граждан России необходимо начинать с организации лечебно-профилактических и санитарно-профилактических мероприятий во всех сферах жизни общества (детских дошкольных учреждениях, школах, по месту жительства и работы, учебы).

Особое внимание следует обратить на профилактические службы органов здравоохранения системы исправительных учреждений, проводя обязательные и систематические медицинские осмотры лиц с момента применения к ним мер процессуального принуждения. Важно повысить ответственность администрации исправительных учреждений за недостаточную или несвоевременную реакцию на факты ухудшения состояния здоровья осужденных (и подсудимых), нарушение установленных санитарно-гигиенических и противоэпидемических требований содержания лиц, изолированных от общества.

Должное внимание в работе по охране здоровья осужденных следует уделять развитию физической культуры и спорта, мероприятиям по оснащению исправительных учреждений спортивным инвентарем, выделению территорий для занятия спортом, а также обеспечению соблюдения требований техники безопасности на рабочих местах в зонах.

В сложившейся ситуации назрела острая необходимость создавать реабилитационные центры по месту жительства освобожденных из исправительных учреждений в целях повышения уровня их социальной защищенности.

Эти важные проблемы необходимо решать не откладывая, так как речь идет об угрозе здоровью всего населения страны, поскольку осужденные после отбывания наказания возвращаются в общество.

Лекция 4
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ
ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ ЛЮДЯМ,
ЖЕНЩИНАМ И НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ
В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ.
ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ СО СМЕРТНОСТЬЮ

1. Законодательная и правовая основа социальной работы с осужденными пожилого возраста.
2. Медико-социальная помощь осужденным женского пола.
3. Медико-социальная помощь несовершеннолетним осужденным.
4. Проблема смертности среди осужденных.

1. Законодательная и правовая основа социальной работы с осужденными пожилого возраста

Социальная защита населения в сложившихся социально-экономических условиях стала одной из важнейших задач органов государственного и муниципального управления. Органы местного самоуправления получают полномочия и одновременно принимают на себя ответственность за обеспечение жизнедеятельности местного сообщества. Это касается всего населения, но в первую очередь пенсионеров, а также других слаботзащищенных групп населения.

Наиболее острой проблемой является поддержание жизнедеятельности пожилых людей. В сложившейся социально-экономической ситуации они являются самой многочисленной группой, которая нуждается в помощи государства. Первостепенное значение приобретает совершенствование системы социальной реабилитации и адресной социальной помощи нуждающимся людям.

Адресная социальная помощь – система мер по социальной поддержке граждан, включающая в себя предоставление помощи конкретным нуждающимся лицам с учетом их индивидуальных особенностей.

В конце XX века происходило быстрое старение населения в нашей стране, спад демографического развития населения России.

К 2005 г. население уменьшилось на 1,6 млн человек в сравнении с 1989 г. и значительно постарело. Доля лиц в возрасте от 60 лет и старше составила 18,5 % против 15,4 % в 1989 г. Таким образом, в России ожидается уменьшение численности населения при падении рождаемости, росте уровня смертности и старении населения. Средняя продолжительность жизни в 1998 г. составила 67 лет, для мужчин – 61,3 года, для женщин – 72,9 года. Это примерно на 10 лет меньше, чем в странах с развитой экономикой. К 2005 г. уменьшилась средняя продолжительность жизни.

Если учесть, что около 18 % населения страны являются пожилыми и старыми людьми, а тенденция увеличения доли пожилых и старых людей в общей массе населения сохраняется, становится ясно, что проблема социальной работы с пожилыми имеет общегосударственное значение. Законодательную и правовую основу социальной работы с пожилыми людьми составляют: Конституция РФ, закон РСФСР от 20 ноября 1990 г. № 340-1 «О государственных пенсиях РСФСР», Закон РФ от 12 октября 1992 г. № 3697-1 «О повышении государственных пенсий в Российской Федерации», федеральные законы от 12 января 1995 г. № 5-ФЗ «О ветеранах», от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», от 2 августа 1995 г. № 122-ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов».

Так, Федеральный закон «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» регулирует отношения в сфере социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов, являющегося одним из направлений деятельности по социальной защите населения, устанавливает экономические, социальные и правовые гарантии для граждан пожилого возраста и инвалидов исходя из необходимости утверждения принципов человеколюбия и милосердия в обществе. Рассмотрим подробнее этот Закон и выделим наиболее значимые пункты статей.

В ст. 1 говорится, что социальное обслуживание граждан пожилого возраста представляет собой деятельность по удовлетворению потребностей указанных граждан в социальных услугах. Социальное обслуживание включает в себя совокупность социальных услуг (уход,

организация питания, содействие в получении медицинской, правовой, социально-психологической и натуральных видов помощи, помощи в профессиональной подготовке, трудоустройстве, организации досуга, содействие в организации ритуальных услуг и др.), которые предоставляются гражданам пожилого возраста на дому или в учреждениях социального обслуживания независимо от форм собственности.

В ст. 5 говорится о правах граждан пожилого возраста. Граждане пожилого возраста (женщины старше 55 лет, мужчины старше 60 лет) имеют право на социальное обслуживание, осуществляемое в государственном, муниципальном и негосударственном секторах системы социального обслуживания.

В ст. 6 решена проблема иностранных граждан и беженцев пожилого возраста. Иностранные граждане, лица без гражданства, в том числе беженцы, пользуются теми же правами в сфере социального обслуживания, что и граждане Российской Федерации.

В ст. 9 определяется, что социальное обслуживание осуществляется при условии добровольного согласия граждан пожилого возраста на получение социальных услуг, за исключением случаев, предусмотренных Федеральным законом «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов». Помещение в стационарное учреждение социального обслуживания граждан пожилого возраста производится на основании их личного письменного заявления и подтверждается их подписью, а лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, – на основании письменного заявления их законных представителей.

Исключение составляет ст. 15, где говорится о том, что помещение граждан пожилого возраста без их согласия в учреждения социального обслуживания возможно, в случае если они лишены ухода и поддержки со стороны родственников или иных законных представителей и при этом не способны самостоятельно удовлетворять свои жизненные потребности (утрата способности к самообслуживанию и (или) активному передвижению) или признаны в установленном законом порядке недееспособными; гражданам пожилого возраста, являющимся вирусоносителями, либо при наличии у

них хронического алкоголизма, активных форм туберкулеза, тяжелых психических расстройств, венерических и других заболеваний, требующих лечения в специализированных учреждениях здравоохранения, может быть отказано в предоставлении социальных услуг на дому.

Пункт 1 ст. 24 гласит: социальные услуги, входящие в федеральный перечень гарантированных государством социальных услуг, могут быть оказаны гражданам бесплатно, а также на условиях частичной или полной оплаты.

Ознакомимся более подробно с пп. 2 и 3 ст. 24 и рассмотрим, каким категориям пожилых людей социальные услуги оказываются бесплатно, а каким – на условиях частичной оплаты.

Бесплатные услуги:

– одиноким гражданам пожилого возраста (одиноким супружеским парам), получающим пенсию, в том числе с учетом надбавок, в размере ниже прожиточного минимума, установленного для данного региона;

– гражданам пожилого возраста, имеющим родственников, которые не могут по объективным причинам обеспечить им помощь и уход, при условии, что размер получаемой этими гражданами пенсии, в том числе с учетом надбавок, ниже прожиточного минимума, установленного для данного региона;

– гражданам пожилого возраста, проживающим в семьях, среднедушевой доход которых ниже прожиточного минимума, установленного для данного региона.

Частично оплачиваемые услуги:

– одиноким гражданам пожилого возраста (одиноким супружеским парам), получающим пенсию, в том числе с учетом надбавок, в размере от 100 до 150 % прожиточного минимума, установленного для данного региона;

– гражданам пожилого возраста, имеющим родственников, которые не могут по объективным причинам обеспечить им помощь и уход, при условии, что размер получаемой этими гражданами пенсии, в том числе с учетом надбавок, составляет от 100 до 150 % прожиточного минимума, установленного для данного региона;

– гражданам пожилого возраста, проживающим в семьях, среднедушевой доход которых составляет от 100 до 150 % прожиточного минимума, установленного для данного региона.

Всеобщая декларация прав человека провозгласила в ст. 25 право каждого человека на социальное обеспечение, защиту от безработицы, справедливое и удовлетворительное вознаграждение за труд, дополняемое при необходимости различными средствами социального обеспечения. Особую важность представляет положение о праве человека на такой жизненный уровень, который необходим для поддержания благосостояния его и его семьи.

Нормами Конституции РФ гарантируются почти все основные права в области социального обеспечения, которые были разработаны в международно-правовых документах. Тем не менее в Конституцию РФ не вошла принципиально важная норма о соответствии минимальной заработной платы, пенсий и пособий прожиточному минимуму.

Важным условием социальной реабилитации пожилых людей в современный период перехода к рыночным отношениям становится поддержание уровня жизни за счет повышения размеров пенсий.

В правовой системе России имеется целый ряд законов, предмет правового регулирования которых являются общественные отношения с участием лиц пожилого возраста.

Уголовно-исполнительный кодекс Российской Федерации, регулирующий правоотношения при исполнении уголовных наказаний (в частности, в виде лишения свободы), содержит ряд правовых норм, касающихся исполнения наказания в отношении осужденных пожилого возраста.

В п. 2 ст. 98 УИК РФ говорится, что осужденные имеют право на общих основаниях на государственное пенсионное обеспечение в старости, предусмотренное законодательством РФ, а в п. 3 этой же статьи говорится о выплате пенсий осужденным органами социальной защиты населения по месту нахождения исправительного учреждения путем перечисления пенсий на лицевые счета осужденных.

Пункт 1 ст. 88 УИК РФ специально регламентирует приобретение осужденными продуктов питания и предметов первой необходимости за счет получаемых пенсий и социальных пособий, без ограничения.

В местах отбывания наказания осужденные мужчины старше 60 лет и осужденные женщины старше 55 лет привлекаются к труду по желанию в соответствии с законодательством Российской Федерации о труде и социальной защите (п. 2 ст. 103 УИК РФ), при этом продолжительность ежегодного оплачиваемого отпуска может быть увеличена до 18 рабочих дней (п. 5 ст. 104 УИК РФ).

По желанию осужденные мужчины старше 60 лет, осужденные женщины старше 55 лет могут привлекаться к работе без оплаты труда (п. 2 ст. 106 УИК РФ).

Осужденные мужчины старше 60 лет и осужденные женщины старше 55 лет по их просьбе и представлению администрации учреждения, исполняющего наказание, после освобождения из мест лишения свободы направляются органами социальной защиты в дома инвалидов и престарелых (п. 3 ст. 180 УИК РФ).

Таким образом, при отбывании уголовного наказания в виде лишения свободы права и законные интересы осужденных пожилого возраста в той или иной мере законодателем учитываются.

Уголовно-исполнительное законодательство Российской Федерации учитывает международные договоры Российской Федерации, относящиеся к исполнению наказаний и обращению с осужденными, в соответствии с экономическими и социальными возможностями. Если международным договором Российской Федерации установлены иные правила исполнения наказаний и обращения с осужденными, чем предусмотренные уголовно-исполнительным законодательством Российской Федерации, то применяются правила международного договора. В соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права и Конституцией Российской Федерации уголовно-исполнительное законодательство Российской Федерации и практика его применения основываются на строгом соблюдении гарантий защиты от пыток, насилия и другого жестокого или унижающего человеческое достоинство обращения с осужденными. Рекомендации (декларации) международных организаций по вопросам исполнения наказаний и обращения с осужденными реализуются в уголовно-исполнительном законодательстве Российской Федерации при наличии необходимых экономических и социальных возможностей.

Права осужденных российской пенитенциарной системы обеспечиваются законодательными и нормативными документами:

международные акты;

Всеобщая декларация прав человека (1948 г.);

Минимальные стандартные правила обращения с заключенными (1955 г.);

Конвенция против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство человека обращения и наказания (1984 г.);

Уголовно-исполнительный кодекс РФ;

Трудовой кодекс РФ;

иные нормативные акты Минюста России и МВД России.

Уголовно-исполнительное законодательство Российской Федерации основывается на принципах законности, гуманизма и демократизма.

Осужденные имеют право на охрану здоровья, включая получение первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических или стационарных условиях в зависимости от медицинского заключения (п. 6 ст. 12 УИК РФ).

В п. 7 ст. 12 УИК РФ говорится, что осужденные имеют право на социальное обеспечение, в том числе на получение пенсий и социальных пособий, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Для получения юридической помощи осужденные могут пользоваться услугами адвокатов, а также иных лиц, имеющих право на оказание такой помощи (п. 8 ст. 12 УИК РФ).

Практика показывает, что бывшие осужденные, освободившись из мест лишения свободы, вынуждены самостоятельно решать проблемы своего трудоустройства и жизнеобеспечения.

Однако в сложной социально-экономической ситуации и при общем негативном отношении окружающих такие проблемы решаются непросто. Многие люди, освободившиеся из исправительных учреждений, не имеют реальной возможности решить проблемы трудоустройства и проживания одобряемыми обществом способами.

В пенитенциарных учреждениях проводится деятельность по оказанию социальной защиты осужденных, создающая предпосылки для

их исправления в период отбывания наказаний и дальнейшей ресоциализации после освобождения.

Проблемам постпенитенциарной реабилитации осужденных посвящен ряд заседаний Правительства и Государственной Думы Российской Федерации.

Эффективность деятельности социальной работы с осужденными определяется:

- по количеству и качеству обследованных осужденных, выявленных по инициативе сотрудников службы социальных проблем осужденных;

- количеству осужденных, принятых по социальным вопросам и процентному соотношению разрешенных проблем к поставленным;

- степени участия общественных и религиозных организаций, попечительского совета в оказании социальной помощи и поддержке осужденных;

- количеству проведенных групповых мероприятий по подготовке осужденных к освобождению;

- количеству запросов и обращений в органы местного самоуправления, службы занятости и социальной защиты населения по вопросам бытового и трудового устройства освобождающихся осужденных;

- количеству оформленных пенсий инвалидам и осужденным, имеющим на это право;

- количеству осужденных, которым оформлены трудовые книжки, восстановлен трудовой стаж;

- количеству жалоб и обращений осужденных по поводу нарушения их прав и интересов, в том числе удовлетворенных;

- процентному отношению разрешенных положительно обращений осужденных за помощью в трудовом и бытовом устройстве к общему количеству обращений;

- отношению количества осужденных, обеспеченных социальной помощью, к количеству требующих обязательного социального сопровождения;

- количеству осужденных, у которых восстановлены семейные и социальные связи;

- количеству членов секции социальной помощи осужденным и проведенных ими мероприятий;
- количеству осужденных, которым оказана помощь в решении вопросов социально-правовой защиты, материально-финансового, социального обеспечения, медицинского страхования;
- количеству проведенных с участием сотрудников службы воспитательных мероприятий с осужденными.

Социальная работа с осужденными в УИС представляет собой специфический вид комплексной деятельности по оказанию социальной помощи, поддержки, защиты осужденных, создающей предпосылки для их исправления в период исполнения уголовных наказаний и ресоциализации после освобождения. В исправительных колониях УИС России ее выполняют сотрудники группы социальной защиты и учета трудового стажа осужденных: старший специалист по социальной работе, старший инспектор по трудовому и бытовому устройству осужденных, инспектор по учету трудового стажа осужденных.

Служба социальной работы с осужденными в своей деятельности руководствуется Конституцией РФ, федеральными законами, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, приказами Минюста России и Минтруда России, международными правилами обращения с заключенными.

Социальная работа проводится с осужденными и их группами, находящимися в трудной жизненной ситуации в связи с отбыванием уголовного наказания, нуждающимися в материальной, моральной, психологической, юридической или иной социальной помощи. Обязательная социальная помощь и поддержка в соответствии с законодательством оказывается таким категориям осужденных, как престарелые, пенсионеры, не имеющие определенного места жительства, регистрации (прописки), страдающие алкогольной или наркотической зависимостью и т. п.

В пенитенциарных учреждениях важнейшие функции социальных работников состоят в том, чтобы вместе с осужденными и персоналом (администрацией) составить план обучения и работы в период лишения свободы; помочь осужденным преодолеть психологический

кризис в связи с нахождением их под арестом; содействовать в адаптации их к среде ИК; помочь организовать свободное время и продолжить обучение; защищать, наблюдать, чтобы не нарушались права осужденных; помогать советом родственникам заключенного в решении проблем, связанных с лишением его свободы; помогать заключенному в регулировании финансовых вопросов; готовить заключенного к выходу на свободу, в том числе по возможности подыскать ему жилье, работу; регулировать отношения осужденных и персонала, ибо часто сотрудники ИК относятся к осужденным как к безнадежно неисправимым, что служит благодатной почвой для властного произвола. Одной из главных функций остается помощь наиболее нуждающимся в ней группам и категориям осужденных, которые и на воле традиционно являются объектами социальной работы. Это прежде всего пенсионеры, инвалиды, несовершеннолетние, молодежь, женщины, безработные.

На современном этапе развития пенитенциарной системы существует особенность деятельности социальных работников, которая заключается в том, что социальный работник должен взять на себя функции упраздненных ввиду финансовых трудностей работников по воспитательной, культурно-массовой, правовой и спортивно-оздоровительной работе.

Таким образом, функции пенитенциарного социального работника весьма разнообразны: от помощи в улучшении быта и жилищных условий до психологического консультирования осужденных и персонала.

К объекту социальной работы в УИС относится и социальная среда (микросреда) осужденных, требующая коррекции.

В целях более эффективного решения поставленных задач группа взаимодействует с другими службами исправительного учреждения. Внешнее взаимодействие осуществляется с родственниками осужденных, общественностью, территориальными службами занятости, социальной защиты населения, другими заинтересованными структурами.

Для осуществления социальной работы по уходу за пожилыми, тяжелобольными, распределению гуманитарной и материальной по-

мощи старший специалист по социальной работе на добровольной основе может привлекать осужденных, являющихся членами секции социальной помощи.

Должности старшего специалиста по социальной работе, старшего инспектора по бытовому устройству осужденных, инспектора по учету трудового стажа осужденных замещаются лицами начальствующего состава, имеющими квалификацию специалиста по социальной работе или иное высшее образование по специальностям «педагогика», «социальная педагогика», «психология» либо прошедшими специальные курсы переподготовки для социальной работы в пенитенциарных учреждениях.

Численность специалистов по социальной работе в группе социальной защиты и учета трудового стажа осужденных определяется исходя из нагрузки на одного сотрудника 300–400 осужденных, содержащихся в ИУ (в ФГУ ИК-2 – 7–8 сотрудников).

Сотрудники группы для выполнения своих профессиональных обязанностей обеспечиваются:

- служебными кабинетами для индивидуальной и групповой работы с осужденными;
- персональным компьютером;
- канцелярскими средствами и оргтехникой.

Основной целью группы является обеспечение оптимальных условий для адаптации осужденных к условиям изоляции, их исправления, создания предпосылок для успешной ресоциализации и социальной реабилитации граждан после освобождения из мест лишения свободы.

Основные задачи группы:

- выявление социальных проблем осужденных, осуществление их социальной защиты во всех сферах жизнедеятельности в период отбывания наказания, оказание им социальной помощи, координирование деятельности других служб исправительного учреждения в решении данных вопросов;
- подготовка осужденных к освобождению, восстановление и укрепление их социально полезных связей, содействие в бытовом и трудовом устройстве после освобождения;

– подготовка и оформление совместно с заинтересованными службами документов, необходимых для назначения и выплаты пенсий осужденным.

Основные функции группы социальной защиты:

– осуществление социальной диагностики осужденных, выявление лиц, нуждающихся в приоритетной социальной помощи, поддержке и защите, разработка индивидуальных программ по работе с ними;

– комплексное изучение личности осужденных, нуждающихся в социальной помощи, совместно с сотрудниками психологической службы и других служб исправительного учреждения;

– укрепление положительных социальных связей осужденных с внешней социальной средой: семьей, родственниками, близкими, общественными и религиозными объединениями;

– обеспечение защиты прав и законных интересов осужденных в социальной сфере, социальное сопровождение осужденных на всех этапах исполнения наказания, проведение работы по улучшению социально-бытовых и морально-психологических условий отбывания наказания;

– постоянное осуществление деятельности по подготовке осужденных к освобождению;

– оказание содействия в вопросах бытового и трудового устройства осужденных, освобождающихся из ИУ.

Проводимая в Российской Федерации реформа уголовно-исполнительной системы предполагает гуманизацию исполнения уголовных наказаний, совершенствование воспитательного процесса, усиление социальной защиты и ресоциализации осужденных.

Как показывают научные исследования, значительная часть осужденных совершают преступления, обусловленные социально неблагоприятными факторами (отсутствие нормальных жилищно-бытовых условий, работы, достойного заработка, негативно влияющая микро-среда, семейная неустроенность, хроническая заболеваемость, инвалидность, отсутствие системы социального обслуживания населения и т. д.). В период отбывания уголовного наказания объемы социальных проблем осужденных и их сложность увеличиваются, положение усугубляется, что влечет за собой дальнейший разрыв социально по-

зитивных связей и создает объективные предпосылки для рецидивной преступности.

Самостоятельно без квалифицированной помощи специалистов – социальных работников, социальных педагогов – осужденный разрешить указанные проблемы не может, вследствие чего снижается результативность исправления, ресоциализации и социальной адаптации после освобождения.

Для оказания социальной помощи, поддержки и защиты осужденных в штаты исправительных колоний введена должность старшего специалиста по социальной работе с осужденными, осуществляющего свою профессиональную деятельность в структуре группы социальной защиты и учета трудового стажа осужденных. В ее составе ранее предусмотрены должности старшего инспектора по бытовому и трудовому устройству осужденных, а также инспектора по учету трудового стажа осужденных.

Важно подчеркнуть, что социальная работа в ИУ должна проводиться как со всеми осужденными, осознавшими свои социальные проблемы (трудную жизненную ситуацию) и добровольно обратившимися к специалисту за помощью, так и с лицами, отнесенными в результате социальной диагностики к особой категории (инвалиды, пенсионеры, определенные категории больных, подвергшихся физическому и психическому насилию и др.). Осужденным из особой категории социальная помощь оказывается обязательно и постоянно в течение всего периода отбывания наказания.

Социальная работа с осужденными должна опираться на базовые принципы:

гуманности – в основе социальной работы с осужденными должно быть внимательное, заботливое отношение, уважение к достоинству личности, ее правам и интересам;

адресности – оказание социальной помощи нуждающимся осужденным, их защита и поддержка;

доступности – все осужденные должны иметь право и реальные возможности получить социальную помощь, поддержку и защиту;

добровольности – социальная помощь не может оказываться вопреки воле осужденного за исключением случаев, когда речь идет об угрозе жизни и безопасности самих осужденных и иных обстоятельствах;

конфиденциальности – неразглашение информации о личности и социальных проблемах осужденных, которая может нанести им вред;

профилактической направленности – создание условий для предупреждения возникновения сложных ситуаций с осужденными, устранение причин их порождающих;

стимулирования осужденных – работа должна быть направлена на поиск и поддержку позитивного ресурса осужденного по самостоятельному разрешению своих проблем, личностное самосовершенствование.

Социальная работа с осужденными в ИУ проводится в трех основных формах:

социальная защита – система общих мер, осуществляемых администрацией ИУ, представителями различных государственных органов, общественных и иных организаций по обеспечению предусмотренных законом прав, свобод и интересов осужденных;

социальная поддержка – специальная система мер, направленная на подкрепление, сохранение либо восстановление условий жизнедеятельности «слабых» лиц и групп, испытывающих вследствие своей слабости отличные от других нужды, затрудняющие их нормальное существование;

социальная помощь – система разносторонних социальных мер в виде содействия, поддержки, консультирования, иных услуг, оказываемых службой социальной работы осужденным и их группам для преодоления или смягчения жизненных трудностей в процессе исправления и ресоциализации.

Социальная работа – разновидность профессиональной деятельности, поэтому назначать на должности сотрудников службы необходимо специалистов с соответствующим образованием и квалификацией либо прошедших специальную переподготовку.

Социальным обеспечением осужденных в той или иной степени занимается большинство сотрудников уголовно-исполнительной системы. Служба социальной работы является организационно-

методическим центром, основным координатором этой деятельности как внутри исправительного учреждения, так и организатором взаимодействия вовне. Функции и направления деятельности носят общий для всей службы характер и предусматривают социальную диагностику, помощь, поддержку, защиту, обеспечение и сопровождение осужденных на всех этапах отбывания наказания и во всех основных сферах жизнедеятельности.

Особый интерес в защите, поддержке, помощи осужденных представляют программы попечительского совета исправительных учреждений.

Большое внимание уделено созданию программ социальной помощи, которая продиктована необходимостью материальной поддержки уже существующих программ попечительских советов в исправительных учреждениях. Поскольку администрация пенитенциарных учреждений в сложившейся экономической ситуации не в состоянии оказывать финансовую поддержку общественности, работающей в учреждении, возникла идея самообеспечения всей деятельности советов. В качестве доноров в данной программе выступают спонсорские организации, индивидуальные жертвователи, родственники осужденных и бывшие осужденные.

Программа социальной помощи прямо и косвенно осуществляет нравственное воспитание осужденных – искоренение отрицательных нравственных чувств (жить только ради удовлетворения своих ежеминутных потребностей) и формирование положительных (забота о более нуждающихся, семье и т. п.). Одновременно прививаются социально ценные привычки и навыки поведения и искореняются отрицательные. Однако на пути решения этой проблемы возникает ряд трудностей, обусловленных личностными особенностями осужденных – относительной слабостью побуждений, ярко выраженной эгоцентрической направленностью, подверженностью отрицательным влияниям. Необходима постоянная корректировка различных форм асоциального поведения осужденных со стороны членов попечительского совета, а также их приучение к социально приемлемым нормам поведения. Постепенно осужденные овладевают умением вести себя в соответствии с принятыми в обществе нравственными принципами.

Статья 41 Конституции РФ закрепляет право граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь. Разумеется, осужденные и подследственные, как и все российские граждане, имеют право на эту помощь. Рассмотрим их права, а также то, как функционирует система медицинской помощи в УИС.

Охрана здоровья осужденных

Всеобщая декларация прав человека провозглашает, что каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая медицинский уход, который необходим для поддержания здоровья его самого и его семьи. В последнее время в России большое внимание уделяется правовому регулированию охраны здоровья граждан и связанных с ним правоотношений. Вместе с тем из поля зрения выпадает сфера профессиональной деятельности медицинских работников уголовно-исполнительной системы России. Такой подход представляется не вполне оправданным, так как лица, относящиеся к уголовно-исполнительной системе РФ, к сожалению, составляют значительный пласт российского общества.

Так, по состоянию на 1 июня 2012 г. в учреждениях уголовно-исполнительной системы содержалось 731,4 тыс. человек, в том числе в 753 исправительных колониях отбывало наказание 614,1 тыс. человек, в 143 колониях-поселениях – 40,6 тыс.; в 5 ИК для осужденных на пожизненное лишение свободы – 1792 человека. В 230 следственных изоляторах и 165 помещениях, функционирующих в режиме следственных изоляторов при колониях, содержалось 113,7 тыс. человек, в 7 тюрьмах отбывало наказание 0,9 тыс. человек, в 46 воспитательных колониях для несовершеннолетних – 2,6 тыс. человек.

Медицинское обслуживание осужденных и подследственных обеспечивают 133 больницы различного профиля, а также медицинские части или здравпункты в каждом учреждении, 59 лечебных исправительных учреждений для больных туберкулезом, 9 лечебных исправительных учреждений для больных наркоманией. Штатная численность персонала уголовно-исполнительной системы составляет 338,7 тыс. человек, в том числе аттестованных сотрудников – 246,7 тыс. человек. По данным ФСИН России, медицинское обслуживание личного состава осуществляют 56 учреждений здравоохране-

ния, в том числе 34 центра медицинской и социальной реабилитации, 14 больниц, 5 военно-врачебных комиссий и 3 санатория.

Статья 26 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон № 32-ФЗ) определяет права лиц, задержанных, заключенных под стражу, отбывающих наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы либо административного ареста, на получение медицинской помощи. В ней отмечено, что лица, задержанные, заключенные под стражу, отбывающие наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы либо административного ареста, имеют право на оказание медицинской помощи, в том числе в необходимых случаях в медицинских организациях государственной и муниципальной системы здравоохранения, в соответствии с российским законодательством. Беременные женщины, женщины во время родов и в послеродовой период из числа лиц, указанных в ч. 1 ст. 26 Закона № 323-ФЗ, имеют право на оказание медицинской помощи, в том числе в медицинских организациях охраны материнства и детства.

При невозможности оказания медицинской помощи в учреждениях уголовно-исполнительной системы лица, заключенные под стражу или отбывающие наказание в виде лишения свободы, имеют право на оказание медицинской помощи в медицинских организациях государственной и муниципальной системы здравоохранения, а также на приглашение для проведения консультаций врачей-специалистов указанных медицинских организаций в порядке, установленном Правительством РФ, за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, предусмотренных на эти цели федеральному органу исполнительной власти, осуществляющему правоприменительные функции, функции по контролю и надзору в сфере исполнения уголовных наказаний в отношении осужденных. При оказании медицинской помощи в медицинских организациях государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения сотрудниками органов и учреждений уголовно-исполнительной системы осуществляются охрана лиц, указанных в ч. 3 ст. 26 Закона № 323-ФЗ, и (при необходимости) круглосуточное наблюдение в целях обеспечения безопасности указанных лиц, медицинских работников, а также иных

лиц, находящихся в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере исполнения уголовных наказаний, совместно с уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Испытание новых методов профилактики, диагностики, лечения, медицинской реабилитации, а также лекарственных препаратов, специализированных продуктов лечебного питания, медицинских изделий и дезинфекционных средств с привлечением в качестве объекта для этих целей лиц, указанных в ч. 1 ст. 26 Закона № 323-ФЗ, не допускается.

В отношении лиц, отбывающих наказание в учреждениях уголовно-исполнительной системы, договор о добровольном медицинском страховании расторгается.

Порядок организации оказания медицинской помощи, включая медицинские организации государственной и муниципальной систем здравоохранения, лицам, указанным в ч. 1 ст. 26 Закона № 323-ФЗ, устанавливается законодательством РФ, в том числе нормативными правовыми актами уполномоченного федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере исполнения уголовных наказаний, по согласованию с уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Медицинская служба УИС является составной частью государственной системы здравоохранения и должна обеспечивать реализацию права осужденных на охрану здоровья, получение медицинской помощи в соответствии с законодательством РФ. Согласно постановлению Правительства РФ от 21 октября 2011 г. № 856 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 г.» медицинская помощь должна оказываться в объеме, предусмотренном Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи для учреждений соответствующего уровня и по видам медицинской помощи.

Профессиональная деятельность пенитенциарных медицинских работников, осуществляемая в соответствии с основными принципами охраны здоровья в РФ и направленная на выполнение законодательства РФ об охране здоровья граждан, реально проводится в условиях, отличных от классической модели здравоохранения. Наиболее значимыми являются следующие.

1. Специальный правовой статус пациентов, которым при исполнении лишения свободы гарантируются права и свободы граждан РФ с изъятиями и ограничениями, установленными действующим законодательством РФ (ч. 2 ст. 10 УИК РФ).

2. Правовое регулирование деятельности медицинских работников уголовно-исполнительной системы осуществляется в дополнение к отраслям права, регулирующим социальную роль любого медицинского персонала (гражданское право, трудовое право и нормативно-правовые акты, регулирующие сферу организации здравоохранения в РФ), нормами уголовно-исполнительного законодательства.

3. Необходимость обеспечения личной безопасности пенитенциарных медицинских работников, особенно женщин, и, как следствие этого, практика оказания медицинской помощи некоторым осужденным в присутствии третьих лиц.

4. Жесткая иерархическая система управления в учреждениях уголовно-исполнительной системы, когда по общим вопросам медики находятся в подчинении руководства мест лишения свободы. В силу этого нередко возникают проблемы с их профессиональной независимостью.

5. Привлечение медицинского персонала уголовно-исполнительной системы к выполнению немедицинских функций. Это в отличие от представителей гражданского здравоохранения особенно наглядно проявляется при участии медицинских работников исправительных учреждений в проведении обысков отдельных осужденных в целях обнаружения возможно сокрытых запрещенных предметов.

6. Обязанность медицинских работников выявлять телесные повреждения осужденных (даже без самостоятельного обращения последних в медицинскую часть), в том числе признаки симуляции и аггравации, и информировать об этом руководство исправительного учреждения.

7. Отдельные осужденные и заключенные пытаются манипулировать сотрудниками, чтобы получить определенные льготы и привилегии в исправительном учреждении. Это положение в последние годы прежде всего относится к ВИЧ-инфицированным осужденным, которые часто стремятся добиться смягчения условий содержания и особого гуманного отношения к ним.

8. Часть осужденных и лиц, заключенных под стражу, стремятся умышленно ухудшить состояние своего здоровья (или препятствуют восстановлению его) в целях освобождения от наказания в связи с болезнью (ст. 81 УК РФ), освобождения от работы (ч. 1 ст. 103 УИК РФ), получения пенсий по инвалидности.

9. Некоторые осужденные, так называемые авторитеты, стремятся попасть в больницы уголовно-исполнительной системы для смягчения условий содержания в исправительном учреждении и расширения круга общения с целью влиять на большее количество осужденных. В силу неформальных норм, сложившихся в среде осужденных, нахождение в больнице уголовно-исполнительной системы является своего рода привилегией для них. Осужденные даже прибегают к причинению самоповреждений.

10. Нахождение осужденных и заключенных большую часть времени в замкнутом и ограниченном пространстве исправительного учреждения. Осужденный никогда не остается один, и любые изменения в состоянии его здоровья сразу становятся заметны окружающим лицам.

11. Особый порядок получения медицинской помощи, при котором осужденный должен высказать свои проблемы должностному лицу исправительного учреждения (не медицинскому работнику), чтобы затем записаться и попасть на прием к врачу.

12. Особый порядок направления осужденных и заключенных для лечения в лечебно-профилактические учреждения государственной или муниципальной системы здравоохранения и получения ими дополнительной лечебно-профилактической помощи (ч. 5 ст. 101 УИК РФ).

13. Специфические условия соблюдения врачебной (медицинской) тайны в отношении осужденных. Кроме того, для осужденных и заключенных разглашение сведений, составляющих эту тайну, име-

ет гораздо более серьезные последствия – угрозу жизни и здоровью, возможность суицида и утраты социальных связей с родственниками.

Необходимо подчеркнуть, что схожие проблемы имеются и в зарубежных странах. Мировое сообщество признает их наличие и указывает на них в специальных международных стандартах обращения с осужденными. Так, в Этических и организационных аспектах медицинского обслуживания в тюрьмах указано на следующие специфические проблемы: переполненность, инфекционные болезни, наркомания, психические отклонения, насилие, изоляция в камере или личные досмотры.

2. Медико-социальная помощь осужденным женского пола

В законодательстве РФ немного нормативных правовых актов, регулирующих положение женщин в системе уголовного правосудия и учитывающих гендерную (по половому признаку) специфику проблемы. Слабый пол вынужден приспосабливаться к установленным для мужчин нормам, что вредно для физического и психического здоровья.

Конечно, хотелось как можно меньше представительниц прекрасного пола видеть в местах лишения свободы в качестве заключенных. Ведь женщина – существо от природы эмоциональное, чуткое и ранимое, которому многовековой цивилизацией человечества предписана роль жены, матери, продолжательницы рода, хранительницы домашнего очага, а любое исправительное учреждение в нашей стране представляет собой жесткий государственный механизм со своими правилами и законами. Однако в печальной реальности отбывающие наказание женщины – явление нередкое. При этом большинство законодательных положений никаких разделений по гендерному признаку не содержит (хотя утверждение, что мужчины и женщины отличаются друг от друга как физически, так и психологически, сомнений не вызывает). Данное обстоятельство еще более усложняет существование женщин в местах лишения свободы. Вместе с тем можно выделить в уголовном законодательстве РФ ряд статей, которые регулируют положение женщин в системе уголовного правосудия. В первую очередь они направлены на обеспечение возможности выполнять свои родительские обязанности.

Основными из регулирующих положение осужденных женщин статей являются следующие:

– женщина не может быть приговорена к смертной казни (ст. 59 УК РФ);

– осужденной беременной женщине, женщине, имеющей ребенка в возрасте до четырнадцати лет, кроме осужденных к ограничению свободы, к лишению свободы на срок свыше пяти лет за тяжкие и особо тяжкие преступления против личности, суд может отсрочить реальное отбывание наказания до достижения ребенком четырнадцатилетнего возраста (ч. 1 ст. 82 УК РФ); однако если осужденная женщина отказалась от ребенка или продолжает уклоняться от обязанностей по воспитанию ребенка после предупреждения, объявленного органом, осуществляющим контроль за поведением осужденной, в отношении которой отбывание наказания отсрочено, суд может по представлению этого органа отменить отсрочку отбывания наказания и направить женщину для отбывания наказания в место, назначенное в соответствии с приговором суда (ч. 2 ст. 82 УК РФ);

– по достижении ребенком четырнадцатилетнего возраста суд освобождает осужденную женщину, указанную в ч. 1 ст. 82 УК РФ, от отбывания наказания или оставшейся части наказания со снятием судимости либо заменяет оставшуюся часть наказания более мягким видом наказания (ч. 3 ст. 82 УК РФ);

– в случае наступления беременности женщина, осужденная к обязательным работам, исправительным работам, принудительным работам, вправе обратиться в суд с ходатайством об отсрочке ей отбывания наказания со дня предоставления отпуска по беременности и родам (ч. 9 ст. 175 УИК РФ);

– подозреваемая или обвиняемая женщина может содержаться в местах заключения вместе со своими детьми младше трех лет, причем для них организуются улучшенные материально-бытовые условия, специализированное медицинское обслуживание и устанавливаются повышенные нормы питания и вещевого обеспечения, снимаются ограничения по времени на ежедневные прогулки и запрещается водворение в карцер (ст. 30 Федерального закона «О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений»).

– при исправительных учреждениях могут создаваться дома ребенка, в которых дети женщин-заключенных могут содержаться до достижения ими трехлетнего возраста (ст. 100 УИК РФ);

– ребенок может быть оставлен в доме ребенка на более длительный период в том случае, если матери осталось менее года до конца срока заключения (п. 3 ст. 100 УИК РФ);

– осужденным беременным женщинам, осужденным женщинам во время родов и в послеродовой период оказывается специализированная медицинская помощь (ч. 4 ст. 100 УИК РФ);

– в исправительных учреждениях на лицевой счет осужденных беременных женщин, осужденных женщин, имеющих детей в домах ребенка исправительного учреждения, зачисляется не менее 50 % начисленной им заработной платы, пенсии или иных доходов независимо от всех удержаний (ч. 3 ст. 107 УИК РФ);

– осужденные женщины, имеющие детей в возрасте до трех лет в доме ребенка исправительного учреждения, и осужденные женщины, освобожденные от работы по беременности и родам, в штрафной изолятор, помещения камерного типа и единые помещения камерного типа не переводятся (ч. 7 ст. 117 УИК РФ).

Несмотря на законодательное закрепление указанных прав женщин, это не делает проще их жизнь в заключении. В большинстве случаев рождение в стенах исправительного учреждения ребенка является единственной возможностью хотя бы немного облегчить жизнь осужденной. Такое положение спровоцировано наличием социальных и финансовых проблем в исправительной системе, а также нарушениями прав человека, которые повсеместно проявляются в местах лишения свободы. Например, одной из главных проблем содержания женщин в пенитенциарной системе России является то, что сложившиеся в советский период условия отбывания наказания не учитывают психологические и физиологические особенности, присущие женщинам. Женщины содержатся, как мужчины, или, точнее, как некий усредненный человек без учета половых, возрастных и прочих индивидуальных особенностей.

Вместе с тем в настоящее время многое меняется к лучшему, прежде всего отношение государства и общества к заключенному, основан-

ное на требованиях Европейского союза по соблюдению прав человека. Кроме того, наконец-то появилось понимание, что необходимо не только наказать человека за совершенное преступление, но и вернуть его в общество, помогая и способствуя благополучному возвращению.

Необходимо учитывать, что реабилитировать женщину гораздо сложнее, чем мужчину, прежде всего в силу психоэмоциональных особенностей. Это связано не только с потерей социальных связей, работы, а нередко и семьи, но и с тем, что в исправительном учреждении заключенная перестает чувствовать себя женщиной. Именно поэтому на протяжении всего срока отбывания ею наказания очень важна работа психолога, который должен помочь не потерять человеческого достоинства и «не сломаться», а также социального работника, который подскажет, что положено бывшей осужденной на воле и как подготовиться к освобождению.

В целом порядок подготовки к освобождению женщин мало чем отличается от порядка подготовки мужчин, как и содержание под стражей. Процесс освобождения, за исключением некоторых особенностей, не имеет каких-либо кардинальных различий.

Подготовка к освобождению лиц, отбывающих наказание в исправительных учреждениях, регламентируется ст. 180 УИК РФ.

Подготовка к освобождению лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы, начинается не позднее чем за шесть месяцев до окончания срока заключения и включает в себя:

- проведение беседы с каждым осужденным, в процессе которой выясняется, где он намерен проживать, работать или учиться после освобождения из исправительного учреждения, имеется ли связь с родственниками, характер взаимоотношений с ними, его жизненные планы, готовность к обеспечению жизнедеятельности на свободе, с разъяснением ему целесообразности возвращения на место постоянного проживания и на предприятие, где он работал до осуждения;

- проведение занятий с освобождающимися осужденными в Школе подготовки осужденных к освобождению. На необходимость проведения подобных мероприятий указывается и в международных правовых актах. Так, в ст. 87 Рекомендации № R (87) 3 Комитета минист-

ров государствам-членам относительно Европейских пенитенциарных правил от 12 февраля 1987 г. сказано, что все заключенные должны иметь возможность воспользоваться мерами, призванными помочь им возвратиться в общество, восстановить свою семейную жизнь и найти работу после освобождения. В этих целях разрабатываются соответствующие процедуры и организуются специальные курсы;

- выдачу принадлежащих им вещей и ценностей, а также средств, хранящихся на лицевом счете (ч. 3 ст. 173 УИК РФ);

- выдачу освобождающимся осужденным паспорта, трудовой книжки, пенсионного удостоверения и других документов, хранящихся в личном деле, кроме медицинских (ч. 4 ст. 173 УИК РФ);

- получение от освобождаемых письменных заявлений с просьбой об оказании им помощи в трудовом и бытовом устройстве по избранному месту жительства;

- рассмотрение заявлений и принятие соответствующих решений по оказанию содействия в трудовом и бытовом устройстве осужденным.

Подготовка к освобождению из мест лишения свободы беременных женщин, а также женщин, имеющих при себе малолетних детей, проводится сотрудниками группы социальной защиты осужденных в контакте с медицинскими работниками исправительного учреждения. При этом выясняется возможность регистрации и трудового устройства освобождаемых, а также определения детей в дошкольные детские учреждения по избираемому ими месту жительства. В случае, когда вопрос трудового и бытового устройства освобождаемых беременных женщин, а также женщин, имеющих при себе малолетних детей, по избранному месту жительства решить невозможно, принимаются меры к установлению их родственных связей. Выясняется возможность их регистрации, трудового устройства, а также определения детей в дошкольные детские учреждения по месту жительства родственников.

В отношении освобождаемых женщин, имеющих при себе малолетних детей, больных острыми заболеваниями или с обострением хронических заболеваний, сотрудники группы социальной защиты осужденных совместно с медицинскими работниками исправительного учреждения оказывают содействие в помещении таких детей в уч-

реждения государственной или муниципальной систем здравоохранения по избранному ими месту жительства.

Осужденные женщины, освобождаемые из исправительных учреждений, нуждающиеся по состоянию здоровья в постороннем уходе, беременные женщины, женщины, имеющие малолетних детей, несовершеннолетние в возрасте до 16 лет направляются к месту жительства в сопровождении родственников или иных лиц либо работника исправительного учреждения (ч. 5 ст. 181 УИК РФ).

Освобождаемым женщинам с детьми выдается дополнительно для детей на время, необходимое для проезда к месту жительства, сухой паек в виде набора продуктов по назначению врача-педиатра дома ребенка учреждения, исполняющего наказания, или деньги в сумме, исчисляемой от средней стоимости продуктов, входящих в норму питания детей, сложившейся в месяце, предшествующем освобождению от наказания.

На детей, находившихся в домах ребенка при исправительном учреждении и следующих вместе с освобожденными женщинами, выдается один комплект белья, одежды по сезону в соответствии с возрастом ребенка.

По статистике первые дни после освобождения – самый трудный период для бывших заключенных, особенно женщин. Именно в это время становится ясно, что ждет человека впереди: еще один шанс начать новую жизнь или временной отрезок между заключениями, поэтому необходимо для потерявших социальные связи и жилье женщин (учитывая большие затруднения с трудоустройством) создавать реабилитационные центры, где они смогли бы жить и работать, постепенно переходя от тюремного регламентированного быта к жизни в новых условиях.

Представляется эффективным издание нескольких специальных брошюр для женщин, как медицинских, в которых врачи исправительного учреждения давали бы полезные советы по сохранению и поддержанию здоровья в условиях заключения, так и юридических, в которых были бы обобщены законодательные акты (с комментариями к ним), касающиеся пребывания в местах лишения свободы. Ознакомившись с информацией, опубликованной в этих брошюрах, женщины смогут самостоятельно добиваться реализации всего объема данных им прав.

Хотя среди представительниц слабого пола рецидив встречается гораздо реже, судьба бывших осужденных зависит от множества факторов, и в первую очередь от государственной политики по отношению к ним. Разумеется, женщина всегда останется таковой и сумеет приспособиться к любым самым сложным условиям. Однако для того чтобы жить нормальной жизнью, иметь крышу над головой, работать и воспитывать детей, очень важно владеть определенными правовыми знаниями, представлять, куда обращаться за помощью, какие именно инстанции ее могут оказать.

Следует отметить, что современная российская криминология (в отличие, например, от американской, более 20 лет развивающей особое направление – феминистическую криминологию) не уделяет большого внимания преступлениям женщин. Это обусловлено тем, что их вклад в общую картину преступности не оценивается специалистами как значительный. Однако подобное равнодушие к женским проблемам в обществе и порождает женскую преступность.

3. Медико-социальная помощь несовершеннолетним осужденным

Реализация уголовно-исполнительной политики государства немислима без решения задач организации медицинского обеспечения лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы. Среди них большое значение имеет изучение и анализ состояния здоровья несовершеннолетних осужденных, содержащихся в воспитательных колониях. Рост числа негативных поведенческих явлений среди подростков, хронических неинфекционных заболеваний, а также болезней века – ВИЧ-инфекции и парентеральных гепатитов вызывает обоснованную тревогу всего нашего общества.

Так, в настоящее время в местах лишения свободы содержится более 500 тыс. больных, страдающих социально значимыми заболеваниями: активной формой туберкулеза – 74 тыс. человек, ВИЧ-инфицированных – 29 тыс., наркоманией – 102 тыс., страдающих хроническим алкоголизмом – 70 тыс., сифилисом – 26 тыс. человек. Количество больных с психическими расстройствами превысило 100 тыс. человек.

Одной из актуальных и практически важных задач, стоящих перед медицинской службой уголовно-исполнительной системы России, является профилактика и снижение трудопотерь, вызванных заболеваемостью с временной утратой трудоспособности. Вместе с тем для решения вопросов охраны здоровья несовершеннолетних осужденных и разработки лечебных и профилактических мероприятий, направленных на уменьшение заболеваемости, необходимо знание причин, поддерживающих ее высокий уровень.

В настоящее время установлено, что охрану здоровья несовершеннолетних лиц, находящихся в воспитательных колониях, невозможно решить без ежегодных профилактических осмотров, в ходе которых выделяются группы со скрытыми и нераспознанными заболеваниями, начальными проявлениями патологии и практически здоровые лица.

Каждая из этих групп несовершеннолетних осужденных требует определенной тактики действий от медицинских работников при исполнении наказания с целью сохранения их здоровья. Важно также знать динамику изменения состояния здоровья в зависимости от срока содержания и режимных условий воспитательной колонии. Существующая система профилактических осмотров и традиционные методы диспансеризации в ВК, к сожалению, не обеспечивают оптимального управления этими процессами, поскольку ориентированы на распознавание болезни, а не на оценку состояния здоровья. В связи с этим необходимо проводить научные исследования по разработке системы первичной профилактики заболеваний, эффективных методов их ранней диагностики и лечения, что обусловлено также возрастанием воздействия на несовершеннолетних лиц, поступающих в воспитательную колонию, психологических, эмоциональных, производственных и социально-бытовых факторов, нередко носящих стрессовый характер.

Новое социальное окружение, формирующееся в исправительном учреждении по случайному признаку, вызывает у человека естественное стремление приспособиться к этим условиям. Процесс социальной адаптации протекает сугубо индивидуально для каждого несовершеннолетнего осужденного в соответствии с его личностными качествами, предшествующим жизненным опытом и состоянием здоровья.

4. Проблема смертности среди осужденных

Во всем мире состояние здоровья заключенных значительно отличается от общенациональных показателей, что связано с концентрацией в пенитенциарной системе социально дезадаптированной прослойки населения, наличием в тюрьмах условий, облегчающих распространение некоторых инфекционных заболеваний, и рядом других факторов. При этом данные проблемы не изолированы, так как большинство лиц, находящихся в местах лишения свободы, рано или поздно возвращаются в общество, поэтому пенитенциарные учреждения представляют собой важный ресурс общественного здравоохранения, позволяющий выявлять, проводить лечение и профилактику большой группы заболеваний в сложной целевой группе, нередко труднодостижимой для служб гражданского здравоохранения.

Смертность осужденных в РФ примерно в 1,6 раза ниже этого показателя для общего населения аналогичного возраста, что обусловлено более низкими показателями смертности заключенных от сердечно-сосудистых заболеваний, а также от травм и отравлений, то есть двух ведущих причин смерти граждан РФ трудоспособного возраста.

Смертность осужденных от инфекционных и паразитарных болезней в 2,8 раза больше таковой для россиян трудоспособного возраста, а основные резервы для сокращения предотвратимой смертности заключенных в РФ заключаются в эффективном контроле туберкулеза. Общее впечатление о необходимых для этого ресурсах можно получить исходя из численности заключенных, больных туберкулезом (около 85 тыс. человек, 16 % – страдают туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью), и средних общих затрат на медикаменты на курс лечения одного больного. Средства, выделяемые на лекарственное обеспечение борьбы с туберкулезом в учреждениях УИС (310 млн руб. в год), достаточны для полного обеспечения препаратами 1-го ряда, однако потребности в противотуберкулезных препаратах 2-го ряда остаются в значительной мере необеспеченными. Следует также учитывать, что в общей структуре затрат на лечение туберкулеза расходы на медикаменты составляют менее половины необходимых средств. Точные оценки по пенитенциарной системе отсутствуют, однако, по данным ВОЗ, в гражданском секторе здраво-

охранения РФ при общих затратах на излечение больного, у которого впервые выявлен туберкулез, от 1150 до 1500 долл. США. 50–60 % занимают расходы на длительное стационарное лечение больных, которое традиционно широко используется в России в отличие от большинства других стран мира. Это свидетельствует о том, что повышение экономической эффективности лечения туберкулеза в России может быть также достигнуто за счет оптимизации методов лечения, более широкого использования амбулаторных подходов и стандартных курсов терапии. Из других приоритетов для улучшения эпидемиологической ситуации по туберкулезу следует отметить дальнейшее сокращение численности заключенных, усиление лабораторной базы, бесперебойное снабжение противотуберкулезными препаратами (в том числе 2-го ряда), улучшение взаимодействия с гражданскими медико-социальными службами.

В случае смерти больного факт смерти удостоверяется лечащим врачом, а в его отсутствие – дежурным врачом. О смерти больного администрация больницы сообщает в установленном порядке в медицинский отдел территориального органа управления УИС, а также прокурору, осуществляющему надзор в местах лишения свободы. О смерти больного администрация больницы извещает также его родственников. Трупы умерших подвергаются обязательному патологоанатомическому исследованию, по окончании которого составляется подробный протокол. В случае насильственной смерти, смерти от последствия травмы, отравления или их осложнений, а также при отсутствии установленного при жизни больного диагноза заболевания производится судебно-медицинская экспертиза в установленном порядке. Выдача тел умерших осужденных их родственникам для захоронения, а также похороны неостребованных тел производятся в установленном порядке.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Конституция Российской Федерации. – СПб. : Виктория плюс, 2003.
2. Декларация Международной конференции «Охрана здоровья в тюрьмах», 2003.
3. Уголовный кодекс Российской Федерации : федер. закон : [от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ] // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 1996. – № 25. – Ст. 2954.
4. Уголовно-исполнительный кодекс Российской Федерации : федер. закон : [от 8 янв. 1997 г. № 1-ФЗ] // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 1997. – № 2. – Ст. 198.
5. О ветеранах : федер. закон : [от 12 янв. 1995 г. № 5-ФЗ] // Рос. газ. – 2000. – 5 янв.
6. О наркотических средствах и психотропных веществах : федер. закон : [от 8 дек. 1998 г. № 3-ФЗ] // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 1998. – № 2. – Ст. 219.
7. О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации : федер. закон : [от 18 июня 2001 г. № 77-ФЗ] // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 2001. – № 26. – Ст. 2581.
8. О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений : федер. закон : [от 15 июля 1995 г. № 103-ФЗ] // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 1995. – № 29. – Ст. 2759.
9. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации : федер. закон : [от 24 нояб. 1995 г. № 181-ФЗ] // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 1995. – № 48. – Ст. 4563.
10. О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов : федер. закон : [от 2 авг. 1995 г. № 122-ФЗ] // Рос. газ. – 1995. – 4 авг.
11. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : федер. закон : [от 21 нояб. 2011 г. № 323-ФЗ] // Рос. газ. – 2011. – 23 нояб.
12. Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации : федер. закон : [от 28 дек. 2013 г. № 442-ФЗ] // Рос. газ. – 2013. – 30 дек.

13. О государственных пенсиях РСФСР : закон РСФСР : [от 20 нояб. 1990 г. № 340-I] // <http://zakonbase.ru/content/base/5916>.

14. О повышении государственных пенсий в Российской Федерации : закон Рос. Федерации : [от 12 окт. 1992 г. № 3697-1] // Рос. газ. – 1992. – 27 окт.

15. О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании : закон Рос. Федерации : [от 2 июля 1992 г. № 3185-1] // СПС «Гарант».

16. Об учреждениях и органах, исполняющих уголовные наказания в виде лишения свободы : закон Рос. Федерации : [от 21 июля 1993 г. № 5473-1] // Ведомости Съезда народных депутатов Рос. Федерации и Верховного Совета Рос. Федерации. – 1993. – № 33. – Ст. 1316.

17. Положение о Федеральной службе исполнения наказаний : утв. Указом Президента Рос. Федерации : [от 13 окт. 2004 г. № 1314] // Рос. газ. – 2004. – 19 окт.

18. О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 г. : постановление Правительства Рос. Федерации : [от 21 окт. 2011 г. № 856] // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 2011. – № 44. – Ст. 6270.

19. Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ, подлежащих контролю в Российской Федерации : постановление Правительства Рос. Федерации : [от 30 июня 1998 г. № 681].

20. Положение о порядке признания лица инвалидом : утв. постановлением Правительства Рос. Федерации : [от 13 авг. 1996 г. № 965] // Рос. газ. – 1996. – 21 авг.

21. О переходе органов и учреждений здравоохранения Российской Федерации на международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра : приказ Министерства здравоохранения Рос. Федерации : [от 27 мая 1997 г. № 170] // Здравоохранение. – 1997. – № 7.

22. О порядке организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключенным под стражу : приказ Минздравсоцразвития России и Минюста России :

[от 17 окт. 2005 г. № 640/190] // Бюл. нормат. актов федер. органов исполнит. власти. – 2005. – № 46.

23. Об утверждении Инструкции об оказании содействия в трудовом и бытовом устройстве, а также оказании помощи осужденным, освобождаемым от отбывания наказания в исправительных учреждениях уголовно-исполнительной системы : приказ Минюста России : [от 13 янв. 2006 г. № 2] // Бюл. норм. актов федер. органов исполнит. власти. – 2006. – № 7.

24. Об утверждении типовых структур штатов подразделений уголовно-исполнительной системы Минюста России : приказ Главного управления исполнения наказаний Минюста России : [от 20 марта 2000 г. № 41].

25. 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 : приказ Минюста России : [от 2 авг. 2005 г. № 125] // Бюл. нормат. актов федер. органов исполнит. власти. – 2005. – № 33.

26. Положение о группе социальной защиты и учета трудового стажа осужденных исправительных учреждений : утв. приказом Минюста России : [от 30 дек. 2005 г. № 262] // Бюл. Минюста Рос. Федерации. – 2006. – № 3.

27. Беззубик, К. В. Содержание и методика психосоциальной работы в системе социальной работы : учеб. пособие для студ. вуза / К. В. Беззубик ; под ред. Е. А. Сигиды. – М. : ИНФРА, 2010. – 167 с.

28. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение / под ред. В. В. Покровского. – М. : ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2006.

29. Давыдова, Н. В. Пенитенциарная медицина: история и люди : учеб. пособие / Н. В. Давыдова, Л. Ф. Пертли. – Вып. 1. – М., 2011. – 95 с.

30. Давыдова, Н. В. Организация медико-социального и материально-бытового обеспечения несовершеннолетних осужденных женского пола : учеб. пособие / Н. В. Давыдова, Л. Ф. Пертли. – М., 2008. – 112 с.

31. Датий, А. Ф. Искусственные заболевания у подследственных и осужденных : пособие / А. Ф. Датий, Б. С. Селиванов. – М., 2011. – 19 с.

32. Дмитриевский, А. А. СПИД: приговор отменяется / А. А. Дмитриевский, И. И. Сазонова. – М. : Олимп ; АСТ, 2008.
33. Мартыненко, А. В. Медико-социальная работа: теория, технология, образование / А. В. Мартыненко. – М. : Наука, 1999.
34. Основы социальной работы : учебник / отв. ред. П. Д. Павленок. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : ИНФРА-М, 2003.
35. Пособие по медико-социальной экспертизе и реабилитации / под ред. М. В. Коробова, В. Г. Помникова. – СПб. : Гиппократ, 2003.
36. Практическое руководство по социальной работе с различными категориями осужденных / Э. В. Петрухин [и др.]. – М. : Юриспруденция, 2008. – 22 с.
37. Профилактика ВИЧ/СПИДа : метод. пособие для специалистов, работающих с молодежью / Е. Л. Имеева и др. – Улан-Удэ, 2002.
38. Психические расстройства у подростков, ассоциированные с пенитенциарным стрессом : учеб. пособие / Е. В. Макушкин [и др.] ; под ред. Т. Б. Дмитриевой, А. С. Кононца. – М., 2007. – 98 с.
39. Семке, В. Я. Пенитенциарная психология и психопатология : руководство / В. Я. Семке : в 2 т. – М. ; Томск ; Кемерово, 2007. – 382 с.
40. Социальная работа : учеб. пособие / под ред. В. И. Курбатова. – 2-е изд., перераб. и доп. – Ростов н/Д : Феникс, 2003.
41. Социальная работа в пенитенциарных учреждениях : учеб. пособие / А. Я. Гришко [и др.] ; под ред. А. Н. Сухова. – М. : МПСИ ; Воронеж : МОДЭК, 2008. – 382 с.
42. Тен, Е. Е. Основы социальной медицины : учеб. пособие / Е. Е. Тен. – М. : ИНФРА-М, 2003.
43. Тетерский, С. В. Введение в социальную работу : учеб. пособие / С. В. Тетерский. – М. : Академ. проспект, 2005.
44. Холостова, Е. И. Социальная реабилитация : учеб. пособие / Е. И. Холостова, Н. Ф. Дементьева. – 2-е изд. – М. : Дашков и К, 2001.
45. Черношвитов, Е. В. Социальная медицина : учеб. пособие / Е. В. Черношвитов. – М. : ВЛАДОС, 2000.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие.....	3
Лекция 1. Введение в медико-социальную работу в пенитенциарных учреждениях.....	6
Лекция 2. Социально значимые заболевания в среде подозреваемых, обвиняемых и осужденных.....	45
Лекция 3. Медико-социальные и правовые аспекты охраны здоровья в пенитенциарных учреждениях.....	74
Лекция 4. Медико-социальные аспекты помощи пожилым людям, женщинам и несовершеннолетним в пенитенциарных учреждениях. Проблемы, связанные со смертностью.....	98
Список рекомендуемой литературы.....	128

Учебное издание

Шатохина Лариса Вадимовна,
Жарких Лариса Анатольевна

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА
В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ**

Курс лекций

Печатается в авторской редакции

Корректоры *О. А. Кейзина, Т. Н. Русакова*
Компьютерная верстка *Г. Н. Смирнова*

Подписано в печать 30.10.2015. Формат 60x84 1/16. Бумага офсетная.
Гарнитура Times. Печ. л. 8,25. Усл. печ. л. 7,67. Тираж 500 экз. Заказ №

Редакционно-издательский отдел Академии ФСИН России
390000, г. Рязань, ул. Сенная, 1

Отпечатано: Отделение полиграфии РИО Академии ФСИН России
390000, г. Рязань, ул. Сенная, 1