

Центр содействия реформе уголовного правосудия



Серия «Знай свои права!»

Права заключенных-инвалидов

МОСКВА, 2013

Составитель
В.М. Фридман

*Издано при поддержке
Института «Открытое Общество»
в помощь осужденным,
библиотекам уголовно-исполнительной системы.*

Права заключенных-инвалидов / Серия «Знай свои права!». Сост. В.М.Фридман. – М.: РОО «Центр содействия реформе уголовного правосудия», 2013. – 80 с.

ДЛЯ БЕСПЛАТНОГО РАСПРОСТРАНЕНИЯ

© РОО «Центр содействия реформе уголовного правосудия», 2013

Введение

Право - это огромный массив информации. Все наши права отражены в законодательстве, а законодательство часто меняется, дополняется, проверяется судебной практикой. Данную брошюру мы предлагаем рассматривать как источник первичной и далеко не полной информации. В брошюре перечислены нормативные правовые акты, которые, на наш взгляд, помогут на первом этапе ознакомления с правами инвалидов, в частности с правами заключенных-инвалидов.

Человек, беспокоящийся о защите своих прав, должен постоянно следить за развитием законодательства, практикой его применения. Конечно, наиболее рациональный подход – это обратиться к услугам юриста. Однако прежде стоит постараться найти ответ самостоятельно, да и общаться с профессионалам лучше, когда обладаешь хотя бы начальными знаниями по предмету вопроса.

Тексты актуальных редакций всех действующих законов РФ, нормативные правовые акты субъектов РФ можно найти на сайтах правовых систем «Гарант» <http://www.garant.ru> и «КонсультантПлюс» <http://www.consultant.ru>, судебные решения - на сайтах соответствующих судов.

Российская Федерация как участник Конвенции о защите прав и основных свобод признает юрисдикцию Европейского суда по правам человека обязательной по вопросам толкования и применения Конвенции и Протоколов к ней. Советуем ознакомиться и с правовой позицией ЕСПЧ по интересующему вас вопросу. На русском языке решения ЕСПЧ по России публикуются в бюллетенях ВС РФ и на сайтах организаций, занимающихся помощью гражданам в обжаловании решений российских судов в ЕСПЧ.

В брошюре представлены документы по состоянию на 01.09.2013 г., опубликованные на сайтах правовых систем Гарант и КонсультантПлюс.

В брошюре приведены примеры успешного судебного отстаивания прав заключенных-инвалидов.

Полезная для всех информация:

С 01.11.2013 г. начинает действовать Приказ Минздрава России от 21.06.2013 N 396н «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н». Переоформление полиса в случае изменения места жительства застрахованного лица больше требоваться не будет. Одно неудобство: при переезде региона нахождения для получения помощи в рамках обязательного медицинского страхования (бесплатно) по выданному до 01.11.2013 г. полису нужно представить в медицинскую организацию как пластиковую так и бумажную формы полиса. При отсутствии одной из них в помощи по «старому» полису, кроме экстренных случаев, могут отказать.

Список Нормативных правовых актов, помогающих в защите прав инвалидов

1. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации";
2. Федеральный закон от 12.01.1995 № 5-ФЗ "О ветеранах";
3. Федеральный закон от 03.12.2012 N 219-ФЗ "О бюджете Фонда социального страхования Российской Федерации на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов";
4. Постановление Правительства РФ от 07.04.2008 № 240 "О порядке обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями";
5. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 31.07.2008 № 370н "Об утверждении формы заключения врачебной комиссии медицинской организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь, о нуждаемости ветерана в обеспечении протезами (кроме зубных протезов) протезно-ортопедическими изделиями и порядка ее заполнения" (вместе с "Порядком заполнения формы № 88-1/у "Заключение врачебной комиссии медицинской организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь, о нуждаемости ветерана в обеспечении протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями");
6. Приказ Минздравсоцразвития России от 04.08.2008 N 379н (ред. от 03.06.2013) "Об утверждении форм индивидуальной программы реабилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, порядка их разработки и реализации" (Зарегистрировано в Минюсте России 27.08.2008 N 12189)
7. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 18 февраля 2013 г. № 65н "Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации"
8. Приказ Минздравсоцразвития России от 24.11.2010 N 1031н (ред. от 17.06.2013) "О формах справки, подтверждающей факт установления инвалидности, и выписки из акта освидетельствования гражданина, признанного инвалидом, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и порядке их составления" (вместе с "Порядком составления форм справки, подтверждающей факт установления инвалидности, и выписки из акта освидетельствования гражданина, признанного инвалидом, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы") (Зарегистрировано в Минюсте России 20.01.2011 N 19539)
9. Распоряжение Правительства РФ от 30.12.2005 № 2347-р "О федеральном перечне реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду";
10. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 31.01.2011 № 57н "Об утверждении Порядка выплаты компенсации за самостоятельно приобретенное инвалидом техническое средство реабилитации и (или) оказанную услугу, включая порядок определения ее размера и порядок информирования граждан о размере указанной компенсации";

11. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 24.05.2013 № 214н "Об утверждении классификации технических средств реабилитации (изделий) в рамках федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 30.12.2005г. №2347-р»;
12. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 24.05.2013 № 215н "Об утверждении Сроков пользования техническими средствами реабилитации, протезами и протезно-ортопедическими изделиями до их замены".
13. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 14.09.2011 № 1041н "Об утверждении Административного регламента предоставления Фондом социального страхования Российской Федерации государственной услуги по обеспечению инвалидов техническими средствами реабилитации и (или) услугами и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями, а также по выплате компенсации за самостоятельно приобретенные инвалидами технические средства реабилитации (ветеранами протезы (кроме зубных протезов), протезно-ортопедические изделия) и (или) оплаченные услуги и ежегодной денежной компенсации расходов инвалидов на содержание и ветеринарное обслуживание собак-проводников".
14. Постановление Правительства РФ от 30.11.2005 N 708 "Об утверждении Правил обеспечения инвалидов собаками-проводниками, включая выплату ежегодной денежной компенсации расходов на содержание и ветеринарное обслуживание собак-проводников";
15. Постановление Правительства РФ от 25.09.2007 N 608 "О порядке предоставления инвалидам услуг по сурдопереводу за счет средств федерального бюджета";
16. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 24.05.2013г. № 215н утвердил сроки пользования техническими средствами реабилитации, протезами и протезно-ортопедическими изделиями до их замены.
17. Приказ Минтруда России от 25.12.2012 N 627 "Об утверждении методики, позволяющей объективизировать и систематизировать доступность объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности для инвалидов и других маломобильных групп населения, с возможностью учета региональной специфики" (вместе с "ГОСТ Р 51079-2006 (ИСО 9999:2002) Группа Р20. Национальный стандарт Российской Федерации. Технические средства реабилитации людей с ограничениями жизнедеятельности (ОКС 11.180 ОКП 94 0100).

В основном, из названий Постановлений, Приказов, Федеральных законов понятно, какую информацию можно извлечь из текста.

Кратко поясним, какие знания можно получить, ознакомившись с текстами следующих нормативно-правовых актов:

1. Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации"

(С изменениями и дополнениями от: 24 июля 1998 г., 4 января, 17 июля 1999 г., 27 мая 2000 г., 9 июня, 8 августа, 29, 30 декабря 2001 г., 29 мая 2002 г., 10 января, 23 октября 2003 г., 22 августа, 29 декабря 2004 г., 31 декабря 2005 г., 18 октября, 1 ноября, 1 декабря 2007 г., 1 марта, 14, 23 июля 2008 г., 28 апреля, 24 июля 2009 г., 9 декабря 2010 г., 1, 19 июля, 6, 16, 30 ноября 2011 г., 10, 20 июля, 30 декабря 2012 г., 23 февраля, 7 мая, 2 июля 2013 г.).

Настоящий Федеральный закон определяет государственную политику в области социальной защиты инвалидов в Российской Федерации, целью которой является обеспечение инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации гражданских, экономических, политических и других прав и свобод, предусмотренных Конституцией Российской Федерации, а также в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами Российской Федерации.

Предусмотренные настоящим Федеральным законом меры социальной защиты инвалидов являются расходными обязательствами Российской Федерации, за исключением мер социальной поддержки и социального обслуживания, относящихся к полномочиям государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Данный закон разъясняет понятия:

Инвалид - лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

Ограничение жизнедеятельности - полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

В зависимости от степени расстройства функций организма и ограничения жизнедеятельности лицам, признанным инвалидами, устанавливается группа инвалидности, а лицам в возрасте до 18 лет устанавливается категория "ребенок-инвалид".

Реабилитация инвалидов - система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной и профессиональной деятельности. Реабилитация инвалидов направлена на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма, в целях социальной адаптации инвалидов, достижения ими материальной независимости и их интеграции в общество.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида - разработанный на основе решения уполномоченного органа, осуществляющего руководство федеральными учреждениями, медико-социальной экспертизы комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида является обязательной для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от орга-

низационно-правовых форм и форм собственности.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида (ИПР) содержит как реабилитационные мероприятия, предоставляемые инвалиду с освобождением от платы в соответствии с федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, так и реабилитационные мероприятия, в оплате которых принимают участие сам инвалид либо другие лица или организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности.

Объем реабилитационных мероприятий, предусматриваемых ИПР инвалида, не может быть меньше установленного федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду.

ИПР имеет для инвалида рекомендательный характер, он вправе отказаться от того или иного вида, формы и объема реабилитационных мероприятий, а также от реализации программы в целом. Инвалид вправе самостоятельно решить вопрос об обеспечении себя конкретным техническим средством реабилитации или видом реабилитации, включая кресла-коляски, протезно-ортопедические изделия, печатные издания со специальным шрифтом, звукоусиливающую аппаратуру, сигнализаторы, видеоматериалы с субтитрами или сурдопереводом, другими аналогичными средствами.

Рекомендуем ознакомиться с **Административным регламентом предоставления Фондом социального страхования РФ государственной услуги по обеспечению инвалидов техническими средствами реабилитации и (или) услугами и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями, а также по выплате компенсации за самостоятельно приобретенные инвалидами технические средства реабилитации (ветеранами протезы (кроме зубных протезов), протезно-ортопедические изделия) и (или) оплаченные услуги и ежегодной денежной компенсации расходов инвалидов на содержание и ветеринарное обслуживание собак-проводников**, утвержден приказом Минздравоохранения России от 14 сентября 2011 г. N 1041н.

Социальная защита инвалидов - система гарантированных государством экономических, правовых мер и мер социальной поддержки, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

Социальная поддержка инвалидов - система мер, обеспечивающая социальные гарантии инвалидам, устанавливаемая законами и иными нормативными правовыми актами, за исключением пенсионного обеспечения.

Рекомендуем ознакомиться с:

ГОСТ Р 53059-2008 «Социальное обслуживание населения. Социальные услуги инвалидам», утвержден приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 17 декабря 2008 г. N 436-ст,

ГОСТ Р 52884-2007 «Социальное обслуживание населения. Порядок и

условия предоставления социальных услуг гражданам пожилого возраста и инвалидам», утвержден приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 27 декабря 2007 г. N 562-ст.

Медико-социальная экспертиза (МСЭ) - определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма.

МСЭ осуществляется исходя из комплексной оценки состояния организма на основе анализа клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных освидетельствуемого лица с использованием классификаций и критериев, разрабатываемых и утверждаемых в порядке, определяемом уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти.

МСЭ осуществляется федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы, подведомственными уполномоченному органу, определяемому Правительством Российской Федерации.

На федеральные учреждения медико-социальной экспертизы возлагаются:

- 1) установление инвалидности, ее причин, сроков, времени наступления инвалидности, потребности инвалида в различных видах социальной защиты;
- 2) разработка индивидуальных программ реабилитации инвалидов;
- 3) изучение уровня и причин инвалидности населения;
- 4) участие в разработке комплексных программ реабилитации инвалидов, профилактики инвалидности и социальной защиты инвалидов;
- 5) определение степени утраты профессиональной трудоспособности;
- 6) определение причины смерти инвалида в случаях, когда законодательством Российской Федерации предусматривается предоставление мер социальной поддержки семье умершего.

Решение учреждения медико-социальной экспертизы является обязательным для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно-правовых форм и форм собственности.

Оказание квалифицированной медицинской помощи инвалидам осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации в рамках программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Ответственность за нарушение прав инвалидов. Граждане и должностные лица, виновные в нарушении прав и свобод инвалидов, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Рассмотрение споров. Споры по вопросам установления инвалидности, реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов, предоставления конкретных мер социальной защиты, а также споры, касающиеся иных прав и свобод инвалидов, рассматриваются в судебном порядке.

2) Распоряжение Правительства Российской Федерации № 2347-р от 30 декабря 2005 года (в ред. распоряжения Правительства РФ от 12.11.2010 N 1980-р), утвердило **Перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду.**

Предусмотрено обеспечение инвалидов следующими техническими средствами реабилитации:

1. Трости опорные и тактильные, костыли, опоры, поручни.
2. Кресла-коляски с ручным приводом (комнатные, прогулочные, активного типа), с электроприводом, малогабаритные.
3. Протезы, в том числе эндопротезы, и ортезы.
4. Ортопедическая обувь.
5. Противопролежневые матрацы и подушки.
6. Приспособления для одевания, раздевания и захвата предметов.
7. Специальная одежда.
8. Специальные устройства для чтения «говорящих» книг, для оптической коррекции слабовидения.
9. Собаки-проводники с комплектом снаряжения.
10. Медицинские термометры и тонометры с речевым выходом.
11. Сигнализаторы звука световые и вибрационные.
12. Слуховые аппараты, в том числе с ушными вкладышами индивидуального изготовления.
13. Телевизоры с телетекстом для приема программ со скрытыми субтитрами.
14. Телефонные устройства с текстовым выходом.
15. Голосообразующие аппараты.
16. Специальные средства при нарушениях функций выделения (моче- и калоприемники).
17. Абсорбирующее белье, памперсы.
18. Кресла-стулья с санитарным оснащением.

В соответствии с Перечнем могут предоставляться следующие виды услуг:

1. Ремонт технических средств реабилитации, включая протезно-ортопедические изделия.
2. Содержание и ветеринарное обслуживание собак-проводников (путем выплаты ежегодной денежной компенсации).
3. Услуги по сурдопереводу.

Доверенность

Часто заключенному в отставании прав помогают родственники, знакомые. Делают это родственники в соответствии с законом по доверенности, которой заключенный уполномочил их на совершение определенных действий. С 01.09.2013 г. в Гражданский кодекс РФ внесены существенные изменения.

Кардинально пересмотрены существовавшие десятилетиями нормы о доверенностях и представительстве. Здесь мы отметим только **изменения, касающиеся доверенностей заключенных при отстаивании медицинских и социальных прав:**

- доверенность можно выдать сразу нескольким лицам; например, если раньше для того, чтобы доверить двум вашим родственникам получить медицинские документы в медучреждениях, в которых вы проходили лечение, необходимо было выдать две доверенности, то теперь вполне хватит одной, где перечислены данные этих двух родственников;

- к нотариально удостоверенным доверенностям все так же приравниваются доверенности заключенных, удостоверенные администрацией исправительного учреждения;

- отменен трехлетний максимальный срок действия доверенностей, то есть доверенность можно выдавать на любой срок, хоть на пятьдесят лет, но если срок забыли указать, то она по-прежнему действует в течение одного года;

Нормативные правовые акты, помогающие в защите прав заключенных-инвалидов

Приказ МВД РФ N 1115, Минздрава РФ N 475 от 31.12.1999

(в ред. Приказа МВД РФ N 170, Минздрава РФ N 107 от 18.03.2003, Приказа МВД РФ N 996, Минздравсоцразвития РФ N 1025н от 24.12.2009)

"Об утверждении Инструкции о порядке медико-санитарного обеспечения лиц, содержащихся в изоляторах временного содержания органов внутренних дел"

(Зарегистрировано в Минюсте РФ 24.02.2000 N 2131) (извлечения)

В целях совершенствования организации медицинской помощи лицам, содержащимся в изоляторах временного содержания органов внутренних дел, улучшения взаимодействия по данному вопросу с лечебно-профилактическими учреждениями государственной и муниципальной систем здравоохранения, организации в них необходимых условий режима содержания и охраны данной категории лиц - приказываем:

1. Утвердить прилагаемую Инструкцию о порядке медико-санитарного обеспечения лиц, содержащихся в изоляторах временного содержания органов внутренних дел.

2. Министрам внутренних дел, начальникам ГУВД, УВД по субъектам Российской Федерации, УВДТ, ОВДРО МВД России, руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации организовать работу по оказанию медицинской помощи лицам, содержащимся в изоляторах временного содержания органов внутренних дел (далее - ИВС), в соответствии с требованиями Инструкции, утвержденной настоящим Приказом.

(п. 2 в ред. Приказа МВД РФ N 996, Минздравсоцразвития РФ N 1025н от 24.12.2009)

4. Контроль за выполнением настоящего Приказа возложить на заместителей Министра внутренних дел Российской Федерации и заместителей Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации по курируемым направлениям деятельности.

ИНСТРУКЦИЯ О ПОРЯДКЕ МЕДИКО-САНИТАРНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЛИЦ, СОДЕРЖАЩИХСЯ В ИЗОЛЯТОРАХ ВРЕМЕННОГО СОДЕРЖАНИЯ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

1. Медицинские работники изоляторов временного содержания органов внутренних дел¹ <*> организуют и осуществляют медицинскую помощь подозреваемым и обвиняемым в совершении преступлений, контроль за выполнением в ИВС государственных санитарно-эпидемиологических правил и нормативов.

В случае отсутствия в ИВС медицинских работников функции по медико-санитарному обеспечению подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений возлагаются на медицинских работников здравпункта городского, районного и линейного органа внутренних дел².

Лица, нуждающиеся в скорой медицинской помощи, а также амбулаторном либо стационарном обследовании и лечении по поводу онкологических, венерических заболеваний, ВИЧ-инфекции, туберкулеза, сахарного диабета, других заболеваний, при которых показано непрерывное наблюдение и лечение, обеспечиваются необходимой медицинской помощью в соответствующих лечебно-профилактических учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения.

КонсультантПлюс: примечание.

По вопросу, касающемуся порядка медико-санитарного обеспечения подозреваемых и обвиняемых, см. Приказ МВД РФ от 22.11.2005 N 950.

2. При оказании медицинской помощи медицинские работники ИВС руководствуются Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 N 5487-1 <*>, другими нормативными правовыми актами Российской Федерации о здравоохранении, законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации, а также настоящей Инструкцией.

7. В ИВС должны быть разработаны должностные инструкции для медицинских работников, график работы медицинского персонала, правила внутреннего распорядка для больных, находящихся в медицинском изоляторе ИВС.

II. Основные задачи и функции медицинского персонала

7. Основными задачами медицинских работников ИВС являются:

7.1. Организация и оказание медицинской помощи лицам, содержащимся в ИВС.

7.2. Осуществление противоэпидемического обеспечения лиц, содержащихся в ИВС.

7.4. Осуществление взаимодействия с учреждениями государственной и муниципальной систем здравоохранения и уголовно-исполнительной системы³ по вопросам медико-санитарного обеспечения лиц, содержащихся в ИВС.

8. При оказании медицинской помощи лицам, содержащимся в ИВС, медицинские работники ИВС осуществляют:

¹ Далее - ИВС.

² Медицинские работники, указанные в пункте 1 настоящей Инструкции, далее именуются - медицинские работники ИВС.

³ Далее - УИС.

8.1. Активное выявление инфекционных, венерических, кожных, психических, паразитарных и других опасных заболеваний путем проведения медицинских осмотров: при поступлении, при проведении покамерных обходов, при обращениях за медицинской помощью, при убытии из ИВС.

8.2. Оказание амбулаторно-поликлинической первичной медико-санитарной помощи.

8.3. Организацию оказания скорой медицинской помощи.

8.4. Организацию консультаций больных, нуждающихся в медицинской помощи.

8.5. Организацию и осуществление госпитализации лиц, нуждающихся в стационарном лечении.

8.6. Выполнение рекомендаций и назначений врачей - специалистов и консультантов.

8.13. Ведение необходимой медицинской документации:

журнал медицинских осмотров лиц, содержащихся в ИВС (приложение 4 к настоящей Инструкции);

III. Организация медицинского обеспечения

9. В течение первых суток пребывания в ИВС проводится первичный медицинский осмотр всех вновь поступивших с целью выявления лиц с подозрением на инфекционные заболевания, представляющих опасность для окружающих, и больных, нуждающихся в скорой медицинской помощи. При этом обращается особое внимание на наличие проявлений кожных, венерических, психических заболеваний, пораженность педикулезом, чесоткой.

Осмотр проводится медицинским работником в медицинском кабинете. Регистрация больных и лиц, предъявляющих жалобы на состояние здоровья, осуществляется в журнале медицинских осмотров лиц, содержащихся в ИВС.

10. В случае отсутствия медицинского работника в период поступления в ИВС вновь прибывших лиц, дежурный по ИВС, а при отсутствии штатного дежурного по ИВС - дежурный (помощник дежурного) по органу внутренних дел, опрашивает их о состоянии здоровья.

При наличии жалоб от вновь поступивших лиц на плохое самочувствие или признаках заболевания (травмы) дежурный по ИВС (дежурный, помощник дежурного по органу внутренних дел) обязан немедленно вызвать медицинского работника ИВС либо бригаду скорой медицинской помощи.

О результатах опроса подозреваемых и обвиняемых, заявленных при этом жалобах на состояние здоровья и оказанной нуждавшимся медицинской помощи производятся необходимые записи в журнале медицинских осмотров лиц, содержащихся в ИВС, который хранится в медицинской части ИВС, а в период отсутствия медицинского работника - у дежурного по ИВС (дежурного, помощника дежурного по органу внутренних дел).

11. Все доставленные для содержания в ИВС лица подвергаются обязательной санитарной обработке в санпропускнике с камерной дезинфекцией вещей, результаты которой заносятся в журнал регистрации дезинфекции (дезинсекции). В дальнейшем помывка содержащихся в ИВС лиц обеспечивается по графику, не реже одного раза в семь дней.

12. Лица, пораженные контагиозными кожными (в том числе чесоткой), гнойничковыми и грибковыми заболеваниями, моются отдельно от остальных и в послед-

ною очередь. Все находившиеся в контакте с ними лица осматриваются медицинским работником ИВС и направляются на дополнительную санитарную обработку.

Одежда и постельные принадлежности этих лиц подвергаются камерной обработке, результаты которой заносятся в журнал регистрации дезинфекции (дезинсекции), а нательное и постельное белье - дополнительно кипячению и стирке.

Подозреваемые и обвиняемые, у которых при осмотре выявлен педикулез, подвергаются санитарной обработке в санпропускнике с применением противопедикулезных препаратов.

13. Лица с подозрением на наличие инфекционного заболевания, чесотки, педикулеза сразу после осмотра изолируются от здоровых и помещаются в медицинский изолятор или специально выделенную камеру, где содержатся отдельно от других лиц до установления диагноза.

Изолируются от окружающих также лица с признаками психического заболевания. Совместное содержание их с другими лицами допускается лишь после осмотра и письменного заключения врача-психиатра.

14. О каждом случае выявления инфекционного (паразитарного) заболевания медицинский работник ИВС докладывает начальнику учреждения и вышестоящему медицинскому начальнику.

При отсутствии в ИВС медицинского работника дежурный по ИВС (дежурный, помощник дежурного по органу внутренних дел) докладывает начальнику учреждения (или лицу, его заменяющему) о каждом случае выявления в ИВС лиц, подозрительных на наличие инфекционного (паразитарного) заболевания. Начальник ИВС (или лицо, его заменяющее) принимает меры к изоляции таких лиц и вызову в ИВС медицинских работников.

15. При выявлении в ИВС больных с подозрением на наличие психического, опасного инфекционного заболевания, а также других лиц, нуждающихся в скорой медицинской помощи, медицинский работник ИВС (в случае его отсутствия - дежурный по ИВС (дежурный, помощник дежурного по органу внутренних дел)) в установленном порядке вызывает бригаду скорой медицинской помощи.

При состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях), медицинский работник ИВС (в случае его отсутствия - дежурный по ИВС, дежурный, помощник дежурного по органу внутренних дел) немедленно вызывает бригаду скорой медицинской помощи. До момента прибытия бригады скорой медицинской помощи медицинский работник ИВС обязан проводить реанимационные и иные необходимые мероприятия, направленные на сохранение жизни больного. В случае отсутствия медицинского работника дежурный, помощник дежурного по органу внутренних дел обязан оказывать первую помощь до момента прибытия бригады скорой медицинской помощи.

16. Если по заключению медицинского работника ИВС или бригады скорой медицинской помощи подозреваемый или обвиняемый нуждается в стационарном лечении, он направляется в соответствующее лечебно-профилактическое учреждение государственной или муниципальной системы здравоохранения.

17. При наличии договоренности между руководством городскими, районными и линейными органами внутренних дел и руководством лечебно-профилактического учреждения государственной или муниципальной системы здравоохранения об оказании необходимой медицинской помощи подозреваемым и обвиняемым, в этом

учреждении выделяются и соответствующим образом оборудуются (с помощью органов внутренних дел) специальные палаты.

18. В случаях заболевания подозреваемого и обвиняемого в совершении преступления в пути следования (этапирования), конвой доставляет заболевшего в ближайшее лечебно-профилактическое учреждение государственной или муниципальной системы здравоохранения и передает под охрану соответствующего органа внутренних дел.

19. В целях безопасности медицинских работников лечебно-профилактических учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения и бригад скорой медицинской помощи администрация ИВС организует их допуск к больному только в сопровождении дежурного (помощника дежурного) по ИВС, а при отсутствии штатного дежурного по ИВС - дежурного (помощника дежурного) по органу внутренних дел, предварительно изолировав лицо, нуждающееся в медицинской помощи, в камере либо в другом свободном помещении режимной зоны ИВС.

20. При отсутствии показаний к госпитализации старшим медицинским работником бригады скорой медицинской помощи составляется соответствующая справка с указанием результатов осмотра, диагноза, выполненных медицинских манипуляций, а также рекомендаций для медицинских работников ИВС по ведению данного больного. Указанная справка приобщается к личному делу лица, содержащегося в ИВС. Сведения, изложенные в справке, переносятся медицинским работником ИВС в журнал медицинских осмотров лиц, содержащихся в ИВС.

21. Лица, поступившие в ИВС из учреждений УИС, а также осужденные к лишению свободы обеспечиваются медицинской помощью (кроме скорой) в медицинских учреждениях УИС.

О результатах медицинского обследования и характере оказанной медицинской помощи нуждавшимся из этой категории лиц производятся необходимые записи в медицинской документации, находящейся в их личном деле.

22. Лица, нуждающиеся в амбулаторном либо стационарном обследовании и лечении по поводу онкологических, венерических заболеваний, ВИЧ-инфекции, туберкулеза, сахарного диабета, других заболеваний, при которых показано непрерывное наблюдение и лечение, обеспечиваются необходимой медицинской помощью в соответствующих лечебно-профилактических учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения.

23. Лица заболевшие, но не имеющие показаний для госпитализации, обеспечиваются необходимой амбулаторной медицинской помощью в период пребывания в ИВС силами медицинских работников ИВС.

24. В случае отсутствия в ИВС медицинских работников мероприятия по оказанию первой помощи лицам, содержащимся в них, осуществляются сотрудниками ИВС.

У дежурного по ИВС (дежурного, помощника дежурного по органу внутренних дел) должна быть аптечка для оказания первой помощи (приложение 3 к настоящей Инструкции).

25. Медикаменты, назначаемые медицинскими работниками подозреваемым и обвиняемым, хранятся у дежурного по ИВС (дежурного, помощника дежурного по органу внутренних дел) и принимаются больными только в его присутствии.

26. В целях выявления заболевших из числа лиц, содержащихся в ИВС, проверки санитарного содержания помещений ИВС медицинским работником ИВС, в соответствии с графиком работы, производится покамерный обход, результаты ко-

тогого заносятся в журнал медицинских осмотров лиц, содержащихся в ИВС, и в журнал санитарного содержания ИВС.

27. Всем убывающим из ИВС (в том числе и транзитным) медицинским работником ИВС проводится обязательный медицинский осмотр для определения годности к условиям этапирования. Результаты осмотра оформляются медицинской справкой о состоянии здоровья каждого убывающего, которая приобщается к его личному делу. Медицинская справка содержит также информацию о наличии заболеваний, результатах проведенного в период пребывания в ИВС медицинского обследования и оказанной медицинской помощи.

Этапированию не подлежат заболевшие, нуждающиеся в скорой медицинской помощи.

28. В случае смерти содержащегося в ИВС лица либо нахождения его в тяжелом (крайне тяжелом) состоянии администрация ИВС незамедлительно сообщает об этом его близким родственникам и надзирающему прокурору.

Приложение 4
к Инструкции о порядке медико-санитарного
обеспечения лиц, содержащихся в ИВС ОВД

**ЖУРНАЛ
МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ЛИЦ, СОДЕРЖАЩИХСЯ В ИВС**

№ п/п	Ф.И.О.	Возраст	Дата поступления	Данные осмотра при поступлении	Дата и время обращения	Данные осмотра при обращении
1	2	3	4	5	6	7

Разворот приложения 4

Дата убытия	Данные осмотра при убытии	Осмотр бригадой СМП		
		Время вызова и прибытия бригады	Результат осмотра (госпитализации)	Рекомендации
8	9	10	11	12

Ниже приводим определение Верховного суда РФ, в котором ВС РФ подробно аргументировал своё несогласие с доводами заявителя.

Хотя для конкретного заявителя П. решение ВС РФ отрицательное, полагаем, что ознакомление с данным определением будет полезно тем, кто хочет аргументированно отстаивать свои права в суде.

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ
от 6 октября 2011 г. № КАС11-506**

Кассационная коллегия Верховного Суда Российской Федерации в составе: председательствующего Федина А.И., членов коллегии Манохиной Г.В., Крупнова И.В.,

при секретаре К., с участием прокурора Кротова В.А. рассмотрела в открытом судебном заседании гражданское дело по заявлению П. о признании недействующими Приказа Министерства внутренних дел Российской Федерации и Министер-

ства здравоохранения Российской Федерации от 31 декабря 1999 г. N 1115/475 и Инструкции о порядке медико-санитарного обеспечения лиц, содержащихся в изоляторах временного содержания органов внутренних дел, утвержденной данным Приказом (в целом и в части пункта 21 Инструкции),

по кассационной жалобе П. на решение Верховного Суда Российской Федерации от 25 октября 2010 г., которым в удовлетворении заявленного требования отказано.

Заслушав доклад судьи Верховного Суда Российской Федерации Федина А.И., объяснения представителя Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации С., возражавшей против удовлетворения кассационной жалобы, заключение прокурора Генеральной прокуратуры Российской Федерации Кротова В.А., полагавшего кассационную жалобу необоснованной,

Кассационная коллегия установила:

Приказом Министерства внутренних дел Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 декабря 1999 г. N 1115/475 утверждена Инструкция о порядке медико-санитарного обеспечения лиц, содержащихся в изоляторах временного содержания органов внутренних дел (далее - Инструкция).

Данный нормативный правовой акт зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 24 февраля 2000 г., регистрационный N 2131, официально опубликован в Бюллетене нормативных актов федеральных органов исполнительной власти 13 марта 2000 г., N 11.

Согласно пункту 21 Инструкции лица, поступившие в изоляторы временного содержания (далее - ИВС) из учреждений уголовно-исполнительной системы (далее - УИС), а также осужденные к лишению свободы, обеспечиваются медицинской помощью (кроме скорой) в медицинских учреждениях УИС.

О результатах медицинского обследования и характере оказанной медицинской помощи нуждавшимся из этой категории лиц производятся необходимые записи в медицинской документации, находящейся в их личном деле.

П. обратился в Верховный Суд Российской Федерации с заявлением о признании недействующими Приказа Министерства внутренних дел Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 декабря 1999 г. N 1115/475 и утвержденной им Инструкции, ссылаясь на то, что они не были опубликованы в "Российской газете".

Заявитель указал, что при передаче его из СИЗО конвоем для доставления в судебное заседание сотрудники конвоя отказали ему в обеспечении медицинской помощи. По мнению заявителя, пункт 21 Инструкции противоречит Основам законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, Федеральному закону "О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений".

Верховным Судом Российской Федерации от 25 октября 2010 г. постановлено решение, которым П. отказано в удовлетворении заявления.

П., не соглашаясь с решением суда, просит в кассационной жалобе об отмене решения суда и вынесении решения об удовлетворении заявления.

В кассационной жалобе указал на то, что нарушен порядок опубликования нормативного правового акта, так как оспариваемый нормативный правовой акт был опубликован только в Бюллетене нормативных актов федеральных органов исполнительной власти и не был опубликован в "Российской газете".

В жалобе ссылаясь также на то, что при издании Инструкции (пункта 21) не было учтено, что в случае расположения ИВС на далеком расстоянии от СИЗО ме-

дицинская помощь практически не может быть оказана своевременно, чем нарушаются его права.

Заявитель в судебное заседание не явился, о времени и месте судебного разбирательства извещен надлежащим образом (л.д. 100).

Кассационная коллегия Верховного Суда Российской Федерации, проверив материалы дела, обсудив доводы кассационной жалобы, не находит оснований для удовлетворения кассационной жалобы и отмены решения суда.

Согласно статье 29 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (далее - Основы), утвержденных Верховным Советом Российской Федерации 22 июля 1993 г. N 5487-1, лица, задержанные, отбывающие наказание в виде ограничения свободы, ареста, заключенные под стражу, отбывающие наказание в местах лишения свободы либо административный арест, имеют право на получение медицинской помощи в необходимых случаях в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения за счет средств соответствующих бюджетов (часть 1).

Порядок организации медицинской помощи лицам, задержанным, отбывающим наказание в виде ограничения свободы, ареста, заключенным под стражу, отбывающим наказание в местах лишения свободы либо административный арест, устанавливается федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения, совместно с заинтересованными федеральными органами исполнительной власти (часть 5).

Аналогичная норма содержится в статье 24 Федерального закона от 15 июля 1995 г. N 103-ФЗ "О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений".

Таковыми федеральными органами исполнительной власти являются Министерство внутренних дел Российской Федерации и Министерство здравоохранения Российской Федерации, Приказом которых от 31 декабря 1999 г. N 1115/475 была утверждена оспариваемая заявителем Инструкция.

Пункт 21 Инструкции определяет порядок оказания медицинской помощи лицам, поступившим в ИВС из учреждений УИС.

Порядок организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключенным под стражу, регулируется Приказом Минздрава России и Минюста России N 640/190 от 17 октября 2005 г.

В пункте 40 Приказа N 640/190 от 17 октября 2005 г. предусмотрено, что всем убывающим из СИЗО проводится обязательное медицинское освидетельствование для определения пригодности к условиям транспортировки.

К перевозке не допускаются больные в острой стадии заболевания, больные инфекционными и венерическими заболеваниями, пораженные педикулезом, чесоткой и не прошедшие установленный курс лечения, а также нетранспортабельные больные.

Таким образом, суд пришел к правильному выводу о том, что поскольку обязанность медицинского обеспечения лиц, содержащихся в следственных изоляторах, возлагается на медицинские части СИЗО, которые проводят медицинский осмотр лица перед отправкой его из СИЗО, оценивают состояние здоровья и определяют возможность этапирования, а также необходимость сопровождения медицинским работником, то пункт 21 Инструкции правомерно предусматривает таким лицам, поступившим в ИВС, оказание только скорой (неотложной) медицинской помощи.

Порядок оказания медицинской помощи в пути следования, этапирования, кон-

воирования устанавливается пунктом 18 оспариваемой Инструкции, согласно которому в случаях заболевания подозреваемого и обвиняемого в совершении преступления в пути следования (этапирования) конвой доставляет заболевшего в ближайшее лечебно-профилактическое учреждение государственной или муниципальной системы здравоохранения и передает под охрану соответствующего органа внутренних дел.

При таком положении доводы заявителя о нарушении оспариваемыми положениями нормативного правового акта (пунктом 21 Инструкции) его права на охрану здоровья являются несостоятельными.

Судом первой инстанции установлено и подтверждается материалами дела, что Приказ Министерства внутренних дел Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 декабря 1999 г. N 1115/475 издан в пределах предоставленных федеральным органам исполнительной власти полномочий, зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 24 февраля 2000 г. и официально опубликован в Бюллетене нормативных актов федеральных органов исполнительной власти 13 марта 2000 г., N 11.

Суд правильно признал необоснованными доводы заявителя о том, что нормативный правовой акт не опубликован в установленном порядке, поскольку Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти, в котором был опубликован оспариваемый акт, относится к официальным источникам опубликования нормативных правовых актов.

Установив, что оспариваемый заявителем нормативный правовой акт не противоречит федеральному закону или другому нормативному правовому акту, имеющим большую юридическую силу, не нарушает прав и законных интересов заявителя, суд первой инстанции обоснованно на основании части 1 статьи 253 ГПК РФ отказал в удовлетворении заявления.

Вывод суда о законности оспариваемых Приказа Министерства внутренних дел Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 декабря 1999 г. N 1115/475 и пункта 21 Инструкции сделан судом исходя из компетентности органа, издавшего данные нормативные правовые акты и на основе анализа норм федерального законодательства.

Оснований для отмены решения суда по доводам кассационной жалобы не имеется.

Руководствуясь статьями 360, 361 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации, Кассационная коллегия Верховного Суда Российской Федерации определила:

решение Верховного Суда Российской Федерации от 25 октября 2010 г. оставить без изменения, а кассационную жалобу П. - без удовлетворения.

ИНСТРУКЦИЯ О ПОРЯДКЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ПОДОЗРЕВАЕМЫХ, ОБВИНЯЕМЫХ И ОСУЖДЕННЫХ В УЧРЕЖДЕНИЯХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

(утв. Минюстом РФ 23.08.1999 N 18/39-1010)

1. Настоящая Инструкция разработана в соответствии с требованиями нормативных документов по медико-социальной экспертизе и реабилитации инвалидов в Российской Федерации и определяет порядок направления подозреваемых, обви-

няемых и осужденных (далее - лиц, содержащихся в учреждениях УИС⁴ на медико-социальную экспертизу, проведения освидетельствования и его документальное оформление, составления индивидуальной программы реабилитации инвалида, порядок обжалования решения учреждений медико-социальной экспертизы (далее - бюро медико-социальной экспертизы).

КонсультантПлюс: примечание.

Постановление Правительства РФ от 13.08.1996 N 965 утратило силу в связи с изданием Постановления Правительства РФ от 20.02.2006 N 95, утвердившего новые Правила признания лица инвалидом.

КонсультантПлюс: примечание.

Постановление Минтруда РФ N 1, Приказ Минздрава N 30 от 29.01.1997, утверждавшие Классификации и временные критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы, признаны утратившими силу Приказом Минздравсоцразвития РФ от 10.10.2005 N 630.

Приказом Минздравсоцразвития РФ от 23.12.2009 N 1013н утверждены Классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы.

2. Освидетельствование лиц, содержащихся в учреждениях УИС, в бюро медико-социальной экспертизы проводится на общих основаниях в порядке, определенном "Положением о признании лица инвалидом", утвержденным Постановлением Правительства Российской Федерации от 13 августа 1996 г. N 965, и в соответствии с Классификациями и временными критериями, используемыми при осуществлении медико-социальной экспертизы, утвержденными Постановлением Минтруда России и Минздрава России от 29 января 1997 года N 1/30.

3. На медико-социальную экспертизу 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.

4. Лицо, нуждающееся в проведении медико-социальной экспертизы, подает на имя руководителя территориального бюро медико-социальной экспертизы через начальника учреждения УИС письменное заявление в произвольной форме.

5. Начальник ЛПУ⁵ УИС принимает меры к обследованию лица, содержащегося в учреждениях УИС, перед направлением на медико-социальную экспертизу в условиях лечебно-профилактических учреждений УИС, при необходимости в условиях медицинских учреждений территориальных органов здравоохранения для уточнения диагноза и степени выраженности функциональных нарушений.

КонсультантПлюс: примечание.

Приказом Минздравсоцразвития РФ от 31.01.2007 N 77 утверждена форма N 088/у-06 "Направление на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь".

6. По результатам клинико-диагностического обследования, подтверждающего выраженные нарушения функций организма и ограничения жизнедеятельности, врачи ЛПУ оформляют направление на медико-социальную экспертизу (ф. 088/У-97), утвержденную Приказом Минздрава России от 14.05.1997 N 141.

⁴ УИС - уголовно-исполнительная система.

⁵ ЛПУ - лечебно - профилактическое учреждение.

7. Администрация учреждения УИС формирует и представляет в территориальное бюро медико-социальной экспертизы личное дело, характеристику, медицинскую карту (историю болезни), направление на медико-социальную экспертизу и заявление лица, содержащегося в учреждениях УИС, о проведении освидетельствования, одновременно решается вопрос о времени и месте проведения освидетельствования.

Если нарушения здоровья связаны с профессиональным заболеванием, для освидетельствования необходимо заключение территориального центра профессиональной патологии органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

При наличии последствий трудового увечья представляется акт о несчастном случае на производстве в соответствии с приложением N 2 к Положению о порядке расследования и учета несчастных случаев на производстве, утвержденному Постановлением Правительства Российской Федерации от 03.06.1995 N 558 (ф. Н 1), или другой документ о несчастном случае, связанном с исполнением трудовых обязанностей.

КонсультантПлюс: примечание.

Постановлением Минтруда РФ от 24.10.2002 N 73 утверждена и введена в действие с 1 января 2003 года новая форма акта о несчастном случае на производстве.

8. 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.

9. 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 ЛПУ УИС, начальника отряда или воспитателя (далее - представителей администрации) и надлежащую охрану в целях пресечения возможных эксцессов со стороны освидетельствуемого.

10. Территориальное 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 медико-социальной экспертизы принимают участие представители администрации.

11. Справка о результатах освидетельствования лица, содержащегося в учреждениях УИС, или справка о результатах определения степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах выдается ему под роспись.

12. Выписка из акта освидетельствования об установлении группы инвалидности учреждениями медико-социальной экспертизы в 3-дневный срок направляется в органы, осуществляющие пенсионное обеспечение.

КонсультантПлюс: примечание.

Порядок представления и оформления документов для назначения пенсий, утвержденный Минтрудом РФ 13.08.1992 N 1654-РБ и Минсоцзащиты РФ 14.08.1992 N 1-2761-18, утратил силу со дня его издания (Постановление Минтруда РФ от 02.07.1998 N 27).

13. Выписка из акта освидетельствования о результатах определения степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах, нуждаемости в дополни-

тельных видах помощи выдается представителям администрации учреждения УИС для направления работодателю в соответствии с требованиями, изложенными в Порядке представления и оформления документов для назначения пенсии, утвержденном Минтрудом России 13.08.92 N1654-РБ и Минсоцзащиты России 14.08.92 N1-2761-18.

14. Индивидуальная программа реабилитации лица, признанного инвалидом, составляется в присутствии и при участии представителя администрации учреждения УИС и осуществляется в порядке, предусмотренном "Положением о признании лица инвалидом", утвержденным Постановлением Правительства Российской Федерации от 13.08.96 N 965.

15. Переосвидетельствование подследственных или осужденных производится в установленные сроки в порядке, определяемом "Положением о признании лица инвалидом", утвержденным Постановлением Правительства Российской Федерации от 13 августа 1996 г. N 965.

16. Решение бюро медико-социальной экспертизы может быть обжаловано подследственным или осужденным путем подачи письменного заявления на имя руководителя бюро медико-социальной экспертизы, проводившего освидетельствование, или в главное бюро медико-социальной экспертизы.

Решение главного бюро медико-социальной экспертизы может быть обжаловано в месячный срок в органе социальной защиты населения субъекта Российской Федерации по социальным вопросам или в суде в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

**Приказ Минюста РФ от 02.08.2005 N 125(ред. от 03.07.2008)
"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"**

(Зарегистрировано в Минюсте РФ 05.08.2005 N 6871) (извлечения)

1. Утвердить:

минимальную норму питания для осужденных к лишению свободы, содержащихся в учреждениях Федеральной службы исполнения наказаний, на мирное время (приложение 1);

норму питания для подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений, находящихся в следственных изоляторах Федеральной службы исполнения наказаний, на мирное время (приложение 2);

норму питания для осужденных к лишению свободы несовершеннолетних, содержащихся в воспитательных колониях Федеральной службы исполнения наказаний, на мирное время (приложение 3);

норму питания для больных осужденных к лишению свободы, а также подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений, находящихся на стационарном лечении в лечебных учреждениях исправительных колоний, тюрем и следственных изоляторов Федеральной службы исполнения наказаний, на мирное время (приложение 4);

минимальную норму материально-бытового обеспечения осужденных к лишению свободы, а также подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений, находящихся в следственных изоляторах Федеральной службы исполнения наказа-

ний, на мирное время (приложение 5);

норму индивидуального рациона питания для осужденных к лишению свободы, а также для подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений при их этапировании, нахождении в судах (приложение 6);

норму для осуществления принудительного питания осужденных к лишению свободы, а также подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений, находящихся в следственных изоляторах Федеральной службы исполнения наказаний, на мирное время (приложение 7);

нормы замены продуктов при выдаче их по нормам питания для осужденных к лишению свободы, а также подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений, находящихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы (приложение N 8).

Приложение 1
к Приказу Министерства юстиции РФ
от 02.08.2005 N 125

**Минимальная норма питания для осужденных к лишению свободы,
содержащихся в учреждениях Федеральной службы исполнения
наказаний, на мирное время⁶**

Наименование продуктов	Количество на одного человека в сутки (граммов)	
	мужчины	женщины
Хлеб из смеси муки ржаной обдирной и пшеничной 1 сорта	300	200
Хлеб пшеничный из муки 2 сорта	250	250
Мука пшеничная 2 сорта	5	5
Крупа разная	100	90
Макаронные изделия	30	30
Мясо	90	90
Рыба	100	100
Маргариновая продукция	35	30
Масло растительное	20	20
Молоко коровье (миллилитров)	100	100
Яйца куриные (штук в неделю)	2	2
Сахар	30	30
Соль поваренная пищевая	20	15
Чай натуральный	1	1
Лавровый лист	0,1	0,1
Горчичный порошок	0,2	0,2
Томатная паста	3	3
Картофель	550	500
Овощи	250	250
Мука соевая текстурированная (с массовой	10	10

⁶ Основание: Постановление Правительства Российской Федерации от 11 апреля 2005 г. N 205.

Наименование продуктов	Количество на одного человека в сутки (граммов)	
	мужчины	женщины
долей белка не менее 50%)		
Кисели сухие витаминизированные или фрукты	25	25
сушеные	10	10

Примечания:

2. Дополнительно к данной норме выдавать на одного человека в сутки: осужденным к лишению свободы инвалидам I и II групп: масла коровьего - 20 г; молока коровьего - 150 (миллилитров); яиц куриных - 1,5 (штук в неделю).

Приложение 4
к Приказу Министерства юстиции РФ
от 02.08.2005 N 125

Норма питания для больных осужденных к лишению свободы, а также подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений, находящихся на стационарном лечении в лечебных учреждениях исправительных колоний, тюрем и следственных изоляторов Федеральной службы исполнения наказаний, на мирное время

Наименование продуктов	Количество на одного человека в сутки (граммов)
Хлеб из смеси муки ржаной обдирной и пшеничной 1 сорта	200
Хлеб пшеничный из муки 2 сорта	200
Мука пшеничная 2 сорта	5
Крупа разная	70
Макаронные изделия	20
Мясо	100
Рыба	100
Маргариновая продукция	15
Масло растительное	20
Молоко коровье (миллилитров)	250
Масло коровье	20
Яйца куриные (штук)	0,5
Сахар	40
Соль поваренная пищевая	10
Чай натуральный	1
Лавровый лист	0,1
Горчичный порошок	0,2
Томатная паста	3
Картофель	400
Овощи	300
Крахмал сухой картофельный	1

Наименование продуктов	Количество на одного человека в сутки (граммов)
Мука соевая текстурированная (с массовой долей белка не менее 50%)	10
Кисель сухой витаминизированный	25
или фрукты сушеные	15

Примечания:

1. По данной норме также обеспечивать: больных, находящихся на амбулаторном лечении по поводу язвенной болезни, злокачественных новообразований, дистрофии, авитаминоза, анемии, больных СПИДом и ВИЧ-инфицированных, а также лиц, наблюдающихся по поводу туберкулеза 0, I, II, III, V групп диспансерного учета, вне зависимости от места содержания, лиц, наблюдающихся по IV и VI группам диспансерного учета на период проведения химиотерапии, вне зависимости от места содержания.

2. Дополнительно к данной норме выдавать на одного человека в сутки:

а) больным, находящимся на стационарном и амбулаторном лечении по поводу туберкулеза, дистрофии, язвенной болезни, авитаминоза, анемии, злокачественных новообразований, а также больным СПИДом и ВИЧ-инфицированным: хлеба пшеничного из муки 2 сорта - 50 г; макаронных изделий - 10 г; овощей - 50 г; сахара - 5 г; мяса - 50 г; мяса птицы - 20 г; молока коровьего - 250 (миллилитров); соков плодовых и ягодных - 100 (миллилитров); масла коровьего - 20 г; творога - 50 г;

в) осужденным, страдающим психическими расстройствами, находящимся на лечении в психиатрических больницах (отделениях) во время проведения инсулиншоковой терапии (25 - 30 суток): сахара - 200 г.

Приложение 5
к Приказу Министерства юстиции РФ
от 02.08.2005 N 125

Минимальная норма 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 время⁷

Наименование	Единицы измерения	Количество на одного человека в месяц	
		мужчины	женщины
Хозяйственное мыло	граммов	200	200
Туалетное мыло	граммов	50	100
Зубная паста (порошок)	граммов	30	30
Зубная щетка (штук на 6 месяцев)	штук	1	1
Одноразовая бритва	штук	6	-
Средства личной гигиены для женщин	штук	-	10
Туалетная бумага	метров	25	25

Примечание: Дополнительно к данной норме выдавать на одного человека в месяц:

а) осужденным к лишению свободы обоого пола, занятым на тяжелых работах и

⁷ Основание: Постановление Правительства Российской Федерации от 11 апреля 2005 г. N 205.

работах с вредными условиями труда, а также больным, находящимся на стационарном лечении в лечебных исправительных учреждениях: хозяйственного мыла - 50 г;

б) осужденным к лишению свободы обоего пола, содержащимся в воспитательных колониях, в том числе находящимся на стационарном лечении: хозяйственного мыла - 200 г, а осужденным мужского пола, кроме того, туалетного мыла - 50 г;

в) осужденным обоего пола, размещенным в карантинных отделениях исправительных учреждений: хозяйственного мыла - 50 г.

Приложение 6
к Приказу Министерства юстиции
Российской Федерации от 02.08.2005 N 125

**Норма индивидуального рациона питания (ИРП) осужденных
к лишению свободы, а также подозреваемых и обвиняемых
в совершении преступлений при этапировании, нахождении в судах**

Наименование продуктов	Количество на одного человека в сутки, г
Хлеб из смеси муки ржаной обдирной и пшеничной 1 сорта или	500
галеты простые из муки пшеничной обойной и 2 сорта	300
Концентраты первых обеденных блюд	30
Концентраты вторых обеденных блюд	168
Сахар	40
Чай	2
Ложка пластиковая (шт.)	1
Стакан полипропиленовый (шт.)	1

Примечания:

1. По данной норме обеспечивают указанные контингенты в случае, когда приготовление пищи из продуктов основных норм питания не представляется возможным.

2. Для гидротации концентратов первых и вторых обеденных блюд, входящих в состав данной нормы, приготовления чая довольствующиеся при приеме пищи обеспечиваются горячей водой.

Приложение 7
к Приказу Министерства юстиции
Российской Федерации от 02.08.2005 N 125

**Норма для осуществления принудительного питания осужденных
к лишению свободы, а также подозреваемых и обвиняемых
в совершении преступлений, находящихся в следственных изоляторах
Федеральной службы исполнения наказаний, на мирное время**

Наименование продуктов	Количество на одного человека в сутки, г
Крупа манная или овсяная	50
Мясо для бульона	200
Масло коровье	30
Яйцо куриное (штук)	2

Сахар	100
Молоко коровье (миллилитров)	800
Соль поваренная пищевая	10
Аскорбиновая кислота (миллиграммов)	100

Приложение 8
к Приказу Министерства юстиции
Российской Федерации от 02.08.2005 N 125

**Нормы замены продуктов при выдаче их по нормам питания для
осужденных к лишению свободы, а также подозреваемых и обвиняемых
в совершении преступлений, находящихся в учреждениях
Уголовно-исполнительной системы**

N пункта	Наименование продуктов <1>	Количество, г		Кроме того, заменять по пунктам номера
		заменяемого продукта	продукта-заменителя	
1	Хлеб из смеси муки ржаной обдирной и пшеничной 1 сорта	100		
	заменять:			
	хлебом формовым из диспергированного (тонко измельченного) пшеничного зерна		113	
	галетами простыми из муки пшеничной обойной и 2 сорта		60	
	мукой ржаной обдирной		42	
	мукой пшеничной 1 сорта		28	
	хлебцами хрустящими		80	
	хлебом из муки пшеничной 2 сорта		95	2
2	хлебом белым из муки пшеничной 1 сорта		90	
	Хлеб белый из муки пшеничной 2 сорта	100		
	заменять:			
	хлебом белым из муки пшеничной 1 сорта		95	
3	хлебом формовым из диспергированного (тонко измельченного) пшеничного зерна		110	
	Крупы разную	100		
	заменять:			
	крупами, не требующими варки		100	
	макаронными изделиями		100	
	концентратами крупами, крупноовощными и овощными		100	
	мукой пшеничной 2 сорта		100	
	консервами "Соевые бобы в томатном соусе"		200	
	картофелем свежим		500	4
	овощами свежими		500	4
овощами квашеными и солеными		500	4	
	картофелем и овощами сушеными, пюре картофельным сухим, картофельной круп-		100	

N пункта	Наименование продуктов <1>	Количество, г		Кроме того, заменять по пунктам номера
		заменяемого продукта	продукта-заменителя	
	кой, картофелем и овощами сублимационной сушки			
	консервами овощными и бобовыми натуральными и маринованными (включая заливку)		500	
	консервами овощными первых обеденных блюд без мяса		375	
	консервами овощными заправочными		250	
4	Картофель, овощи свежие, квашеные и соленые	100		3
	заменять:			
	луком репчатым <2>		50	
	луком репчатым сушеным или сублимационной сушки <2>		5	
	луком зеленым (перо) <2>		100	
	чесноком		25	
	морской капустой <3>		100	
5	Лук репчатый	100		
	заменять:			
	морской капустой <3>		200	
6	Дрожжи прессованные	100		
	заменять:			
	дрожжами сушеными		50	
7	Мясо - говядину, свинину, баранину	100		
	заменять:			
	мясными блоками на костях		100	
	мясными блоками без костей		80	
	олениной		130	
	кониной		100	
	субпродуктами первой категории (в том числе печенью)		100	
	субпродуктами второй категории		300	
	мясом кроликов		100	
	мясом птицы потрошенной		100	
	мясом птицы полупотрошенной и непотрошенной		120	
	мясом сублимационной и тепловой сушки		33	
	колбасой вареной и сосисками (сардельками)		80	
	мясокопченостями (ветчина, грудинка, рулеты, колбаса полукопченая)		60	
	консервами мясными разными		75	
	консервами из птицы с костями		100	
	рыбой (в охлажденном, мороженом и соленом виде) без головы		150	8, 11

№ пункта	Наименование продуктов <1>	Количество, г		Кроме того, заменять по пунктам номера
		заменяемого продукта	продукта-заменителя	
	консервами рыбными разными		120	8
	сыром сычужным твердым		48	11
	сыром плавленым		72	11
	яйцами куриными, шт.		2	11,12
	концентратом бульона для приготовления первых блюд		80	
8	Рыбу (в охлажденном, мороженом и соленом виде) потрошеную без головы	100		7, 11
	заменять:			
	сельдью соленой и копченой с головой		100	
	рыбой всех видов и семейств с головой независимо от состояния разделки		130	
	рыбой копченой и вяленой (в том числе воблой)		75	
	рыбным филе		70	
	рыбой сушеной и рыбой сублимационной сушки		33	
	сельдью соленой без головы,		85	
	независимо от состояния разделки			
	консервами рыбными разными		80	7
	консервами овощными закусочными		120	3,17
	кетой, горбушей соленой с головой		100	
	кетой, горбушей соленой без головы		85	
9	Маргарин	100		
	заменять:			
	маслом коровьим <4>		67	
	маслом растительным		100	
	жиром-сырцом		130	
	салом-шпик		100	
10	Сметану 20% жирности	100		
	заменять:			
	соевым молоком сухим		60	
11	Молоко коровье (миллилитров)	100		17
	заменять:			
	молоком цельным сухим, сухой простоквашей и кисломолочными продуктами сублимационной сушки		15	
	молоком цельным сгущенным с сахаром		20	
	молоком сгущенным стерилизованным без сахара		30	
	кофе натуральным или какао со сгущенным молоком и сахаром		20	
	кисломолочными продуктами (кефиром, простоквашей, ацидофилином)		100	

N пункта	Наименование продуктов <1>	Количество, г		Кроме того, заменять по пунктам номера
		заменяемого продукта	продукта-заменителя	
	сливками		20	
	сметаной		20	
	сметной сухой		10	
	творогом		30	
	маслом коровьим		5	
	маслом коровьим топленным		5	
	сыром сычужным твердым		12	7
	сыром плавленным		18	7
	яйцами куриными, шт.		0,5	7,12
	сливками сгущенными с сахаром		20	
	брынзой		24	
	рыбой (в охлажденном, мороженом и соленом виде) потрошенной без головы		60	7,8
	заменителем молока "Соевое молоко" <5>		100	
	соевым молоком сухим <5>		15	
12	Яйца куриные, шт.	1		7,11
	заменять:			
	порошком яичным		15	
	меланжем яичным		50	
13	Сахар	100		
	заменять:			
	карамелью		50	
	вареньем, джемом, повидлом		140	16
	мармеладом		130	
	печеньем		100	14
	вафлями		100	14
	халвой		120	
	пастилой		120	
14	Печенье	100		13
	заменять:			
	галетами простыми из муки пшеничной 1 сорта, бараночными изделиями		100	
	вафлями		85	
15	Томатную пасту	100		
	заменять:			
	томатом-пюре		200	
	соусами томатными, соком томатным,		100	
	помидорами свежими		500	
16	Фрукты свежие	100		
	ягодами свежими		100	
	апельсинами, мандаринами		100	
	арбузами		300	
	дынями		200	

№ пункта	Наименование продуктов <1>	Количество, г		Кроме того, заменить по пунктам номера
		заменяемого продукта	продукта-заменителя	
	фруктами сушеными		20	18
	фруктами и ягодами сублимационной сушки		20	
	компотами консервированными <6>		50	
	соками плодовыми и ягодными натуральными <6>		100	17
	соками концентрированными плодовыми и ягодными с содержанием сухих веществ не менее 50%		20	
	соками сублимационной сушки		18	
	напитками фруктовыми		130	
	экстрактом плодовым и ягодным		10	
	вареньем, джемом, повидлом		17	13
	концентратом киселя на плодовых и ягодных экстрактах		30	21
17	Соки плодовые и ягодные натуральные	100		16
	заменять:			
	консервами овощными закусочными		50	3,8
	лимонной кислотой		0,5	
	и сахаром		15	
	соком томатным, овощным		300	
18	Фрукты сушеные	100		16
	заменять:			
	сахаром		75	
	и чаем		3	
19	Кофе натуральный	100		
	заменять:			
	кофе растворимым		40	
	кофейным напитком		200	
	какао-порошком		100	
	чаем черным байховым 1 сорта <6>		25	20
20	Чай черный байховый	100		19
	заменять:			
	чаем растворимым		80	
	кофейным напитком		800	19
21	Крахмал картофельный	100		
	заменять:			
	концентратом киселя на плодовых и ягодных экстрактах		100	16
	картофелем свежим <6>		500	3,4
22	Мука текстурированная	100		
	заменять:			
	Заменителем молока "Соевое молоко"		100	
23	Кисель витаминизированный	100		

N пункта	Наименование продуктов <1>	Количество, г		Кроме того, заменять по пунктам номера
		заменяемого продукта	продукта-заменителя	
	заменять:			
	сахаром и		50	
	чаем		2	

<1> Продукты в пределах пункта разрешается заменять между собой и проводить обратную замену в указанных соотношениях. Продукты, против которых в графе "Кроме того, заменять по пунктам номера" проставлены номера пунктов, разрешается заменять на продукты в пределах указанного пункта в таком же порядке. Многоступенчатая замена запрещена.

<2> Запрещается обратная замена.

<3> Допускается выдавать в количестве не более 150 граммов в течение недели.

<4> Разрешается только прямая замена при лечебном питании.

<5> Разрешается заменять не более 30 процентов от количества, положенного по норме питания в течение недели. Прямая и обратная замена, другие замены запрещены.

<6> Разрешается прямая замена, другие замены запрещены.

Примечания:

1. Больным, находящимся на амбулаторном лечении, страдающим желудочно-кишечными заболеваниями и нуждающимся в диетическом питании (по заключению врача), продукты по установленным нормам питания выдаются с частичной заменой, в том числе: хлеб из смеси муки ржаной обдирной и пшеничной 1 сорта заменяется хлебом из муки пшеничной 2 сорта грамм за грамм; крупа разная 40 граммов - крупной манной 20 граммов и рисом 20 граммов; мука пшеничная 2 сорта, пшено, бобовые - крупами ячменной, пшеничной и овсяной грамм за грамм; рыба - молоком коровьим в пределах ее стоимости (не более двух раз в неделю); маргарин, масло растительное - маслом коровьим по нормам замены.

Дополнительная стоимость диетических продуктов не должна превышать 20 процентов, предусмотренных нормами питания.

2. Осужденным исправительных учреждений, расположенных во второй климатической зоне (Республики Дагестан и Калмыкия, Астраханская и Волгоградская области), разрешается выдавать субпродукты 2 категории взамен рыбы не более двух раз в неделю по нормам замен, а также картофель и овощи, в том числе тыквенные овощи, взамен 200 граммов хлеба из смеси муки ржаной и муки пшеничной 1 сорта (по стоимости этих продуктов).

Специальные замены для отдельных категорий больных, находящихся на стационарном лечении в лечебно-профилактических и лечебных учреждениях Федеральной службы исполнения наказаний

№	Наименование продуктов <1>	Количество, г		Кроме того, заменять по пунктам номера
		заменяемого продукта	продукта-заменителя	
1	Хлеб из смеси муки ржаной обдирной и пшеничной 1 сорта	100		Для всех категорий больных
	заменять:			
	хлебом белым из муки пшеничной 1 сорта		90	
	мукой пшеничной 1 сорта		75	
	крупой манной		75	
	крупой разной		75	
2	Муку пшеничную 1 сорта	100		То же
	заменять:			
	мукой пшеничной высшего сорта		95	
3	Крупы разную	100		То же
	заменять:			
	крупой манной		100	
4	Мясо - говядину, свинину, баранину	100		
	заменять:			
	творогом		300	
5	Рыбу	100		То же
	заменять:			
	творогом		200	
6	Масло растительное	100		То же
	заменять:			
	маслом коровьим		67	
7	Масло коровье и растительное	100		
	заменять:			
	жирами животными топлеными, маргарином		150	
8	Сахар	100		
	заменять:			
	ксилитом пищевым или сорбитом		40	

3. Мясорастительные консервы

N пункта	Консервы	Количество продуктов, подлежащих удержанию			
		мяса	рыбы	крупы, мука и овощи в пересчете на крупу	жиров животных, топленых, пищевых
1	Консервы мясорастительные в ассортименте, 1/265	80	30	86	12,5

4. Рыборастительные консервы

N пункта	Консервы	Количество продуктов, подлежащих удержанию, за 100 г консервов		
		рыба	крупы, мука и овощи в пересчете на крупы	масло растительное
1	Консервы рыборастительные в ассортименте, 1/250	65	10	10

Примечание: При получении на обеспечение новых видов продуктов нормы замены этими продуктами устанавливаются в каждом конкретном случае довольствующим органом.

II. ЗАДАЧИ ЦЕНТРА (МАСТЕРСКОЙ) УЧРЕЖДЕНИЯ

13. Организация лечебно-производственных (трудовых) участков по трудовой терапии инвалидов, лиц, больных хроническими и длительно текущими заболеваниями, и ограниченно годных к труду, их профессиональное обучение.

III. ФУНКЦИИ ЦЕНТРА (МАСТЕРСКОЙ) УЧРЕЖДЕНИЯ

26. Осуществление контроля за работой осужденных, создание необходимых условий труда, соответствующих правилам охраны труда, техники безопасности и производственной санитарии.

28. Осуществление мероприятий по развитию лечебно-производственной (трудовой) деятельности исходя из задач социально-трудовой реабилитации инвалидов, лиц, больных хроническими и длительно текущими заболеваниями, и ограниченно годных к труду осужденных.

Приложение N 2
к Приказу Министерства юстиции РФ
от 01.04.2008 N 80

ПРИМЕРНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ О ЛЕЧЕБНО-ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (ТРУДОВОЙ) МАСТЕРСКОЙ УЧРЕЖДЕНИЯ, ИСПОЛНЯЮЩЕГО УГОЛОВНЫЕ НАКАЗАНИЯ В ВИДЕ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ ⁸

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Лечебно-производственная (трудовая) мастерская⁹ является структурным подразделением лечебного исправительного учреждения, исполняющего наказания¹⁰, и реализует требования уголовно-исполнительного законодательства Российской Федерации в части организации профессиональной подготовки осужденных, привлечения их к труду и закрепления у них трудовых навыков и повышения эффективности лечения осужденных путем применения различных видов дозированного труда¹¹.

4. Привлечение осужденных к труду в ЛПМ Учреждения осуществляется в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации и уголовно-исполнительным законодательством Российской Федерации с учетом законодатель-

⁸ Далее - Положение

⁹ Далее - ЛПМ.

¹⁰ Далее - Учреждение.

¹¹ Далее - трудовая терапия.

ных и нормативных правовых актов, регламентирующих особенности организации труда инвалидов.

5. Направление на трудовую терапию в ЛПМ Учреждения осуществляется комиссией в составе заместителя начальника Учреждения по лечебно-профилактической работе, лечащего врача, начальника Мастерской и, при необходимости, врачей-специалистов¹².

В ЛПМ Учреждения не могут направляться осужденные, которым по состоянию здоровья противопоказана трудовая терапия.

6. Для выполнения работ по организации труда осужденных, направляемых на трудовую терапию в ЛПМ Учреждения, могут быть привлечены рабочие и специалисты, в том числе из числа осужденных.

13. Для осуществления трудовой терапии в ЛПМ Учреждения организуются производственные участки.

II. ЗАДАЧИ ЛЕЧЕБНО-ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (ТРУДОВОЙ) МАСТЕРСКОЙ УЧРЕЖДЕНИЯ

16. Применение трудовой терапии для осужденных в целях улучшения психического и физического состояния, создания благоприятных условий для достижения стойких результатов лечения, повышения и закрепления трудоспособности больных.

17. Обучение с целью освоения осужденными профессии, соответствующей степени их трудоспособности, обеспечение занятости осужденных общественно-полезным трудом.

18. Реабилитация осужденных на основе трудовой терапии для восстановления ими способностей к бытовой, общественной и профессиональной деятельности.

III. ФУНКЦИИ ЛЕЧЕБНО-ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (ТРУДОВОЙ) МАСТЕРСКОЙ УЧРЕЖДЕНИЯ

20. Разработка и организация выполнения программ трудовой занятости осужденных, проведения трудовой терапии, а также мероприятий по повышению уровня лечебно-производственной деятельности Учреждения.

26. Осуществление контроля за работой осужденных, создание необходимых условий труда, соответствующих правилам охраны труда, техники безопасности и производственной санитарии.

IV. МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЛПМ УЧРЕЖДЕНИЯ

31. Трудовая терапия в ЛПМ Учреждения организуется и проводится под постоянным наблюдением медицинского персонала. Контроль за проведением лечения посредством трудовой терапии осуществляют врачи.

32. Осужденным инвалидам, занятым на производственных объектах ЛПМ Учреждения, создаются необходимые условия труда в соответствии с индивидуальной программой реабилитации.

33. Продолжительность рабочего дня осужденного определяется комиссией в зависимости от его трудоспособности.

34. Привлечение осужденных, занятых на работах в ЛПМ Учреждения, к сверхурочным работам, работе в выходные дни и ночное время допускается только с их согласия и при условии, что такие работы не запрещены им по состоянию здоровья.

¹² Далее - комиссия.

35. При установлении видов труда учитываются профиль и специфика Учреждения, медицинские показания осужденных и степень их трудоспособности.

36. Собственная производственная деятельность Учреждения организуется с учетом состава проходящих трудовую терапию осужденных, состояния их здоровья, трудоспособности, наличия опыта, трудовых навыков, профессии.

37. Установление обязательных норм выработки для осужденных, проходящих трудовую терапию, не производится.

38. Срок прохождения трудовой терапии определяется медицинскими показаниями. Каждые 6 месяцев заместитель начальника Учреждения по лечебно-профилактической работе совместно с лечащим врачом принимают решение о целесообразности продолжения осужденным трудовой терапии.

39. По окончании лечения трудом в ЛПМ Учреждения осужденные по решению комиссии в зависимости от состояния их здоровья могут трудоустраиваться на другие работы по производственной необходимости.

**Приказ Минздрава РФ N 316, Минюста РФ N 185, ФСС РФ N 180
от 14.07.2003 «Об утверждении Порядка проведения экспертизы
временной нетрудоспособности осужденных к лишению свободы лиц,
привлеченных к оплачиваемому труду, и выдачи им документов,
удостоверяющих временную нетрудоспособность»**

(Зарегистрировано в Минюсте РФ 07.08.2003 N 4961) (извлечение)

1.2. Документом, удостоверяющим временную нетрудоспособность осужденных, привлеченных к оплачиваемому труду, является листок нетрудоспособности, который выдается при заболевании (травме), связанном с временной утратой трудоспособности, при беременности и родах.

1.3. Выдача листка нетрудоспособности лицам, осужденным к лишению свободы и отбывающим наказание в исправительных учреждениях, в связи с временной утратой ими трудоспособности производится врачом ЛПУ УИС. В случаях их отсутствия может производиться лечащим врачом учреждения системы здравоохранения соответствующего субъекта Российской Федерации (далее - ЛПУ).

1.4. ЛПУ УИС (ЛПУ), осуществляющие проведение экспертизы временной нетрудоспособности осужденных к лишению свободы лиц, привлеченных к оплачиваемому труду, и выдачу им документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, должны иметь лицензию на данный вид медицинской деятельности.

1.5. Листки нетрудоспособности осужденным к лишению свободы и отбывающим наказание в исправительных учреждениях на руки не выдаются и хранятся в ЛПУ УИС. После закрытия листки нетрудоспособности передаются администрациям указанных исправительных учреждений, которые производят назначение и выплату пособий или направляют их в организации, где трудятся осужденные. В ЛПУ листки нетрудоспособности передаются под расписку на руки лицу, сопровождающему осужденного к лишению свободы и отбывающего наказание в исправительных учреждениях.

1.6. Выдача и продление листка нетрудоспособности осуществляются медицинскими работниками после личного осмотра осужденного и подтверждаются записью в листке нетрудоспособности в строке "освобождение от работы". Обосно-

ванность выдачи и продления листка нетрудоспособности подтверждается записью в медицинской документации.

1.7. Дата, по которую продлевается листок нетрудоспособности, должна соответствовать дате явки больного на очередной прием в ЛПУ УИС (ЛПУ).

1.8. Листок нетрудоспособности выдается и закрывается в одном ЛПУ УИС (ЛПУ) и, при показаниях, может быть продлен в другом учреждении здравоохранения, с учетом ориентировочных сроков временной нетрудоспособности и продолжительности предшествующей временной нетрудоспособности.

1.9. Листок нетрудоспособности не выдается:

1.9.1. за время проведения периодического медицинского осмотра осужденного в установленных законодательством Российской Федерации случаях, в том числе при нахождении в стационаре лечебно-профилактического учреждения;

1.9.2. осужденным, не привлеченным к оплачиваемому труду;

1.9.3. в случае наступления нетрудоспособности осужденного в период временной приостановки работы;

1.9.4. в случае наступления нетрудоспособности в период, когда осужденный не работал вследствие отстранения от работы в связи с нарушением установленного порядка отбывания наказания, - за все время отстранения от работы;

1.9.5. в случае умышленного причинения осужденным вреда своему здоровью с целью уклонения от работы или других обязанностей либо симулянтам, - за все время нетрудоспособности;

1.9.6. в случае возникновения временной нетрудоспособности осужденного вследствие заболевания или травм, полученных при совершении им преступления или злостных нарушений установленного порядка отбывания наказания, - за все время нетрудоспособности;

1.9.7. за время принудительного лечения по определению суда;

1.9.8. в случае нарушения осужденным режима, установленного для него врачом, либо неявки без уважительной причины в назначенный срок на врачебный осмотр или на освидетельствование в учреждение медико-социальной экспертизы листок нетрудоспособности не выдается со дня, когда было допущено нарушение, на срок, установленный администрацией исправительного учреждения.

В случае, если состояние временной нетрудоспособности продолжается после окончания временной приостановки работы, листок временной нетрудоспособности выдается со дня, когда осужденный по окончании указанного периода должен был приступить к работе.

1.10. Листок нетрудоспособности выдается только в день осмотра больного медицинским работником, имеющим право выдачи листков нетрудоспособности.

2.1. Право выдачи листков нетрудоспособности имеет лечащий врач, а при его отсутствии - медицинский работник со средним медицинским образованием. Органы управления здравоохранением субъекта Российской Федерации, территориальные органы УИС Минюста России ежегодно утверждают по согласованию с региональными отделениями Фонда социального страхования Российской Федерации список медицинских работников со средним медицинским образованием, имеющих право выдачи листков нетрудоспособности.

2.2. Врач, а при отсутствии врача - медицинский работник со средним медицинским образованием, осуществляющие экспертизу временной нетрудоспособности:

- определяют признаки временной утраты трудоспособности на основе оценки

состояния здоровья, характера и условий труда;

- в медицинской документации фиксируют жалобы пациента, анамнестические и объективные данные, назначают необходимые обследования и консультации, формулируют диагноз заболевания и степень функциональных нарушений органов и систем, наличие осложнений и степень их тяжести, обуславливающих нетрудоспособность;

- определяют сроки нетрудоспособности с учетом индивидуальных особенностей течения основного и сопутствующих заболеваний, наличия осложнений и ориентировочных сроков нетрудоспособности при различных заболеваниях и травмах;

- назначают дату очередного посещения врача, о чем делают соответствующую запись в медицинской документации;

- при последующих осмотрах отражают динамику заболевания, эффективность проводимого лечения, обосновывают продление сроков освобождения пациента от работы;

- при восстановлении трудоспособности и выписке на работу отражают в медицинской документации объективный статус и аргументированное обоснование для закрытия листка нетрудоспособности.

КонсультантПлюс: примечание.

Приказом Минздравсоцразвития РФ от 26.04.2011 N 347н утверждена форма бланка листка нетрудоспособности, в котором проставляется код причины нетрудоспособности, а не диагноз.

2.3. Сведения о диагнозе в листок нетрудоспособности вносятся с согласия осужденного.

2.4. Врач выдает листок нетрудоспособности единолично и одновременно на срок до 10 календарных дней и продлевает его единолично до 30 календарных дней.

2.5. Медицинский работник со средним медицинским образованием выдает листок нетрудоспособности осужденным единолично и одновременно на срок до 5 дней и продлевает его единолично до 10 дней, в исключительных случаях, после консультаций с врачом ближайшего ЛПУ (ЛПУ УИС), сроком до 30 дней.

2.6. При сроках временной утраты трудоспособности более 30 дней решение вопроса о продлении листка нетрудоспособности осужденному осуществляется по решению клинико-экспертной комиссии ЛПУ (ЛПУ УИС), далее - КЭК ЛПУ (ЛПУ УИС).

2.7. В особых условиях (в отдаленных и труднодоступных районах и т.д.), по приказу руководства ЛПУ УИС выдача листков нетрудоспособности может быть разрешена лечащему врачу до полного восстановления трудоспособности или направления на медико-социальную экспертизу по согласованию с органом управления здравоохранением субъекта Российской Федерации и с исполнительным органом Фонда социального страхования Российской Федерации.

2.8. По решению КЭК ЛПУ (ЛПУ УИС) при благоприятном клиническом и трудовом прогнозе листок нетрудоспособности может быть продлен до полного восстановления трудоспособности, но не более 10 месяцев, а в отдельных случаях (травмы, туберкулез) - не более чем на 12 месяцев, с периодичностью освидетельствования КЭК ЛПУ УИС не реже одного раза в 30 дней.

2.9. При амбулаторном лечении осужденных к лишению свободы лиц, привлеченных к оплачиваемому труду, в отдельных случаях (при проведении сложных урологических, гинекологических, проктологических и др. методов исследования)

листок нетрудоспособности может быть выдан по решению КЭК ЛПУ УИС прерывисто, только на дни проведения процедур, при необходимости освобождения от трудовой деятельности.

2.10. При выписке из стационара, по решению КЭК ЛПУ УИС (ЛПУ), листок нетрудоспособности выдается за весь период стационарного лечения, а при сохранении нетрудоспособности осужденного может быть продлен с учетом дней, необходимых для транспортировки больного, с последующей явкой в ЛПУ УИС (ЛПУ) для амбулаторного лечения, но не более чем на 10 дней.

4.1. На медико-социальную экспертизу направляются осужденные, имеющие признаки стойкого ограничения жизнедеятельности и трудоспособности при очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе и нуждающиеся в социальной защите.

4.2. Направление осужденных к лишению свободы лиц, привлеченных к оплачиваемому труду, на медико-социальную экспертизу оформляется лечащим врачом и заверяется КЭК ЛПУ УИС и руководством исправительного учреждения.

4.3. При установлении группы инвалидности срок временной нетрудоспособности завершается датой, предшествующей дню регистрации документов в учреждении медико-социальной экспертизы.

4.4. Лицам, не признанным инвалидами, листок нетрудоспособности продлевается ЛПУ УИС по решению КЭК до восстановления трудоспособности или повторного направления на медико-социальную экспертизу.

4.5. Листок нетрудоспособности не продлевается со дня отказа больного от освидетельствования в учреждении медико-социальной экспертизы. Неявка на освидетельствование или отказ от направления на медико-социальную экспертизу указываются в графе нарушения режима листка нетрудоспособности.

**Приказ Минздравсоцразвития РФ N 640, Минюста РФ N 190 от 17.10.2005
"О Порядке организации медицинской помощи лицам, отбывающим
наказание в местах лишения свободы и заключенным под стражу"
(Зарегистрировано в Минюсте РФ 01.11.2005 N 7133) (извлечение)**

**ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ,
ОТБЫВАЮЩИМ НАКАЗАНИЕ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ
И ЗАКЛЮЧЕННЫМ ПОД СТРАЖУ**

I. Общие положения

1. Настоящий Порядок разработан в соответствии с Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1 (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, N33, ст.1318), Федеральным законом от 15 июля 1995 г. N 103-ФЗ "О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1995, N29, ст.2759), Уголовно-исполнительным кодексом Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, N 2, ст. 198) и регулирует вопросы, связанные с организацией медицинской помощи лицам, подозреваемым и обвиняемым в совершении преступлений (далее - подозреваемые и обвиняемые), содержащимся под стражей в следственных изоляторах Федеральной службы исполнения наказаний, а также лицам, отбывающим наказание в местах лишения сво-

боды (далее - осужденные).

2. Медицинская помощь подозреваемым, обвиняемым и осужденным представляется лечебно-профилактическими учреждениями (далее - ЛПУ) и медицинскими подразделениями учреждений Федеральной службы исполнения наказаний, создаваемыми для этих целей, либо ЛПУ государственной¹³ и муниципальной систем здравоохранения.

3. Организация медицинской помощи подозреваемым, обвиняемым, осужденным, а также контроль качества ее оказания осуществляются соответствующими федеральными органами исполнительной власти, их территориальными органами, в том числе медицинскими управлениями, отделами, отделениями (далее - медицинские службы), органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления по принадлежности ЛПУ или медицинского подразделения.

4. Медицинские службы федеральных органов исполнительной власти обеспечивают соблюдение прав пациента при оказании медицинской помощи подозреваемым и обвиняемым, осужденным, за исключением ограничений, предусмотренных федеральными законами.

5. Основными принципами деятельности медицинских служб является обеспечение:

- соблюдения прав подозреваемых, обвиняемых и осужденных на охрану здоровья и государственных гарантий на бесплатную медицинскую помощь;
- приоритета профилактических мер в области охраны здоровья;
- доступности медицинской помощи.

7. Организация профилактической, лечебно-диагностической работы обеспечивается в соответствии с утвержденными в установленном порядке нормативными правовыми актами.

8. Организация медицинской помощи подозреваемым, обвиняемым и осужденным включает комплекс профилактических, лечебно-диагностических мероприятий, направленных на обеспечение их прав на охрану здоровья.

9. Предоставляемая медицинская помощь оказывается в объемах, предусмотренных программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

10. Лица, осужденные к лишению свободы, которым судом определено отбывание наказания в колонии-поселении, другие осужденные, подозреваемые и обвиняемые, не содержащиеся под стражей (охраной), получают медицинскую помощь в ЛПУ по месту жительства или отбывания наказания на равных условиях с другими гражданами Российской Федерации.

II. Организация работы медицинской части следственного изолятора и исправительного учреждения

13. Для оказания медицинской помощи подозреваемым, обвиняемым и осужденным в Учреждении организуется медицинская часть, которая является структур-

¹³ В соответствии со статьей 12 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1 "В государственную систему здравоохранения входят медицинские организации, в том числе лечебно-профилактические учреждения; фармацевтические предприятия и организации; аптечные учреждения, создаваемые федеральными органами исполнительной власти в области здравоохранения, другими федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации".

ным подразделением Учреждения: следственного изолятора (далее - СИЗО), исправительного учреждения (далее - ИУ), в том числе исправительной колонии (далее - ИК), лечебного исправительного учреждения (далее - ЛИУ), воспитательной колонии (далее - ВК), тюрьмы) либо филиалом лечебно-профилактического учреждения.

Учреждение, в котором медицинская часть является его структурным подразделением, исполняет функции лечебно-профилактического учреждения в отношении содержащихся подозреваемых, обвиняемых и осужденных, по видам медицинской помощи (работам и услугам) согласно полученной лицензии на медицинскую деятельность.

14. Основная цель деятельности медицинской части - гарантированное обеспечение оказания первичной медицинской помощи лицам, содержащимся в Учреждении. В зависимости от местных условий, вида Учреждения, экономической целесообразности и иных обстоятельств медицинская часть может обеспечивать оказание некоторых видов специализированной медицинской помощи.

17. Амбулатория медицинской части предназначена для оказания амбулаторной медицинской помощи подозреваемым, обвиняемым и осужденным, содержащимся в Учреждении.

18. Стационар медицинской части предназначен для:

- стационарного обследования и лечения больных с предполагаемой продолжительностью их пребывания до 14 суток;
- временной изоляции инфекционных больных, а также больных с заболеваниями, подозрительными на инфекционные, до их направления в ЛПУ;
- восстановительного лечения больных после выписки их из больницы в соответствии с заключением специалистов;
- стационарного лечения нетранспортабельных больных до улучшения их состояния и перевода в ЛПУ;
- содержания больных, подлежащих досрочному освобождению по болезни, при невозможности нахождения их в общежитии и отсутствии показаний для направления в больницы уголовно-исполнительной системы (далее - УИС).

19. В режимных корпусах следственных изоляторов и тюрем, а также в штрафном изоляторе (далее - ШИЗО), дисциплинарном изоляторе (далее - ДИЗО), помещении камерного типа (далее - ПКТ), едином помещении камерного типа (далее - ЕПКТ), изолированных помещений строгих условий отбывания наказания оборудуются комнаты для проведения амбулаторного приема подозреваемых, обвиняемых и осужденных (далее - медицинские кабинеты).

20. При наличии психических расстройств у подозреваемых, обвиняемых и осужденных лечебные мероприятия проводятся только в соответствии с назначениями врача-психиатра.

21. Медицинский персонал Учреждения должен владеть профессиональными навыками, соответствующими квалификационным медицинским требованиям.

III. Лечебно-профилактическое обеспечение подозреваемых, обвиняемых и осужденных в медицинской части

24. По прибытии в следственный изолятор всем поступившим (в том числе следующим транзитом) проводится первичный медицинский осмотр с целью выявления лиц, представляющих эпидемическую опасность для окружающих, а также больных, нуждающихся в неотложной помощи. Особое внимание обращается на

наличие наружных проявлений кожных, венерических, инфекционных и других заболеваний, поражённость педикулезом, проводится сбор эпиданамнеза.

25. Первичный медицинский осмотр проводится в кратчайшие сроки до направления прибывших подозреваемых, обвиняемых и осужденных в "общие" камеры. Осмотр проводит врач или фельдшер в специально оборудованной медицинской комнате сборного отделения СИЗО, оснащенной аппаратом для измерения артериального давления, фонендоскопом, термометрами, шпателями для осмотра ротовой полости, рефлектором, весами, ростометром.

26. В медицинской комнате ведется журнал медицинских осмотров СИЗО (карантина), где регистрируются основные данные об осмотренных подозреваемых, обвиняемых и осужденных и выявленных у них заболеваниях (повреждениях).

27. На каждого подозреваемого и обвиняемого заполняется медицинская карта амбулаторного больного устанавленного образца.

Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну¹⁴.

Такая информация может содержаться в вышеуказанном журнале, медицинской карте амбулаторного больного или медицинской карте стационарного больного, другой медицинской документации (в том числе регистрационной).

28. В случае доставки в Учреждение лица, имеющего телесные повреждения, по инициативе дежурного помощника начальника Учреждения (оперативного дежурного) либо по заявлению лица, имеющего телесные повреждения, а также при выявлении телесных повреждений при осмотре медицинским работником (врачом, фельдшером) составляется акт произвольной формы. Указанный акт составляется в двух экземплярах, один из которых приобщается к медицинской карте амбулаторного больного, второй экземпляр 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 отмечается в листе уточненных диагнозов.

По согласованию с медицинским работником, осуществляющим освидетельствование телесных повреждений, при проведении опроса и осмотра пострадавшего, оформлении медицинской документации либо акта с целью обеспечения его безопасности могут присутствовать иные сотрудники Учреждения, не имеющие медицинского образования.

29. Лица, доставленные из ИВС и нуждающиеся в оказании срочной медицинской помощи в условиях стационара ЛПУ (при отсутствии возможности оказания необходимого вида лечения в СИЗО), в Учреждение не принимаются, а направляются в соответствующее лечебно-профилактическое учреждение УИС или государственной и муниципальной систем здравоохранения, где данный вид помощи может быть оказан.

30. Лица с подозрением на инфекционное заболевание сразу после осмотра изолируются. Первичная санитарная обработка осуществляется с обязательной дезинфекцией одежды и личных вещей, после чего указанные подозреваемые, обви-

¹⁴ Часть 1 статьи 61 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1.

няемые или осужденные направляются в специально выделенные камеры-изоляторы, где им проводится соответствующее обследование с диагностической целью и при необходимости - лечение.

31. Размещение больных производится по указанию медицинского работника. Лица, у которых имеются признаки психического расстройства, в том числе склонность к агрессии и аутоагрессии, размещаются по камерам с учетом рекомендаций врача - психиатра и психолога. Лица, подозрительные на наличие инфекционных или паразитарных заболеваний, размещаются в камерах, выделяемых под карантин. Срок карантина определяется медицинскими показаниями.

32. В срок не более трех дней с момента прибытия в СИЗО все поступившие, кроме следующих транзитом, проходят углубленный врачебный осмотр (в фельдшерских здравпунктах - фельдшерский), а также рентгенофлюорографическое обследование.

33. При проведении осмотра больного врач выясняет жалобы, изучает анамнез заболевания и жизни, проводит внешний осмотр с целью обнаружения телесных повреждений, вновь нанесенных татуировок, иных особых примет, проводит всестороннее объективное обследование, используя общепринятые методы осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации, при наличии показаний назначает дополнительные методы обследования.

Вся получаемая при обследовании информация в установленном порядке фиксируется в медицинской карте амбулаторного больного.

34. Подозреваемые, обвиняемые и осужденные, следующие транзитом, получают необходимое лечение, обследование в соответствии с сопроводительными документами, прилагаемыми к открытой справке личного дела, или при обращении за медицинской помощью.

35. Для выявления инфекций, передающихся половым путем, ВИЧ-инфекции, туберкулеза и других заболеваний проводятся лабораторные исследования.

36. При наличии в штатах медицинской части врачей-специалистов они привлекаются к проведению медицинских осмотров всех прибывших подозреваемых, обвиняемых и осужденных.

В дальнейшем проводятся плановые (не реже двух раз в год) медицинские осмотры и внеплановые - по показаниям.

37. При ухудшении состояния здоровья либо в случае получения подозреваемым или обвиняемым телесных повреждений его медицинское освидетельствование, а также оказание медицинской помощи проводятся медицинскими работниками СИЗО безотлагательно. Медицинское освидетельствование включает в себя: медицинский осмотр, при необходимости - дополнительные методы исследований и привлечение врачей-специалистов. Полученные результаты фиксируются в медицинской карте амбулаторного больного в установленном порядке и сообщаются освидетельствуемому в доступной для него форме.

38. При выявлении данных, позволяющих полагать, что вред здоровью подозреваемого, обвиняемого или осужденного причинен в результате противоправных действий, медицинский работник, проводивший медицинский осмотр, письменно информирует об этом руководителя Учреждения.

39. Отказ подозреваемого, обвиняемого или осужденного от предлагаемого ему обследования, лечения, иного медицинского вмешательства оформляется соответствующей записью в медицинской документации и подтверждается его личной подпи-

сью, а также подписью медицинского работника после беседы, в которой подозреваемому, обвиняемому или осужденному в доступной для него форме разъясняются возможные последствия отказа от предлагаемых лечебно-диагностических мероприятий.

Нежелание подозреваемого, обвиняемого либо осужденного подтверждать свой отказ личной подписью обсуждается медицинскими работниками и фиксируется в медицинской документации.

40. Всем убывающим из СИЗО, в том числе и транзитным, проводится обязательное медицинское освидетельствование для определения пригодности к условиям транспортировки. 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 завершении осмотра дается заключение с отметкой в медицинской карте амбулаторного больного о состоянии здоровья каждого убывающего. Медицинский работник, проводивший осмотр, ставит под заключением и на открытой справке личного дела свою подпись с указанием фамилии, должности и даты.

Преемственность в лечении при переводе больного в другое Учреждение обеспечивается передачей медицинской карты амбулаторного больного с личным делом, где отражается проводимое и рекомендуемое ему лечение.

41. Осужденные, прибывшие в ИУ, помещаются в карантинное отделение на срок до 15 суток. По прибытии все осужденные проходят медицинский осмотр с целью выявления инфекционных и паразитарных заболеваний.

42. В течение этого времени они проходят углубленный врачебный осмотр с целью выявления имеющихся заболеваний, оценки состояния здоровья. В ходе его врачи производят сбор анамнестических данных о перенесенных заболеваниях (в т.ч. эпиданамнез), травмах, операциях, которые регистрируются в медицинской карте амбулаторного больного, при необходимости назначаются дополнительные обследования. Рентгенологическое или флюорографическое обследование органов грудной клетки проводится в возможно кратчайшие сроки (не более 2 недель) при отсутствии данных о проведении этого обследования в течение последних 4 месяцев.

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 хронические заболевания.

43. Профилактический медицинский осмотр проводится один раз в год. Два раза в год проходят профилактические медицинские осмотры осужденные, отбывающие наказание в тюрьмах и других ИУ при камерном содержании, а также несовершеннолетние осужденные, в том числе отбывающие наказание в воспитательных колониях.

График проведения этих осмотров утверждается начальником ИУ. В соответствии с графиком начальник медицинской части организует осмотр осужденных силами врачей медицинской части с привлечением необходимых врачей-специалистов лечебно-профилактических и лечебных исправительных учреждений УИС. В осмотре обязательно принимают участие терапевт, психиатр, стоматолог (зубной врач), педиатр (в ВК и домах ребенка).

44. Прибытие осужденных для профилактического осмотра в исправительных учреждениях организует и осуществляет начальник отряда, а в тюрьмах - начальник Учреждения.

45. В ходе осмотра проводится:

- сбор анамнестических данных, жалоб;
- антропометрическое исследование (рост, масса тела);
- объективное исследование по органам и системам;
- определение остроты зрения и слуха;
- гинекологический осмотр женщин: пальпаторное исследование грудных желез, взятие мазка для цитологического исследования из влагалища, уретры и при наличии отделяемого - из сосков грудных желез, у девушек - пальцевое исследование через прямую кишку (по показаниям);
- пальцевое исследование прямой кишки лицам старше 40 лет;
- туберкулинодиагностика в установленном порядке;
- анализ крови¹⁵;
- общий анализ мочи¹⁶;
- ЭКГ (с 15 лет - 1 раз в 3 года, с 30 лет - ежегодно);
- флюорография (рентгенография) органов грудной клетки - 1 раз в 6 месяцев;
- пневмотахометрия, спирометрия.

Результаты профилактического осмотра вносятся в медицинскую карту амбулаторного больного.

46. 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 производится медицинский осмотр с письменным заключением врача (фельдшера) о возможности содержания его в перечисленных помещениях.

Основанием для вынесения медицинского заключения о невозможности содержания наказанного лица в данных помещениях может быть заболевание, травма либо иное состояние, требующее оказания неотложной помощи, лечения либо наблюдения в стационарных условиях (в том числе медицинской части).

47. Лицам, содержащимся в ШИЗО, ДИЗО, ПКТ, ЕПКТ, запираемых помещениях, а также в карцерах следственных изоляторов, медицинский осмотр и помощь проводятся 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.

48. При убытии из Учреждения (перевод, освобождение и т.д.) подозреваемые, обвиняемые, осужденные проходят заключительный медицинский осмотр с оформлением эпикриза.

49. Время для амбулаторного приема в медицинских частях подозреваемых, обвиняемых, осужденных в учреждениях УИС устанавливается расписанием дня соответствующего Учреждения.

50. В следственных изоляторах, тюрьмах подозреваемые, обвиняемые и осужденные обращаются за медицинской помощью к медицинскому работнику во время

¹⁵ Исследование уровня гемоглобина, феномена оседания эритроцитов, количества и состава лейкоцитов.

¹⁶ Определение концентрации водородных ионов мочи (рН мочи) или кислотно-щелочная реакция, удельного веса (относительной плотности) мочи, уровня глюкозы в моче, белка, желчных пигментов в моче и исследование осадка мочи.

ежедневного обхода им камер, а в случае острого заболевания - к любому сотруднику. Сотрудник, к которому обратился подозреваемый, обвиняемый или осужденный, обязан принять меры для организации оказания ему медицинской помощи.

Для оказания медицинской помощи лицо, нуждающееся в ней, выводится в медицинский кабинет (амбулаторию), где осуществляется медицинский осмотр и проводятся лечебные мероприятия. При необходимости фельдшер делает соответствующие назначения в пределах своей компетенции или производит запись больных на прием к врачу.

51. Медицинским работникам запрещается находиться в камерах и карцерах следственных изоляторов, тюрем, колоний особого режима, штрафных и дисциплинарных изоляторах, помещениях камерного типа без сопровождения инспекторов (младших инспекторов).

52. В следственных изоляторах, исправительных колониях особого режима и тюрьмах на прием к врачу (фельдшеру) или выполнение процедур больные выводятся индивидуально или группами по 3 - 5 человек с соблюдением требований изоляции и при надлежащем надзоре. В остальных исправительных учреждениях осужденные прибывают на амбулаторный прием самостоятельно.

53. В каждом отряде ИУ начальником отряда ведется журнал предварительной записи на амбулаторный прием. В следственном изоляторе журнал ведет дежурный по корпусу. Журнал предварительной записи перед началом амбулаторного приема передается в медицинскую часть. После приема журнал возвращается указанным лицам.

Прием без записи в журнале проводится только в экстренных случаях.

54. До начала амбулаторного приема фельдшер (медсестра) подбирает медицинские карты амбулаторного больного, лиц, записанных в журнале предварительной записи на амбулаторный прием, проводит доврачебную сортировку записавшихся на прием в зависимости от срочности оказания медицинской помощи, кратко опрашивает больных для выяснения их жалоб, измеряет у больных температуру тела и определяет очередность их направления к врачу.

При проведении сортировки средний медицинский работник особое внимание обращает на больных с повышенной температурой тела, острыми болями в животе, приступами стенокардии, желтухой и значительной общей слабостью.

Во время приема в амбулатории, а при необходимости с целью обеспечения безопасности в кабинете врача (фельдшера) находится инспектор (младший инспектор). Решение о необходимости его присутствия принимает медицинский работник, осуществляющий амбулаторный прием. Несогласие подозреваемого, обвиняемого или осужденного на присутствие во время осмотра сотрудника, не относящегося к медицинскому персоналу, фиксируется в медицинской карте амбулаторного больного.

55. Амбулаторный прием в установленные часы ведут врачи медицинской части. В Учреждениях, где по штату врач не положен, амбулаторный прием осуществляет фельдшер.

56. При обследовании больного на амбулаторном приеме врач выясняет жалобы, изучает анамнез заболевания и жизни, проводит внешний осмотр с целью обнаружения телесных повреждений, вновь нанесенных татуировок, иных особых примет, проводит всестороннее объективное обследование, используя общепринятые методы осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации. Особое внимание обращается на тщательное обследование больных с повышенной температурой тела, острыми болями в животе, приступами стенокардии, желтухой и значительной общей

слабостью. При обследовании больных выполняются необходимые лабораторные и функциональные исследования.

При выявлении телесных повреждений, 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, докладывает об этом начальнику Учреждения рапортом.

57. После осмотра больного врач кратко и разборчиво заносит в его медицинскую карту амбулаторного больного дату приема, жалобы, данные объективного обследования, диагноз, лечебно-диагностические назначения, делает заключение о необходимости освобождения от работы, указывает дату повторной явки на прием.

58. В сложных случаях установления и дифференциации диагноза заболевания и выработки тактики лечения больные осматриваются комиссионно или направляются на консультацию к врачам-специалистам.

Для консультации привлекаются врачи-специалисты лечебно-профилактических (далее - ЛПУ) и лечебных исправительных учреждений УИС, а также врачи - специалисты ЛПУ муниципальной и государственной систем здравоохранения. Консультация врачами-специалистами может осуществляться в медицинской части Учреждения или в другом лечебном учреждении.

59. Специально выделенный медицинский работник ведет журнал регистрации амбулаторных больных. В журнале регистрации амбулаторных больных врач или фельдшер четко записывает диагноз, заключение об освобождении от работы или нарядов, дату повторной явки к врачу.

60. Заключение на частичное или полное освобождение от нарядов и работы, а для лиц, содержащихся в следственном изоляторе и (или) проходящих лечение в стационарных условиях, от прогулки - выносится врачом, в случае его отсутствия - фельдшером.

61. Списки лиц, освобожденных от работы или прогулки, из медицинской части передаются оперативному дежурному Учреждения.

Учет осужденных, освобожденных от работы, ведется в журнале учета временной нетрудоспособности.

62. Осужденным, привлеченным к оплачиваемому труду, признанным временно нетрудоспособными в связи с заболеванием, травмой, беременностью, родами и уходом за больным ребенком, находящимся в доме ребенка, оформляется листок временной нетрудоспособности в порядке, определенном Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Министерством юстиции Российской Федерации.

63. При переводе в другое лечебное учреждение листок временной нетрудоспособности передается с медицинской документацией, а на открытой справке личного дела осужденного делается отметка о временной нетрудоспособности: дата установления временной нетрудоспособности, номер листка временной нетрудоспособности и дата продления (по число включительно). При следовании транзитом листок временной нетрудоспособности продлевается врачом Учреждения, через которое осуществляется транспортировка, в установленном порядке.

64. В медицинской карте амбулаторного больного делаются записи обо всех назначениях и манипуляциях, независимо от места их проведения (в т.ч. в ШИЗО, ДИЗО, ЕПКТ, ПКТ, камере СИЗО).

65. Медицинские карты амбулаторного больного, листы назначений, листки временной нетрудоспособности на руки подозреваемым, обвиняемым и осужденным не выдаются, хранятся в медицинской части в шкафах под замком, листки временной нетрудоспособности - в металлическом шкафу, сейфе. За учет и хранение их отвечает лицо, назначенное начальником медицинской части. Вместе с медицинской картой амбулаторного больного хранятся журналы регистрации амбулаторных больных.

Указанное положение не должно лишать подозреваемого, обвиняемого и осужденного права на получение информации о состоянии его здоровья. По требованию подозреваемого, обвиняемого или осужденного ему обеспечивается возможность непосредственного ознакомления с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, осуществляемая в присутствии врача.

66. При направлении больного на консультацию, рентгенологическое, лабораторное и другое исследование, а также на процедуры, которые не могут быть выполнены в медицинской части, медицинскую карту амбулаторного больного выдают лицу, сопровождающему больного. В случае, если сопровождающее лицо не является медицинским работником, то в целях сохранения врачебной тайны медицинская документация передается в заклеенном конверте либо иным способом, не позволяющим ознакомиться с информацией, содержащейся в медицинской документации.

В медицинской карте указываются данные проведенных в медицинской части обследований, предполагаемый диагноз и обоснование направления.

67. 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.

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.

68. Больные, находящиеся на амбулаторном лечении, для приема лекарств и выполнения других лечебно-диагностических процедур являются в медицинскую часть в установленное время. На каждого больного, получающего амбулаторное лечение, оформляется процедурная карточка. Врачебные назначения выполняет фельдшер (медсестра), о чем делает отметки в процедурной карточке. Перед выдачей лекарства фельдшер (медсестра) повторно уточняет у больного переносимость каждого назначенного лекарственного препарата, а также проверяет соответствие выдаваемого препарата и его дозировку назначению.

69. При отсутствии в медицинской части врача-стоматолога (зубного врача) помощь при стоматологических заболеваниях (в основном по неотложным показаниям) оказывает врач (фельдшер) в пределах компетенции.

70. Прием больных в стационар медицинской части осуществляется при наличии в медицинской карте амбулаторного больного заключения врача о необходимости проведения стационарного обследования и лечения, направления на госпитали-

защиту установленного образца.

Данные о вновь поступивших в стационар заносятся в журнал учета приема, выписки больных и отказов в госпитализации.

71. При поступлении в стационар на больного оформляется медицинская карта стационарного больного (далее - история болезни) с листом назначений, в которой оценивается общее состояние больного, подробно и последовательно записываются жалобы, анамнез заболевания и жизни, данные объективного исследования, выявленная патология, клиническая оценка выполненных лабораторных и функциональных исследований, предварительный диагноз, диагностические и лечебные назначения. В историю болезни вносится письменное согласие больного на проведение необходимых в ближайшем будущем (с учетом настоящего состояния больного) лечебно-диагностических мероприятий.

Не позднее трех суток с момента поступления больного устанавливается клинический диагноз.

Обо всех случаях экстренной или плановой госпитализации в стационар, а также выписки из него медицинская часть извещает начальника отряда (старшего по корпусу).

72. Все 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. Одежда и обувь хранятся в специально отведенном помещении стационара, нательное белье больного сдается в стирку и возвращается ему при выписке.

73. Больные, представляющие опасность для окружающих (с инфекционными, заразными кожными, психическими заболеваниями), содержатся отдельно. В этих целях в стационаре медицинской части предусматриваются палаты или боксы для отдельного размещения больных по профилю заболевания.

74. Обход больных в стационаре медицинской части производится врачом утром ежедневно. Всех поступивших в течение последних суток в стационар осматривает начальник медицинской части, в последующем он осматривает этих больных по необходимости, но не реже одного раза в неделю и перед выпиской. Результаты осмотра больных начальником медицинской части с диагнозом и рекомендациями заносятся в историю болезни и подписываются им.

Дневник заболевания ведется врачом 1 раз в 2 - 3 дня в случаях легкого течения заболевания и ежедневно в среднетяжелых и тяжелых случаях. Утром и вечером измеряется и записывается в историю болезни температура тела.

76. Больному может быть назначен постельный, полупостельный или общий режим. Постельный режим назначается больным с повышенной температурой тела, выраженной общей слабостью, явлениями интоксикации, полупостельный - больным, лечение которых требует ограничения двигательной активности; общий - больным, лечение которых не требует ограничения двигательной активности.

77. Во время пребывания в стационаре больной проходит обследование, при котором используются все возможные в условиях медицинской части методы инструментального и лабораторного исследования. При необходимости для консультации привлекаются врачи-специалисты лечебно-профилактических и лечебных исправительных учреждений УИС, а также лечебно-профилактических учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения.

Плановые консультации осуществляются по графику, а в неотложных случаях

- в любое время суток.

78. Выписка из стационара осуществляется при выздоровлении, стойком улучшении состояния, переводе в другое лечебное учреждение или нарушении распорядка дня, отказе от лечения (при отсутствии угрозы жизни больного или здоровью окружающих). Выписка больного согласовывается с начальником медицинской части, на выписываемого оформляется соответствующий эпикриз, один экземпляр которого остается в истории болезни, другой вносится в медицинскую карту. Выписной эпикриз подписывается лечащим врачом и начальником медицинской части.

79. Одной из основных функций медицинской части является организация и оказание неотложной медицинской помощи при острых заболеваниях, отравлениях, травмах и иных состояниях. Порядок оказания неотложной медицинской помощи определяется начальником медицинской части в зависимости от распорядка работы Учреждения, имеющихся в его распоряжении штатных сил и средств, особенностей дислокации Учреждения по отношению к лечебно-профилактическим учреждениям УИС и территориальным ЛПУ, иных местных условий, утверждается начальником Учреждения и доводится до сведения всех заинтересованных лиц.

Неотложная медицинская помощь может оказываться в объеме первой помощи, доврачебной, первой врачебной и квалифицированной медицинской помощи (при наличии подготовленных специалистов и соответствующего оснащения).

80. Организация неотложной медицинской помощи обеспечивает:

- возможность немедленного оказания медицинской помощи на месте возникновения заболевания, травмы, отравления или иных состояний;
- быструю доставку больного в медицинскую часть или ближайшее лечебно-профилактическое учреждение с оказанием медицинской помощи в ходе транспортировки;
- немедленное оказание больному в медицинской части неотложной врачебной или до прибытия врача - доврачебной помощи;
- срочную медицинскую эвакуацию больного из медицинской части в лечебно-профилактическое учреждение УИС или территориальное ЛПУ в случае, когда требуется проведение неотложной квалифицированной или специализированной медицинской помощи.

81. Своевременность вызова медработника или скорой медицинской помощи в часы, когда распорядком работы Учреждения не предусмотрено нахождение в нем медицинского персонала, а также обеспечение экстренной эвакуации больного транспортом с охраной и надзором, является обязанностью оперативного дежурного исправительного учреждения, дежурного помощника начальника следственного изолятора, тюрьмы.

82. Мероприятия по оказанию неотложной медицинской помощи проводятся в чистой перевязочной или процедурном кабинете.

Для этого в постоянной готовности следует иметь в процедурном кабинете и перевязочной:

- наборы (посиндромные укладки) для оказания неотложной медицинской помощи;
- стерильный хирургический инструментарий, шприцы, инъекционные иглы;
- запас стерильного перевязочного материала;
- запас кислорода;
- таблицу с указанием основных симптомов соответствующих заболеваний, руководство по посиндромной неотложной терапии с перечнем средств и мероприятий

для оказания неотложной помощи и последующей тактикой ведения больного;

- таблицы совместимости лекарственных средств и осложнений лекарственной терапии.

Каждое клиническое состояние (синдромокомплекс) помечается порядковым номером. Этим же номером помечаются соответствующие наборы медикаментов, сосредоточенные в гнездах специальных шкафов.

В постоянной готовности должна быть портативная медицинская укладка (сумка, чемодан) с набором средств для оказания неотложной помощи вне медицинской части.

83. Все медикаменты, предназначенные для текущего расходования, и имущество для оказания неотложной помощи хранятся в специальных шкафах под замком.

Лекарственные наркотические средства, психотропные, сильнодействующие и ядовитые вещества хранятся только в аптеке (оборудованном охранной сигнализацией помещении административного здания) Учреждения, в металлическом шкафу под замком. Отпуск их медицинской части производится строго по медицинским показаниям с соответствующей записью в медицинской карте амбулаторного больного и книге учета ядовитых, наркотических, психотропных, сильнодействующих, дорогостоящих лекарственных средств и этилового спирта в аптеке.

Перед выдачей лекарств больному каждый раз проверяется соответствие выдаваемого лекарства назначенному и срок годности препарата.

Все медицинские работники систематически принимают меры, направленные на исключение доступа лиц, содержащихся в учреждениях УИС, к медикаментам и медицинскому инструментарию.

84. Направление больных в лечебно-профилактические и лечебные исправительные учреждения осуществляется по медицинским, в том числе противоэпидемическим показаниям.

85. Срочное направление больных на стационарное лечение осуществляется в ближайшее ЛПУ УИС или ЛПУ государственной или муниципальной систем здравоохранения. В направлении на срочную госпитализацию кратко излагаются сведения о состоянии больного и оказанной ему помощи, до госпитализации.

86. Сопровождение больного при транспортировке в стационар УИС осуществляется медицинским персоналом Учреждения - отправителя.

В случае госпитализации больного в ЛПУ государственной и муниципальной систем здравоохранения бригадой скорой медицинской помощи медицинский персонал Учреждения - отправителя для сопровождения больного не привлекается.

87. Для конвоирования и охраны подозреваемых, обвиняемых и осужденных в лечебные учреждения территориальные ЛПУ от службы охраны выделяется временный караул. Надзор за подозреваемыми, обвиняемыми и осужденными осуществляют сотрудники отдела безопасности Учреждения.

88. В пути следования больного (пострадавшего) должен сопровождать медицинский работник, который обеспечивается необходимыми средствами для оказания в пути неотложной медицинской помощи. При сопровождении инфекционного больного необходимо иметь предметы ухода за больным в соответствии с характером инфекционного заболевания (ведро для сбора и обеззараживания выделений больного, клеенка, - при кишечных инфекциях, ватно-марлевый респиратор - при респираторных инфекциях) и средства дезинфекции. Медицинский работник, сопровождающий инфекционного больного, проводит инструктаж сотрудников временного караула и

отдела безопасности о правилах поведения для предупреждения возможного заражения.

89. Транспортировка инфекционного больного в лечебно-профилактическое учреждение осуществляется санитарным или другим оборудованным для перевозки таких больных транспортом.

90. Не допускается одновременная перевозка на одном транспортном средстве больных с разными инфекциями, а также инфекционных и соматических больных.

92. Перед эвакуацией больного из медицинской части в лечебно-профилактическое учреждение врач обязан провести необходимые мероприятия, обеспечивающие профилактику развития возможных осложнений при транспортировке:

а) при черепно-мозговой травме: придать пострадавшему удобное положение, не затрудняющее дыхание и предупреждающее аспирацию рвотных масс (повернуть голову на бок), при нарушениях дыхания и сердечной деятельности провести соответствующие лечебные мероприятия;

б) при повреждениях позвоночника и спинного мозга:

- шейного отдела - эвакуация пострадавших на жестком щите, бережная фиксация головы, при расстройствах деятельности сердечно-сосудистой системы и дыхания - введение медикаментозных средств, искусственная вентиляция легких;

- грудного и поясничного отделов - эвакуация пострадавших на жестком щите, проведение необходимых мероприятий при нарушениях сердечно-сосудистой деятельности, по показаниям - катетеризация мочевого пузыря;

в) при переломах длинных трубчатых костей конечностей, повреждениях сосудов: иммобилизация, остановка кровотечения, введение обезболивающих средств перед транспортировкой и проведение других противошоковых мероприятий.

При подозрении на острое хирургическое заболевание органов брюшной полости больной подлежит немедленной эвакуации санитарным транспортом в лечебно-профилактическое учреждение в положении лежа в сопровождении медицинского работника. Категорически запрещается применение обезболивающих средств, задержка больных в медицинской части в целях уточнения диагноза при синдроме "острого живота", закрытой травме живота.

При расстройствах чувствительности кожи избегать применения горячих грелок на конечности.

93. Показаниями для срочной госпитализации в лечебно-профилактическое учреждение больных хирургического профиля являются:

- заболевания, дающие симптомы "острого живота";
- повреждения сосудов с кровотечением и без него;
- внутреннее кровотечение;
- ранения с повреждением костей, суставов и нервных стволов, переломы костей;
- сотрясения и ушибы головного мозга;
- обширные повреждения мягких тканей;
- повреждения груди с подозрением на пневмоторакс и гемоторакс;
- травмы живота и таза с подозрением на повреждение внутренних органов;
- костный и сухожильный панариции, глубокие абсцессы, карбункулы любой локализации, острые остеомиелиты и артриты;
- ожоги и обморожения II - IV степени;
- другие заболевания и повреждения, требующие оказания срочного хирургического пособия.

К направлению в больницу по срочным показаниям также могут быть отнесе-

ны: злокачественные новообразования и заболевания, подозрительные на перерождение в злокачественные (в том числе пигментные опухоли кожи, изменяющие цвет и часто кровоточащие при бритье, причесывании и другой травматизации).

94. Срочной госпитализации в больницу подлежат нуждающиеся в неотложной квалифицированной и специализированной медицинской помощи больные:

- с острыми нарушениями коронарного кровообращения (инфаркт миокарда, затянувшийся приступ стенокардии);
- с гипертоническим кризом, не купирующимся в условиях медицинской части;
- ревматизмом (активная стадия);
- острыми отравлениями;
- не купирующимися в условиях медицинской части приступами бронхиальной астмы;
- крупозной пневмонией;
- острым, подострым нефритом;
- острыми нарушениями сердечного ритма, в том числе с явлениями недостаточности кровообращения;
- коматозными состояниями;
- с гемолитическими состояниями, анемиями, лимфопролиферативными заболеваниями, лейкозами;
- острой диареей с синдромами обезвоживания и электролитных нарушений;
- лихорадками неясного происхождения, а также больных с подозрением на острое инфекционное заболевание;
- острыми и с обострением хронических инфекционных заболеваний;
- острой, подострой лучевой болезнью;
- сахарным диабетом в случаях, требующих коррекции сахароснижающей терапии;
- другие заболевания, требующие оказания неотложной помощи.

95. Направлению в глазное отделение больницы подлежат:

- все пострадавшие с повреждениями глаз от механических, химических, лучевых воздействий, кроме лиц с инородными телами, поверхностно лежащими в роговице и на конъюнктиве (в случае успешного удаления этих инородных тел в медицинской части); больные с острыми и не поддающимися лечению хроническими заболеваниями придатков глаз;
- все больные с заболеваниями глазного яблока;
- лица с подозрением на глаукому;
- лица с быстро прогрессирующим снижением остроты зрения или с внезапной потерей его и другой патологией.

96. Госпитализации в лечебно-профилактическое учреждение подлежат больные с ЛОР-патологией:

- часто рецидивирующие носовые кровотечения и (или) при невозможности остановки кровотечения, травмой носа;
- флегмонами полости рта и шеи, затрудняющими дыхание, если быстро нарастающее удушье не потребует неотложной трахеостомии на месте;
- с заболеваниями, требующими срочного хирургического вмешательства (с мастоидитами, с подозрением на внутричерепные осложнения гнойного отита);
- с тяжелыми формами воспаления глотки, гортани или трахеи (острый отек гортани, заглоточный абсцесс);

- затянувшимся ларингитом при наличии афонии, околоушной флегмоной, острым гнойным средним отитом и обострением хронического гнойного среднего отита;
- острым и обострением хронического параназального синусита;
- с дисфагией;
- перихондритом ушной раковины, экземой наружного уха, флегмонозной ангиной и шейным лимфаденитом;
- с инородными телами в ЛОР-органах,
- а также с другими заболеваниями и повреждениями, при которых требуется стационарное обследование и лечение в специализированном отделении.

97. Госпитализации с урологической патологией в лечебно-профилактическое учреждение подлежат больные:

- с симптомами гематурии и пиурии;
- мочекаменной болезнью, осложненной почечной коликой;
- опухолями и туберкулезом почек и мочевыводящих путей;
- острым уретритом, циститом, эпидидимитом, простатитом;
- пиело- и гломерулонефритом,
- а также другими воспалительными заболеваниями наружных половых органов и энурезом.

Срочной госпитализации подлежат больные с закрытыми и открытыми повреждениями мочеполовых органов, острой задержкой мочи, анурией, почечной коликой.

98. Срочной госпитализации в лечебно-профилактическое учреждение подлежат больные с острыми инфекционными заболеваниями нервной системы (менингит, энцефалит), острыми нарушениями мозгового кровообращения, травмами головного, спинного мозга и периферических нервов, пароксизмальными расстройствами сознания и другими острыми заболеваниями нервной системы.

Госпитализация больных с психическими расстройствами осуществляется в острых случаях на основании комиссионного врачебного заключения, а в остальных случаях - с письменного согласия больного.

99. Госпитализации в лечебно-профилактическое учреждение подлежат больные с венерическими заболеваниями, хроническим фурункулезом, фурункулом лица и шеи, атипическими формами пиодермитов, дисгидротической эпидермофитией, руброфитией, трихофитией, микроспорией, фавусом, осложненной чесоткой, распространенным псориазом, экссудативной эритемой, красной волчанкой, а также другие больные, нуждающиеся в специальных методах обследования и лечения.

100. В больницы направляются больные с одонтогенными воспалительными процессами челюстно-лицевой области (флегмоны, острые остеомиелиты челюстей, абсцессы мягких тканей полости рта), переломами костей лицевого скелета, обширными одонтогенными кистами и доброкачественными опухолями, заболеваниями слизистой оболочки полости рта и другими заболеваниями, требующими стационарного обследования.

IV. Организация деятельности больницы

107. Больница осуществляет:

- оказание квалифицированной и специализированной стационарной медицинской помощи подозреваемым, обвиняемым и осужденным, содержащимся в Учреждениях, при наличии медицинских показаний;
- обеспечение преемственности с медицинскими частями учреждений УИС в

диагностике, лечении и медицинской реабилитации подозреваемых, обвиняемых и осужденных;

- участие специалистов в проведении плановых профилактических осмотров осужденных с целью выявления лиц с ранними стадиями заболеваний; отбор больных для планового лечения; контроль за выполнением медицинскими частями Учреждений рекомендаций, данных врачами больницы;

- изучение и анализ причин поздней госпитализации, контроль качества лечения подозреваемых, обвиняемых и осужденных на догоспитальном этапе; разрабатывает на этой основе информационные обзоры, рекомендации и предложения для медицинских отделов (отделений) территориальных органов УИС, медицинских частей Учреждений УИС прикрепленных регионов, направленные на повышение эффективности и качества оказания медицинской помощи в местах лишения свободы;

- проведение освидетельствования осужденных, страдающих заболеваниями, препятствующими дальнейшему отбыванию наказания, и представление в суд необходимых материалов для решения вопроса об их освобождении от отбывания наказания по болезни;

КонсультантПлюс: примечание.

В официальном тексте документа, видимо, допущена опечатка: Постановление Правительства РФ N 965 издано 13.08.1996, а не 10.08.1996.

- обследование больных с длительной или стойкой утратой трудоспособности, направляемых на медико-социальную экспертизу¹⁷ (далее - МСЭ), и подготовку необходимой медицинской документации;

КонсультантПлюс: примечание.

Постановление Правительства РФ от 13.08.1996 N 965 утратило силу в связи с изданием Постановления Правительства РФ от 20.02.2006 N 95, утвердившего новые Правила признания лица инвалидом.

109. Начальником учреждения в больнице утверждают:

- правила пребывания для больных;

113. Госпитализации в больницу подлежат лица:

- нуждающиеся в оказании неотложной, квалифицированной и специализированной стационарной помощи;

- страдающие острыми заболеваниями или обострениями хронических заболеваний, лечение которых в условиях медицинской части 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.

¹⁷ Постановление Правительства Российской Федерации от 10 августа 1996 г. N 965 "О Порядке признания граждан инвалидами" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1996, N 34, ст. 4127).

114. Показанием к срочной госпитализации в больницу являются:

- повреждения или заболевания, при которых оказание срочной помощи в условиях медицинской части в полном объеме не представляется возможным;
- повреждение или заболевания, представляющие непосредственную угрозу для жизни больного и требующие реанимации или интенсивной терапии;
- повреждения, связанные с высокой вероятностью присоединения инфекции;
- острая хирургическая инфекция: в случаях, требующих большого объема оперативного вмешательства; с сомнительным прогнозом; требующих постоянного наблюдения и ухода за больным;
- острые заболевания органов грудной и брюшной полости, требующие постоянного наблюдения за больным или оперативного вмешательства;
- повреждения и острые заболевания сосудов (тромбозы, флебиты, эмболии, эндосвакулиты и другие заболевания сосудов);
- госпитализация с целью уточнения диагноза.

115. Показанием к плановой госпитализации являются:

- заболевания, требующие большого объема оперативного вмешательства, невыполнимого в условиях медицинской части;
- хронические заболевания, лечение которых в условиях медицинской части оказалось неэффективным;
- госпитализация с целью уточнения диагноза, требующая применения специальной аппаратуры или особых условий исследования;
- оказание специализированной помощи, требующей специальной аппаратуры или специальных методов и навыков ведения больного.

Плановая госпитализация направлена на предупреждение развития острых состояний путем своевременного выявления патологии, требующей санации.

116. В лечебно-профилактическом учреждении осужденные больные содержатся с учетом их психического и соматического состояния.

117. Подозреваемые и обвиняемые содержатся отдельно от осужденных. Мужчины, женщины и несовершеннолетние, а также подозреваемые и обвиняемые, проходящие по одному уголовному делу, больные с различными инфекционными заболеваниями содержатся раздельно.

118. На видном месте в коридоре вывешиваются расписание дня отделения и правила поведения больных.

119. Время проведения свиданий и приема передач регламентируется расписанием дня работы больницы, утверждаемым начальником Учреждения.

Допускается временное непредоставление свиданий и запрещение посещений больного иными лицами при карантине, по другим санитарно-эпидемическим основаниям, а также если посещение больного может привести к ухудшению его здоровья или представлять угрозу его жизни и здоровью окружающих (в т.ч. прибывших для посещения). Такое решение принимает начальник больницы по письменному заключению лечащего врача и начальника отделения.

120. Устные и письменные заявления и жалобы больных -подозреваемых, обвиняемых 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.

В случае, если их содержание отражает болезненные (психопатологические) переживания больного, они регистрируются в специальном журнале, их копии приобщаются к истории болезни в качестве клинического материала.

121. Питание больных организуется в соответствии с нормами питания и с учетом требований диетологии.

Раздача пищи допускается после снятия пробы с готовых блюд дежурным врачом, результаты снятия пробы фиксируются в журнале. Каждое блюдо приготавливается на кухне по меню-раскладке, утвержденной начальником больницы.

122. Продолжительность ночного сна больных устанавливается не менее 8 часов, послеобеденного отдыха - не менее 1 часа. Ежедневная прогулка предоставляется для всех больных, за исключением случаев, когда имеются клинические и санитарно-эпидемиологические противопоказания.

123. Больные еженедельно моются в бане (ванне) с последующей сменой нательного и постельного белья. Смена белья у ослабленных больных производится по мере необходимости.

124. Лечение больных в больнице строго индивидуально и комплексно, проводится с использованием лечебно-охранительного режима, рациональных схем медикаментозного лечения, физиотерапии и других методов. Лечение сопутствующих заболеваний в стадии обострения или декомпенсации осуществляется одновременно с лечением основного заболевания.

125. Лечебно-охранительный режим предусматривает создание благоприятных условий для эффективного лечения, нравственного и психологического покоя, уверенности больных в быстрейшем и полном выздоровлении.

126. В больнице каждому больному обеспечиваются необходимые исследования его психического и соматического состояния и, в зависимости от характера заболевания, все современные методы лечения и медицинской реабилитации.

127. Врачебная помощь больным в вечернее и ночное время производится штатными врачами больниц в пределах суммированного рабочего времени за текущий месяц.

Порядок дежурств врачей в вечернее и ночное время определяется правилами внутреннего трудового распорядка больницы.

128. Для проведения клинико-экспертной работы и решения других вопросов, требующих комиссионного рассмотрения, в установленном порядке в больнице организуется врачебная комиссия. Состав комиссии утверждается приказом за подписью начальника больницы¹⁸.

V. Организация медицинского обеспечения в больнице

130. Направление на стационарное лечение в больницу в плановом порядке осуществляется по предварительному письменному запросу.

131. 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) предоставлением документов.

132. В необходимых случаях разрешается госпитализировать лиц, заключен-

¹⁸ Состав медицинской комиссии лечебно-профилактического учреждения УИС по проведению медицинского освидетельствования осужденных, представляемых к освобождению от отбывания наказания, утверждается начальником территориального органа УИС.

ных под стражу, в больницы УИС или в лечебно-профилактические учреждения государственной и муниципальной систем здравоохранения, при условии обязательного обеспечения в отношении этих лиц установленных для следственных изоляторов требований изоляции, охраны и надзора.

В случае помещения подозреваемого или обвиняемого в больницу УИС или в лечебно-профилактическое учреждение государственной и муниципальной систем здравоохранения об этом уведомляется лицо или орган, в производстве которого находится уголовное дело.

Осужденных, отбывающих наказание в колониях-поселениях, при отсутствии возможности оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения, разрешается с их согласия помещать для стационарного лечения в больницы УИС.

133. Прием подозреваемых, обвиняемых и осужденных в больницу из Учреждений, включающий комплекс мероприятий: лечебно-профилактических, специального учета, режимно-охранных и других мероприятий, осуществляется в установленном порядке.

134. Прием больных в больницу осуществляет оперативный дежурный по Учреждению в присутствии дежурного врача.

При приеме поступающего больного указанные выше ответственные лица проверяют наличие необходимой медицинской и иной документации. Дежурный врач принимает всю медицинскую документацию и перед осмотром больного изучает ее.

Поступающие лица в установленном порядке подвергаются обыску, а принадлежащие им одежда и обувь досматриваются, дезинфицируются, принимаются на хранение по описи, заверенной дежурным медперсоналом.

135. В случае поступления больного, нуждающегося в неотложных лечебно-диагностических мероприятиях, они выполняются до проведения вышеуказанных режимно-охранных действий или одновременно с ними.

137. Все поступающие в стационар в обязательном порядке проходят санитарную обработку, переодеваются в больничную одежду и обеспечиваются необходимым бельем.

138. Дежурный врач, изучив сопроводительную документацию, производит тщательный телесный осмотр и исследование психического и соматического состояния больного, оценивает наличие у него медицинских показаний для госпитализации в больницу, устанавливает предварительный диагноз заболевания.

После установления предварительного диагноза болезни врач делает необходимые лечебные назначения и направляет больного в соответствующее отделение.

В сложных случаях или при наличии серьезной интеркуррентной патологии вопрос о госпитализации решается с участием начальников соответствующих лечебно-диагностических отделений.

139. При госпитализации больного на него заполняется история болезни, куда заносятся все необходимые данные анамнеза, в том числе эпидемиологического, наружного осмотра, объективного и дополнительных методов исследования, оценивается его общее состояние.

140. При отсутствии показаний для госпитализации дежурный врач отказывает в приеме в стационар. Каждый случай отказа с его мотивацией регистрируется в "Журнале учета приема, выписки больных и отказов в госпитализации" с после-

дующим извещением в течение суток Учреждения, направившего больного. О каждом случае отказа в госпитализации и принятых мерах дежурный врач рапортом ставит в известность начальника больницы или его заместителя.

141. Отказу в госпитализации не подлежат больные с признаками инфекционных заболеваний. До установления заключительного диагноза они в обязательном порядке изолируются от других больных в специализированные отделения или палаты. Вопрос об их дальнейшем лечении решается с учетом существующих возможностей стационара.

Больные с особо опасными инфекциями или с подозрением на них изолируются на месте с проведением необходимого комплекса противоэпидемических мероприятий. Больные с подтвержденным диагнозом особо опасной инфекции переводятся в специализированный стационар.

142. В случае, если больной с пограничным психическим состоянием отказывается от госпитализации в психиатрическое отделение, допускается его стационарное обследование и лечение врачами-психиатрами на базе неврологического или одного из соматических отделений, при этом для оказания профильной помощи активно привлекается врачебный состав психиатрического отделения.

143. При обнаружении у больного, направленного на лечение, признаков повреждений насильственного характера или иного происхождения дежурный врач докладывает 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, составляет акт.

144. Больные, поступающие в часы работы врачей отделений, помимо врача приемного отделения или дежурного врача больницы осматриваются врачами соответствующих отделений.

146. Больным и пострадавшим, доставленным в больницу, в зависимости от показаний, неотложную медицинскую помощь оказывают в приемном отделении или лечебно-диагностических отделениях.

147. Обследование и лечение больного начинается с момента поступления его в приемное отделение, где определяется состояние больного, объем диагностического обследования и предварительный диагноз заболевания. Это обследование включает:

- клиническое обследование врачом приемного отделения или дежурным врачом;
- выполнение необходимых лабораторных, функциональных, рентгенологических и других исследований;
- проведение при необходимости консультаций врачей-специалистов и консилиумов;
- выполнение неотложных лечебных мероприятий.

При поступлении больным проводится определение температуры тела, артериального давления, частоты пульса, массы тела, роста.

148. Результаты исследования психического и соматического состояния больного, анамнестические (катамнестические) данные, предварительный диагноз, данные наблюдения, диагностические и лечебные назначения регистрируются в истории болезни, излагаются полно, последовательно и четко. История болезни является основным документом, составляемым на больного в стационаре.

VI. Особенности оборудования и организации деятельности лечебно-диагностических отделений

167. Тяжелобольные, а также лица, состояние которых отрицательно влияет на окружающих (обильное гнойное отделяемое, кишечные и мочевые свищи и другие podobные состояния), размещаются отдельно в одно- и двухместных палатах.

176. Результаты обследования больного, а также суммарную дозу облучения, полученную больным в ходе проведения обследования, врач-рентгенолог записывает в историю болезни.

Врач-рентгенолог отвечает за правильность интерпретации рентгенологической картины, за достоверность сформулированных заключений и выводов.

177. В неотложных случаях рентгенологические исследования проводят в соответствии с указаниями врача, оказывающего медицинскую помощь, независимо от сроков и результатов предшествующих рентгенологических исследований. При отсутствии врача-рентгенолога врач, направляющий больного в рентгенологическое отделение, обязан указать дежурному рентгенолаборанту цель и область исследования. При этом оптимальные проекции для съемки конкретных анатомических областей рентгенолаборант выбирает самостоятельно. Если больной находится в тяжелом состоянии или выполняется специальное рентгенологическое исследование с внутрисосудистым введением контрастных веществ (внутривенная урография, холеграфия и другие сложные методы исследования) присутствие лечащего врача во время проведения исследования обязательно.

180. Физиотерапия назначается лечащим врачом индивидуально, с учетом общего состояния больного. При назначении физиотерапии в истории болезни указываются наименование процедур, область применения, дозировка, периодичность и число процедур.

При отсутствии штатного врача-физиотерапевта его служебные обязанности выполняет врач, прошедший специальную подготовку.

Процедурные карточки хранятся в физиотерапевтическом отделении (кабинете) и после окончания лечения вкладываются в историю болезни.

Физиотерапевтические процедуры проводят медицинские сестры, имеющие специальную подготовку, под контролем врача-физиотерапевта и в соответствии с назначением лечащего врача, записанным в процедурной карточке. При необходимости физиотерапевтические назначения могут корректироваться врачом-физиотерапевтом по согласованию с лечащим врачом. Врач-физиотерапевт отмечает в процедурной карточке реакцию организма на воздействие физических методов лечения и его эффективность. Эти же данные лечащий врач заносит в историю болезни.

181. Больные, поступившие в стационар, размещаются в отделениях и палатах с учетом их состояния и установленного в приемном отделении диагноза. При последующем уточнении диагноза, в случае необходимости, больной переводится в другое отделение в соответствии с профилем его заболевания.

182. Поступивший больной не позднее первых суток своего пребывания в отделении осматривается лечащим врачом, а в случае поступления в вечерние и ночные часы, выходные или праздничные дни - дежурным врачом.

В случаях, когда характер или клиническая картина заболевания представляет трудности для диагностики, лечения или освидетельствования больных, для консультации в больницу могут привлекаться высококвалифицированные специалисты

территориальных ЛПУ либо по предварительной договоренности и с условием обеспечения их охраны больные могут направляться в специализированные лечебно-профилактические учреждения государственной и муниципальной систем здравоохранения или научно-исследовательские учреждения.

183. Перевод больного из одного отделения в другое для проведения специализированного вида лечения производится по заключению врача-специалиста и по согласованию с начальниками соответствующих отделений.

В экстренных случаях перевод осуществляется по распоряжению дежурного врача, о чем делается соответствующая запись в медицинской карте стационарного больного с указанием причин перевода.

184. Обо всех случаях внутрибольничного перевода больных немедленно ставится в известность дежурный помощник начальника больницы, извещается начальник больницы и его заместитель по лечебной работе.

185. Больной, поступивший в лечебно-диагностическое отделение, осматривается лечащим врачом, который выясняет жалобы, анамнез заболевания и жизни, проводит тщательное и последовательное обследование больного, организует выполнение необходимых исследований, устанавливает предварительный диагноз заболевания, составляет план дальнейшего обследования и назначает необходимые лечебные мероприятия.

186. Клинический анализ крови и общий анализ мочи производятся больному не позднее первых двух дней после поступления в стационар, флюорографическое (рентгенологическое) исследование органов грудной клетки - в первые три дня, если флюорография не производилась больному в течение предыдущего госпитализации месяца, и при отсутствии противопоказаний для ее проведения. Повторные анализы крови и мочи, а также другие исследования выполняются больному по показаниям для уточнения диагноза и контроля за эффективностью лечения.

187. При направлении больного на диагностическое исследование лечащий врач должен указать диагноз, цель и область исследования. Заключение о результатах исследования записывается в историю болезни. С результатами исследования лечащий врач знакомится в день их выполнения, в доступной для больного форме информирует его о полученных при обследовании результатах.

188. Клинический диагноз должен быть установлен не позднее 3 суток со дня поступления больного в стационар. Исключение составляют случаи, сложные в диагностическом отношении, при этом в истории болезни указывается причина задержки в установлении диагноза и намечаются дополнительные диагностические исследования и консультации специалистов. В день установления клинического диагноза в дневнике оформляется запись, его обосновывающая.

189. В процессе лечения больные ежедневно осматриваются лечащим врачом, а начальником отделения - в день поступления и в последующем: находящиеся в тяжелом и крайне тяжелом состоянии - ежедневно, все остальные - не реже одного раза в неделю.

Результаты осмотра записываются лечащим врачом в историю болезни ежедневно на больных, находящихся в тяжелом и средней тяжести состоянии, с острыми заболеваниями, с неясным диагнозом, при развитии отрицательной динамики течения заболевания. На остальных больных разрешается делать записи об их осмотрах по усмотрению лечащего врача, но не реже двух раз в неделю. Данные о проведении сложных диагностических и лечебных мероприятий (операция, пункция,

переливание крови и другие инвазивные вмешательства) подробно записываются в историю болезни, а их проведение обосновано соответствующим эпикризом.

190. Во всех сложных и неясных в диагностическом и лечебном отношении случаях, а также тяжелобольным проводятся консультации специалистов и консилиумы.

191. При формулировке заключительного клинического диагноза врач по возможности отражает этиологию, патогенез заболевания, клинико-морфологические изменения, характер и степень функциональных нарушений, стадию болезни, ее осложнения, а также сопутствующие заболевания.

Изменения в психическом и соматическом состоянии больного, новые назначения и исследования 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; совместные осмотры, проводимые консилиумы - подписями всех участников.

192. Лица с длительной или стойкой утратой трудоспособности после всестороннего обследования в условиях стационара с привлечением в необходимых случаях специалистов лечебно-профилактических учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения направляются в установленном порядке для освидетельствования в бюро медико-социальной экспертизы.

193. По окончании стационарного лечения больной выписывается в исправительное учреждение или следственный изолятор, из которого он направлялся на лечение, либо, в случае освобождения осужденного от отбывания наказания по болезни, а также окончания срока наказания в период его нахождения в стационаре, освобождается в установленном законом порядке.

Осужденные, заболевшие в местах лишения свободы заболеванием, препятствующим дальнейшему отбыванию наказания, после всестороннего обследования в условиях стационара с привлечением в необходимых случаях специалистов лечебно-профилактических учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения, освидетельствуются специальной комиссией врачей уголовно-исполнительной системы в установленном порядке.

194. В случае, когда подлежащий освобождению осужденный в силу имеющихся у него заболеваний, психического состояния и физических недостатков к избранному месту жительства самостоятельно следовать не может, начальник медицинской части ставит об этом в известность начальника ИУ, который обязан в установленном порядке выделить необходимое количество сопровождающих, в т.ч., при необходимости, и медицинского работника.

195. При назначении принудительного лечения в психиатрической больнице специализированного типа с интенсивным наблюдением такие лица переводятся в указанную больницу в установленном порядке.

196. Освобождаемые психически больные, выписываемые под наблюдение психоневрологического диспансера по месту жительства, а также под опеку или на попечение родственников, передаются им непосредственно в больнице. В случае отсутствия родственников или невозможности их приезда за больным он сопровождается до места жительства или лечения медицинскими работниками больницы.

197. Осужденные, не прошедшие обязательного лечения, а также требующие специального лечения в медицинских учреждениях закрытого типа, в колонии-поселения до завершения такого лечения не направляются.

198. В больницах, имеющих в своей структуре психиатрические и инфекционные отделения (палаты), устанавливается режим, обеспечивающий соответствующую изоляцию и надзор за поведением этой категории больных.

199. В случае вспышки инфекционного заболевания в отделениях приказом за подписью начальника больницы вводятся режимно-ограничительные меры и проводится комплекс противоэпидемических мероприятий по локализации очага и его ликвидации в соответствии с ранее разработанным планом, учитывающим особенности лечебно-профилактического учреждения.

200. Обо всех случаях внутрибольничной инфекции, несчастных случаях, других чрезвычайных происшествиях, произошедших на территории больницы, администрация больницы извещает руководство медицинского управления (отдела, отделения) территориального органа УИС.

201. По окончании срока отбывания наказания больного, находящегося в больнице и нуждающегося в продолжении лечения, он направляется с выпиской из истории болезни в лечебное учреждение по избранному месту жительства или, по договоренности, в ближайшее лечебно-профилактическое учреждение государственной и муниципальной систем здравоохранения.

202. Если немедленная отправка больного опасна 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.

203. Выписка подозреваемых, обвиняемых и осужденных, находящихся на обследовании, лечении или освидетельствовании в больнице, осуществляется в связи с выздоровлением или стойким улучшением состояния либо по их личному заявлению (в случае, если состояние больного позволяет его выписку).

204. Лица, систематически или злобно 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, не обуславливает беспомощности, т.е. неспособности самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности либо имеющееся у них заболевание не является тяжелым и не может привести к существенному ухудшению здоровья после выписки из стационара.

Выписка больного производится лечащим врачом с разрешения начальника больницы или его заместителя с оформлением соответствующей записи в истории болезни и в медицинской карте амбулаторного больного.

205. После выписки из стационара история болезни передается в архив. История болезни выписанного больного содержит эпикриз, включающий формальные данные, краткое изложение анамнеза, развития и течения болезни, данные специальных исследований, диагноз, проведенное лечение и рекомендуемые после выписки медицинские реабилитационные мероприятия.

Копия эпикриза подшивается в медицинскую карту амбулаторного больного подозреваемого, обвиняемого, осужденного и вместе с личным делом направляется в следственный изолятор или по месту отбывания наказания в установленном порядке.

В случае освобождения осужденного от отбывания наказания по болезни, а также окончания срока наказания в период его нахождения в стационаре копия эпикриза направляется в лечебно-профилактическое учреждение системы здравоохранения по месту перевода или жительства больного или выдается ему на руки.

206. 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 УИС, прокурору, осуществляющему надзор в местах лишения свободы, лицу или органу, в производстве которого находится уголовное дело, а также родственникам умершего.

207. Выдача тел умерших осужденных их родственникам для захоронения, а также похороны невестребованных тел производятся в установленном порядке.

Х. Лечебно-профилактические мероприятия в отношении некоторых заболеваний

Психические расстройства

260. В Учреждениях медицинская помощь, в том числе медицинское освидетельствование, диспансерное наблюдение, лицам, имеющим психические расстройства, осуществляется в соответствии с положениями Закона Российской Федерации от 02.07.1992 N 3185-1 "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании"¹⁹.

В целях сохранения психического здоровья подозреваемых, обвиняемых и осужденных, более эффективного включения этих лиц в систему воспитательных и трудовых мероприятий, предупреждения совершаемых правонарушений осуществляется своевременная диагностика, лечение и профилактика психических расстройств у данной категории лиц.

261. В экстренных случаях, когда психическое состояние больного обуславливает непосредственную опасность для себя или окружающих, а также его беспомощность, помощь оказывается психиатром Учреждения по месту нахождения больного до перевода в специализированное психиатрическое учреждение.

В зависимости от состояния больных за ними устанавливаются дифференцированные виды наблюдения, исключающие возможность попыток к самоубийству, аутоагрессии, нападению, побегу, назначается соответствующее обследование и лечение.

262. Для выявления лиц с психическими расстройствами в Учреждениях проводятся следующие мероприятия:

- перед проведением медицинского освидетельствования подозреваемых, обвиняемых и осужденных врач в обязательном порядке знакомится с материалами личного дела и медицинской документацией на предмет выявления лиц, имевших до ареста психические расстройства, направляемых на судебно-психиатрическую экспертизу или ее проходивших;

- в случае необходимости из лечебно-профилактических учреждений, где наблюдался или проходил стационарное лечение по поводу психического заболевания подозреваемый, обвиняемый и осужденный, запрашиваются выписки из медицинских карт амбулаторного больного и (или) стационарного больного и копии актов судебно-психиатрических экспертиз из учреждений, где данная экспертиза проводилась;

- определение наличия или отсутствия психического расстройства у обследуе-

¹⁹ Закон Российской Федерации от 02.07.1992 N 3185-1 "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" опубликован в Ведомостях Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1992, N 33, ст. 1913.

мого лица осуществляется врачом-психиатром. В случае отсутствия в штатах Учреждения врача-психиатра для этих целей привлекаются врачи-психиатры лечебно-профилактических и лечебных исправительных учреждений УИС, а также - территориальных ЛПУ. При подозрении на наличие психического расстройства свои диагностические заключения врачи Учреждения могут выносить только предположительно;

- обязательный осмотр врачом-психиатром лиц, находящихся на принудительном лечении по поводу психических расстройств, не исключающих вменяемости;

- принудительное лечение лиц, имеющих психические расстройства, не исключающие вменяемости, осуществляется амбулаторно в Учреждениях, имеющих в штатах врача-психиатра, а в случае необходимости - стационарно, в психиатрических больницах и психиатрических отделениях больниц УИС;

- лица, неустойчивые в психическом отношении, часто обращающиеся с жалобами невротического характера или с отклонениями в поведении (эмоционально возбудимые, часто совершающие внешне немотивированные поступки, нарушающие режим содержания, конфликтные и т.п.), а также ранее лечившиеся по поводу психических расстройств, признанные судебно-психиатрической экспертизой вменяемыми, но имеющие психические расстройства, освидетельствуются врачом-психиатром при соблюдении принципа добровольности.

В тех случаях, когда вследствие тяжести своего психического состояния лицо представляет непосредственную опасность для себя или окружающих, является беспомощным либо имеющееся у него психическое расстройство в случае неоказания ему психиатрической помощи способно причинить существенный вред его здоровью, освидетельствование может проводиться без его согласия или согласия его законного представителя.

263. Диспансерное наблюдение и лечение лиц, имеющих психические расстройства, осуществляется в Учреждениях амбулаторно или в стационаре медицинской части в установленном порядке.

264. Лицам, которым назначена судебно-психиатрическая экспертиза (далее - СПЭ), лечебные мероприятия в связи с выявлением психических расстройств осуществляются в соответствии с их психическим состоянием. В случае заключения СПЭ о наличии психического расстройства, свидетельствующего о невменяемости, до решения суда о признании подозреваемого или обвиняемого невменяемым лечебные мероприятия осуществляются в стационаре медицинской части следственного изолятора с обязательной изоляцией больного от остальных подозреваемых, обвиняемых и осужденных.

265. После вынесения судебного решения о невменяемости больного до перевода в психиатрическую больницу специализированного типа с интенсивным наблюдением лечебные мероприятия также осуществляются в стационаре медицинской части следственного изолятора с обязательной изоляцией от остальных подозреваемых, обвиняемых и осужденных.

266. Подозреваемые, обвиняемые и осужденные больные, находящиеся в стационаре медицинской части Учреждения в связи с наличием психического расстройства, осматриваются врачом-психиатром Учреждения не реже двух раз в неделю. В случае отсутствия в штатах Учреждения врача-психиатра лечебные мероприятия осуществляются начальником медицинской части или врачом-терапевтом по рекомендациям врача-психиатра лечебно-профилактических учреждений и лечебных исправительных учреждений УИС или специализированных учреждений психиатри-

ческого профиля государственной и муниципальной систем здравоохранения.

Результаты осмотра вносятся в медицинскую карту стационарного больного. При выписке больного из стационара составляется подробный эпикриз, который переносится в медицинскую карту амбулаторного больного.

267. Лицам с психическими расстройствами, требующим стационарного лечения, помощь оказывается в условиях медицинской части Учреждения, а в тяжелых и длительно не купирующихся случаях - в межобластных психиатрических больницах и психиатрических отделениях общесоматических больниц УИС.

268. Углубленное и всестороннее обследование в стационаре больных, страдающих хроническим психическим заболеванием, является обязательным при решении вопроса о досрочном освобождении осужденного от дальнейшего отбывания наказания в связи с болезнью.

269. Психиатрическое освидетельствование проводится в установленном порядке врачебной комиссией, состоящей из врачей учреждений уголовно-исполнительной системы. В составе комиссии должно быть не менее 2 врачей-психиатров. По результатам составляется акт психиатрического освидетельствования осужденного. Данная категория больных должна находиться в больнице (отделении) до окончательного решения суда по представленным администрацией больницы материалам.

270. В случае решения суда о применении принудительных мер медицинского характера больной этапируется в психиатрическую больницу специализированного типа с интенсивным наблюдением.

Алкоголизм и наркомания

271. Осужденные, подлежащие обязательному лечению от алкоголизма и наркомании, содержатся и проходят амбулаторное лечение в лечебных исправительных учреждениях уголовно-исполнительной системы, создаваемых для этих целей.

272. Обязательное лечение больных алкоголизмом, наркоманией проводится врачом психиатром-наркологом или врачом-психиатром, имеющим соответствующую подготовку по наркологии. Основанием для назначения обязательного лечения является комиссионное заключение, вынесенное комиссией врачей специалистов.

273. Перевод осужденных, не закончивших курс обязательного лечения от наркомании, из специализированного лечебного исправительного учреждения в другое может быть осуществлен лишь в случае крайней необходимости. При этом составляется подробный эпикриз о состоянии больного и проведенном лечении, даются рекомендации по продолжению лечения.

274. При выявлении у осужденного хронического алкоголизма или наркомании, в случаях, требующих лечения, ему предлагается пройти курс лечения от алкоголизма и наркомании в добровольном порядке. Добровольное лечение от алкоголизма и наркомании проводится по месту отбывания наказания при наличии в Учреждении врачей-наркологов, а при их отсутствии - в Учреждениях, имеющих необходимую базу.

275. При отказе от добровольного лечения медицинской комиссией, состоящей из начальника медицинской части ИУ, двух врачей психиатров-наркологов или врачей-психиатров, выносится заключение, на основании которого применяется обязательное лечение.

276. Решение о прекращении обязательного лечения также принимается комиссионно.

277. Лицам, отбывшим наказание с незавершенным курсом лечения, дальнейшее лечение от алкоголизма и наркомании осуществляется в ЛПУ государственной или муниципальной систем здравоохранения по месту жительства с соответствующим их уведомлением.

278. Во всех случаях освобождения от отбывания наказания осужденных, которые проходили обязательное лечение от алкоголизма, наркомании, медицинская часть за один месяц до освобождения направляет в наркологический диспансер по избранному месту жительства освобождаемого выписку из медицинской карты амбулаторного больного о проведенном лечении и его результатах.

Венерические заболевания и заразные кожные болезни

279. Каждый поступающий в следственный изолятор тщательно осматривается с целью выявления признаков венерического заболевания или заразных кожных болезней. Особое внимание уделяется состоянию кожных покровов волосистой части головы, слизистых оболочек полости рта, половых органов, анальной области. Пальпируются шейные, подчелюстные, над- и подключичные, подмышечные и паховые лимфатические узлы.

При подозрении на заболевание сифилисом или гонореей больной обязательно осматривается врачом-дерматовенерологом.

Обоснование диагноза венерического заболевания оформляется в медицинской карте амбулаторного больного.

280. Обязательному серологическому обследованию на сифилис подвергаются все поступившие в СИЗО с контрольным серологическим исследованием через 3 месяца.

281. Клинико-лабораторному обследованию на гонорею подлежат лица, привлекаемые к уголовной ответственности по ст. 121, 122, 131, 132, 134, 135 Уголовного кодекса Российской Федерации, и все женщины, в том числе несовершеннолетние.

283. Если при изучении анамнеза у обследуемого лица имеются указания на то, что он до привлечения к уголовной ответственности проходил лечение по поводу венерического заболевания или состоял на учете (серологическом контроле) в кожно-венерологическом диспансере, медицинская часть следственного изолятора в трехдневный срок делает запрос в кожно-венерологический диспансер о диагнозе, проведенном лечении и сроках серологического контроля. Дальнейшее лечение или серологический контроль таких больных проводится в медицинской части следственного изолятора в соответствии с полученными ответами. При положительных результатах обследования проводится лечение скрытого сифилиса в установленном порядке.

284. После установления клинического диагноза венерического заболевания и при отсутствии противопоказаний незамедлительно назначается необходимое лечение.

285. При выявлении венерического заболевания медицинская часть Учреждения направляет извещение по установленной форме в кожно-венерологический диспансер по месту жительства больного до ареста.

286. Если больному сифилисом в учреждении здравоохранения лечение было не закончено, то лечение такому больному проводится заново.

287. После окончания полноценной специфической терапии любым методом больные сифилисом и лица, получившие превентивное лечение, находятся на клинико-серологическом контроле.

290. Взрослые и дети, получившие превентивное лечение после полового или тесного бытового контакта с больными ранними формами сифилиса, подлежат од-

нократному клинико-серологическому обследованию через 3 месяца после лечения. Если превентивное лечение проводилось в связи с переливанием крови от больного сифилисом, то контроль продолжается в течение 6 месяцев.

291. Больные нейрсифилисом, независимо от стадии развития заболевания, должны находиться под наблюдением в течение 3 лет. Результаты лечения контролируются с помощью серологических исследований сыворотки крови в сроки, указанные выше, а также обязательным ликворологическим обследованием в динамике 1 раз в 6 месяцев до полной санации ликвора.

292. Лица с серорезистентностью находятся на клинико-серологическом контроле в течение 3 лет.

293. Обязательному серологическому обследованию на сифилис подвергаются осужденные, имевшие длительные свидания и краткосрочные отпуска, с контрольной вассерманизацией через 3 месяца.

294. При выявлении больных с заразными формами сифилиса проводится их немедленная изоляция. Обязательной госпитализации после установления диагноза подлежат больные с заразной формой (сифилис первичный, вторичный) и больные ранним скрытым сифилисом (впервые установленным) для проведения превентивного лечения.

295. Госпитализация больных с инфекциями, передающимися половым путем, осуществляется в кожно-венерологические отделения больниц УИС или в другие отделения (инфекционные, терапевтические), в которых для них выделяются отдельные койки (палаты). При невозможности направления в больницу больные венерическими заболеваниями госпитализируются в стационары медицинских частей учреждений с выделением для них отдельных коек (палат).

296. Больные, страдающие сифилисом с поражением внутренних органов и нервной системы, после консультации врача-дерматовенеролога получают специфическое лечение в профильных отделениях больниц. При сифилисе внутренних органов лечение проводят в терапевтических отделениях, при сифилисе нервной системы - в неврологических отделениях.

297. С целью выявления гонореи и сопутствующих урогенитальных инфекций взятие клинического материала для лабораторного исследования осуществляется из всех очагов возможного поражения (из уретры, влагалища, шейки матки и прямой кишки; ротоглотки - по показаниям). Особое внимание при обследовании на гонорею следует обращать на женщин с хроническими воспалительными заболеваниями мочеполовой системы.

Лабораторная верификация диагноза гонореи базируется на результатах микроскопического и (или) культурального исследований.

У лиц, привлекаемых к уголовной ответственности за насильственные действия сексуального характера, проводится дополнительное исследование материала из прямой кишки.

При отрицательных результатах обследования на гонорею и наличии анамнестических данных (половой контакт с больным гонореей в срок до 60 дней) проводится профилактическое лечение.

298. После установления диагноза венерического заболевания с больным проводится беседа о характере заболевания, правилах поведения, сроках лечения и контрольного наблюдения, действующем законодательстве о венерических болезнях. Одновременно заполняется бланк предупреждения лицу, заболевшему венериче-

ской болезнью, на котором ставятся подписи больного и врача, после чего преждевременно приобщается к медицинской карте амбулаторного больного или медицинской карте стационарного больного.

299. После установления диагноза венерического заболевания медицинская часть Учреждения в суточный срок направляет в центр госсанэпиднадзора территориального органа УИС экстренное извещение о заболевании.

300. Перед убытием больного с венерическим заболеванием из следственного изолятора в ИУ врач-дерматовенеролог или врач-терапевт делает запись в медицинской карте амбулаторного больного подозреваемого, обвиняемого, осужденного в виде этапного эпикриза с рекомендациями по дальнейшему лечению и контрольному наблюдению.

301. Запрещается отправка в другие Учреждения лиц с заразными формами сифилиса и гонореей (до проведения им курса противосифилитического или противогонорейного лечения), а также с заразными формами кожных болезней.

302. После прибытия в исправительное учреждение больные, прошедшие курс лечения венерического заболевания, ставятся на диспансерный учет для дальнейшего прохождения лечения и серологического контроля. При отсутствии в штате медицинской части врача-дерматовенеролога ведение этих больных возлагается на врача другой специальности (терапевта) или врача-гинеколога (в женских ИУ).

303. 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.

304. Осужденным, не прошедшим полного курса лечения венерического заболевания, до окончания курса лечения выезды за пределы исправительных учреждений не представляются.

305. При выявлении факта заражения осужденного венерическим заболеванием, которое могло произойти во время длительного свидания, медицинская часть ИУ направляет в кожно-венерологический диспансер поручение о привлечении к обследованию на эти заболевания предполагаемого источника заражения.

306. О больных, не снятых с диспансерного учета, у которых заканчивается срок отбывания наказания, медицинская часть ИУ за месяц до освобождения информирует кожно-венерологический диспансер по избранному месту жительства освобождающегося. При этом указываются диагноз заболевания, характер проведенного лечения, сроки сероконтроля.

ВИЧ-инфекция

311. Организация диагностики, лечения, диспансерного наблюдения и содержания ВИЧ-инфицированных осуществляется на основании требований законодательства в отношении этой инфекции.

312. Все выявленные ВИЧ-инфицированные лица берутся на диспансерный учет.

Диспансерное наблюдение должно обеспечить выполнение следующих задач:

- выявление и лечение имеющихся у больного или вновь возникающих заболеваний, способствующих более быстрому прогрессированию ВИЧ-инфекции;
- максимально раннее выявление признаков прогрессирования ВИЧ-инфекции;
- своевременное назначение специфической терапии;
- оказание всех видов квалифицированной медицинской помощи при соблюдении врачебной тайны.

313. При постановке больного на учет производится его первичное обследова-

ние, целью которого является подтверждение диагноза ВИЧ-инфекции, установление стадии болезни, выявление имеющихся у больного вторичных и сопутствующих заболеваний для определения тактики дальнейшего ведения больного.

Повторные обследования проводятся при ухудшении состояния больного и в плановом порядке в зависимости от стадии болезни.

Цель планового обследования - своевременное выявление угрозы прогрессирования болезни. Повторные плановые обследования проводят в следующие сроки:

Стадия болезни	Уровень CD4	Интервалы (в неделях)
2-Б, В	> 500	24
	< 500	12
	неизвестно	24
3-А, Б, В	> 500	24
	< 500	12
	неизвестно	12
4	в зависимости от клинической картины	

Примечания: если впервые выявлено CD < 200 (кроме 3В; 4 стадии), то повторить CD4 через 1 месяц.

В стадии 3В при CD < 200 или неизвестном показателе врачебный осмотр проводят ежемесячно.

Дополнительное обследование проводится по клиническим показаниям. При экстренном обращении врач самостоятельно определяет объем обследования.

При обострении у ВИЧ-инфицированных вторичных заболеваний или развитии терминальной стадии такие больные содержатся отдельно от других ВИЧ-инфицированных.

В период ремиссии вторичных заболеваний у ВИЧ-инфицированных осужденных им могут быть разрешены прогулки и трудовая деятельность с учетом наличия медицинских противопоказаний.

314. Госпитализация больного ВИЧ-инфекцией может проводиться по клиническим, эпидемиологическим и социально-психологическим показаниям.

Клинические показания: возникновение признаков прогрессирования ВИЧ-инфекции, проявляющееся в виде вторичных заболеваний, требующих стационарного лечения, или необходимость проведения плановых исследований, которые не могут быть осуществлены в амбулаторных условиях.

Эпидемиологические показания: наличие у больных кровотечений или угрозы развития кровохаркания, вторичных заболеваний, которые могут представлять опасность для окружающих (открытые формы туберкулеза).

Социально-психологические показания определяются с участием медицинского специалиста (психиатра). Стационарное лечение больных следует проводить в специализированных учреждениях или отделениях. При их отсутствии лучше использовать инфекционные стационары (желательно их боксовые отделения), что облегчает сохранение врачебной тайны и оберегает больного с ВИЧ-инфекцией от контактов с инфекционными больными.

Туберкулез

317. Основными принципами оказания противотуберкулезной помощи являются:

- активная профилактика туберкулеза;
- ранняя диагностика туберкулеза (особенно бациллярных форм туберкулеза)

легких) и их эффективное лечение;

- своевременное направление выявленных больных в противотуберкулезные медицинские организации;

- своевременное выявление лиц, контактировавших с больными туберкулезом, их обследование, профилактическое лечение, диспансерное наблюдение;

- изолированное и раздельное содержание:

- больных активным туберкулезом от лиц, не состоящих на диспансерном учете по поводу данного заболевания;

- лиц, наблюдающихся в "0" группе диспансерного учета (далее - ГДУ), от больных I и II ГДУ;

- больных, состоящих на учете в I ГДУ, от лиц, состоящих на учете во II ГДУ;

- больных, выделяющих микобактерии туберкулеза (далее - МБТ), от других больных активным туберкулезом;

- бактериовыделителей с множественной лекарственной устойчивостью (далее - МЛУ) и полирезистентностью от других больных, выделяющих МБТ;

- проведение диспансерного учета, диагностических мероприятий, а также лечения больных туберкулезом в установленном порядке;

- преємственность в диагностике, лечении и диспансерном наблюдении больных туберкулезом с учреждениями государственной и муниципальной систем здравоохранения;

- этапность при проведении противотуберкулезных мероприятий;

- обязательное соблюдение противоэпидемического режима.

321. На всех лиц, имеющих в анамнезе туберкулез, направляются запросы по месту предыдущего учета больного.

323. Больные с хроническим течением туберкулезного процесса (постоянно выделяющие мокроту) обследуются указанным методом периодически, но не реже 1 раза в 6 месяцев.

324. Группы риска по заболеванию туберкулезом формируются для проведения дополнительных диагностических мероприятий (включает клинический минимум исследований на туберкулез) из лиц, имеющих отягощающие факторы, к которым относятся:

- гиперергическая реакция на туберкулин у несовершеннолетних;

- кашель более 3 недель;

- кровохарканье;

- лихорадка более 3 недель;

- снижение массы тела;

- отдельные заболевания и состояния, к которым относятся:

- сахарный диабет;

- язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки;

- перенесенные резекции желудка или гастрэктомия;

- хронические неспецифические заболевания органов дыхания;

- пневмония;

- заболевания мочеполовых органов, сопровождающиеся гематурией и пиурией;

- психические заболевания, а также наркомания, алкоголизм;

- заболевание ВИЧ-инфекцией;

- длительное лечение лекарственными препаратами групп кортикостероидов и цитостатиков;

иммунодефицитные состояния;

- посттуберкулезные изменения в легких;

- нахождение на учете в III, IV ГДУ.

325. Клинический минимум исследований на туберкулез включает:

- опрос и осмотр;

- рентгено-флюорографическое исследование органов грудной клетки;

- микробиологические исследования мокроты на туберкулез (методами прямой микроскопии трехкратно или методом люминесцентной микроскопии);

- общий анализ крови;

- общий анализ мочи;

- туберкулинодиагностика по показаниям.

326. Клинический минимум исследований на туберкулез проводится при наличии двух и более указанных факторов риска, при выявлении указанных заболеваний или симптомов.

327. С целью повышения качества выявления и диагностики туберкулеза приказом за подписью начальника ЛИУ, ЛПУ создается врачебная комиссия, в состав которой включаются наиболее подготовленные специалисты. Комиссия проводит заседания в зависимости от объема работы 1 - 2 раза в неделю, ее решения записывают в специальный журнал.

При необходимости комиссия осуществляет выезды в исправительные учреждения и следственные изоляторы.

Подтверждение диагноза туберкулеза производится только решением данной комиссии, она же определяет группу диспансерного учета. Для замены временно отсутствующих членов комиссии предусматривается дублирующий состав. Наиболее сложные случаи представляются на центральную врачебную контрольную комиссию (далее - ЦВКК) областного (краевого, республиканского) противотуберкулезного диспансера (далее - ПТД).

Перевод больных из одной группы диспансерного учета в другую осуществляется также решением врачебной комиссии и оформляется эпикризом, который приобщается к медицинской карте амбулаторного больного.

328. Извещение на каждого впервые выявленного больного активным туберкулезом в Учреждении направляется в вышестоящее медицинское подразделение и областные, краевые, республиканские и другие ПТД, которое заполняется врачом (фельдшером) по месту выявления, после комиссионного подтверждения диагноза туберкулеза.

329. С целью исключения повторной регистрации, ежеквартально и в конце года проводится сверка имеющейся в Учреждениях информации с данными областного (краевого, республиканского) ПТД о количестве впервые выявленных больных туберкулезом.

330. При выявлении туберкулеза больной госпитализируется в противотуберкулезное ЛПУ либо в туберкулезное отделение Учреждения.

Если подтверждение диагноза туберкулеза требует проведения дополнительных методов исследования, выполнение которых невозможно обеспечить в Учреждении, а также пробного лечения, лицо с подозрением на туберкулез направляется в ЛПУ.

331. При направлении на лечение в медицинскую карту больного вкладываются флюорографические кадры и рентгеновские снимки с выявленными туберкулезными изменениями.

332. При выявлении туберкулеза, поступлении в Учреждение больного тубер-

кулезом, помимо указанных документов, заполняется Карта учета больного туберкулезом, которая приобщается к медицинской карте и находится в ней до освобождения подозреваемого, обвиняемого или осужденного.

333. При освобождении подозреваемого, обвиняемого или осужденного, страдающего активным туберкулезом, а также больного с подозрением на активный туберкулез (окончательный диагноз которым из-за освобождения еще не был установлен), в ПТД, расположенный по месту предполагаемого жительства, направляются выписка из медицинской карты амбулаторного больного (истории болезни). Копия выписки из медицинской карты амбулаторного больного (истории болезни) выдается больному на руки.

Карта учета больного туберкулезом направляется на хранение в следственный изолятор, расположенный в областном (республиканском, краевом) центре.

334. После успешно заверщенного стационарного этапа лечения и прекращения бактериовыделения осуществляется перевод больных на амбулаторное лечение в противотуберкулезные ЛИУ.

335. Выдача медикаментов на амбулаторном этапе лечения производится в порядке, определенном Правилами обеспечения лиц, находящихся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, и больных туберкулезом бесплатными медикаментами для лечения туберкулеза в амбулаторных условиях в федеральных специализированных медицинских учреждениях, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 17.11.2004 N 645²⁰.

336. В противотуберкулезных ЛИУ больные, проходящие амбулаторное лечение, размещаются и содержатся в соответствии с принципами раздельного и изолированного содержания, до их перевода в III ГДУ.

337. При невозможности содержания больных туберкулезом в противотуберкулезных ЛИУ они направляются в изолированные участки ИУ, специально создаваемые для содержания таких больных, с соблюдением противоэпидемического режима, установленного для противотуберкулезных организаций.

338. При выявлении у больных признаков реактивации туберкулеза они подлежат немедленной изоляции (помещению в инфекционный изолятор медицинской части Учреждения) и направлению на стационарное лечение в противотуберкулезные учреждения.

344. Лиц, переведенных на учет в III ГДУ, в ИУ, целесообразно размещать для проживания отдельно от лиц, не состоящих на диспансерном учете по туберкулезу.

345. Лица, состоящие на учете в IV ГДУ, размещаются в Учреждениях на общих основаниях.

346. Профилактическое и противорецидивное лечение туберкулеза назначается и проводится врачом-фтизиатром, а при его отсутствии осуществляется иным медицинским работником, после консультации фтизиатра.

347. Состоящим на учете в III ГДУ лицам один (два) раза в год двумя противо-

²⁰ Постановление Правительства Российской Федерации от 17.11.2004 N 645 "Об утверждении Правил обеспечения лиц, находящихся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, и больных туберкулезом бесплатными медикаментами для лечения туберкулеза в амбулаторных условиях в федеральных специализированных медицинских учреждениях" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, N 47, ст. 4663; Российская газета, 2004, N 259).

туберкулезными препаратами проводятся трехмесячные курсы противорецидивного лечения.

348. Профилактическое лечение туберкулеза проводится ежедневно или через день двумя противотуберкулезными препаратами.

Лицам, контактировавшим с больными, выделяющими МБТ, лекарственная устойчивость которых известна, проводится лечение 2 препаратами, к которым сохранена чувствительность.

349. Лицам, состоящим на учете в IV ГДУ, проводят курс профилактического противотуберкулезного лечения в течение 3-6 месяцев, а также общеукрепляющие мероприятия.

350. Профилактическое лечение проводится в амбулаторных условиях, обеспечивая строгий контроль за приемом лекарственных препаратов. В медицинской карте амбулаторного больного подозреваемого, обвиняемого или осужденного производятся соответствующие записи с обязательными отметками о приеме препаратов.

До установления окончательного диагноза профилактическое противотуберкулезное лечение не проводится лицам, у которых имеются клинические, лабораторные либо рентгенологические данные, позволяющие предполагать развитие туберкулеза.

351. Отказ от проведения профилактического лечения оформляется соответствующей записью в медицинской документации и подписывается подозреваемым, обвиняемым или осужденным, а также медицинским работником после беседы, в которой в доступной для него форме разъясняются возможные последствия отказа от предлагаемого лечения.

Нежелание подозреваемого, обвиняемого либо осужденного подтверждать отказ от предлагаемого лечения личной подписью фиксируется в медицинской документации комиссионно.

352. Постановка на учет, назначение профилактического противотуберкулезного лечения и диетического питания лицам, находившимся в контакте с туберкулезной инфекцией, проводится после установления диагноза туберкулеза у больного, явившегося источником данной инфекции.

353. В случае повторного контакта лица, состоящего на учете по IV ГДУ, с больным, страдающим активным туберкулезом, ему вновь проводятся необходимые лечебно-диагностические мероприятия, а срок наблюдения определяется с момента повторного контакта.

354. Диетическое питание по установленной норме назначается²¹:

- больным туберкулезом I, II ГДУ и лицам, состоящим на учете в III ГДУ;

- 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 вносятся в медицинскую карту амбулаторного больного.

355. В случае отказа от приема противотуберкулезных препаратов лицами, состоящими на учете по 0, IV, III ГДУ, диетическое питание не назначается.

356. 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 продолжи-

²¹ Независимо от места содержания подозреваемого, обвиняемого или осужденного.

тельность рабочего дня указанных лиц определяется с учетом вынесенного клинико-экспертного заключения.

361. Расследование и учет несчастных случаев на производстве проводится в соответствии с требованиями действующих нормативных актов.

КонсультантПлюс: примечание.

По вопросу, касающемуся порядка освидетельствования подозреваемых, обвиняемых и осужденных в учреждениях медико-социальной экспертизы, см. Инструкцию, утв. Минюстом РФ 23.08.1999 N 18/39-1010.

XI. Направление подозреваемых, обвиняемых и осужденных на освидетельствование (переосвидетельствование) в учреждения медико-социальной экспертизы

362. 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.

Лицо, нуждающееся 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.

363. Перед направлением на медико-социальную экспертизу для уточнения диагноза и степени выраженности функциональных нарушений начальник лечебно-профилактического учреждения УИС принимает меры к обследованию лица, содержащегося в Учреждениях, в условиях ЛПУ УИС, а при необходимости - в ЛПУ государственной и муниципальной систем здравоохранения.

364. По результатам клинико-диагностического обследования, подтверждающего выраженные нарушения функций организма и ограничения жизнедеятельности, врачи ЛПУ оформляют направление на медико-социальную экспертизу.

365. Администрация Учреждения формирует и представляет в бюро медико-социальной экспертизы по месту нахождения Учреждения личное дело, характеристику, медицинскую карту амбулаторного больного (медицинскую карту стационарного больного), направление на медико-социальную экспертизу и заявление лица, содержащегося в Учреждении, о проведении освидетельствования (переосвидетельствования), одновременно решается вопрос о времени и месте проведения освидетельствования (переосвидетельствования).

Если нарушения здоровья связаны с профессиональным заболеванием, для освидетельствования (переосвидетельствования) необходимо заключение центра профессиональной патологии.

В случае, связанном с производственным травматизмом, к указанным документам приобщается акт о несчастном случае на производстве установленной формы.

366. Освидетельствование (переосвидетельствование) может проводиться как непосредственно в Учреждении, так и в бюро медико-социальной экспертизы по месту нахождения Учреждения на общих основаниях.

367. При освидетельствовании (переосвидетельствовании) лица, содержащегося в Учреждении, администрация Учреждения обеспечивает его доставку на освидетельствование в бюро медико-социальной экспертизы по месту нахождения Учреждения. Обязательны присутствие врача медицинской части или ЛПУ УИС, а также начальника отряда или воспитателя (далее - представителей администрации) и надлежащая охрана в целях пресечения возможных эксцессов со стороны освидетельствуемого.

368. Справка, подтверждающая факт установления инвалидности подозреваемого, обвиняемого или осужденного, в установленном порядке приобщается к его личному делу.

369. Выписка из акта освидетельствования (переоcвидетельствования) о результатах определения степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах, нуждаемости в дополнительных видах помощи выдается представителям администрации Учреждения для направления работодателю.

КонсультантПлюс: примечание.

Порядок обжалования решений бюро, главного бюро, Федерального бюро медико-социальной экспертизы установлен разделом VI Правил признания лица инвалидом, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 20.02.2006 N 95.

370. Решение бюро медико-социальной экспертизы может быть обжаловано в порядке, определенном разделом V Положения о признании лица инвалидом, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 13.08.1996 N 965 "О порядке признания граждан инвалидами".

XII. Медицинское обеспечение подозреваемых, обвиняемых и осужденных при перевозках и освобождении из учреждений

371. Перед отправкой из Учреждения все подозреваемые, обвиняемые и осужденные проходят обязательный медицинский осмотр для определения возможности этапирования.

372. Инфекционные больные, больные сифилисом, не завершившие курс лечения, больные острой гонореей до излечения из одного исправительного учреждения или СИЗО в другое не перевозятся, за исключением перевода в лечебные учреждения.

В этих случаях, а также осужденные, страдающие психическими расстройствами, не исключающими вменяемости, перемещаются отдельно от здоровых осужденных и при необходимости (по заключению врача Учреждения-отправителя) - в сопровождении медицинских работников.

Этапирование больных сифилисом производится только в перерывах между курсами лечения с разрешения лечащего врача.

373. При перевозках в вагонах нуждающихся в медицинском сопровождении осужденных для них выделяются медицинские работники из штата Учреждения-отправителя.

Необходимость в сопровождении больных осужденных медицинскими работниками определяется начальником медицинской части Учреждения-отправителя.

Перевозка женщин с беременностью свыше 6 месяцев или с детьми в возрасте до трех лет производится в специальных вагонах изолированно от остальных осужденных в сопровождении медицинских работников.

При следовании медицинских работников в специальных вагонах им предоставляется место для отдыха в купе проводника и постельные принадлежности. При отсутствии необходимости в постоянном медицинском наблюдении за осужденным, о чем должна быть сделана отметка на открытой справке личного дела, допускается следование медицинских работников в соседнем вагоне. Периодичность посещения и осмотров сопровождаемых определяется Учреждением-отправителем.

374. Медицинский персонал, выделенный для сопровождения осужденных, обязан:

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

- при выявлении инфекционных больных, заболевших в пути следования и нуждающихся в квалифицированной врачебной помощи, через начальника караула (эшелона) принять меры к их госпитализации в ближайшее ЛПУ УИС или в лечебно-профилактическое учреждение государственной и муниципальной систем 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 в оформлении документации.

375. Оказание необходимой медицинской помощи конвоируемым осужденным, сотрудникам в пути следования караулов при отсутствии сопровождающих медицинских работников производится силами ближайших лечебно-профилактических учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения.

376. Направление подозреваемого, обвиняемого и осужденного, отказывающегося от приема пищи, на судебный процесс, в следственные органы и места лишения свободы производится отдельно от других подозреваемых, обвиняемых или осужденных (в отдельной камере специального вагона или специальной машине) в сопровождении медицинского работника.

377. Если дальнейший отказ от приема пищи в пути следования будет угрожать здоровью и жизни подозреваемого, обвиняемого и осужденного, то по письменному заключению сопровождающего медицинского работника он должен быть сдан в одно из ближайших Учреждений для обеспечения необходимой медицинской помощи.

Болезнь и освобождение от отбывания наказания

Согласно ч. 2 ст. 81 УК РФ лицо, заболевшее после совершения преступления иной тяжелой болезнью, препятствующей отбыванию наказания, может быть освобождено от отбывания наказания.

В соответствии с разъяснениями, данным в постановлении Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 21 апреля 2009 года № 8 «О судебной практике условно-досрочного освобождения от отбывания наказания, замены неотбытой части наказания более мягким видом наказания», основанием для освобождения от наказания по болезни является наличие одного из заболеваний, входящих в утверченный Постановлением Правительства Российской Федерации от 6 февраля 2004 года № 54 Перечень заболеваний, препятствующих отбыванию наказания, если стационарное лечение не дало положительных результатов, что должно быть подтверждено комиссионным медицинским заключением. При рассмотрении вопроса об освобождении от отбывания наказания в связи с болезнью суду следует, в частности, учитывать поведение осужденного в период отбывания наказания, его отношение к проводимому лечению, соблюдение им медицинских рекомендаций, режимных требований учреждения, исполняющего наказание, по состоянию здоровья, а также данные о личности осужденного, наличие у него постоянного места жительства, родственников или близких ему лиц, которые могут и согласны осуществлять уход за ним. Постановление суда должно

быть мотивированным и содержать конкретные основания принятого решения. Если болезнь осужденного наступила в результате его умышленных действий (например, членовредительства) с целью последующего освобождения, он не подлежит освобождению от отбывания наказания по основаниям, предусмотренным ст. 81 УК РФ.

Согласно разъяснениям, данным в постановлении Пленума Верховного Суда Российской Федерации № 21 от 20 декабря 2011 года «О практике применения судами законодательства об исполнении приговора», при решении вопроса об освобождении осужденного от наказания в связи с болезнью (п.6 ст. 397 УПК РФ), суд проверяет, входит ли заболевание, указанное в медицинском заключении специальной медицинской комиссии или учреждения медико-социальной экспертизы, в Перечень заболеваний, препятствующих отбыванию наказания, установленный Постановлением Правительства Российской Федерации от 6 февраля 2004 года № 54 «О медицинском освидетельствовании осужденных, представляемых к освобождению от отбывания наказания в связи с болезнью», а также учитывает иные обстоятельства, имеющие значение для разрешения ходатайства или представления по существу. Суд не вправе отказать в принятии ходатайства осужденного об освобождении от наказания в связи с болезнью, направленного им непосредственно в суд, из-за отсутствия документов (заключения медицинской комиссии или учреждения медико-социальной экспертизы, личного дела осужденного), которые в случае тяжелого заболевания осужденного в соответствии с ч. 6 ст. 175 УИК РФ обязана представить администрация учреждения или органа, исполняющего наказание. В таких случаях суду следует направить копию ходатайства осужденного в учреждение или в орган, исполняющий наказание, для последующего незамедлительного представления администрации (должностным лицом) в суд соответствующих материалов. Заключение нормативно установленной медицинской комиссии, в соответствии с постановлением Правительства РФ от 6.02.2004 № 54, может быть обжаловано в установленном законом порядке, а именно – в порядке главы 25 ГПК РФ, что является дополнительной гарантией судебной защиты в стадии исполнения приговора.

**Приказ Минюста России от 30.12.2005 N 262(ред. от 28.01.2008)
"Об утверждении Положения о группе социальной защиты осужденных
исправительного учреждения уголовно-исполнительной системы"**

(извлечения)

3. Социальная защита осужденных в исправительном учреждении представляет собой комплексную деятельность по оказанию им социальной помощи и поддержки, создающей предпосылки для их исправления в период отбывания наказания и ресоциализации после освобождения, оказанию содействия в трудовом и бытовом устройстве лицам, освобождаемым из мест лишения свободы.

4. Социальная помощь оказывается всем осужденным, в первую очередь инвалидам, престарелым, пенсионерам, лицам, переведенным из воспитательных колоний, беременным женщинам, женщинам, имеющим при себе детей, несовершеннолетним, лицам, больным неизлечимыми или трудноизлечимыми болезнями, не имеющим определенного места жительства, утратившим родственные связи, страдающим алкогольной или наркотической зависимостью.

10. В целях более эффективного решения поставленных задач группа взаимодействует с другими службами исправительного учреждения, а также с родственни-

ками осужденных, общественными организациями (объединениями), службами занятости и социальной защиты населения, с иными государственными органами.

11. Для осуществления помощи по уходу за инвалидами, тяжело больными могут привлекаться на добровольной основе осужденные, являющиеся членами секции социальной помощи.

14. Основными задачами группы являются:

выявление и решение социальных проблем осужденных, оказание им дифференцированной социальной помощи, координирование деятельности других служб исправительного учреждения в решении данных вопросов;

подготовка осужденных к освобождению, организация занятий в "Школе подготовки осужденных к освобождению", привлечение к их проведению заинтересованных служб учреждения, муниципальных социальных служб;

содействие в восстановлении и укреплении социально полезных связей осужденных, их трудовом и бытовом устройстве после освобождения, решение вопросов, связанных с пенсионным обеспечением осужденных;

оказание консультативной помощи осужденным в подготовке необходимых документов для получения паспорта, а также принятие мер по получению документов, подтверждающих их право на социальное обеспечение;

привлечение специалистов различных служб социальной защиты населения к оказанию помощи осужденным, в том числе консультативной;

привлечение общественности к решению социальных проблем осужденных, в том числе в трудовом и бытовом устройстве после освобождения из исправительного учреждения.

17. Старший специалист (специалист) по социальной работе имеет право:

участвовать в подготовке и рассмотрении характеристик осужденных, направляемых в суд для решения вопроса об их условно-досрочном освобождении от отбывания наказания, по представлению осужденных к замене неотбытой части наказания более мягким видом наказания, изменения условий отбывания наказания и вида исправительного учреждения, предоставления осужденным выездов за пределы учреждения по основаниям, предусмотренным уголовно-исполнительным законодательством;

18. Старший специалист (специалист) по социальной работе обязан:

вести учет пенсионеров и лиц, имеющих право на получение пенсий и социальных пособий, с момента наступления у осужденного права на получение пенсии оформлять необходимые документы и направлять их в органы, осуществляющие пенсионное обеспечение, сообщать органу, осуществляющему пенсионное обеспечение, об изменении состава пенсионеров в исправительном учреждении, осуществлять контроль за своевременным перечислением пенсий и социальных пособий органами социальной защиты населения и принимать необходимые меры по устранению недостатков;

совместно с другими службами принимать меры по получению документов, подтверждающих право осужденных на социальное обеспечение.

В суд за защитой

1) Архангельским прокурором по надзору за соблюдением законов в исправительных учреждениях проведена проверка по заявлению осужденного-инвалида 3 группы, которому отказано администрацией ФКУ «Областная больница УФСИН России по Архангельской области» в обеспечении средствами реабилитации, а именно опорной тростью и ортопедической обувью.

По результатам проверки прокурором в суд направлено исковое заявление об обязанности учреждения обеспечить осужденного указанными средствами.

Исакогорским районным судом г. Архангельска заявление прокурора удовлетворено, учреждение в срок до 01.07.2013 обязано обеспечить осужденного опорной тростью и ортопедической обувью.

2) 16 августа 2012 г. В ходе проверки соблюдения законов в исправительных учреждениях, было выявлено, что вход в соматическую больницу, расположенную на территории ФКУ «ЛИУ–15 УФСИН России по Волгоградской области» не оборудован поручнями и пандусами, что существенно затрудняет передвижение осужденных-инвалидов.

Прокурор Дзержинского района обратился в районный суд с иском к ФКУ «ЛИУ–15 УФСИН России по Волгоградской области», ФСИН России о защите прав и интересов инвалидов.

Суд первой инстанции установил, что здание соматической больницы, где проходят стационарное и амбулаторное лечение осужденные, пандусами и поручнями, либо иными приспособлениями, обеспечивающих доступ инвалидов-колясочников, не оборудовано. Требованиями ст.9 ФЗ «О социальной защите инвалидов РФ» реализация основных направлений реабилитации инвалидов предусматривает использование инвалидами технических средств реабилитации, а также создание необходимых условий для беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной инфраструктуры. Кроме того, в соответствии со ст. 15 указанного Федерального Закона, организации, независимо от организационно-правовых форм создают условия инвалидам для беспрепятственного передвижения. Суд, установив, что полномочиями по обеспечению беспрепятственного доступа инвалидов в помещение соматической больницы обладают ФКУ «ЛИУ–15 УФСИН России по Волгоградской области» и ФСИН России, обязал ответчиков в течение двух месяцев оборудовать вход в помещение указанной больницы поручнями и пандусами.

Решение суда первой инстанции было обжаловано ответчиком в апелляционном порядке. Судебная коллегия по гражданским делам Волгоградского областного суда установила, что решение Дзержинского районного суда является законным и обоснованным, в связи с чем оно оставлено без изменения, а апелляционная жалоба Федеральной службы исполнения наказаний (ФСИН России) – без удовлетворения.

Содержание

Введение.....	3
Список Нормативных правовых актов, помогающих в защите прав инвалидов	4
Доверенность.....	9
Нормативные правовые акты, помогающие в защите прав заключенных-инвалидов.....	10
Инструкция о порядке медико-санитарного обеспечения лиц, содержащихся в изоляторах временного содержания органов внутренних дел.....	11
Определение от 6 октября 2011 г. N КАС11-506.....	15
Инструкция о порядке освидетельствования подозреваемых, обвиняемых и осужденных в учреждениях медико-социальной экспертизы	18
Минимальная норма питания для осужденных к лишению свободы, содержащихся в учреждениях Федеральной службы исполнения наказаний, на мирное время	22
Норма питания для больных осужденных к лишению свободы, а также подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений, находящихся на стационарном лечении в лечебных учреждениях исправительных колоний, тюрем и следственных изоляторов Федеральной службы исполнения наказаний, на мирное время	23
Минимальная норма 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	24
Норма индивидуального рациона питания (ИРП) осужденных к лишению свободы, а также подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений при этапировании, нахождении в судах.....	25
Норма для осуществления принудительного питания осужденных к лишению свободы, а также подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений, находящихся в следственных изоляторах Федеральной службы исполнения наказаний, на мирное время	25
Нормы замены продуктов при выдаче их по нормам питания для осужденных к лишению свободы, а также подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений, находящихся в учреждениях Уголовно-исполнительной системы	26
Специальные замены для отдельных категорий больных, находящихся на стационарном лечении в лечебно-профилактических и лечебных учреждениях Федеральной службы исполнения наказаний.....	32
Примерное положение о лечебно-производственной (трудовой) мастерской учреждения, исполняющего уголовные наказания в виде лишения свободы	33
Порядок организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключенным под стражу	38
Болезнь и освобождение от отбывания наказания	76
Приказ Минюста России от 30.12.2005 N 262 (ред. от 28.01.2008) "Об утверждении Положения о группе социальной защиты осужденных исправительного учреждения уголовно-исполнительной системы"	77
В суд за защитой.....	79

РОО «Центр содействия реформе уголовного правосудия»

Контакты: 101000 Москва, Лучников переулок, д. 4, комн. 7.

Тел/факс: (495)621-10-24. www.prison.org; e-mail: sodeistvie@prison.org

Тираж 1000 экз.

Отпечатано в типографии ООО «Микопринт». 115419, Москва, ул. Орджоникидзе, д. 3.