

РАЗДЕЛ VI

ИНЫЕ МЕРЫ УГОЛОВНО-ПРАВОВОГО ХАРАКТЕРА (в ред. Федерального закона от 27.07.2006 № 153-ФЗ)

Глава 15

ПРИНУДИТЕЛЬНЫЕ МЕРЫ МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА

Статья 97. Основания применения принудительных мер медицинского характера

1. Российское уголовное законодательство не содержало и не содержит понятия «принудительные меры медицинского характера». Наряду с этим УК включает в свою структуру отдельную главу (15), посвященную данным мерам.

1.1. Анализ основных теоретических и законодательных положений позволяет сформулировать понятие принудительных мер медицинского характера. *Принудительные меры медицинского характера* (ПММХ) — это предусмотренные гл. 15 УК меры государственного принуждения, назначаемые судом на основании медицинского заключения лицу, совершившему общественно опасное деяние и нуждающемуся в медико-психиатрической помощи.

1.2. До 16 декабря 2003 г. эти меры могли быть назначены и лицу, нуждающемуся в медико-наркологической помощи. Федеральным законом от 08.12.2003 № 162-ФЗ возможность применения ПММХ к лицам, совершившим преступления и признанным нуждающимися в лечении от алкоголизма или наркомании, *исключена* (изменены ч. 1 коммент. статьи, ч. 2 ст. 99).

1.3. ПММХ сочетают в себе *юридическое* и *медицинское начала*. Первое начало выражается в том, что данные меры применяются на основании положений УК и УПК. Второе начало находит отражение в исполнении указанных мер органами здравоохранения.

1.4. *Основные признаки* ПММХ: а) являются мерами государственного принуждения; б) назначаются судом; в) обосновываются медицинским заключением; г) применяются к лицу, совершившему общественно опасное деяние; д) преследуют цели излечения больного, улучшения состояния его здоровья, устранения общественной опасности этого лица.

2. *Принудительность* мер медицинского характера заключается в применении их судом к совершившему общественно опасное деяние заболевшему лицу без его согласия, без согласия его родственников или законных представителей.

3. ПММХ подобно наказанию составляют одну из *форм реализации УО*, поэтому имеют черты, не только отличающие их от уголовного наказания, но и объединяющие с ним.

3.1. *Обицим* между ПММХ и мерами уголовного наказания является то, что и первые, и вторые относятся к мерам государственного принуждения, формам реализации УО, что они применяются на основании статей УК по решению суда к лицам, совершившим общественно опасные деяния.

3.2. *Отличие ПММХ от уголовного наказания* заключается в следующем: а) применяются на основании ст. 97 Общей части УК, а не санкции статьи Особенной части УК; б) решение суда о применении зависит от заключения судебно-психиатрической экспертизы, а не от характера и степени общественной опасности виновного лица и его деяния; в) решение о применении оформляется постановлением суда, а не приговором суда; г) применяются с целью излечения лица или улучшения его психического состояния, а также предупреждения совершения им новых общественно опасных деяний (ст. 98), а не в целях восстановления социальной справедливости, исправления осужденного, предупреждения совершения новых преступлений как самим осужденным, так и другими лицами (ч. 2 ст. 43); д) срок (размер) применения неопределен; е) применение прекращается по причине излечения лица или улучшения его психического состояния, а не по причине истечения установленного срока или достижения установленного размера как при наказании; ж) применение мер прекращается судьей по ходатайству администрации лечебного учреждения, законного представителя или защитника лица, признанного невменяемым (ч. 1 ст. 445 УПК); з) не влекут состояния судимости.

3.3. ПММХ могут применяться не только вместо уголовного наказания, но и в *дополнение* к нему, если речь идет об ограниченно вменяемых лицах. До 16 декабря 2003 г. указанные меры в дополнение к уголовному наказанию могли быть назначены и лицам, страдающим алкоголизмом или наркоманией.

4. В результате реализации уголовной ответственности (вследствие применения в отношении лица соответствующих ПММХ) уровень общественной опасности данного психически ущербного лица в силу неосознанного, неуправляемого совершения им деяния либо неосознанного состояния после его совершения (а равно неспособности в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своего поведения либо руководить им) может быть *снижен вплоть до полной утраты общественной опасности*.

Думается, что именно в этот момент появляется возможность *освобождения лица от дальнейшей реализации УО*. Однако законодательство (см. ст. 443 УПК) и судебная практика свидетельствуют о том, что лицо, совершившее общественно опасное деяние в состоянии невменяемости или после его совершения заболевшее душевным расстройством, должно быть *освобождено от УО или наказания* до применения к нему ПММХ. В данной ситуации

суд выносит *постановление* об освобождении лица от УО или от наказания и о применении к нему ПММХ. Лицо, совершившее общественно опасное деяние в состоянии невменяемости, освобождается от УО, но не от наказания¹.

5. Изучение *следственно-судебной практики* позволило прийти к выводу, что прекращенные уголовные дела в связи с невменяемостью лиц, как правило, были связаны с совершением серьезных корыстных и насильственных общественно опасных деяний, таких как кражи, грабежи и разбои при отягчающих обстоятельствах, убийства, хулиганские действия, умышленное причинение вреда здоровью людей, незаконный оборот (использование) наркотических средств или психотропных веществ, их аналогов. Кроме того, нуждаются в применении ПММХ в связи с психическими расстройствами, как правило, молодые люди, подверженные психозам и совершившие общественно опасные деяния. В основном это лица мужского пола 20—30-летнего возраста.

6. *Основанием прекращения УД* такого рода является установленный факт невменяемости лица, совершившего общественно опасное деяние, а следовательно, отсутствие состава преступления (см. ст. 21 УК, п. 2 ч. 1 ст. 24 УПК). Оно складывается из *двух условий*. *Первое из них* — неспособность лица осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия), а равно его неспособность руководить своим поведением. Данная неспособность может возникнуть вследствие *второго условия*: хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия либо иного болезненного состояния психики. Собственно «неспособность» принято именовать *психологическим* (юридическим) критерием невменяемости, ее причину — *биологическим* (медицинским) критерием. Как известно, причина и следствие не могут быть отделены друг от друга. Поэтому для установления указанного факта необходимо одновременное наличие как психологического, так и биологического критериев. Подробнее см. коммент. к ст. 21, 81.

7. В отличие от одного-единственного основания прекращения УД в отношении невменяемого применение к нему ПММХ [в связи с совершением общественно опасного деяния] имеет несколько оснований, каждое из которых зависит от *круга лиц*, страдающих психическими расстройствами. В число этих лиц входят: а) совершивший деяние, предусмотренное статьей УК, в состоянии невменяемости; б) заболевший психическим расстройством, делающим невозможным назначение или исполнение наказания, после совершения им указанного деяния; в) совершивший преступление и страдающий психическим расстройством, не исключающим вменяемости (а ранее — до ФЗ от 08.12.2003 № 161-ФЗ и 162-ФЗ — входило лицо, совершившее преступление и нуждающееся в лечении от алкоголизма или наркомании).

7.1. Соответственно данным категориям лиц уголовный закон выделяет такие *основания применения ПММХ* в связи с совершением общественно опасных деяний: а) необходимость лечения психического расстройства, вызвавшего состояние *невменяемости* (до или после совершения общественно опасного деяния) (см. п. «а», «б» ч. 1 коммент. статьи); б) необходимость лечения психического расстройства, вызвавшего состояние *ограниченной вменяемости* (см. п. «в» ч. 1 коммент. статьи).

Пункт «г» ч. 1 коммент. статьи, в котором говорилось о необходимости лечения алкоголизма или наркомании и о возможности назначения страдающим данными заболеваниями лицам ПММХ, *утратил силу* согласно ФЗ от 08.12.2003 № 162-ФЗ. Данным ФЗ внесены соответствующие изменения и в ч. 2 ст. 99. Однако подобные изменения обошли стороной иные нормативные правовые акты. Так, в п. 3 ст. 54 Закона о наркотических средствах сохранено правило, согласно которому лицам, осужденным за совершение преступлений и нуждающимся в лечении от наркомании, по решению суда назначаются ПММХ, предусмотренные законодательством РФ. *До устранения возникшего противоречия* между положениями Закона о наркотических средствах и УК правоприменителю следует отдать предпочтение последнему из названных нормативных правовых актов.

8. Любое из перечисленных оснований представлено *совокупностью следующих условий*: а) возможностью причинения указанными лицами иного существенного вреда; б) их опасностью для себя или других лиц (см. ч. 2 коммент. статьи, ч. 2 ст. 433 УПК).

8.1. *Возможность причинения иного существенного вреда* означает угрозу наступления в результате противоправного поведения больного лица материального или нематериального вреда личности, обществу либо государству. *Опасность для себя* может определяться повышенной виктимностью лица, страдающего психическим расстройством, склонностью к суициду. *Опасность для других лиц* выражается в непредсказуемом и неконтролируемом поведении психически больного лица.

8.2. Отмеченные условия устанавливаются при выяснении обстоятельств дела в ходе следствия (см. ст. 434 УПК). Полноту и глубину собранных сведений трудно переоценить потому, что полученные материалы положены в основу экспертной работы врача-психиатра. К сожалению, совокупность указанных сведений не всегда влечет подлинное установление данных условий, что вызывает определенные сложности в следственно-судебной и психиатрической практике.

9. *Особенности производства о применении ПММХ* определяются уголовно-процессуальным законодательством (гл. 51 УПК).

9.1. По уголовным делам в отношении лиц, совершивших запрещенные уголовным законом деяния в состоянии невменяемости, или лиц, у которых после совершения преступлений наступило психическое расстройство, делающее невозможным назначение наказания, *производство предварительного следствия обязательно* (см. ч. 1 ст. 433, ч. 1 ст. 434 УПК).

9.2. В соответствии с требованиями ч. 5 ст. 439 УПК, п. 1.13 приказа Генпрокуратуры РФ от 06.09.2007 № 136 «Об организации прокурорского надзора за процессуальной деятельностью органов предварительного расследования» *прокурор вправе утвердить постановление следователя* о прекращении уголовного преследования и о направлении УД

¹ См.: БВС РФ. 2003. № 5. С. 6, 7.

в суд для применения ПММХ только после тщательного изучения всех обстоятельств совершения общественно опасного деяния, предусмотренного уголовным законом.

10. При необходимости установления психического состояния подозреваемого/обвиняемого *назначение судебной экспертизы обязательно* (см. ст. 196 УПК). Производство судебно-психиатрической экспертизы осуществляется на основании Инструкции об организации производства судебно-психиатрических экспертиз в отделениях судебно-психиатрической экспертизы государственных психиатрических учреждений, утв. приказом Минздравсоцразвития России от 30.05.2005 № 370².

10.1. *Заключение о психическом заболевании* выносят эксперты-психиатры, после чего оно подлежит оценке судом в совокупности со всеми материалами дела для решения вопроса о невменяемости, о применении ПММХ, об определении типа больницы, о передаче лица под опеку. Если в основу такой оценки положены недостаточно полные медико-документальные сведения, отсутствуют материалы, способные объективно подтвердить данные анамнеза, выдвинутого экспертами-психиатрами, то об освобождении лица от УО и о применении к нему ПММХ вести речь не следует³.

10.2. Принимая решение о применении ПММХ, *суд в резолютивной части постановления* указывает конкретную принудительную меру медицинского характера. Выбор же медицинского учреждения, в котором лицо должно проходить непосредственное лечение, входит в компетенцию органов здравоохранения (см. ст. 442, 443 УПК)⁴.

10.3. Если в отношении *лица, содержащегося под стражей*, вынесено заключение судебно-психиатрической экспертизы о наличии психического расстройства, свидетельствующего о невменяемости, то *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 (см. п. 264 приказа Минздравсоцразвития России № 640, Минюста России № 190 от 17.10.2005 «О порядке организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключенным под стражу»⁵ (далее — Приказ от 17.10.2005)).

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 (см. п. 265 Приказа от 17.10.2005).

11. Изучение правоприменительной деятельности показало, что по уголовным делам, связанным с невменяемостью подсудимых, *заключения экспертов-психиатров не всегда носят бесспорный характер*. Иной раз приводятся противоречивые аргументы о необходимости применения ПММХ. Например, эксперт указал, что подэкспертный обнаруживает признаки врожденного малоумия в форме олигофрении в степени выраженной дебильности с психопатизацией личности по неустойчивому типу, что в связи с этим он не мог отдавать отчет своим действиям и руководить ими и в момент совершения инкриминируемого ему деяния. Одновременно эксперт пришел к выводу, что подэкспертный какими-либо психическими заболеваниями не страдает, в момент совершения инкриминируемого ему деяния не находился в каком-либо временном расстройстве психической деятельности, в принудительном лечении не нуждается, рекомендуется наблюдение и лечение в условиях психоневрологического диспансера по месту жительства на общих основаниях. Опираясь на данные выводы, следователь постановил УД по обвинению лица в совершении квалифицированной кражи производством прекратить за отсутствием в действиях этого лица состава преступления. Однако последние слова эксперта и решение правоприменителя наводят на мысль, будто бы речь идет не о лице, совершившем квалифицированную кражу, не о человеке, представляющем определенную опасность для общества и в силу своего малоумия способного повторить общественно опасное деяние, а о правопослушном пациенте, по собственной воле обратившемся за помощью к врачу. И кто знает, насколько тяжок будет вред, причиненный следующей его жертве?

11.1. Противоречивость выводов, указанных в экспертном заключении, с реальной степенью опасности состояния больного может иметь место в связи с пренебрежением врачами-психиатрами сбором непосредственного объективного анамнеза. Сбор субъективных анамнестических сведений в психиатрии не всегда является эффективным и тем более решающим. Посредственный же сбор объективного анамнеза может привести к постановке неверного диагноза болезни подэкспертного хотя бы по той причине, что «львиную долю» информации эксперт черпает из материалов следствия, а следователь, предоставивший сведения об обследуемом лице врачу-психиатру, — не специалист в области психиатрии. Способы его опросов больного, близких и родственников последнего, характер полученной от них информации не могут в полной мере отвечать профессиональным интересам эксперта-психиатра, и в первую очередь в связи с тем, что следователь и врач-психиатр преследуют разные цели сбора фактических данных. Именно потому, что неспециалиста в области медицины легко ввести в заблуждение относительно важных фактов, влияющих на постановку нозологического диагноза либо утаить от него эти факты, а также в связи с тем, что опросы подэкспертного малоэффективны в период следственно-судебного производства по инкриминируемому ему деянию, эксперту нельзя ограничиваться изучением материалов уголовного дела и сбором субъективного анамнеза. В действительности же опросы экспертами свидетелей в пределах предоставленных им прав уголовно-процессуальным законодательством происходят все реже. Вместе с тем при сборе информации о жизни заболевшего лица экспертами порой переоценивается роль его близких родственников, поскольку нередко они вводят в заблуждение экспертов вымышленными фактами.

² БНА. 2005. № 29.

³ См.: БВС РФ. 2006. № 1. С. 28, 29.

⁴ См. также: БВС РФ. 1997. № 12. С. 6.

⁵ БНА. 2005. № 46.

12. Особое беспокойство вызывает то, что ПММХ [в связи с совершением общественно опасных деяний] в отношении лиц, находящихся в психически болезненных состояниях, порой [как в приведенном примере] не назначаются. Уголовные дела практически беспоследственно прекращаются по *реабилитирующему основанию* (как правило, за отсутствием состава преступления). При этом правоприменители в своих решениях указывают, что по характеру совершенного деяния и болезненному состоянию эти лица не нуждаются в принудительном лечении. Так, неоднозначно воспринимается решение следователя о прекращении УД за отсутствием общественной опасности подследственного в силу его невменяемости и сообщении в отдел здравоохранения по месту его жительства о психическом заболевании и совершенном общественно опасном деянии [без применения ПММХ], если в результате общественно опасного поведения последнего погибли два человека и причинен вред здоровью еще одного человека.

Однако, несмотря на то, что указанные решения находят поддержку высшего судебного органа страны⁶, что действующее законодательство предоставляет суду *право*, а не возлагает обязанность применения ПММХ (см. ст. 97, 99), с данным положением дел трудно согласиться.

Возражения возникают и потому, что бесконтрольное поведение невменяемого правонарушителя не может не представлять опасности для общества. Более того, оно уже выразилось в совершенном им общественно опасном деянии. Возражения появляются и в связи с тем, что даже к ограниченно вменяемым правонарушителям применяется принудительное лечение (см. ч. 2 ст. 99), а от подобного воздействия на невменяемое лицо мы отказываемся. Наконец, недоумение вызывает фактическое неприменение негативного стимула к причинителю вреда, безответственность за вредоносное поведение. За проступки даже малолетних детей, кстати, не осознающих так же, как и душевнобольные, противоправный характер своего поведения, расплачиваются их родители, усыновители или опекуны (см. ст. 28 ГК), а мы ведем речь об общественно опасных деяниях взрослых людей.

13. Освобождение от УО невменяемого лица, причинившего вред в результате своего общественно опасного поведения, зачастую создает проблему *возмещения потерпевшему, заглаживания перед ним или его законными представителями данного вреда*, несмотря на то, нанесен ли ущерб чужой собственности, причинен ли вред здоровью потерпевшего или последний лишен жизни.

Поскольку в соответствии со ст. 306 и 309 УПК гражданский иск в УД может быть разрешен только при *постановлении приговора*, постольку указанный иск в отношении лица, совершившего общественно опасное деяние в состоянии невменяемости либо заболевшего после совершения преступления психическим расстройством, в том числе в отношении лица, которому применены ПММХ, не может быть рассмотрен по существу. Данный иск может быть предъявлен и рассмотрен в порядке гражданского судопроизводства (см. п. 16 постановления Пленума ВС СССР от 26.04.1984 № 4)⁷. Вместе с тем лица, находящиеся в психиатрическом стационаре, признаются нетрудоспособными на весь период пребывания в нем и имеют право на пособие по государственному социальному страхованию или на пенсию на общих основаниях.

14. Часть 3 коммент. статьи указывает, что *порядок исполнения ПММХ* определяется уголовно-исполнительным законодательством РФ. Однако УИК содержит лишь норму о применении мер медицинского характера к осужденным (см. ст. 18) и положение о злостном нарушении осужденным к лишению свободы установленного порядка отбывания наказания, которое может быть выражено в уклонении от исполнения ПММХ или от обязательного лечения, назначенного судом или решением медицинской комиссии (см. ч. 1 ст. 116).

Статья 98. Цели применения принудительных мер медицинского характера

1. ПММХ направлены на достижение следующих *целей*: а) восстановление здоровья лиц, совершивших общественно опасные деяния; б) предупреждение совершения лицами других общественно опасных деяний в связи с их заболеваниями.

2. *Восстановление здоровья* лиц, совершивших общественно опасные деяния, означает излечение или улучшение их психического состояния. В данном случае речь идет о возвращении заболевшему способности в полной мере отдавать отчет своему поведению и руководить им. Улучшение психического состояния больного может быть не связано с возвращением указанной способности, но должно характеризоваться утратой его опасности для себя и окружающих лиц.

3. *Предупреждение* совершения лицами других общественно опасных деяний в связи с их заболеваниями предполагает *специальную превенцию*, которая обеспечивается осуществлением за больным контроля, надзора, применением принудительного воздействия, а в необходимых случаях проведением изоляции от общества, выражающейся в помещении больного в психиатрический стационар соответствующего типа.

4. Лица, страдающие хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжелыми стойкими или постоянно обостряющимися болезненными проявлениями, склонные к общественно опасным действиям, а также лица, направленные судом на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра, подлежат активному диспансерному наблюдению в психоневрологических диспансерах (диспансерных отделениях, кабинетах) (см. п. 1.1 Инструкции об организации взаимодействия органов здравоохранения и органов внутренних дел РФ по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами, утв. приказом Минздрава России и МВД России от 30.04.1997 № 133/269⁸).

⁶ См.: БВС РФ. 1999. № 7. С. 11.

⁷ См. также: БВС РФ. 2006. № 5. С. 10, 11; 2005. № 10. С. 14, 15.

⁸ Здравоохранение. 1997. № 8.

5. Перечисленные цели могут быть достигнуты с исполнением указанных мер в амбулаторных или стационарных условиях, в связи с которыми можно выделить *разновидности* ПММХ.

Статья 99. Виды принудительных мер медицинского характера

1. Уголовное законодательство предоставляет суду возможность выбора при назначении ПММХ одного из перечисленных в ч. 1 коммент. статьи *видов* в зависимости от опасности совершенного деяния и установленного судебно-психиатрической экспертизой психического состояния лица.

2. Практика показывает: чем тяжелее совершенное невменяемым лицом общественно опасное деяние, тем ярче выражается неспособность больного к добровольному лечению, а зачастую и противодействие оному. Не секрет, что в курс лечения включено использование психотропных веществ. И применяются они в большей мере для усмирения пациента, для «вдавливания» его поведения в русло установленных общественных норм. Не является секретом и то, что на судебно-психиатрическую экспертизу часто поступают лица, находящиеся в *реактивных состояниях*. Здесь следственно-судебная практика справедливо идет по пути *приостановления УД* до выхода [вывода] подэкспертного из реактивного психоза, причем суд на это время применяет в отношении данного лица ПММХ (см. п. 4 ч. 1 ст. 208, п. 2 ч. 1 ст. 238 УПК)⁹. Такое решение вполне обоснованно, поскольку во время нахождения лица в указанном состоянии экспертиза не в силах решить поставленные перед ней вопросы (в частности, о вменяемости или невменяемости подэкспертного во время совершения им общественно опасного деяния).

3. Остается скрытым ответ на вопрос, связанный с *опасным состоянием невменяемого*. И заключается этот вопрос в степени обоснованности решения судьи, применяющего ПММХ с помещением больного в какую-либо из психиатрических клиник, например, с помещением в психиатрическую больницу общего типа страдающего психическим расстройством лица, лишившего жизни другого человека. Данный вопрос приобретает особую остроту в связи с противоречивой аргументацией решения правоприменителя, который, в частности, резюмирует, что совершенное невменяемым лицом являет собой тяжкое общественно опасное деяние и представляет значительную опасность для окружающих (см. определение Борского городского суда Нижегородской области от 12.02.1998 по делу № 1-164/98).

В указанном случае с решением судьи о том, что больной «убийца» не нуждается в постоянном и (или) интенсивном наблюдении (см. ст. 101), согласиться крайне сложно. Такие решения наверняка создают почву для роста криминологического рецидива и совершения душевнобольными лицами новых, в том числе тяжких и особо тяжких общественно опасных деяний. Подобную почву создают требования и уголовно-процессуального законодательства. В частности: а) ч. 3 ст. 443 УПК обязывает суд при наличии оснований, предусмотренных ст. 24—28 УПК, вынести постановление о прекращении УД независимо от наличия и характера заболевания лица, совершившего общественно опасное деяние; б) п. 1 ч. 1 ст. 439 УПК предписывает следователю вынести постановление о прекращении УД, если характер совершенного деяния и психическое расстройство лица не связаны с опасностью для него или других лиц либо возможностью причинения им иного существенного вреда. Остаются большие сомнения в справедливости и целесообразности данных законодательных положений.

4. Существенное влияние на вероятность повторения общественно опасного деяния и тем самым на *степень общественной опасности заболевшего лица* оказывают этап болезни, ее длительность, течение, синдромальная и нозологическая характеристика, продуктивная и негативная фаза психоза; антисоциальные установки, криминальный опыт и алкогольная зависимость больного; механизм реализации общественно опасного деяния, ситуационные моменты¹⁰. Трудно не согласиться с В. Б. Первомайским и в том, что при фактическом отсутствии преемственности между психиатрическими учреждениями с различными условиями наблюдения перевод больного из одной больницы в другую дестабилизирует его психическое состояние, что для обеспечения непрерывности и последовательности лечебно-реабилитационного процесса более приемлема практика обеспечения дифференцированных режимов содержания больных внутри больницы, осуществляющей принудительное лечение¹¹.

5. Уголовный закон (ст. 22, 97, 99) предусматривает категорию совершивших преступные деяния лиц, страдающих психическими расстройствами, не исключающими вменяемости, лиц, к которым могут применяться ПММХ и которым может быть назначено более мягкое наказание, чем предусмотрено законом в силу совершения преступления в состоянии психического расстройства — ограниченной вменяемости. В настоящее время данную группу лиц можно назвать *ограниченно (уменьшенно) вменяемыми* в связи с психическими аномалиями, оказывающими определенное влияние на их поведение.

5.1. *Причиной ограниченной вменяемости* может служить психопатическое или невротическое отклонение человека, частичное поражение его головного мозга, недостаточное психофизиологическое развитие человека, старческая дряхлость, отсутствие воспитания в человеческом обществе или крайне неблагоприятная и развращенная обстановка в детстве, физические недостатки с детства (глухота, немота), токсические, наркотические аномалии организма человека и другие патологии. Указанные причины свидетельствуют об отклонении в психике или об умственной недостаточности.

5.2. Некоторые авторы (в частности, Д. В. Сирожидинов) выделяют заболевания, имеющие разную нозологическую структуру, но объединенные единым признаком. Этот признак — выраженность психического расстройства *не достигает психотического уровня*. К таким заболеваниям относятся: алкоголизм, наркомания, токсикомания, все виды пограничных состояний, остаточные явления черепно-мозговых травм, психические нарушения, возникшие в

⁹ См. также: БВС РФ. 1999. № 9. С. 14.

¹⁰ См.: Первомайский В. Б. Понятие «общественная опасность душевнобольного» в судебной психиатрии / В. Б. Первомайский // Государство и право. 1992. № 7. С. 64.

¹¹ Там же. С. 66.

отдаленном периоде заболевания головного мозга (органическая деменция), олигофрения в степени дебильности, эпилепсия, сосудистые заболевания, шизофрения в период дебюта или ремиссии, шизотипические расстройства (вялотекущая шизофрения), маниакально-депрессивный психоз в форме циклотимии, некоторые психические нарушения вследствие сифилитического поражения головного мозга, прогрессивный паралич в начальной стадии либо в период лечебной ремиссии.

5.3. Таким образом, к *ограниченно вменяемым следует относить* лиц, способных осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими не в полной мере, — это люди, «выжившие из ума», как правило, достигшие возраста глубокой старости либо испытывающие на себе последствия тяжелого нервного заболевания; высокогипнабельные, страдающие нервной патологией, обратившиеся за медицинской помощью и числящиеся на специальном медицинском учете; религиозные фанатики; глухонемые от рождения или с раннего детства, не получившие через воспитание или сообщество с другими людьми понятия об обязанностях и законе; лица, находящиеся в экстремальных ситуациях, как то: беременность, роды или послеродовые состояния, «алкогольный автоматизм», а также находящиеся в естественном болезненном или искусственном гипнотическом сне.

6. Среди лиц, страдающих психическим расстройством, не исключающим вменяемости, которым назначено принудительное лечение, большинство совершили *корыстные* и (или) *насильственные* преступления. *Наиболее часто* эти лица уличались в совершении хищения чужого имущества (главным образом кражи); *реже* — убийства, умышленного причинения тяжкого вреда здоровью человека; *еще реже* — неправомерного завладения автомобилем или иным транспортным средством без цели хищения, изнасилования или насильственных действий сексуального характера, хулиганства, незаконного оборота (использования) наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов, а равно оружия, его основных частей, боеприпасов, взрывчатых веществ или взрывных устройств.

7. Практически *третья часть* лиц среди страдающих психическими расстройствами, не исключающими вменяемости, осужденных судами РФ с назначением принудительного лечения, имеют *непогашенные (неснятые) судимости* за ранее совершенные преступления. Озабоченность вызывает и то, что преступления, в связи с которыми к данным лицам применено принудительное лечение, *преимущественно являются тяжкими и особо тяжкими*. Настораживает и то, что в среднем каждый третий в числе указанных осужденных судами РФ лиц *не достиг совершеннолетия*.

Статья 100. Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра

1. *Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение* у психиатра может быть назначено в том случае, если лицо, совершившее предусмотренное уголовным законом деяние, по своему психическому состоянию не нуждается в помещении в психиатрический стационар. В частности, такое наблюдение и лечение может быть назначено наряду с наказанием лицу, осужденному за преступление, но нуждающемуся в лечении психического расстройства, не исключающего вменяемости (см. ч. 2 ст. 99).

2. Данное принудительное наблюдение и лечение у психиатра осуществляется психоневрологическим диспансером (диспансерным отделением, кабинетом) по месту жительства больного (см. п. 4.1 Методического письма Минздрава России от 23.07.1999 № 2510/8236-99-32 «О порядке применения принудительных и иных мер медицинского характера в отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния (статья 21 и часть 1 статьи 81 Уголовного кодекса Российской Федерации)»; далее — Методическое письмо Минздрава России).

Порядок применения принудительных и иных мер медицинского характера в отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния (ст. 21 и ч. 1 ст. 81 УК), был утвержден указанным выше Методическим письмом Минздрава России и согласован с ВС РФ, Генеральной прокуратурой РФ и МВД России. Однако по заключению Минюста России данный документ содержит правовые нормы и в соответствии с п. 2 Правил подготовки нормативных правовых актов федеральных органов исполнительной власти и их государственной регистрации, утв. постановлением Правительства РФ от 13.08.1997 № 1009, издание нормативных правовых актов в виде писем не допускается. Поэтому Минздрав России в связи с указанием Минюста России от 02.04.2001 № 07/3213-ЮД обратился с просьбой считать не действующим указанное Методическое письмо (см. письмо Минздрава России от 10.05.2001 № 2510/4817-01-25). Представляется, что положения данного Методического письма *возможно использовать в качестве методических рекомендаций*. Вместе с тем не утратила юридическую силу Временная инструкция о порядке применения принудительных и иных мер медицинского характера в отношении лиц с психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния, утв. приказом Минздрава СССР от 21.03.1988 № 225 «О мерах по дальнейшему совершенствованию психиатрической помощи» (см. приложение 18 к данному приказу).

3. Категории лиц, которым рекомендуется применять амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра, перечислены в п. 2.5 Методического письма Минздрава России.

3.1 *Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра рекомендуется применять к следующим лицам:*

во-первых, совершившим общественно опасные деяния в состоянии временного психического расстройства или психического обострения (приступа, пароксизма) хронического психического расстройства, разрешившихся ко времени проведения экспертизы, в случае малой вероятности повторения психоза, а также при сохранении социальной адаптации больного и способности к соблюдению предписанного режима;

во-вторых, с хроническими психическими расстройствами или слабоумием после проведения принудительного лечения в психиатрическом стационаре при неустойчивой социальной адаптации и выявлявшейся в прошлом

склонности к повторным общественно опасным действиям — в качестве этапа перед полным прекращением принудительного лечения (в порядке изменения принудительной меры медицинского характера).

Статья 101. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре

1. В психиатрический стационар специализированного типа помещаются лица, представляющие по своему психическому состоянию и характеру содеянного опасность для общества и требующие в связи с этим *постоянного наблюдения* (см. ч. 3 коммент. статьи).

2. Категории лиц, которым рекомендуется применять ПММХ в психиатрическом стационаре (больнице, отделении) *специализированного типа*, перечислены в п. 2.8 Методического письма Минздрава России (подробнее см. в п. 2 коммент. к ст. 100).

2.1. ПММХ в психиатрическом стационаре (больнице, отделении) *специализированного типа* рекомендуется применять к следующим лицам:

во-первых, с *хроническими психическими расстройствами или слабоумием*, обнаруживающим в силу клинических проявлений заболевания и (или) преморбидных клинических особенностей склонность к повторным общественно опасным деяниям и нарушениям больничного режима, делающим невозможным проведение показанных им лечебно-реабилитационных мероприятий в условиях психиатрического стационара (больницы, отделения) общего типа, а также после применения к этим лицам принудительного лечения в психиатрическом стационаре (больнице, отделении) специализированного типа с интенсивным наблюдением при улучшении их психического состояния и/или снижении опасности;

во-вторых, страдающим *временным психическим расстройством*, развившемся после совершения общественно опасного деяния, но до вынесения приговора (принудительное лечение до выхода из указанного болезненного состояния), в случае угрозы совершения ими новых общественно опасных деяний, грубых нарушений больничного режима, включая побег;

в-третьих, обнаружившим во время проведения ранее назначенной судом менее строгой меры медицинского характера *ухудшение психического состояния и/или возрастание опасности*, если это делает невозможным проведение показанных им лечебно-реабилитационных мероприятий в прежних условиях и требует их перевода в условия психиатрического стационара (в порядке изменения ПММХ).

3. Если психическое состояние лица и характер содеянного им представляют *особую опасность* для себя или других лиц, то принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа должно предусматривать не только постоянное, но и *интенсивное наблюдение* (см. ч. 4 коммент. статьи). Применяя указанную меру, суд наряду с заключением эксперта о психическом состоянии больного основывается на установленных данных о характере совершенного им деяния (вредности содеянного, способе его совершения, тяжести наступивших последствий).

4. Категории лиц, которым рекомендуется применять ПММХ в психиатрическом стационаре (больнице, отделении) *специализированного типа с интенсивным наблюдением*, перечислены в п. 2.9 Методического письма Минздрава России (подробнее см. п. 2 коммент. к ст. 100).

4.1. ПММХ в психиатрическом стационаре (больнице, отделении) *специализированного типа с интенсивным наблюдением* рекомендуется применять к следующим лицам:

во-первых, с *хроническими психическими расстройствами или слабоумием*, обнаруживающим тенденцию, обусловленную клиническими проявлениями заболевания и (или) преморбидными личностными особенностями, к совершению повторных тяжких или особо тяжких общественно опасных деяний, особенно насильственного характера, обнаруживающим в силу клинических проявлений заболевания и (или) преморбидных личностных особенностей упорные антисоциальные тенденции, проявляющиеся в многократных общественно опасных действиях, а также в грубых нарушениях больничного режима по данным прежних стационаризований (нападения на персонал, побег, иницирование групповых беспорядков), если указанные нарушения поведения делают невозможным проведение показанных им лечебно-реабилитационных мероприятий в условиях применения других ПММХ;

во-вторых, страдающим *временным психическим расстройством*, развившимся после совершения общественно опасного деяния, но до вынесения приговора (принудительное лечение до выхода из указанного болезненного состояния), в случае угрозы совершения ими новых тяжких или особо тяжких деяний, а также побега;

в-третьих, обнаружившим во время применения ранее назначенной судом менее строгой принудительной меры медицинского характера *ухудшение психического состояния и (или) возрастание опасности*, если это делает невозможным проведение показанных им лечебно-реабилитационных мероприятий в прежних условиях и требует их перевода в условия психиатрического стационара специализированного типа с интенсивным наблюдением (в порядке изменения ПММХ).

5. При наличии достаточного основания лицу, помещенному в психиатрический стационар специализированного типа, ПММХ могут быть *отменены* без предварительного перевода в психиатрический стационар общего типа.

6. В психиатрический стационар общего типа помещаются лица меньшей социальной опасности для себя и окружающих. Психическое состояние этих лиц предопределяет стационарное лечение и наблюдение, но не требует постоянного и (или) интенсивного наблюдения (см. ч. 2 коммент. статьи).

7. Перечень категорий лиц, которым рекомендуется применять ПММХ в психиатрическом стационаре (больнице, отделении) *общего типа*, приводится в п. 2.7 Методического письма Минздрава России (подробнее см. п. 2 коммент. к ст. 100).

7.1. ПММХ в психиатрическом стационаре (больнице, отделении) общего типа рекомендуется применять к следующим лицам:

во-первых, совершившим общественно опасные деяния и находящимся в данное время в психотическом состоянии, в случаях отсутствия выраженных тенденций к грубым нарушениям больничного режима и благоприятного прогноза в отношении терапевтического купирования психоза, но при сохраняющейся вероятности его повторения (хронические заболевания с частыми обострениями; наличие патологической почвы, способствующей возникновению временных психотических состояний, например алкоголизма, наркомании, резидуального органического поражения головного мозга и т.п.), а также при недостаточной критике к своему состоянию, делающей невозможным проведение лечения в стационаре или в амбулаторных условиях на общих основаниях;

во-вторых, с явлениями слабоумия, состояниями психического дефекта различного происхождения и другими психическими расстройствами, совершившим деяния, спровоцированные какими-либо внешними неблагоприятными обстоятельствами, без выраженной тенденции к их повторению и грубым нарушениям больничного режима;

в-третьих, страдающим временным психическим расстройством, развившимся после совершения общественно опасных деяний, но до вынесения судом приговора (принудительное лечение до выхода из указанного болезненного состояния), при отсутствии выраженных тенденций к совершению новых общественно опасных деяний и грубым нарушениям больничного режима;

в-четвертых, с хроническими психическими расстройствами или слабоумием после принудительного лечения в психиатрических стационарах (больницах, отделениях) специализированного типа, в том числе с интенсивным наблюдением, в случае улучшения их психического состояния и/или снижения опасности, позволяющих продолжить принудительное лечение в условиях психиатрического стационара общего типа (в порядке изменения ПММХ);

в-пятых, обнаружившим во время ранее назначенного судом амбулаторного принудительного лечения ухудшение психического состояния и/или возрастание опасности, если это делает невозможным проведение показанных им лечебно-реабилитационных мероприятий в амбулаторных условиях и требует их перевода в условия психиатрического стационара (больницы, отделения) общего типа (в порядке изменения ПММХ).

8. В психиатрическом стационаре (больнице, отделении) общего типа наряду с лицами, совершившими общественно опасные деяния, содержатся и те, которые помещены в него на излечение в соответствии со ст. 28, 29 Закона о психиатрической помощи.

Статья 102. Продление, изменение и прекращение применения принудительных мер медицинского характера

1. Уголовный закон не устанавливает сроков применения ПММХ. *Продолжительность* принудительного лечения зависит от достижения целей применения этих мер. Процедура назначения, изменения, продления и прекращения ПММХ регламентируется уголовным и уголовно-процессуальным законодательством в соответствии с Законом о психиатрической помощи (см. ч. 4 ст. 11, ст. 29 Закона).

2. Причиной *освидетельствования* больного комиссией врачей-психиатров может быть не только плановое обследование на предмет продления, изменения или прекращения применения ПММХ (см. ст. 36 Закона о психиатрической помощи), но и ходатайства перед судом близких родственников больного или иных заинтересованных лиц об отмене или изменении ПММХ.

2.1. О *близких родственниках* и *иных заинтересованных лицах* см. в п. 4, 12 ст. 5 УПК.

3. Решение о *продлении* госпитализации лица, помещенного в стационар в недобровольном порядке, принимается судьей по подтвержденному медицинским заключением ходатайству администрации психиатрического лечебного учреждения, а также по ходатайству законного представителя лица, признанного невменяемым, ходатайству его защитника (в первый раз — *по истечении шести месяцев* с момента начала лечения, в последующем — *ежегодно*) до тех пор, пока лицо не выздоровеет или состояние его здоровья не изменится настолько, что отпадет необходимость в дальнейшем применении ранее назначенных ПММХ (см. ч. 1, 2 коммент. статьи; ч. 1 ст. 445 УПК; ст. 36 Закона о психиатрической помощи). При таких обстоятельствах данные меры отменяются.

3.1. В противоречии между ч. 2 ст. 36 Закона о психиатрической помощи и ч. 2 коммент. статьи предпочтение в правоприменении следует отдать положениям УК.

4. Изменение или прекращение ПММХ также производятся судом по ходатайству администрации психиатрического лечебного учреждения, осуществляющего принудительное лечение, по ходатайству законного представителя лица, признанного невменяемым, по ходатайству его защитника.

5. *Изменение* ПММХ возможно в случае улучшения или ухудшения состояния здоровья больного. В первом случае суд может заменить, например, лечение в психиатрическом стационаре на амбулаторное наблюдение и лечение у психиатра. Во втором случае суд, напротив, может заменить амбулаторное наблюдение и лечение у психиатра на лечение в психиатрическом стационаре.

6. *Прекращение* ПММХ возможно в случае выздоровления лица или такого улучшения его психического состояния, при котором лицо перестает быть опасным для себя и окружающих его людей.

6.1. Суд, рассматривая ходатайство об отмене принудительного лечения в отношении лица, находившегося на принудительном лечении, может передать необходимые материалы *органам здравоохранения* для решения вопроса о лечении или направлении этого лица в психоневрологическое учреждение социального обеспечения в установленном

порядке. Органы здравоохранения могут назначить данному лицу попечителя. Родственники без оформления попечительства помощь больному могут оказывать только на добровольной основе¹².

6.2. Для решения вопроса о прекращении принудительного лечения недостаточно одного факта прохождения осужденным курса лечения, а требуется *совокупность данных*, свидетельствующих о том, что отпала необходимость в таком лечении.

7. Порой *лечащие врачи-психиатры испытывают давление* со стороны родственников, законных представителей лиц, в отношении которых применяются ПММХ, иных лиц с целью фальсифицировать ходатайство об изменении или прекращении ПММХ. В связи с этим суды обязаны тщательно проверять обоснованность возбужденного администрацией медицинского учреждения ходатайства, в частности выяснять результаты проведенного лечения и условия, в которых это лицо будет находиться после прекращения ПММХ, необходимость дальнейшего наблюдения и лечения (см. п. 19 постановления Пленума ВС СССР от 26.04.1984 № 4).

8. Вопрос о *возмещении материального ущерба* лицом, совершившим преступное деяние и заболевшим психическим расстройством после его совершения, подлежит рассмотрению в порядке *гражданского судопроизводства* (см. п. 16 постановления Пленума ВС СССР от 26.04.1984 № 4). Вместе с тем лица, пребывающие в психиатрическом стационаре, признаются нетрудоспособными на весь период пребывания в нем и имеют право на пособие по государственному социальному страхованию или на пенсию на общих основаниях. Эти лица также имеют право подавать без цензуры жалобы в органы исполнительной и представительной власти, прокуратуру, суд, адвокатуру, встречаться с адвокатами наедине (см. ст. 13, 37 Закона о психиатрической помощи).

9. Конституционный Суд РФ в Постановлении от 20.11.2007 № 13-П «По делу о проверке конституционности ряда положений статей 402, 433, 437, 438, 439, 441, 444 и 445 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации в связи с жалобами граждан С. Г. Абламского, О. Б. Лобашовой и В. К. Матвеева»¹³ признал не соответствующими Конституции России, ее статьям 19, 45 (ч. 2), 46 (ч. 1) и 55 (ч. 3), находящиеся в нормативном единстве положения ст. 402, ч. 3 ст. 433, ст. 437 и 438, ч. 3 и 6 ст. 439, ч. 1 ст. 441, ст. 444 и ч. 1 ст. 445 УПК РФ в той мере, в какой эти положения — по смыслу, придаваемому им сложившейся правоприменительной практикой, — не позволяют лицам, в отношении которых осуществляется производство о применении ПММХ, лично знакомиться с материалами УД, участвовать в судебном заседании при его рассмотрении, заявлять ходатайства, инициировать рассмотрение вопроса об изменении и прекращении применения указанных мер и обжаловать принятые по делу процессуальные решения.

Статья 103. Зачет времени применения принудительных мер медицинского характера

1. Излечение лица, у которого психическое расстройство наступило после совершения преступления, при назначении наказания или возобновлении его исполнения позволяет *зачесть в срок наказания* время, в течение которого к этому лицу применялось принудительное лечение в психиатрическом стационаре.

2. Об *излечении* лица см. в п. 2 коммент. к ст. 98.

3. Преступление считается *совершенным* в момент осуществления общественно опасного действия (бездействия) независимо от времени наступления последствий (см. ч. 2 ст. 9).

4. *Время*, в течение которого к лицу применялось принудительное лечение в психиатрическом стационаре, засчитывается в срок наказания.

5. *Зачет* производится из расчета один день пребывания в психиатрическом стационаре за один день лишения свободы.

Статья 104. Принудительные меры медицинского характера, соединенные с исполнением наказания

1. В отношении лиц, осужденных по приговору суда за преступления, совершенные в состоянии вменяемости, но нуждающихся в лечении психических расстройств, не исключающих вменяемости, ПММХ исполняются по *месту отбывания лишения свободы*, а в отношении осужденных к иным видам наказаний — *в учреждениях органов здравоохранения*, оказывающих амбулаторную психиатрическую помощь.

Данным лицам назначается соответствующее обследование и лечение. За ними могут быть установлены дифференцированные виды наблюдения, исключающие возможность попыток к самоубийству, аутоагрессии, нападению, побегу (см. п. 261 Приказа от 17.10.2005).

2. *Диспансерное наблюдение и лечение* лиц, имеющих психические расстройства, осуществляется в исправительных учреждениях ФСИН России амбулаторно или в стационаре медицинской части в установленном порядке (см. п. 263 Приказа от 17.10.2005).

3. Осужденные больные, находящиеся в стационаре медицинской части исправительного учреждения в связи с наличием психического расстройства, *осматриваются врачом-психиатром* данного учреждения (либо в случае отсутствия в штатах учреждения врача-психиатра начальником медицинской части или врачом-терапевтом по рекомендациям врача-психиатра иного учреждения) *не реже 2 раз в неделю* (см. п. 266 Приказа от 17.10.2005).

4. Лицам с психическими расстройствами, требующим стационарного лечения, помощь оказывается в условиях медицинской части исправительного учреждения, а в тяжелых и длительно не купирующихся случаях — в

¹² См.: БВС РФ. 2003. № 4. С. 10.

¹³ РГ. 2007. № 266.

межобластных психиатрических больницах и психиатрических отделениях общесоматических больниц уголовно-исполнительной системы (см. п. 267 Приказа от 17.10.2005).

5. При *изменении психического состояния осужденного во время отбывания наказания* он может быть помещен в психиатрический стационар или иное лечебное учреждение в порядке и по основаниям, предусмотренным ст. 29 Закона о психиатрической помощи.

Медицинское *освидетельствование данных лиц, диспансерное наблюдение за ними, их лечение* осуществляются в соответствии со ст. 11, 23, 27 Закона о психиатрической помощи, ст. 34 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, утв. Верховным Советом РФ 22.07.1993 № 5487-1¹⁴ (см. также п. 260 Приказа от 17.10.2005).

5.1. *Психиатрическое освидетельствование* проводится в установленном порядке врачебной комиссией, состоящей из врачей учреждений уголовно-исполнительной системы. В составе комиссии должно быть не менее двух 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 (см. п. 269 Приказа от 17.10.2005).

5.2. При решении суда о применении ПММХ больной этапируется в психиатрическую больницу *специализированного типа с интенсивным наблюдением* (см. п. 270 Приказа от 17.10.2005).

5.3. Время пребывания в психиатрическом стационаре или ином лечебном учреждении *засчитывается* в срок отбывания наказания из расчета 1:1.

6. 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* (см. п. 268 Приказа от 17.10.2005).

7. *Прекращение применения ПММХ*, соединенного с исполнением наказания, осуществляется судом по представлению органа, исполняющего наказание, на основании заключения комиссии врачей-психиатров.

8. Федеральным законом от 08.12.2003 № 162-ФЗ из УК (ч. 1 ст. 97, ч. 2 ст. 99) исключены положения о применении ПММХ в отношении лиц, совершивших преступления и признанных *нуждающимися в лечении от алкоголизма или наркомании*. Вместе с тем осужденные данной категории подлежат *обязательному лечению* от алкоголизма и наркомании. Они содержатся и проходят амбулаторное лечение в лечебных исправительных учреждениях уголовно-исполнительной системы, создаваемых для этих целей (см. п. 271 Приказа от 17.10.2005).

8.1. Обязательное лечение больных алкоголизмом, наркоманией проводится врачом психиатром-наркологом или врачом-психиатром, имеющим соответствующую подготовку по наркологии. Основанием для *назначения* обязательного лечения является заключение, вынесенное комиссией врачей специалистов. Решение о *прекращении* обязательного лечения также принимается комиссионно (см. п. 272, 276 Приказа от 17.10.2005).

8.2. Осужденному, страдающему хроническим алкоголизмом или наркоманией, предлагается пройти курс лечения в добровольном порядке. *Добровольное лечение от алкоголизма или наркомании* проводится по месту отбывания наказания при наличии в исправительном учреждении врачей-наркологов, а при их отсутствии — в исправительных учреждениях, имеющих необходимую базу (см. п. 274 Приказа от 17.10.2005).

8.3. При *отказе от добровольного лечения* медицинской комиссией, состоящей из начальника медицинской части исправительного учреждения, двух врачей психиатров-наркологов или врачей-психиатров, выносится заключение, на основании которого применяется обязательное лечение (см. п. 275 Приказа от 17.10.2005).

8.4. Лицам, *отбывшим наказание с незавершенным курсом лечения*, дальнейшее лечение от алкоголизма или наркомании осуществляется в лечебно-профилактическом учреждении государственной или муниципальной систем здравоохранения по месту жительства (см. п. 277 Приказа от 17.10.2005).

8.5. Во всех случаях *освобождения от отбывания наказания осужденных, которые проходили обязательное лечение от алкоголизма или 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 (см. п. 278 Приказа от 17.10.2005).

¹⁴ Ведомости РФ. 1993. № 33. Ст. 1318.