

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ИСПОЛНЕНИЯ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО НАБЛЮДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ У ВРАЧА-ПСИХИАТРА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

С.В. Полубинская, О.А. Макушкина

*ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии
им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва
ФГБУН Институт государства и права Российской академии наук, Москва*

Одним из основных направлений реализуемой в настоящее время в нашей стране «Концепции развития здравоохранения до 2020 г.» выступает обеспечение эффективного функционирования отрасли за счет совершенствования организационной системы, ресурсного и нормативно-правового обеспечения. Рассмотрение данной проблемы применительно к различным аспектам оказания психиатрической помощи представляется своевременным и актуальным.

Психиатрическая помощь в амбулаторных условиях оказывается различными медицинскими организациями и их подразделениями, среди которых ведущими являются психоневрологические диспансеры. В соответствии с Порядком оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, утвержденном приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 мая 2012 года № 566н, психоневрологический диспансер может быть самостоятельной медицинской организацией или структурным подразделением медицинской организации. Традиционно организованные по территориальному принципу, диспансеры выполняют различные функции – от раннего выявления психических расстройств и их качественной диагностики до содействия в трудоустройстве лиц, страдающих психическими расстройствами [9].

Одной из важнейших функций медицинских организаций, оказывающих амбулаторную психиатрическую помощь, является внебольничная профилактика общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами. По сложившейся практике профилактическая деятельность охватывает две основные группы лиц с психическими расстройствами, первую из которых составляют пациенты, ранее не совершавшие общественно опасные деяния, предусмотренные уголовным законом (первичная профилактика) [7]. До 1997 года вторая группа вклю-

чала в себя больных, в отношении которых было прекращено применение принудительных мер медицинского характера, осуществлявшихся, прежде всего, в психиатрических стационарах. Для таких пациентов лечебно-реабилитационная работа направлялась на профилактику повторных общественно опасных действий и обеспечение преемственности в оказании психиатрической помощи (вторичная профилактика).

С 1997 года, когда вступил в действие Уголовный кодекс РФ (УК РФ), сфера вторичной профилактики была расширена за счет лиц с психическими расстройствами, совершивших уголовно наказуемые общественно опасные деяния, которым был назначен новый вид принудительных мер медицинского характера – амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра (АПНЛ) (п. «а» ч.1 ст.99 УК РФ). В настоящее время первоначальное название этой меры изменено на «принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях» [16]. При этом основания и порядок ее назначения, как и содержание этой принудительной меры, остались прежними.

Амбулаторное принудительное лечение занимает промежуточное положение между стационарным принудительным лечением и оказанием психиатрической помощи во внебольничных условиях. Среди причин появления этой меры в уголовном законе следует отметить стремление законодателя сократить применение принудительных мер медицинского характера, связанных с помещением в психиатрический стационар, что неизбежно ведет к серьезным правоограничениям для пациентов, их изоляции от привычной среды проживания и нарушению социальных связей. Кроме того, введение АПНЛ укладывается в общую тенденцию сокращения объема стационарной психиатрической помощи («деинституционализация»), характерную

для современной России [2], как и для многих стран мира [3].

В уголовном законе предусмотрены две возможности назначения принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях – как самостоятельно, так и наряду с наказанием (ч. 2 ст. 99 УК РФ).

Как самостоятельный вид принудительных мер медицинского характера данная мера назначается лицам с тяжелыми психическими расстройствами, совершившим уголовно наказуемые деяния и признанным невменяемыми (ст. 21 УК РФ), а также совершившим преступления и заболевшим психическим расстройством, исключающим назначение или исполнение наказания (ст. 81 УК РФ). В этом качестве АПНЛ может использоваться как первичная принудительная медицинская мера и как заключительная мера после лечения в стационаре перед полным прекращением применения принудительных мер медицинского характера (ПММХ). Во всех этих случаях исполнение АПНЛ полностью возложено на психиатрические учреждения, оказывающие амбулаторную психиатрическую помощь.

Что касается назначения амбулаторного принудительного лечения наряду с наказанием, то оно может сопровождать наказание для совершивших преступления лиц с психическими расстройствами, не исключающими вменяемости (ст. 22 УК РФ), а также для лиц, совершивших преступления против половой неприкосновенности несовершеннолетних и страдающих расстройством сексуального предпочтения (педофилией), не исключающим вменяемости (п. «д» ч. 1 ст. 97 УК РФ). Последняя норма появилась в УК РФ в 2012 году [15].

Решение о назначении принудительного лечения может быть принято, если виновный совершил хотя бы одно из преступлений против половой неприкосновенности несовершеннолетних, перечень которых содержится в примечании 1 к ст. 73 УК РФ. К указанным преступлениям относятся деяния, предусмотренные статьями 131–135, 240, 241, 242–1 и 242–2 Уголовного кодекса. Кроме того, возраст виновного должен быть более восемнадцати лет, а потерпевший не должен достичь 14-летнего возраста. Диагноз «педофилия» указывается в заключении судебно-психиатрической экспертизы, где также формулируется вывод о нуждаемости виновного в применении к нему ПММХ [13].

Принудительное лечение лиц, указанных в п. «д» ч. 1 ст. 97 УК РФ, возможно и после отбытия ими наказания, а также в период условно-досрочного освобождения или в период отбывания более мягкого вида наказания. Общий порядок назначения принудительного лечения в этих случаях регламентируется ч. 2.1 ст. 102 УК РФ.

При этом принудительное лечение может назначаться осужденным к лишению свободы за преступления против половой неприкосновенности несо-

вершеннолетних, не достигших 14-летнего возраста, совершенные до дня вступления в силу Федерального закона, установившего эту возможность. За уклонение от применения принудительных мер медицинского характера лица, страдающие расстройством сексуального предпочтения (педофилией), не исключающим вменяемости, подлежат уголовной ответственности по ч. 3 ст. 314 УК РФ.

Принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях, назначенное наряду с наказанием, не может быть изменено на стационарную принудительную меру (ч. 2 ст. 99 УК РФ). В соответствии с ч. 2 ст. 104 УК РФ при изменении психического состояния осужденного, требующего оказания стационарной психиатрической помощи, в том числе и в недобровольном порядке, его помещение в психиатрический стационар возможно только в порядке, установленном Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». На эту особенность применения принудительных мер медицинского характера, соединенных с наказанием, обращал внимание и Верховный Суд РФ [10].

Что касается исполнения принудительного лечения, назначенного наряду с наказанием, то согласно ч. 1 ст. 104 УК РФ, в сочетании с лишением свободы принудительные медицинские меры исполняются по месту отбывания этого наказания. На медицинские организации, оказывающие психиатрическую помощь в амбулаторных условиях, возложено исполнение АПНЛ в отношении осужденных к иным видам наказания. Эти же медицинские организации отвечают за исполнение принудительного лечения лиц, страдающих педофилией, после отбытия ими наказания, а также в период условно-досрочного освобождения или в период отбывания ими более мягкого вида наказания.

Таким образом, первым последствием введения амбулаторного принудительного лечения для внебольничной сети стало расширение функций психоневрологических диспансеров и других организаций, оказывающих психиатрическую помощь в амбулаторных условиях, и соответствующее увеличение нагрузки на врачей-психиатров, занятых оказанием такой помощи. Поскольку доля лиц, которым принудительное лечение назначено в сочетании с наказаниями, не связанными с лишением свободы, невелика (согласно данным государственной статистической отчетности, в 2013 г. было 474 таких больных), а лица, страдающие расстройством сексуального предпочтения (педофилией) попадут на принудительное лечение лишь после отбытия ими длительных сроков уголовного наказания, то можно утверждать, что это увеличение произошло практически полностью за счет амбулаторного принудительного лечения, назначаемого как самостоятельная принудительная мера медицинского характера.

Число пациентов, принятых на АПНЛ в РФ (2006–2012 гг.)

Год	Всего принято на АПНЛ		Первично принято на АПНЛ		Принято на АПНЛ после ПЛ в стационаре	
	абс. число	% от всех принятых на ПЛ	абс. число	% от всех принятых на АПНЛ	абс. число	% от всех принятых на АПНЛ
2006	3206	22,2	1690	52,7	1516	47,3
2007	3581	24,6	1991	55,6	1590	44,4
2008	3582	25,3	1847	51,6	1735	48,4
2009	3507	27,4	1769	50,4	1738	49,6
2010	3525	29,0	1753	49,7	1772	50,3
2011	3865	33,1	2046	52,9	1819	47,1
2012	3301	32,0	1683	51,0	1618	49,0

Иллюстрацией этого служат данные официальной статистики, демонстрирующие существенный (с 22,2% в 2006 г. до 32,0% в 2012 г.) рост доли АПНЛ среди всех видов принудительных мер медицинского характера. При этом наблюдается существенный рост распространенности случаев направления на АПНЛ после принудительного лечения в стационаре (табл. 1). В 2012 году на АПНЛ находилось 7 624 пациента.

Кроме того, увеличилась и продолжительность нахождения больного на АПНЛ – в 2012 году в среднем по РФ она составила 569,5 дней, что на 27,2% больше, чем в 2006 году (447,7 дней).

В связи с увеличением контингента лиц с психическими расстройствами, подлежащих особому наблюдению, интерес представляет динамика числа медицинских организаций, оказывающих амбулаторную помощь. В 1997 году, когда в практику вводилось амбулаторное принудительное лечение, сеть таких организаций включала 161 психоневрологический диспансер, а также 129 диспансерных отделений при больницах и 2 247 кабинетов в составе иных медицинских организаций [1]. До 2005 года внебольничная сеть расширялась, достигнув в этом году максимальных показателей – 173 диспансера и 2 394 отделения (кабинета), из которых 145 – при больницах. Однако с 2006 года начала проявляться противоположная тенденция, и к 2011 году число диспансеров сократилось до 133, диспансерных отделений до 144, кабинетов до 2 182 [4]. При этом, как отмечает И.Я.Гурович, «трудно установить, сколько диспан-

серов на самом деле перестало существовать» из-за того, что «в ряде территорий произошло объединение психиатрических учреждений в одно юридическое лицо, но ясно, что сокращение произошло не за счет объединения диспансеров с больницами, поскольку сократилось число тех и других; возможно за счет объединения их друг с другом» [2].

Сходные тенденции можно наблюдать и в динамике числа врачей-психиатров, занятых оказанием амбулаторной психиатрической помощи. В 1997 году из 9 486 занятых должностей врачей-психиатров во внебольничных организациях 6 381 составляли должности психиатров, непосредственно наблюдающих за больными [1]. Их число продолжало увеличиваться до 2006 года, достигнув 7 175,75, а к концу 2011 года число таких должностей сократилось до 7 009,75 [4]. Но в отличие от сокращения количества медицинских организаций внебольничной сети, число врачей-психиатров, занятых наблюдением за больными, возросло по сравнению с годом введения АПНЛ.

Как показатель эффективности деятельности медицинских организаций, оказывающих психиатрическую помощь в амбулаторных условиях, интерес представляют данные о числе повторных общественно опасных деяний (ООД), совершенных за период проведения АПНЛ. В течение 2012 года новое ООД совершили 474 пациента или 4,4% от среднегодового числа больных, находившихся на АПНЛ, что существенно меньше аналогичных данных за 2006 год (10,4%) и свидетельствует о положительной динамике этого показателя (табл. 2).

Таблица 2

Динамика удельного веса больных, совершивших в течение года новое ООД

Годы	Число больных, совершивших повторное ООД в течение отчетного года	Среднегодовое число больных, находившихся на АПНЛ	Удельный вес повторных ООД (в %)
2006	790	7569	10,4
2007	1002	8552	11,7
2008	766	9356	8,2
2009	533	9854	5,4
2010	438	10253	4,3
2011	534	10610	5,0
2012	474	10758	4,4

Сопоставление приведенных данных о длительности АПНЛ и повторности ООД позволяет рассматривать удлинение срока пребывания на амбулаторном принудительном лечении как один из факторов, способствующих повышению его эффективности. В целом динамика указанных показателей за период с 2006 по 2012 год свидетельствует о повышении эффективности деятельности медицинских организаций, оказывающих психиатрическую помощь в амбулаторных условиях, по профилактике повторных ООД.

Однако значительные территориальные различия в сроках амбулаторного принудительного лечения указывают на наличие проблем в организации исполнения этой медицинской меры в ряде субъектов РФ. К примеру, длительность пребывания больных на АПНЛ в ряде территорий в разы отличается от среднероссийского показателя. Так, в 2012 году ее величина в Республике Тыва и Ленинградской области составляла 3 984,0 дней и 3 107,1 дней соответственно. В то же время длительность АПНЛ не превышала 6 месяцев в Республике Дагестан (153,2 дня), Белгородской (123,0) и Сахалинской (92,8) областях. В 5 территориях в 2012 году не было ни одного больного, которому бы суд отменил АПНЛ (Новгородская область, Республика Ингушетия и Чеченская Республика, а также Еврейская автономная область и Ненецкий автономный округ). Причины отмеченных региональных различий, по нашему мнению, носят комплексный характер и в значительной степени связаны с недостатками правового регулирования исполнения АПНЛ, включая отсутствие нормативно-правовых документов, описывающих алгоритм оценки степени общественной опасности больных, а также устанавливающих единые критерии назначения и отмены ПММХ.

Уже отмечалось, что исполнение амбулаторного принудительного лечения, как назначенного в качестве самостоятельной принудительной меры медицинского характера, так и соединенного с наказаниями, не связанными с лишением свободы, включая лиц, страдающих расстройством сексуального предпочтения (педофилией), возложено на медицинские организации, оказывающие амбулаторную психиатрическую помощь. Для этой цели в структуре психоневрологического диспансера (отделения) должны быть созданы кабинеты активного диспансерного наблюдения, осуществляющие свою деятельность в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения.

В свою очередь, выделение группы пациентов, подлежащих активному диспансерному наблюдению, куда помимо больных, страдающих хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, склонных к общественно опасным действиям, включаются

все лица, направленные судом на АПНЛ, предусмотрено совместным приказом МЗ РФ и МВД РФ от 30 апреля 1997 г. № 133/269 «О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами» [11]. Утвержденная этим приказом «Инструкция об организации взаимодействия органов здравоохранения и органов внутренних дел Российской Федерации по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами», предусматривает выделение указанной группы пациентов, а также определяет порядок наблюдения за ними, включая обмен информацией между учреждением, оказывающим амбулаторную психиатрическую помощь, и органом внутренних дел, на территории которого это учреждение находится.

Выделение пациентов, подлежащих активному диспансерному наблюдению, и создание специальных кабинетов в структуре медицинских организаций, оказывающих амбулаторную психиатрическую помощь, позволило увидеть «определенную тенденцию к специализации» в деятельности по профилактике общественно опасных действий лиц с психическими расстройствами [6]. Такая специализация касается, прежде всего, вторичной профилактики и является еще одним последствием введения амбулаторного принудительного лечения для внебольничной психиатрической сети.

Вместе с тем, для психоневрологических диспансеров и других организаций, оказывающих психиатрическую помощь в амбулаторных условиях, исполнение АПНЛ остается деятельностью, не в полной мере урегулированной ни законом, ни иными нормативными правовыми актами. Лишь названная выше межведомственная Инструкция и Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» [5], нормы которого распространяются на всех лиц, страдающих психическими расстройствами, но не содержат специфики исполнения ПММХ, регламентируют исполнение этой принудительной меры. Между тем, в соответствии с ч. 3 ст. 97 УК РФ, порядок исполнения ПММХ в целом должен устанавливаться уголовно-исполнительным законодательством РФ и иными федеральными законами, но на сегодняшний день это предписание уголовного закона фактически остается не реализованным.

Наращение проблем, связанных с отсутствием подробного и непротиворечивого законодательного регулирования исполнения АПНЛ, будет особенно явным при реализации данного вида ПММХ в отношении лиц, страдающих расстройством сексуального предпочтения (педофилией). В процессе этой деятельности психиатрическим организациям необходимо взаимодействовать с уголовно-исполнительными инспекциями, уполномоченными в этих случаях осуществлять контроль за исполнением ПММХ. Это новое полномочие

уголовно-исполнительных инспекций было введено в ч. 13 ст. 16 Уголовно-исполнительного кодекса РФ (УИК РФ) Федеральным законом от 29 февраля 2012 г. № 14-ФЗ [15], которым также были расширены права уголовно-исполнительных инспекций в части получения материалов о таком осужденном от учреждений, исполняющих наказание (ч. 5 ст. 180 УИК РФ). Кроме того, уголовно-исполнительные инспекции также получили право направлять в суд представление о продлении и прекращении применения ПММХ в отношении тех же лиц (ч. 2.1 ст. 102 УК РФ) [8].

Однако взаимодействие внебольничных психиатрических организаций и уголовно-исполнительных инспекций в описываемых случаях может оказаться на практике неосуществимым в связи с коллизией действующих законов. Если УК РФ и УИК РФ наделили уголовно-исполнительные инспекции полномочиями по применению ПММХ, что невозможно без получения сведений, составляющих врачебную тайну, то в ст. 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» [14] они не указаны среди тех, кому могут быть предоставлены такие сведения без согласия гражданина или его законного представителя. Закон допускает предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, «по запросу органа уголовно-исполнительной системы в связи с исполнением уголовного наказания и осуществлением контроля за поведением условно осужденного, осужденного, в отношении которого отбывание наказания отсрочено, и лица, освобожденного условно-досрочно». Но в этой норме отсутствует указание на лиц, которым назначены ПММХ, а кроме того, в соответствии с ч. 14 ст. 16 УИК РФ уголовно-исполнительные инспекции являются не органами, а учреждениями уголовно-исполнительной системы. Таким образом, уголовно-исполнительные инспекции, на которые возложен контроль за применением принудительных мер медицинского характера в отношении лиц, страдающих педофилией, не вправе получать сведения, составляющие врачебную тайну, без письменного согласия такого лица (ч. 3 ст. 13 указанного Федерального закона).

Таким образом, исполнение амбулаторного принудительного лечения, назначенного лицам, страдающим педофилией, в соответствии с ч. 2.1 ст. 102 УК РФ, требует, прежде всего, внесения изменений

в ст. 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Кроме того, целесообразно разработать и принять межведомственный нормативный правовой акт, регламентирующий взаимодействие при осуществлении этой деятельности между органами и организациями здравоохранения, уголовно-исполнительными инспекциями, а также органами внутренних дел, которые тоже обладают определенными полномочиями в этой области. К примеру, по смыслу совместного приказа МЗ РФ и МВД РФ от 30 апреля 1997 г. № 133/269 «О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами» его положения относятся ко всем лицам, находящимся на амбулаторном принудительном наблюдении и лечении, включая новую категорию – осужденных за преступления против половой неприкосновенности несовершеннолетних и страдающих педофилией после отбытия ими наказания, в том числе в периоды условно-досрочного освобождения или отбывания более мягкого наказания. В этой связи при исполнении АПНЛ органам внутренних дел необходимо взаимодействовать не только с медицинскими организациями, оказывающими амбулаторную психиатрическую помощь, но и с уголовно-исполнительными инспекциями. Однако в Регламенте взаимодействия ФСИН России и МВД России по предупреждению совершения лицами, состоящими на учете в уголовно-исполнительных инспекциях, преступлений и других правонарушений [12] такое взаимодействие не предусмотрено, что делает разработку межведомственного правового документа для всех трех ведомств, участвующих в исполнении амбулаторного принудительного лечения, чрезвычайно актуальным.

Резюмируя изложенное, следует подчеркнуть, что сложившаяся на сегодняшний день в нашей стране практика исполнения принудительных мер медицинского характера, являясь важным звеном системы профилактики общественной опасности лиц, страдающих психическими расстройствами, объединяет усилия различных подразделений психиатрической службы. Имея несомненное социальное значение, данная деятельность нуждается в постоянном совершенствовании ее нормативной правовой базы и организационно-методического обеспечения с целью устранения существующих недостатков и повышения эффективности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я., Голланд В.Б., Зайченко Н.М. Динамика показателей деятельности психиатрической службы России (1994–1999 гг.). М.: Медпрактика, 2000. С. 32, 33.
2. Гурович И.Я. Состояние психиатрической службы в России: актуальные задачи при сокращении объема стационарной помощи // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 4. С. 5–9.
3. Гурович И.Я., Сторожакова Я.А., Фурсов Б.Б. Международный опыт реформы психиатрической помощи и дальнейшее развитие психиатрической службы в России // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 1. С. 5–19.
4. Гурович И.Я., Шмуkler А.Б., Голланд В.Б., Зайченко Н.М. Психиатрическая служба в России в 2006–2011 гг. (динамика показателей и анализ процессов развития). М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2012. С. 55, 57–58.
5. Закон РФ от 02.07.1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (с изм.) // Ведомости Съезда народных депутатов и Верховного Совета РФ. 1992. № 33. Ст. 1913.
6. Котов В.П., Мальцева М.М. Некоторые статистические показатели деятельности по профилактике опасных действий лиц с психическими расстройствами // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 3. С. 11–14.

7. Макушкина О.А., Голланд В.Б., Яхимович Л.А. Мониторинг и значимые показатели внебольничной профилактики общественно опасных действий психически больных в Российской Федерации // Российский психиатрический журнал. 2011. № 5. С. 4–10.
8. Полубинская С.В., Макушкина О.А. Нормативно-правовые аспекты организации амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра лиц, совершивших преступление против половой неприкосновенности несовершеннолетних и страдающих расстройством сексуального предпочтения (педофилией): Информационное письмо. М.: ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2013. 8 с.
9. Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 мая 2012 г. № 566н // Российская газета, № 168, 25 июля 2012 г.
10. Постановление Верховного Суда РФ от 7 апреля 2011 г. № 6 «О практике применения судами принудительных мер медицинского характера» // Бюллетень Верховного Суда РФ. 2011. № 7.
11. Приказ МЗ РФ и МВД РФ от 30 апреля 1997 г. № 133/269 «О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами» // Медицинская газета, 19 сентября 1997 г. № 73.
12. Приказ Минюста РФ № 190, МВД РФ № 912 от 4 октября 2012 г. «Об утверждении Регламента взаимодействия ФСИН России и МВД России по предупреждению совершения лицами, состоящими на учете уголовно-исполнительных инспекций, преступлений и других правонарушений» // Российская газета, 26 октября 2012, № 248.
13. Ткаченко А.А., Шишков С.Н. Судебно-психиатрическая экспертиза по определению расстройств сексуальных предпочтений в свете Федерального закона от 29.02.2012 № 14-ФЗ «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и отдельные законодательные акты Российской Федерации в целях усиления ответственности за преступления сексуального характера, совершенные в отношении несовершеннолетних». М.: ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздравсоцразвития России, 2012. 9 с.
14. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» (с изм.) // Собрание законодательства РФ. 2011. № 48. Ст. 6724.
15. Федеральный закон от 29 февраля 2012 г. № 14-ФЗ «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и отдельные законодательные акты Российской Федерации в целях усиления ответственности за преступления сексуального характера, совершенные в отношении несовершеннолетних» // Собрание законодательства РФ. 2012. № 10. Ст. 1162.
16. Федеральный закон от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных положений законодательных актов Российской Федерации по вопросам охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 2013. № 48. Ст. 6165.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ИСПОЛНЕНИЯ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО НАБЛЮДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ У ВРАЧА-ПСИХИАТРА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

С.В. Полубинская, О.А. Макушкина

Статья посвящена проблеме исполнения принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях как относительно новой для отечественной судебно-психиатрической практики принудительной меры медицинского характера. Приводятся результаты анализа статистических данных, характеризующих назначение и применение этой меры по России в целом и отдельным ее регионам. Дается анализ действующего законодательства, регламентирующего исполнение принудительных мер медицинского характера. Особое внимание обращается на недостатки правового регулирования в этой области, вклю-

чая отсутствие правовых документов по межведомственному взаимодействию органов здравоохранения, органов внутренних дел и уголовно-исполнительных инспекций, участвующих в исполнении этой принудительной медицинской меры, указываются возможные пути их решения.

Ключевые слова: общественная опасность, психическое расстройство, профилактика общественно опасных действий, принудительные меры медицинского характера, принудительное наблюдение и лечение у психиатра в амбулаторных условиях, правовое регулирование, организационно-методическое обеспечение.

ORGANIZATIONAL AND LEGAL DILEMMAS IN IMPLEMENTATION OF COMPULSORY PSYCHIATRIC OUT-PATIENT OBSERVATION AND TREATMENT

S.V. Polubinskaya, O.A. Makoushkina

This article deals with implementation of a relatively new compulsory medical measure for domestic forensic psychiatric practice, specifically, compulsory psychiatric out-patient observation and treatment. The authors report the statistical data concerning the use of this measure both in the whole of Russia and in individual regions. The authors provide an analysis of current legislation concerning implementation of compulsory medical measures. Special attention is paid to weaknesses of legal regulation in this field including lack of legal papers on interdepartmental

interaction between the medical agencies, the Ministry of Interior Affairs and criminal-implementation inspections involved in implementation of this measure. The authors offer possible solutions for the mentioned problems.

Key words: social dangerousness, mental disorder, prevention of socially dangerous acts, compulsory medical measures, compulsory psychiatric out-patient observation and treatment, legal regulation, organizational and methodical basis.

Полубинская Светлана Вениаминовна – кандидат юридических наук, ведущий научный сотрудник Отдела судебно-психиатрической профилактики ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» Минздрава России, ведущий научный сотрудник сектора уголовного права и криминологии ФГБУН Институт государства и права Российской академии наук; e-mail: svepol@yandex.ru

Макушкина Оксана Анатольевна – доктор медицинских наук, руководитель Отдела судебно-психиатрической профилактики ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» Минздрава России; e-mail: makushkina@serbsky.ru