

Московское областное общество психиатров и психиатров-наркологов
Московский государственный медико-стоматологический университет
Центральная Московская областная клиническая психиатрическая больница

Межрегиональная общественная организация
«Общество – права человека и психическое здоровье»

Общественный Совет по вопросам психического здоровья

В.Я. Евтушенко

**ЗАКОН РФ
«О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
И ГАРАНТИЯХ ПРАВ ГРАЖДАН
ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ»**

в вопросах и ответах

*Ответственный редактор
профессор В.С.Ястребов*

Москва, 2009 г.

УДК 616.89
ББК 56.14
3-12

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Евтушенко В.Я.

Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» в вопросах и ответах. / В.Я. Евтушенко; отв. ред. проф. В.С.Ястребов. – М.: Изд-во ЗАО Юстицинформ, 2009. – 302 с.
ISBN 978-5-9977-0001-0

Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», принятый Верховным Советом Российской Федерации в 1992 г., действует в стране уже 17 лет. За это время накопилось много вопросов и у пользователей психиатрической помощи (пациентов, их родственников и друзей), и у специалистов, оказывающих такую помощь, возникло много вопросов по практике его применения. Принято много новых правовых актов, из которых далеко не все знакомы не только пациентам и их родным, но и врачам-психиатрам. Все это создает значительные трудности в нахождении правильного правового разрешения возникающих вопросов. Вместе с тем накопился и определенный опыт их решения. В данной книге содержатся ответы на вопросы, возникающие при оказании (и получении) психиатрической помощи. Это не комментарий к Закону, а попытка опытного психиатра-практика, хорошо знакомого с правовым разрешением ряда психиатрических проблем, поделиться своими знаниями с коллегами и пользователями психиатрических служб на конкретных, реальных жизненных примерах, при анализе конкретных ситуаций.

Книга адресована всем, кто участвует в оказании психиатрической помощи, кто получает такую помощь, и всем, кто проявляет интерес к гуманитарным вопросам современной жизни и к правозащитной деятельности.

УДК 616.89
ББК 56.14

Рецензенты:

*Доктор медицинских наук, профессор Б.А.КАЗАКОВЦЕВ
Президент Независимой психиатрической ассоциации России Ю.С.САВЕНКО*

Книга издается в рамках образовательного проекта Межрегиональной общественной организации «Общество – права человека и психическое здоровье» «От правового информирования к психическому здоровью», проведенного при поддержке фармацевтической компании ЭЛИ ЛИЛЛИ ВОСТОК СА.

ISBN 978-5-9977-0001-0

© Евтушенко В.Я., 2009.
© Межрегиональная общественная организация «Общество – права человека и психическое здоровье».

Оглавление

Предисловие	7
От автора	9
Слова признательности	12

РАЗДЕЛ I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 1. Психиатрическая помощь и принципы ее оказания	20
Статья 2. Законодательство Российской Федерации о психиатрической помощи	33
Статья 3. Применение настоящего Закона	37
Статья 4. Добровольность обращения за психиатрической помощью	38
Статья 5. Права лиц, страдающих психическими расстройствами	49
Статья 6. Ограничения выполнения отдельных видов профессиональной деятельности, связанной с источником повышенной опасности	59
Статья 7. Представительство граждан, которым оказывается психиатрическая помощь	69
Статья 8. Запрещение требования сведений о состоянии психического здоровья	70
Статья 9. Сохранение врачебной тайны при оказании психиатрической помощи	77
Статья 10. Диагностика и лечение лиц, страдающих психическими расстройствами	83
Статья 11. Согласие на лечение	95
Статья 12. Отказ от лечения	100
Статья 13. Принудительные меры медицинского характера	102
Статья 14. Судебно-психиатрическая экспертиза	112
Статья 15. Психиатрическое обследование для решения вопроса о годности гражданина к службе в качестве военнослужащего	114

РАЗДЕЛ II. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ И СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Статья 16. Виды психиатрической помощи и социальной защиты, гарантируемые государством	116
--	-----

Статья 17. Финансирование психиатрической помощи	120
--	-----

РАЗДЕЛ III.

УЧРЕЖДЕНИЯ И ЛИЦА, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ИНЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ

Статья 18. Учреждения и лица, оказывающие психиатрическую помощь	151
Статья 19. Право на деятельность по оказанию психиатрической помощи ...	155
Статья 20. Права и обязанности медицинских работников и иных специалистов при оказании психиатрической помощи	172
Статья 21. Независимость врача-психиатра при оказании психиатрической помощи	175
Статья 22. Гарантии и льготы врачам-психиатрам, иным специалистам, медицинскому и другому персоналу, участвующим в оказании психиатрической помощи	176

РАЗДЕЛ IV.

ВИДЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ПОРЯДОК ЕЕ ОКАЗАНИЯ

Статья 23. Психиатрическое освидетельствование	186
Статья 24. Психиатрическое освидетельствование лица без его согласия или без согласия его законного представителя	196
Статья 25. Порядок подачи заявления и принятия решения о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя	209
Статья 26. Виды амбулаторной психиатрической помощи	213
Статья 27. Диспансерное наблюдение	221
Статья 28. Основания для госпитализации в психиатрический стационар ...	225
Статья 29. Основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке	234
Статья 30. Меры обеспечения безопасности при оказании психиатрической помощи	239
Статья 31. Освидетельствование несовершеннолетних и лиц, признанных недееспособными, помещенных в психиатрический стационар по просьбе или с согласия их законных представителей	243
Статья 32. Освидетельствование лиц, помещенных в психиатрический стационар в недобровольном порядке	244

Статья 33. Обращение в суд по вопросу о госпитализации в недобровольном порядке	250
Статья 34. Рассмотрение заявления о госпитализации в недобровольном порядке	252
Статья 35. Постановление судьи по заявлению о госпитализации в недобровольном порядке	256
Статья 36. Продление госпитализации в недобровольном порядке	258
Статья 37. Права пациентов, находящихся в психиатрических стационарах	259
Статья 38. Служба защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах	263
Статья 39. Обязанности администрации и медицинского персонала психиатрического стационара	263
Статья 40. Выписка из психиатрического стационара	266
Статья 41. Основания и порядок помещения лиц в психоневрологические учреждения для социального обеспечения	268
Статья 42. Основания и порядок помещения несовершеннолетних в психоневрологическое учреждение для специального обучения	271
Статья 43. Права лиц, проживающих в психоневрологических учреждениях для социального обеспечения или специального обучения, и обязанности администрации этих учреждений	280
Статья 44. Перевод и выписка из психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения	283

РАЗДЕЛ V.

КОНТРОЛЬ И ПРОКУРОРСКИЙ НАДЗОР ЗА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ПО ОКАЗАНИЮ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Статья 45. Контроль и прокурорский надзор за оказанием психиатрической помощи	285
Статья 46. Контроль общественных объединений за соблюдением прав и законных интересов граждан при оказании психиатрической помощи	286

РАЗДЕЛ VI.

ОБЖАЛОВАНИЕ ДЕЙСТВИЙ ПО ОКАЗАНИЮ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Статья 47. Порядок и сроки обжалования	289
Статья 48. Порядок рассмотрения жалобы в суде	291

Статья 49. Порядок рассмотрения жалобы в вышестоящем органе (вышестоящим должностным лицом)	294
Статья 50. Ответственность за нарушение настоящего Закона	298
Заключение	302

ПРЕДИСЛОВИЕ

Введение в практику закона о психиатрической помощи потребовало от работников психиатрических учреждений изменения многих форм их работы, смены уклада психиатрических учреждений. Действующие статьи закона предусматривали привлечение к процессу оказания психиатрической помощи представителей правовых, правоохранительных органов, общественных структур. В ходе применения закона стало очевидным, что лаконичные формулировки основных положений закона, его статей не могут осветить всех аспектов и нюансов психиатрической помощи, их увязки с другими законодательными и нормативными актами, имеющими отношение к вопросам психиатрической помощи. В связи с этим членами рабочей группы по разработке проекта закона были составлены постатейные комментарии к действующему закону. Последний комментарий был издан в 2002 г.

Существенное дополнение к указанным комментариям содержит книга профессионального юриста Ю.Н. Аргуновой «Права граждан с психическими расстройствами», которая пользуется большим спросом и выдержала два издания (2003 и 2007 гг.) Ценность материалов этой книги заключается в том, что в них на хорошем профессиональном уровне комментируются вопросы правового положения лиц с психическими расстройствами, которые регламентированы не только законодательными документами в области здравоохранения и социального обслуживания, но и гражданским, гражданско-процессуальным, семейным, трудовым, жилищным и иными законодательными актами.

Дальнейшая практика применения закона о психиатрической помощи выявила ряд проблем, с которыми сталкивались работающие психиатры, руководители психиатрических учреждений, представители судебных органов, а также сами больные и их близкие. Стало очевидным, что все это многообразие проблем нуждается в обобщении, обстоятельном анализе и соответствующем освещении.

За эту непростую работу и взялся В.Я.Евтушенко. Имея опыт практической, научной и руководящей работы в психиатрии, а также являясь участником разработки ряда ведомственных и межведомственных документов, регулирующих деятельность психиатрических учреждений и их работников, автор сумел выделить наиболее значимые проблемы и аспекты, которые в равной мере отражают интересы работников психиатрических служб и пациентов.

Несомненным достоинством книги является то, что в ней приведены практически все изменения, которые со времени утверждения закона и до момента издания настоящей книги были внесены в различные законодательные акты, имеющие отношение к вопросам психического здоровья, правовым аспектам оказания помощи лицам с психическими расстройствами, защите их прав и законных интересов.

Ответы на вопросы пользователей психиатрической помощи, профессионалов, читателей «Московской областной психиатрической газет» автор книги сгруппировал, казалось бы, идя по наиболее простому пути и привязав их к разделам и статьям действующего закона. Однако такой подход потребовал от него не только освещения всех аспектов деятельности психиатрических, правовых, общественных и иных институтов, связанных с проблемой оказания психиатрической помощи и защиты прав граждан при ее оказании, но и скрупулезного анализа и обобщения тех правовых и нормативных документов, которые вышли после утверждения закона, а также многих отечественных и зарубежных изданий и публикаций по этой проблеме.

Важной особенностью книги является ее ориентация на широкий круг заинтересованных читателей - от лиц с психическими расстройствами и их родственников, представителей общественных организаций в психиатрии и до работников психиатрических учреждений разного образовательного уровня и профессионального статуса, представителей правовых и правоохранительных органов, в обязанности которых входит участие в оказании психиатрической помощи, защита прав лиц с психическими расстройствами. Понятно, что выполнение этой непростой задачи потребовало от автора грамотного с точки зрения психиатрии и юриспруденции языка, доходчивого изложения материала, с чем, с моей точки зрения, он с честью справился.

*Руководитель Научного центра по изучению систем поддержки
психического здоровья НЦПЗ РАМН,
президент Межрегиональной общественной организации
«Общество – права человека и психическое здоровье»,
председатель Общественного совета по вопросам психического
здоровья при главном психиатре Минздравсоцразвития РФ,
профессор, В.С. Ястребов.*

От автора

Замысел этой книги родился в ходе встреч с душевнобольными, их родственниками и друзьями – членами общественной организации «Поддержка», на протяжении ряда лет успешно работавшей в Москве. Это были лица, кого сейчас называют «пользователями» психиатрических служб. Среди множества вопросов, возникавших у них в связи с теми или иными проблемами психического здоровья, первостепенными были вопросы, связанные с защитой прав и законных интересов лиц с болезненными отклонениями психики, а также с защитой интересов проживающих с ними родных. К тому времени уже ряд лет действовал Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», принятый еще в 1993 г., доступный и достаточно хорошо известный населению. Тем не менее, оказалось, что люди все же слабо ориентированы в том, как реально могут быть защищены их права в сфере гражданских, семейных, жилищных, трудовых отношений, а также при оказании гражданам медицинской психиатрической помощи.

Соответствующие правовые нормы отличаются определенной спецификой и непросты для понимания. Выяснилось, что необходимы разъяснения, как эти нормы применяются (или как их можно применить) в тех конкретных ситуациях, в которых реально оказывались участники происходивших встреч.

В последующем оказалось, что те же трудности испытывают не только пользователи психиатрической помощи, но и другие граждане – должностные лица предприятий, учреждений и организаций, представите-

ли органов власти и даже те, кто непосредственно должны выполнять нормы Закона – психиатры и юристы, работники правоохранительных органов.

Стала очевидной необходимость в книге, в которой в популярной форме были бы изложены права людей, соответствующие нормы закона и то, как эти права и нормы применять в конкретных обстоятельствах. Было понятно, что это должна быть книга не в традиционном формате комментария к Закону¹, а в виде ответов на вопросы граждан, которые построены на анализе реальных жизненных коллизий и с которыми сталкивались как пользователи, так и специалисты психиатрических служб.

Такая книжка (в виде небольшой брошюры) была нами написана и в 2003 г. издана² региональной общественной организацией родственников и друзей душевнобольных «Поддержка» в рамках проекта «Права человека и душевное здоровье», осуществленного при содействии Комитета по делам семьи и молодежи города Москвы. Содержащаяся в этой брошюре информация оказалась интересной, нужной и полезной не только тем, кому она была непосредственно адресована – молодым людям с проблемами психического здоровья и членам их семей, но и специалистам: психиатрическим и социальным работникам. Мы убедились в том, что и у врачей-психиатров нередко возникают много вопросов, связанных с желанием понять суть этого документа, а также с тем,

¹ Известны три комментария к Закону РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Два из них официальные - 1) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании. Постатейный комментарий к Закону России». Издание Верховного Совета Российской Федерации; М., Издво «Республика», 1994. 147 стр. 2) Комментарий к статьям закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Издание второе, исправленное и дополненное. Издательство «Спарк», Москва. 2002. 383 стр. Кроме того, был издан еще один комментарий к Закону, который был написан А.А. Рождественной, преподавателем кафедры уголовно-правовых дисциплин Поволжского (г. Саратов) юридического института (филиала ГОУ ВПО «Российская Правовая академия» Минюста России). Работа называется: «Комментарий к Закону РФ от 2 июля 1992 г. N 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (постатейный). Подготовлен с использованием правовых актов по состоянию на 15 июня 2006 г. для системы КонсультантПлюс, 2006.

² Права человека и душевное здоровье. Справочник по правовым вопросам для молодых людей с проблемами психического здоровья. Москва, 2003.

как применять его в тех или иных практических обстоятельствах. Они тоже нередко испытывали затруднения в понимании и истолковании ряда статей Закона. Вопросы от психиатров поступали через «Московскую областную психиатрическую газету», при непосредственном общении с ними, часто – от слушателей курсов повышения квалификации, проводимых на кафедре психиатрии, наркологии и психотерапии ФУВ МГМСУ, руководимой проф. Б.Д. Цыганковым.

Всякий раз мы пытались, опираясь на Закон и действующие правовые и нормативные документы, найти выходы из ряда достаточно трудных ситуаций, возникающих в психиатрической практике. Удачи рождали энтузиазм и стремление поделиться накопленным опытом.

Это побудило продолжить работу по сбору наиболее характерных вопросов, касающихся практики применения Закона РФ «О психиатрической помощи...», ответы на которые нам позволяла найти многолетняя практика оказания психиатрической, правовой и социальной помощи.

Собранные воедино, они и составили костяк представляемой книги. В книгу включены также некоторые вопросы (и ответы на них), представленные в информационно-поисковой системе «Консультант-плюс» (с соответствующими ссылками на эту систему). Публикуемая информация, как нам кажется, может помочь в нашей общей работе по оказанию (и получению) психиатрической помощи и строгому соблюдению прав граждан при этом.

Формулировка вопросов в целом дана в том же виде, в каком они были заданы (с небольшой редакционной правкой).

Статьи Закона приведены в редакции последующих изменений и дополнений, которые были внесены после 1992 г. в соответствующие законодательные акты.

Слова признательности

Поиск верного правового решения той или иной практической ситуации было делом непростым. Часто это решение удавалось найти в ходе коллективного обсуждения, и потому автор выражает глубокую благодарность Главному психиатру Московской области, Заслуженному врачу РФ В.И. Поддубному, его заместителям, Заслуженному работнику здравоохранения В.В. Грибкову, Заслуженному врачу РФ Е.В. Новицкому и заведующему организационно-методическим консультативным отделом Центральной Московской областной клинической психиатрической больницы А.И. Фролову, принимавших активное участие в таких обсуждениях.

Автор столь же благодарен заведующему кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФПДО МГМСУ Заслуженному врачу РФ, доктору медицинских наук профессору Б.Д. Цыганкову, хорошо понимающему необходимость преподавания врачам правовых и этических основ психиатрии в процессе их профессионального последипломного обучения.

Слова благодарности автор обращает Председателю общественной организации родственников и друзей душевнобольных «Поддержка» Л.В. Бесединой, сумевшей организовать многочисленные встречи автора с больными и их родственниками, итогом которых стала первая попытка публикации волнующих их вопросов и наших ответов на них.

Автор признателен рецензентам – доктору медицинских наук, профессору Б.А. Казаковцеву и Президенту Независимой психиатрической

ассоциации Ю.С. Савенко. Автор благодарен юристу «Независимой психиатрической ассоциации России», кандидату юридических наук, доценту, советнику юстиции Ю.Н. Аргуновой, взявшей на себя труд ознакомиться с рукописью работы и внесшей ряд ценных замечаний.

Большую помощь автору оказал А.А. Григоров, Вице-президент Межрегиональной общественной организации «Общество – права человека и психическое здоровье», кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник ГНЦССП им. В.П.Сербского, доцент кафедры криминалистики Московского университета МВД.

Особую благодарность автор выражает Заслуженному врачу РФ, доктору медицинских наук, профессору В.С. Ястребову, принявшему живое, заинтересованное участие в подготовке этой книги к изданию и сделавшему ряд ценных замечаний и поправок.

Разумеется, большое спасибо следует сказать и фармацевтической фирме El Lilli, без поддержки которой издание этой книги вряд ли было бы возможным.

И, безусловно, автор не может удержаться от слов благодарности в адрес своей жены. Только ее внимание и забота, любовь и терпение позволили написать эту книгу.

Закон РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1

«О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». *(В редакции Федеральных законов от 21 июня 1998 г.*

№ 117-ФЗ, от 25 июля 2002 г. № 116-ФЗ, от 10 января 2003 г.

№ 15-ФЗ, от 29 июня 2004 г. № 58-ФЗ, от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ).

Признавая высокую ценность для каждого человека здоровья вообще и психического здоровья в особенности;

учитывая, что психическое расстройство может изменять отношение человека к жизни, самому себе и обществу, а также отношение общества к человеку;

отмечая, что отсутствие должного законодательного регулирования психиатрической помощи может быть одной из причин использования ее в немедицинских целях, наносить ущерб здоровью, человеческому достоинству и правам граждан, а также международному престижу государства;

принимая во внимание необходимость реализации в законодательстве Российской Федерации признанных международным сообществом и Конституцией Российской Федерации прав и свобод человека и гражданина,

Российская Федерация в настоящем Федеральном Законе устанавливает правовые, организационные и экономические принципы оказания психиатрической помощи в Российской Федерации *(абзац в редакции Федерального закона от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ, вступил в силу с 1 января 2005 г.).*

Почему был принят специальный Закон о психиатрической помощи? Есть ли подобные законы, касающиеся других видов медицинской помощи?

Оказание всех видов медицинской помощи законодательно регулируется «**Основами законодательства РФ о здравоохранении**», принятыми 22 июля 1993 г. (№ 5487-1). Это – главный закон, регулирующий вопросы профессиональной деятельности медицинских работников. Психиатрическая помощь опирается на специально принятый Закон, который так и называется: «**О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании**». Подобного закона не имеют никакие другие медицинские специальности. И это не случайно.

Психические расстройства отличаются тем, что при них нарушается не только индивидуальное, но и социальное функционирование человека, страдают взаимосвязи и взаимодействия его личности с другими людьми и с обществом в целом. Нередко подобные нарушения оказываются такими грубыми, что они существенно (а иногда и полностью) лишают больного человека способности к принятию осознанных решений и ведут к утрате целенаправленного поведения. В отдельных случаях поведение лица с психическим расстройством становится даже опасным - как для него самого, так и для окружающих. При этом общество должно быть готово к принятию мер по предупреждению совершения больным опасных поступков, что может быть связано с ограничением личных свобод гражданина и возможностью недобровольного применения в отношении к нему мер воздействия, направленных на защиту как его самого, так и окружающих лиц.

Кроме того, особенности поведения, обусловленные психическим расстройством, требуют определенной общественной защиты и интересов самих пациентов, страдающих психическим расстройством. Прежде всего, это касается защиты гражданских прав и законных интересов, которые сам больной с психическим расстройством отстаивать, как правило, не может. Понимая это, общество должно идти на предоставление таким больным определенных льгот.

Психическое расстройство гражданина часто ложится тяжким бременем на его ближайшее окружение – его родственников, домочадцев, соседей, сотрудников по работе. Его неправильное поведение, обусловленное болезнью, иногда столь существенно нарушает душевный покой, физическое здоровье и гражданские интересы находящихся рядом близких ему людей, что они тоже оказываются нуждающимися в системе мер, оберегающих и защищающих их.

Наконец, в предоставлении льгот и определенных прав нуждаются и те люди, кто непосредственно оказывают психиатрическую помощь - работники психиатрических и иных учреждений, помогающих психически больным. Для них должны быть созданы условия и возможности для выполнения ими их трудной, ответственной и нередко опасной работы. Медицинские и другие работники, оказывающие психиатрическую помощь, тоже нуждаются в определенных мерах социальной защиты, поскольку их деятельность связана с особо трудными и опасными для жизни и здоровья обстоятельствами.

Вот почему весь комплекс мер, обеспечивающих успешное оказание психиатрической помощи, выходит за рамки нормативного регулирования, осуществляемого в пределах возможностей одного только здравоохраненческого ведомства. Эти меры требуют участия всего общества, всего административного ресурса страны, активности всех граждан. Поэтому такая деятельность должна регулироваться не одними только ведомственными документами, а специальным Законом страны, обязательным для исполнения всеми ее гражданами.

Как удавалось решать правовые вопросы до принятия Закона?

В дореволюционной России решение вопросов, связанных с оказанием помощи душевнобольным, не имело надлежащей правовой основы. Психиатры не раз говорили о необходимости законодательной основы для своей деятельности. Эти вопросы детально обсуждались на первом съезде отечественных психиатров, происходившем в Москве в январе 1887 г. Позднее известный русский психиатр Н.Н.Баженов подготовил проект законодательства о душевнобольных. Этот проект был опубликован¹ и представлен 1-му Съезду психиатров, созданному Союзом русских психиатров и невропатологов в Москве в сентябре 1911 г., и в целом был одобрен. Но начавшаяся вскоре мировая война помешала принятию закона.

В годы советской власти правовой основой оказания психиатрической помощи были ведомственные и межведомственные нормативные документы, регулирующие вопросы помещения больных в психиатрические стационары, проведения диспансеризации, оказания им социальной помощи.

В Советском Союзе существовала система законодательных и нормативных актов, направленная на защиту основных жизненных прав лиц, страдающих психическими расстройствами: обеспечения их жильем, работой, лечением и уходом, а также на недопущение нарушений закона не только при оказании им психиатрической помощи, но и во всех сферах жизнедеятельности больных.

В октябре 1961 г. была утверждена специальная Инструкция Министерства здравоохранения СССР, согласованная с Прокуратурой СССР

¹ Н.Н. Баженов. Проект законодательства о душевнобольных и пояснительная записка к нему. Москва, Городская типография, 1911, 195 с. с приложением.

и с Министерством внутренних дел РСФСР, регламентирующая порядок неотложной госпитализации психически больных, представляющих общественную опасность¹. В соответствии с этой Инструкцией, больного можно было поместить в психиатрический стационар без его согласия и без согласия его родственников и опекунов «при наличии явной опасности» его для окружающих или для самого себя. При этом госпитализированный больной в течение суток должен был быть освидетельствован специальной комиссией в составе 3-х врачей-психиатров. Эта комиссия рассматривала вопрос о правильности стационарирования и определяла необходимость дальнейшего пребывания больного в психиатрической больнице, осматривая больного не реже одного раза в месяц. В Инструкции был дан четкий перечень болезненных состояний, таящих в себе «несомненную общественную опасность», а при оценке их врачи призывались соблюдать «сугубую осторожность» и, не расширяя показаний к неотложной госпитализации, своевременным стационарированием предотвращать возможность совершения больными общественно-опасных действий.

В 1971 г. новый вариант Инструкции о неотложной госпитализации психически больных был утвержден Минздравом СССР, Прокуратурой и МВД СССР (№ 116-14/43 от 26.08.1971 г.). В ней было подчеркнуто, что строгое соблюдение законности, в частности, медицинская обоснованность неотложной госпитализации (оформление направления, освидетельствование врачебной комиссией в стационаре в порядке и в сроки, установленные Инструкцией) являются обязательными. Необоснованное применение неотложной госпитализации могло повлечь за собой дисциплинарную, а в некоторых случаях – и уголовную ответственность. Например, Уголовный кодекс РСФСР (ст. 126) предусматривал уголовную ответственность врачей за незаконное лишение ими свободы граждан в форме насильственного их помещения в психиатрическую лечебницу. Стоит отметить, что текст данных Инструкций (и 1961 г., и 1971 г.) был подготовлен замечательным юристом, крупнейшим отечественным специалистом в области защиты прав психически

¹ Инструкция по неотложной госпитализации психически больных, представляющих общественную опасность. Утв. Зам. Министра здравоохранения СССР 10 октября 1961 г. № 04-14/32, согласована с Прокуратурой СССР 10 октября 1961 г. и с Министерством внутренних дел РСФСР 9 октября 1961 г.

больных, Александром Иосифовичем Рудяковым, который возглавлял юридическую консультацию, работавшую при Главном психиатре Московской области¹.

Правовая защита интересов психически больных требовалась, прежде всего, при назначении им принудительного лечения. Она заключалась в тщательной проверке судебных решений в части доказательности самого факта правонарушения и соблюдения установленной законом процессуальной процедуры. Благодаря этому пресекались попытки неправомерного привлечения больных к уголовной ответственности, «списания» на них нераскрытых преступлений. По составленным в консультации представлениям в порядке надзора ежегодно опротестовывалось и отменялось высшими судебными инстанциями до 30-40 незаконно принятых судебных постановлений в отношении больных.

А.И. Рудяков разработал и внедрил в практику «технология» отмены приказов об увольнении психически больных с работы. Он воспользовался тем, что трудовое законодательство (КЗОТ) не допускало увольнения с работы в состоянии временной нетрудоспособности, и предложил психиатрам в каждом таком случае комиссионно решать (по данным анамнеза и картине психического статуса), был ли пациент в момент увольнения временно нетрудоспособным. Получив подобное заключение врачебной комиссии, А.И. Рудяков всегда добивался восстановления на работе больных, уволенных как по инициативе администрации, так и по их собственному желанию. Многие сотни больных вернулись к труду и это позволило им избежать инвалидности.

Своей работой А.И. Рудяков пробудил у врачей-психиатров интерес к правовым сторонам оказания психиатрической помощи. Этот интерес оказался столь велик, что он получил приглашение прочесть курс лекций для врачей-психиатров, обучающихся на курсах усовершенствования в Центральном Институте усовершенствования врачей (ЦИУ). По материалам лекций было написано руководство «Практика применения законодательства РСФСР в отношении психически больных», публикация которого привлекла внимание врачей всей страны².

¹ В.Я. Евтушенко, А.А. Ефимов. Становление ЦМОКПБ как центра оказания социально-правовой психиатрической помощи в Московской области. В сб.: Вопросы социальной и клинической психиатрии и наркологии. г. Орехово-Зуево, 2006, с.23-35.

² А.И. Рудяков. Практика применения законодательства РСФСР в отношении психически больных. М., 1979 (1-е изд.), 1980 (2-е изд.)

Как был создан российский закон о психиатрической помощи?

После распада СССР работа над законопроектом была продолжена рабочей группой Верховного Совета РФ во главе с Л.И.Коганом. Проект закона был существенно переработан и представлен для обсуждения в Комитет по охране здоровья, социальному обеспечению и физической культуре Верховного Совета РФ. На завершающем этапе работа над проектом закона проводилась в Комитете Верховного Совета РФ по охране здоровья, социальному обеспечению и физической культуре¹. Окончательный вариант проекта закона был опубликован в медицинской и психиатрической печати. Это позволило обсудить его на заседаниях научных обществ и научных коллективов, совещаниях организаторов психиатрической помощи и т. п. Были получены отзывы на законопроект от различных комитетов и комиссий ВС РФ, различных ведомств, а также ВОЗ. 2 июля 1992 г. Закон “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” был принят Верховным Советом, а затем подписан Президентом РФ, а введен в действие - с 1 января 1993 г.

Появился Закон, в котором в равной мере были учтены клинические, социальные, правовые, организационные и иные аспекты деятельности психиатрических служб. В отличие от аналогичных законодательных актов многих зарубежных стран отечественный закон предусматривает защиту прав граждан при оказании психиатрической помощи, защиту лиц, страдающих психическими расстройствами, защиту общества от опасных действий лиц, которые страдают психическими расстройствами и защиту интересов работников психиатрических служб.

¹ В состав группы экспертов на этом этапе работы вошли психиатры И.Я. Гурович, В.П. Котов, В.А. Тихоненко, В.С. Ястребов и юристы С.В. Бородин, С.В. Полубинская, С.Н. Шишков, В.В. Блажеев, а также представители Независимой психиатрической ассоциации. Группу возглавлял народный депутат РФ Л.И. Коган.

РАЗДЕЛ 1

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 1.

Психиатрическая помощь и принципы ее оказания

(1) Психиатрическая помощь включает в себя обследование психического здоровья граждан по основаниям и в порядке, установленном настоящим Законом и другими законами Российской Федерации, диагностику психических расстройств, лечение, уход и медико-социальную реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами.

(2) Психиатрическая помощь лицам, страдающим психическими расстройствами, гарантируется государством и осуществляется на основе принципов законности, гуманности и соблюдения прав человека и гражданина.

Относится ли к психиатрической помощи работа не психиатров, и даже вовсе не медиков: педагогов, психологов, юристов, социальных работников, мастеров по трудовому обучению и других специалистов, оказывающих огромную и очень важную помощь душевнобольным?

Содержанием понятия «психиатрическая помощь» является помощь больным, оказываемая специалистами в области психиатрии – одной из медицинских специальностей, которая ставит своей задачей изучение заболеваний, приводящих к психическим расстройствам и борьбу с ними. Следовательно, часть 1 статьи 1 данного Закона раскрывает содержание понятия «психиатрическая помощь» как одного из видов медицинской помощи. Но при этом оказывается, что в понятие «психиатрическая помощь» Закон включил те виды помощи больным, которые выходят за рамки медицинской профессии и требуют иных, непсихиатрических и даже вовсе не медицинских специальных знаний, умений и навыков. И обозначать их следует, соответственно, по-другому. Это уже не медицинская, а, например, психологическая, педагогическая, социальная, правовая, бытовая или какая-то другая специальная помощь. Тех, кто

оказывает такую помощь, Закон называет не психиатрами, а «иными специалистами, участвующими в оказании психиатрической помощи» (статья 19 Закона). В понятие «психиатрическая помощь» Закон, таким образом, включает оказание больным не только медицинской, но и других видов помощи. Они обозначены в статье 16 и в других статьях Закона. Это социально-бытовая, правовая помощь, содействие в трудоустройстве, обучение инвалидов и несовершеннолетних и другие виды помощи. Закон, по существу, охватывает все виды помощи, которая должна оказываться душевнобольным. Название Закона оказалось существенно уже его содержания. Назвать его, по нашему мнению, надо бы как «Закон о помощи лицам с психическими расстройствами и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Нередко приходится слышать и читать, что психиатрия – это не наука, что ее деятельность направлена против человека и нацелена на ограничение его гражданских прав и свобод. Особенно активно заявляет об этом Гражданская комиссия по правам человека. Насколько обоснованы эти заявления?

Гражданская комиссия по правам человека (ГКПЧ) - это общественная организация, которая определила своей задачей расследование и предание гласности нарушений прав человека в области психиатрии. Она была основана в 1969 г. саентологической церковью, а также известным американским психиатром, профессором Томасом Сасом. Какая же связь между деятельностью саентологов и психиатрией?

Церковь Саентологии возникла в 1954 г. в США. Ее основатель – писатель Лафайет Рональд Хаббард (1911–1986). Именно его труды поклонники этой религии считают своим Священным Писанием, а самого Хаббарда - личностью, «открывшей человечеству пути достижения духовной свободы». Для обозначения сути своих религиозных идей Хаббард воспользовался словом «саентология». Оно образовано от латинского «scio» (знание) и греческого «logos» (учение) и означает «учение о том, как знать». В Церкви Саентологии проводятся еженедельные службы для прихожан, сходные со службами в других религиях, а также церковные церемонии венчания и поминальные службы. Саентологи утверждают, что учение их церкви – не только религиозная философия, но и работающая практика, применение которой позволяет помочь человеку

достичь «более счастливого и наполненного существования», бороться с депрессией и другими душевными невзгодами. А поскольку этим занимается и психиатрия, возникло их противостояние. Саентологи подвергают критике деятельность психиатров, назначение ими психотропных препаратов, практику проведения операций на мозге и электросудорожную терапию. Психологи и психиатры, в свою очередь, негативно относятся к саентологам. Это противостояние не раз рассматривалось судами разных стран. Так, например, Верховный суд Австралийской столичной территории решением от 6 ноября 2002 г. установил, что забота о больных присуща многим, если не всем, религиям; во многих из них существует не только молитва о здравии, а и особые обряды и ритуалы, и это не значит, что ими оказываются медицинские услуги, предусмотренные законом. Поэтому суд решил, что программа «Очищение», применяемая саентологами, не входит в сферу медицинской деятельности, а является религиозным обрядом. Представляет интерес и российский прецедент: решение Мытищинского городского суда от 19 августа 2002 г. по иску Молодцовых к Саентологической Церкви Москвы. Истцы требовали возмещения вреда, принесенного этой Церковью их здоровью и признания невозможности получения в данном случае положительных результатов. В качестве эксперта по делу выступала психолог НПА России Л.Н. Виноградова, была проведена и комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза. Суд решил, что оснований для удовлетворения исковых требований Молодцовых нет¹. В некоторых странах были, однако, другие судебные решения, связанные с деятельностью Церкви Саентологии. Так, в июне 1977 г. в США суд штата Калифорния признал эту Церковь организацией, которая под прикрытием религиозного объединения соединяет в себе элементы экономической преступности и «психотеррора» в отношении собственных членов. В том

¹ Реджис Дерикбург. Саентология: её, космология, антропология, система этики и методики. (Реджис Дерикбург - профессор социологии религии в университете Лилля III, Лилль, Франция. Он имеет степень по психологии Парижского университета, степень доктора социологии университета Сорбонны и в настоящее время работает в Национальном центре научных исследований. С 1972 г. профессор Дерикбург занимается изучением религиозных меньшинств. Русский перевод его книги размещен на сайте <http://www.scientologyfacts.ru/1/12.html>)

же ключевую деятельность саентологов расследовалась не только в США, но и в других государствах мира¹.

Противостояние саентологов и психиатров резко усилилось, когда к саентологам примкнул известный специалист в области психиатрии профессор Томас Сас. Это был один из тех психиатров, для кого чрезвычайно важным является соблюдение своими коллегами этических принципов. Но, борясь с нарушениями гражданских прав в процессе оказания психиатрической помощи, он занял крайне критическую позицию по отношению к своей профессии. Он заявил, что психические заболевания – не более, чем «миф», а сама психиатрия, «замаскировавшись» под медицину, выступает, как современный инквизитор, который, навешивает на людей психиатрические ярлыки несуществующих болезней, чтобы ограничить их свободу. Созданная по инициативе Томаса Саса (в рамках саентологической церкви) «Гражданская комиссия по правам человека» (ГКПЧ) развернула во всем мире широкий фронт борьбы с психиатрией и психиатрами.

ГКПЧ утверждает, что в международной классификации психических расстройств (МКБ-10) «низкий уровень научной достоверности» и потому природу психиатрических диагнозов считают «мошеннической». Представители ГКПЧ считают своим долгом «разоблачать и содействовать запрету всех разрушительных практик, используемых в психиатрии». Именно психиатров ГКПЧ считают главным источником распространения наркотиков: они якобы «подсаживают» людей на опасные и формирующие наркотическую зависимость препараты. Саентологи всюду утверждают, что психиатры и психологи, будучи материалистами, не могут изменить человека, они могут привести его лишь к деградации, и только саентология дает людям духовное знание самих себя, оказывает «цивилизующее» влияние.

ГКПЧ действует и в России. Она призывает людей сообщать о злоупотреблениях и преступлениях в психиатрии, о неправомерном лише-

¹ Совсем недавно Европейский суд по правам человека вынес решение о признании права на регистрацию в качестве религиозных организаций в отношении двух религиозных групп Церкви Саентологии в России- в Сургуте и Нижнекамске. За отказ в регистрации саентологов в этих городах суд в Страсбурге «наказал» Россию на 20.000 евро – за то, что российские власти нарушили статью 9 Конвенции о правах человека. siapress.ru/politics

нии свободы, мошенничестве, сексуальном насилии, «бесчеловечном» обращении и «жутких» условиях в психиатрических учреждениях. ГКПЧ документирует эти сведения и помогает донести их до органов власти. Расследования, проведённые ГКПЧ в разных странах, привели к судебному преследованию многих психиатров, психологов и работников сферы охраны психического здоровья. Однако политика ГКЧП направлена не на устранение отдельных нарушений и безобразий, которые могут встречаться (и порой действительно имеют место) в практике психиатров, а на ликвидацию, всей системы психиатрической помощи и прекращение ее финансирования. Как утверждает в Информационном бюллетене этой Комиссии (№ 5) причиной психических отклонений являются общемедицинские заболевания: аллергия, болезни почек, нехватка питательных веществ и др. Поэтому обследование и лечение надо проходить у терапевта, а не у психиатра, а душевные проблемы решать у психолога. После этого, как они считают, симптомы психического расстройства исчезают без следа. ГКПЧ резко протестует против психофармакологических препаратов. Они настаивают, чтобы всякое принудительное психиатрическое лечение должно быть запрещено, а недобровольная госпитализация должна быть упразднена. Человек, который совершает насилие или угрожает насилием, не должен попадать на лечение к психиатрам. С ним следует поступать в соответствии с уголовным законом. Томас Сас говорит: «Преступное поведение должно регулироваться уголовным законодательством, а психиатры не должны быть допущены к процессу применения его норм». Со всеми, кто совершает насилие или нарушает закон, следует обращаться одинаково, будь он здоров или психически болен. И для этого не нужны психиатры¹.

Функционеры ГКПЧ называют свою работу «защитой прав человека». Но в действительности они препятствуют людям осуществлять их конституционное право на сохранение своего психического здоровья и на лечение его расстройств. Поэтому совсем не случайно многие называют эту организацию не правозащитной, а «псевдоправозащитной».

¹ Московская областная психиатрическая газета, № 9 (36), 2007, стр. 2.

Деятельность ГКПЧ – это, несомненно, крайность, одна из тех, против которых и направлен Закон о психиатрической помощи, защищающий права не только психически больных, но и всех граждан¹.

Но разве психиатры не допускают нарушений прав человека?

Нет нужды полемизировать с саентологами и представителями ГКПЧ по идеологическим вопросам. Можно, по призыву ГКПЧ, «закрывать» психиатрию и ликвидировать психиатров – но ведь психически больные никуда не денутся. Только пограничная группа пациентов (при наличии у них денег) еще как-то сможет продержаться, прибегая к помощи психотерапевтов. Основную же массу больных надо лечить, применяя медицинские психиатрические методы. Но делать это надо, не нарушая их гражданских прав. А такие нарушения психиатры, надо признать, допускают пока еще не так редко. И этим питают деятельность функционеров ГКПЧ. Что же касается обвинений в адрес психиатров, то, на наш взгляд, не стоит оценивать их как «экстремистскую деятельность». Честно говоря, это все-таки не «дестабилизирует» ситуацию в стране, как опасаются некоторые психиатры. «Мы не думаем, что обращение этих людей к нам, можно рассматривать, как экстремизм. Когда им все объяснишь, они успокаиваются и уходят», - считает зав. отделением Орехово-Зуевской психиатрической больницы № 8 Н.М. Смирнова. Психиатр не имеет права считать правозащитную работу помехой. Борьбу (и достаточно жесткую) надо вести не с саентологами, а с нарушениями прав человека в собственной профессиональной среде. И там, где представители ГКПЧ располагают какими-то сведениями о допущенных психиатрических безобразиях, правильнее было бы не вступать в конфронтацию с ними, а попытаться найти возможности для сотрудничества в целях устранения вполне возможных недостатков в оказании

¹ Как это ни удивительно, но Минздравмедпром России пытался пропагандировать методы саентологии в медицине. В 1994 г. Министерство утвердило соответствующие методические рекомендации. Правда, уже через два г. оно своим приказом (от 19 июня 1996 г. № 254) эти методические рекомендации признало утратившими силу, а руководителям органов здравоохранения субъектов Российской Федерации было предложено не допускать пропаганду и использование методов саентологии в практике здравоохранения.

нии психиатрической помощи и недопущения их в последующем. Это был бы конструктивный ответ психиатров на активность саентологов¹.

Могут ли причинить вред психическому здоровью людей психологические консультации? Разве они не стремятся помочь человеку?

В «Московской областной психиатрической газете» были опубликованы записки, сделанные одним из пациентов. Он оказался втянутым в некую организацию, обещавшую ему эффективную психологическую помощь. К счастью, это продолжалось недолго. Тем не менее, даже после непродолжительного пребывания там ему понадобилась психиатрическая помощь. Сейчас он, к счастью, здоров и продолжает успешно трудиться. Эти заметки написаны им сразу же после ухода из этой организации, по свежим впечатлениям. Мы полагаем, что они наглядно демонстрируют тот вред, который наносит людям подобная «психологическая помощь» и могут быть интересны всем.

«Медицинский диагностический центр. VIP- медицина» - так официально называется эта психологическая консультация. Другое название не менее звучно: «Лидер-класс». Но чем дальше я думаю и пишу, тем яснее, тем лучше, четче самое лучшее определение – СЕКТА². С чего все началось? Были проблемы, часть остается и сейчас. Это бывает у многих – когда опускаются руки, начинаешь корить себя (часто попусту). А еще моя тяга к новому, неизведанному. И тут поступает предложение – изменить свою жизнь. Помочь себе самому решить свои проблемы. Приводят много примеров, когда людям становится легче. Это дорого, говорят мне, но на себя не стоит жалеть денег. Приглашают на собеседование. Хвалят, что я решился. Приезжаю вечером, сильно опаздываю. Заранее решаю, что сейчас денег не дам, посмотрю, что почем, раскушу, что за контора. Принимают с распростертыми объятиями. Угощают чаем, печеньем. Дают анкету на заполнение.

¹ Московская областная психиатрическая газета, № 5 (5), 2004, стр. 4; № 9 (36), 2007, стр. 5.

² Термин «секта», употребляемый нашим пациентом, здесь не вполне уместен. Этот термин обычно используется для обозначения религиозной группы, общины, обособившейся от господствующего, традиционного религиозного направления и стремящейся к изоляции, но не к широкой вербовке новых членов в свои ряды – что больше характерно для сообществ, нацеленных лишь на наживу.

Знакомлюсь с Ириной – моим персональным менеджером. Я веду беседу, заполняю анкету (Ф.и.о., где работаешь, кем работаешь). 12 обязательств, за которые ты расписываешься. Что я запомнил: заботиться о своем здоровье, спать не меньше 5-7 часов. Быть на всех занятиях. Не опаздывать. Обеспечивать себя едой, приносить ее с собой. Не пить, не принимать наркотики и препараты, влияющие на сознание. Не разговаривать с соседями во время занятий. Не вести во время занятий фото- и видеосъемку. Сохранять конфиденциальность того, что происходит во время занятий. Отключить мобильник. Лектор имеет право удалить с семинара, хотя ты и заплатил за него. Короче, я подписал все бумаги и отдал деньги – 100 у.е. При мне похожее сделали еще двое. После беседы и чаепития почувствовал подъем, желание что-либо делать. Дикое возбуждение, говорить, общаться. Потом наступил упадок сил, сонливость, усталость. Кстати, такое бывало после каждого занятия (чайем поили щедро). Говорят, что такое действие оказывают эфедринсодержащие вещества. В понедельник вечером опять приехал в офис. Снова отдал 100 у.е. Снова улыбки, приглашение на чай. Отказываюсь, ухожу без чаепития. И – никакой приподнятости, обычное состояние. Утром во вторник – на первое занятие. Перед началом отдал еще 50 у.е. Начался процесс обучения. Оно проводилось через игры и монолог главного тренера – женщина, шикарно одетая в одежду ярких, пронзительных цветов, волевая, целеустремленная, ухоженная, резкая, постоянно одергивающая людей. На ее фоне остальные выглядят блекло, серо. Все общение – только на «ты», независимо от возраста. Иногда она рисовала что-то на двух досках, справа и слева от себя, используя черный и красный цвет. Известный прием – когда человек инстинктивно принимает написанное красным и отвергает написанное черным. Голос транслировался через большие акустические системы с эффектом объемного звука. Музыка – пробирающая, влияющая, увлекающая, ее включали по ходу некоторых игр. У главного тренера были помощники, которые прошли все степени «обучения». Стильно одетые, с виду успешные в жизни и на работе. Всех разбили на малые группы по 6 человек, к каждому приставили по лидеру малой группы. Команда лидеров была застрельщиками, первая начинала хлопать и т.д. Какие давались основные установки? Прежде всего – утвердить убежденность в своей неуверенности, бесполезности для себя и других, не-

нужности, одиночества, пустоты, никчемности и т.п. Эти слова открыто звучали из уст главного тренера. Обучающиеся проникались ими, верили, выходили и каялись перед всеми во всех своих грехах. Из людей старались сделать толпу. Например, во время игр стулья ставились вдоль стен зала, а затем возвращались обратно, в ряды, это было нужно сделать быстро, стремясь занять первые ряды. Команда лидеров постоянно выкрикивала: занимайте первые ряды! Люди толкались, мешали друг другу. Я случайно ударил женщину по лицу – странно. Она словно не почувствовала, хотя удар был не слабый. Мне тоже доставалось. Возникали дикие танцы. Танцевали бабушки, даже женщина с костылем. Эти танцы сейчас мне кажутся дикими, а тогда все казалось супер, я с гипсом на руке крутил и подбрасывал девушек, не чувствуя ничего. Тренер рисует черный квадрат и говорит – вот каковы вы, такова ваша сущность. Красным рисует круг – вот к чему надо стремиться, каким ты был в детстве. Дается установка: слово, данное секте – закон. Сдохни, но выполни данное слово. По-любому. Нарушив слово, ты совершаешь большую ошибку. Еще установка: прошлая жизнь – ничто. Живи сейчас, ради будущего дня. Прошлое зачеркнуто. Другая установка: не бойся, что тебя не поймут. Ищи поддержку среди таких, как ты и в самом себе. Еще установка: не важно, что подумают друзья, родные, близкие. Не бойся показаться не таким. Кто знает, тот (сектанты) поймет. На второй день занятий я опоздал. Причина – бессонная ночь, инстинктивное желание опоздать. Опоздали только двое из 59 человек – я и немолодая женщина. Нам не дают сесть, долго, минут двадцать, мы стоим в конце зала и переводим дыхание. Потом нас вызывают вперед и мы начинаем каяться. Тренера хотелось послать подальше, по-мужски, но – не смог. Тренер задает вопросы: «Почему ты нарушил обязательство? С кем ты живешь? Зачем ты причиняешь боль свои родителям? Кому еще ты причиняешь боль в своей жизни? Что ты уже потерял в своей жизни? Что потеряешь еще?». Чувствовал себя дико виноватым перед собой и всеми теми, кто сидел передо мною – еще бы, я нарушил слово, данное секте, да и еще слово, за которое расписался. Потом – наоборот. Установка на уверенность, все в твоих руках, всего можно достигнуть, но для этого нужно быть в секте. Переломной была игра, когда многие женщины рыдали в голос. Я тоже тогда прослезился. Именно тогда началось

крутое изменение в сознании. Все сели на пол, на расстоянии метр по окружности друг от друга и закрыли глаза. Игра сопровождалась какой-то особенной музыкой, без слов, тягучей, как река, обжигающей и ласковой. Основная цель игры – через погружение в мир детства. Стань ребенком. Вспомни, каким ты был. Играй в детство, каким оно было. Толпа людей (58 человек) вышли на улицу и стали играть в детство. Прохожие принимали нас за сильно поддавшихся. Двое пьяных почувствовали в нас что-то родное, подошли, спросили, что мы отмечаем... После игры – странное чувство легкости, дикая эйфория, хорошо, любовь ко всему миру. Еще игра. Люди стоят лицами друг к другу. Тренер просит каждую пару за короткий промежуток времени рассказать друг другу «перед тобой твой враг – скажи все о своем враге» или «перед тобой сексуальный партнер – расскажи о нем» или «перед тобой твоя мама – поговори о ней». После этого партнеры должны поблагодарить друг друга, давалась четкая установка на обнимание. Тогда я был просто счастлив, заключая и заключаясь в объятия. Еще одна установка, под него давалось слово в письменном виде. Приведи еще людей в секту. Одного, двух, а лучше трех. Как хочешь, но приведи. Я дал обязательство на двух человек. Сейчас это ассоциируется у меня с заказным убийством – подписался, выполнил заказ – чист, выполнил слово, данное секте. А тогда «я» помчался убеждать людей, рассылал безумные сообщения в 2-3 часа ночи, готов был отдать людям все деньги на их обучение и даже отсчитал конкретную сумму (250 у.е.) для человека, которого хотел «спасти». Каким было мое состояние, в котором «я» пребывал тогда? В первый день - подавленность, недовольство собой, умело внушенное желание зачеркнуть прошлое, начать новую жизнь теперь и сейчас. На второй день пришло чувство эйфории. Глаза блестят лихорадочным блеском. Речь ускоренная, слова не обдумываешь, строчишь. Это знаю по словам тех, с кем общался. Все считали, что я или выпил, или приболел. Ночной сон 4-5 часов, против обычных 8-9, без сновидений. Ночью сильная потливость, особенно в первые дни, майку можно было просто выжимать. Потеря аппетита. Подруга, к которой я приехал агитировать за секту, приняла меня за сильно пьяного. Я кричал на нее. Старался унижить. Мои слова звучали, как бред сумасшедшего, друзья, которым я звонил и признавался в любви и уважении, сказали, что мои слова – «пьяный бред, сказанный трезвым голосом».

Перед малознакомыми людьми оправдывался по полной программе. Чего только «я» не слышал в ответ... Местоимение «я» ставлю в кавычки – те действия, поступки, слова и т.д. исходили не от меня, а от другого человека. Ставшего на время хозяином моего тела, моего врага. Но это ему уже не удастся повторить. НИКОГДА. Дурман (так это назвал мой друг) выветрился. Только на мне, с учетом скидки, они недополучили 900 у.е. Каждый вступающий приносит от 1150 до 1350 у.е. Потом продолжает платить. Лидер нашей малой группы говорила, что ей срочно надо собрать 40 тыс. у.е. за 80 дней, она ищет спонсоров на 2-3 тысячи долларов, а сколько таких лидеров? Только я видел десятерых. А 40 тыс. $\times 10 = 400$ тыс. Неплохо для 10 чел. А если денег нет? Один из тех, что был со мной в секте, Андрей, уже занял 450 у.е. у родителей. Он сказал, что надо бы отдать, вернуть долг. Ирина ему в ответ – ничего страшного, родители поймут. И добавила: в Москве 12 млн. чел. У каждого попроси по рублю – вот тебе и деньги. Встань у перехода, и ты наберешь, сколько надо. У нас девчонки просили ночью у людей на улице. Встали у джипа и просили – дайте денег – на бензин не хватает, уехать не можем. И набрали, сколько надо. Андрей послушал, сказал что-то вроде – ну ладно, в переходах спою (или поиграю) и долги отдам...»¹

Чем отличается психиатрическая помощь от помощи психологической? Разве это не одно и то же?

Психиатрия – это медицинская специальность. Она изучает заболевания человека, приводящие к психическим расстройствам и способы лечения этих заболеваний. Специалисты, способные оказывать психиатрическую помощь и обладающие для этого соответствующими знаниями и навыками, должны иметь, поэтому, общее медицинское образование (высшее – для врачей и среднее – для фельдшеров и медицинских сестер) и пройти психиатрическую специализацию.

Психология – это наука, изучающая законы психической деятельности человека. Психолог – не врач, он не имеет медицинского образования и потому он не может оказывать лечебную помощь. Психологи – специалисты по внутренним конфликтам и проблемам межличностных

¹ Московская областная психиатрическая газета, № 5 (5), 2004, стр. 4.

человеческих отношений в разных условиях жизни, в том числе и в условиях болезни. Психолог помогает человеку прояснить для него трудную ситуацию, разобраться в себе и в своих отношениях с другими людьми, дает людям (и больным, и здоровым) необходимые советы по исправлению (коррекции) ошибок в их поведении. Кроме того, психологи владеют приемами психологической диагностики. Если психиатрическая диагностика позволяет выявить наличие *заболевания* или *болезненного* расстройства психики, то психологическая диагностика, проводимая при помощи специальных тестов, позволяет дать точную оценку состояния внимания, памяти, процесса мышления, определить особенности личности. В случаях болезни такая информация бывает очень нужна врачу-психиатру и служит ему серьезным подспорьем при постановке психиатрического диагноза. Психолог, не будучи врачом, поставить такой диагноз, естественно, не может.

Кто такие медицинские психологи? Чем отличаются они от обычных психологов и от врачей-психиатров и каковы их место и роль в оказании психиатрической помощи?

Предмет «медицинская психология» на протяжении многих лет (с 60-х гг. прошлого столетия) был введен в программу обучения студентов медицинских вузов, но обучение по этому предмету носило ознакомительный характер и специалистов по медицинской психологии медицинские институты не готовили и не выпускали. С 1996 г. Министерство здравоохранения РФ приказом от 26 ноября 1996 г. № 391 обязало медицинские вузы осуществлять подготовку специалистов по медицинской психологии (квалифицированных медицинских психологов) для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь. Такие специалисты теперь либо выпускаются факультетами медицинской психологии медицинских вузов, либо готовятся из числа окончивших психологические факультеты университетов и факультеты психологии педагогических и других вузов – при условии освоения ими не менее чем годичной программы дополнительного последиplomного образования, предполагающего освоение основ психиатрии, психотерапии и неврологии. Практические навыки и умения медицинского психолога должны обеспечивать ему квалифицированное профессиональное решение задач в области психологической диагностики (в том числе и

экспертной), психологической коррекции и психологического консультирования.

В Евангелии от Матфея сказано: «Кто скажет брату своему «безумный», подлежит геенне огненной» (Мф.5:22). Не противоречат ли Священному писанию занятия психиатрией и, в частности, психиатрическая диагностика?

Этот вопрос был задан одним из читателей «Московской областной психиатрической газеты». Ответ на него дал священник Храма Косьмы и Дамиана Владимир Новицкий, который одновременно является и врачом-психиатром.

«Приведенную цитату из Евангелия нельзя правильно понять в отрыве от контекста. Она взята из знаменитой 5 главы Евангелия от Матфея, где приводится Нагорная проповедь Христа об основных нравственных ценностях человека (нравственные заповеди Христа). Вот полный текст стиха 22: «А я говорю вам, что всякий, гневающийся на брата своего напрасно, подлежит суду; кто же скажет брату своему: «рака» (пустой человек), подлежит синедриону (верховное судилище); а кто скажет «безумный», подлежит геенне огненной». В этом стихе речь идет о недопустимости безосновательного («напрасного») обвинения человека в безнравственном поведении. У древних евреев обращение «рака» было проявлением неуважения и презрения к этому человеку. Так в еврейской традиции называли людей низкого сословия, которым как считалось, были недоступны принципы морали и нравственности. Крайняя же степень безнравственного поведения обозначалась как «безумие». Безумным называли всякого нечестивого, бессовестного, безнравственного человека. Для древних понятия ума, мудрости означали не столько знания или опыт, сколько благочестивость жизни. Безумием, глупостью считалось нечестие и порочность поведения, проявляющиеся в очень высокой степени. Безосновательное обвинение человека в нечестии считалось недопустимым. Такое «напрасное» обвинение подлежало осуждению судом человеческим (синедрионом), когда человека называли «рака», или Судом Божьим, если человека называли «безумным». Психически нездоровые люди к «безумным» не относились. Душа человека Сотворена Богом таким образом, что она, пока человек жив, неотъемлема от тела. Поэтому болезни тела влияют на

состояние души и наоборот. Назначая лекарства, врач помогает телу, а, значит, и душе. Конечно, человек нуждается еще и в духовном лечении, но это уже другая тема – тема покаяния, спасения, взаимоотношений с Богом. Заботы о духовном исцелении лежат на плечах Церкви и ее служителей, а не врачей»¹.

С т а т ь я 2.

Законодательство Российской Федерации о психиатрической помощи

(1) Законодательство Российской Федерации о психиатрической помощи состоит из настоящего Закона, иных федеральных законов, а также законов субъектов Российской Федерации *(в редакции Федерального закона от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ, вступившего в силу с 1 января 2005 г.)*.

(2) Отношения, связанные с деятельностью в области оказания психиатрической помощи, регулируются также нормативными правовыми актами Правительства российской федерации и издаваемыми в соответствии с ними нормативными правовыми актами федеральных органов исполнительной власти, уполномоченных на решение вопросов в области оказания психиатрической помощи, а также нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации. *(в редакции Федерального закона от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ, вступившего в силу с 1 января 2005 г.)*.

(3) *(Утратила силу с 1 января 2005 г. после принятия Федерального закона от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ)*

(4) Если международным договором, в котором участвует Российская Федерация, установлены иные правила, чем предусмотренные законодательством Российской Федерации о психиатрической помощи, то применяются правила международного договора.

¹ Московская областная психиатрическая газета, № 5 (5), 2004, стр. 4.

Какие законы Российской Федерации, помимо закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», имеют отношение к психиатрической деятельности?

Непосредственное отношение к психиатрической деятельности имеют:

1) Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1.

3) Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации, закрепляющий порядок проведения принудительной госпитализации гражданина в психиатрический стационар и принудительного психиатрического освидетельствования.

4) Федеральный закон от 2 августа 1995 г. № 122-ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов.

К психиатрической деятельности также имеют отношение много других законов, но отношение не прямое, опосредованное.

Какие нормативные акты, касающиеся психиатрической помощи, были приняты Правительством Российской Федерации и федеральными ведомствами?

В 1993 г. было принято постановление Правительства Российской Федерации № 377 от 28 апреля 1993 г. «О реализации Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и реализации прав граждан при ее оказании». Этим постановлением утвержден перечень медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности».

В 1994 г. принято правительственное постановление № 552 от 25 мая 1994 г. «О мерах по обеспечению психиатрической помощью и социальной защите лиц, страдающих психическими расстройствами», утвердившее «Положение об учреждениях, оказывающих внебольничную и стационарную психиатрическую помощь», «Положение о лечебно-производственных государственных предприятиях для проведения трудовой терапии и трудоустройства на этих предприятиях лиц, страдающих психическими расстройствами, включая инвалидов» и «Положение об общежитиях для лиц, страдающих психическими расстройствами, утративших социальные связи».

Министерства Российской Федерации, занимающиеся вопросами здравоохранения приняли следующие основные нормативные правовые акты, определяющие порядок оказания психиатрической помощи:

1) Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 сентября 1992 г. № 245 «О Законе Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

2) Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 января 1993 г. № 6 «О некоторых вопросах деятельности психиатрической службы» (определил, что открытие и закрытие психиатрических и психоневрологических учреждений (подразделений) производится органами здравоохранения по территориальному признаку; что внебольничная психиатрическая помощь детям, взрослым и подросткам осуществляется по территориально-участковому принципу; что задачами внебольничных психиатрических и психоневрологических учреждений являются амбулаторная консультативно-лечебная психиатрическая помощь населению и диспансерное наблюдение больных; что психиатрический учет на территории Российской Федерации не применяется).

3) Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 13 февраля 1995 г. № 27 «О штатных нормативах учреждений, оказывающих психиатрическую помощь».

4) Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 11 апреля 1995 г. № 92 «Об утверждении правил «Больницы психиатрические. Правила устройства, эксплуатации и охраны труда».

5) Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 апреля 1998 г. № 108 «О скорой психиатрической помощи». Этим приказом утверждены положения о врачебных и фельдшерских бригадах скорой психиатрической помощи и их штатные нормативы.

6) Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 декабря 1998 г. № 428 «О реализации соглашения о сотрудничестве между Министерством юстиции и Министерством здравоохранения Российской Федерации».

7) Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 августа 1999 г. № 311 «Об утверждении клинического руководства «Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств». Методические рекомендации по организации работы бригад скорой психиатрической помощи и т.д.

8) Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 октября 2002 г. № 325 «О психологической и психиатрической помощи в чрезвычайных ситуациях».

9) Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16 сентября 2003 г. № 438 «О психотерапевтической помощи» (утвердил Положения об организации деятельности психотерапевтического кабинета и деятельности его работников.

В каких случаях при оказании психиатрической помощи применяются правила международного договора?

Согласно ст. 2 Федерального закона от 15 июля 1995 г. № 101-ФЗ «О международных договорах Российской Федерации» международный договор Российской Федерации означает международное соглашение, заключенное Российской Федерацией с иностранным государством (или государствами) либо с международной организацией в письменной форме и регулируемое международным правом, независимо от того, содержится такое соглашение в одном документе или в нескольких связанных между собой документах, а также независимо от его конкретного наименования.

Российская Федерация является участницей Конвенции о передаче лиц, страдающих психическими расстройствами, для проведения принудительного лечения (Москва, 28 марта 1997 г.). Эту конвенцию подписали Азербайджанская Республика, Республика Армения, Республика Беларусь, Грузия, Республика Казахстан, Кыргызская Республика, Республика Молдова, Российская Федерация, Республика Таджикистан, Республика Узбекистан, Украина. Согласно Конвенции граждане каждой из Договаривающихся Сторон, совершившие общественно опасные деяния в состоянии невменяемости, в отношении которых имеется решение суда о применении к ним принудительных мер медицинского характера на территории другой Договаривающейся Стороны, по взаимному согласию этих Договаривающихся Сторон передаются для прохождения принудительного лечения в то государство, гражданами которого они являются или на территории которого постоянно проживают (если являются лицами без гражданства).

Кроме того, Российская Федерация, введя с 1 января 1999 г. на своей территории действие Международной классификации болезней 10-пе-

ресмотра, (включающей класс V «Психические расстройства и расстройства поведения»), стала участником международного соглашения, принявшего эту классификацию, и с этого времени положения, содержащиеся в МКБ-10, стали обязательными для исполнения в учреждениях Российской Федерации, оказывающих психиатрическую и наркологическую помощь».

С т а т ь я 3.

Применение Настоящего Закона

(1) Настоящий Закон распространяется на граждан Российской Федерации при оказании им психиатрической помощи и применяется в отношении всех учреждений и лиц, оказывающих психиатрическую помощь на территории Российской Федерации.

(2) Иностранцы граждане и лица без гражданства, находящиеся на территории Российской Федерации, при оказании им психиатрической помощи пользуются всеми правами, установленными настоящим Законом, наравне с гражданами Российской Федерации.

На какие учреждения распространяется действие данного Закона?

Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» применяется во всех учреждениях, оказывающих внебольничную и стационарную психиатрическую помощь; в лечебно-производственных предприятиях для проведения трудовой терапии, обучения новым профессиям; в общежитиях для лиц, страдающих психическими расстройствами; в психоневрологических интернатах. Закон подлежит применению и в любых медицинских учреждениях непсихиатрического профиля. Его должны соблюдать также и должностные лица Министерств и ведомств в области здравоохранения, социальной защиты, труда, внутренних дел, обороны, федеральной безопасности. Положения Закона обязательны для любых должностных лиц государственных, частных или общественных лечебных учреждений во всех случаях, когда они соприкасаются с проблемой оказания психиатрической помощи.

Какими правами пользуются граждане, которые сталкиваются на работе, в быту или в общественных местах с лицами, проявляющими признаки психического расстройства?

В соответствии со статьей 17 Конституции Российской Федерации осуществление прав и свобод человека и гражданина не должно нарушать права и свободы других лиц. Реализация права лица, страдающего психическим расстройством, на самовыражение, не должно нарушать права и интересы других граждан. Однако эти граждане, защищая свои интересы, не вправе действовать в отношении душевнобольных самовольно и по своему усмотрению. В подобных случаях необходимо обращаться в скорую психиатрическую помощь, а при ее отсутствии – в скорую медицинскую помощь или в милицию. Лишь в крайних случаях, когда имеется явная угроза жизни или здоровья окружающих либо самого больного и медлить нельзя, а даже у неспециалиста нет сомнений в наличии тяжелого психического расстройства, применяются меры для его сдерживания. Об этом сразу же, немедленно должны быть поставлены в известность соответствующее медицинское учреждение или милиция, которые дальше будут действовать в соответствии с данным Законом.

Статья 4.

Добровольность обращения за психиатрической помощью

(1) Психиатрическая помощь оказывается при добровольном обращении лица или с его согласия, за исключением случаев, предусмотренных настоящим Законом.

(2) Несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет, а также лицу, признанному в установленном законом порядке недееспособным, психиатрическая помощь оказывается по просьбе или с согласия их законных представителей в порядке, предусмотренном настоящим Законом.

Я - начинающий врач психиатр. Объясните, пожалуйста, подробнее, что представляет собой право пациента на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство?

Право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство – это основное, базовое право каждого пациента. Оно

зафиксировано в статье 32 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» от 22.07.1993 г. № 5487-1 предусматривает право на полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве и условия добровольности принятия им соответствующего решения.

Прежде чем получить согласие больного, врач должен проинформировать больного о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проводимого лечения. Причем сделать это необходимо в форме, доступной для восприятия конкретным пациентом, и в деликатной форме - в случаях неблагоприятного прогноза болезни. Информированность пациента связана и с его правом непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать консультации по ней у других специалистов. По требованию гражданина ему должны предоставляться копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны.

Добровольность согласия выражается в отсутствии давления на больного в какой-либо форме, а также в наличии возможности отозвать свое согласие в любое время.

Полученное письменное согласие пациента отмечается в виде записи в истории болезни либо фиксируется в виде расписки пациента. Там же делается запись о предоставленной ему информации. В отношении лиц, не достигших 15-летнего возраста (несовершеннолетних, больных наркоманией - 16 лет) или недееспособных, согласие на медицинское вмешательство дают их законные представители.

Исключение составляют случаи, когда состояние больного не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно. В этих случаях вопрос о проведении медицинского вмешательства в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения.

Что означает понятие «дееспособность»?

Дееспособность – это способность человека совершать осмысленные деяния (действия, поступки). Юристы дееспособностью называют способность гражданина своими действиями приобретать и осуществлять гражданские права, создавать для себя гражданские обязанности и исполнять их (ст.21 ГК РФ). Например, приобретая имущество, дееспособный человек своими действиями приобретает для себя право собственности на это имущество, право распоряжаться им по своему усмотрению. Или же, участвуя в голосовании, он своими действиями (голосуя «за» или «против») приобретает право влиять на результаты выборов или референдума. Выдвигая свою кандидатуру на выборах в законодательные или исполнительные органы, человек приобретает для себя право оказаться в числе избираемых, в случае успеха он может быть избранным в тот или иной орган, на ту или иную должность.

С какого возраста человек считается дееспособным?

Дееспособность возникает в полном объеме с наступлением совершеннолетия, то есть по достижении восемнадцатилетнего возраста. Только в тех случаях, когда молодые люди вступают в брак до достижения ими 18 лет, они считаются дееспособными со времени заключения брака, не дожидаясь восемнадцатилетия (ст.21 ГК РФ).

А что означает недееспособность?

Недееспособность – это такое состояние человека, в котором он по причине болезни, говоря юридическим языком, не способен своими действиями приобретать себе права и создавать для себя обязанности. Это означает, что недееспособный человек не может совершать сделки, распоряжаться своим имуществом, участвовать в выборах или каким-то иным способом реализовывать свои имущественные и вообще гражданские права.

Над человеком, признанным недееспособным, учреждается опека и назначается опекун, который обязан заботиться о содержании своего подопечного, обеспечивать его уходом и лечением, защищать его права и интересы (ст.29 ГК РФ).

Если больной, который не признавался недееспособным, совершил какую-нибудь явно невыгодную для себя сделку, например, продал свою квартиру и оказался без жилья, можно ли признать его недееспособным, так сказать, задним числом?

Уже совершенные больным сделки или иные гражданские действия могут быть признаны недействительными и подлежат отмене, если суд установит, что в момент их совершения выраженность нарушений психики у пациента была столь значительна, что это исключало способность понимания им значения своих действий и руководить ими.

Подобная сделка, как и сделка, совершенная гражданином, признанным недееспособным вследствие психического расстройства, на языке права называется *ничтожной*. Каждая из сторон такой сделки обязана возвратить другой все полученное в натуре (вернуть вещи, дом или квартиру), а при невозможности сделать это – возместить стоимость полученного имущества в деньгах (ст.171-1 ГК РФ).

Правда, если суд установит, что гражданин, признанный недееспособным вследствие психического расстройства, совершил сделку, которая не ущемляет его интересов, а напротив, направлена к его выгоде, то такая сделка может быть признана судом действительной (ст.171 ГК РФ).

Кто признает больного недееспособным, врачи или суд?

Недееспособным гражданина может признать только суд. Для этого он прибегает к помощи специалистов-психиатров и назначает судебно-психиатрическую экспертизу. В своем заключении врачи-эксперты высказывают свое мнение по данному вопросу и дают ответы на поставленные судом вопросы. Однако мнение экспертов – это еще не решение вопроса о дееспособности или недееспособности гражданина. Суд может согласиться с их заключением или не согласиться, пригласить экспертов в судебное заседание, чтобы задать им возникающие вопросы и даже назначить повторную экспертизу, поручив ее другим специалистам. Словом, суд сам детально разбирается в данном вопросе до тех пор, пока у судьи не возникнет полная ясность его понимания, позволяющая вынести соответствующее судебное решение. Оно и определяет признание человека дееспособным или недееспособным.

Какие вопросы выясняет для себя суд, когда выносит заключение о дееспособности или недееспособности гражданина?

При рассмотрении вопроса о дееспособности суд решает два вопроса. Первый из них: действительно ли гражданин страдает (или не страдает) психическим расстройством? Убедительно ли обосновано судебно-медицинское заключение психиатров-экспертов? Нет ли сомнений в его правильности? Второй вопрос появляется при положительном ответе на первый: если у человека действительно имеется психическое расстройство, то какова степень его выраженности? Влияет ли оно на способность гражданина понимать значение своих действий или руководить ими? Только тогда, когда у гражданина обнаруживается психическое расстройство такой степени выраженности, что по его причине он не может понимать значения своих действий или руководить ими, он может быть признан судом недееспособным.

Кто может подать заявление в суд о признании гражданина недееспособным?

В соответствии со ст. 281 ГПК РФ заявление о признании человека недееспособным вследствие психического расстройства могут подать в суд члены его семьи, близкие родственники (родители, дети, братья, сестры) независимо от совместного с ним проживания, органы опеки и попечительства, а также администрация психиатрического или психоневрологического учреждения.

Такое заявление подается в суд по месту жительства данного гражданина. Если же заявление подается психиатрическим лечебным учреждением, в котором находится больной, то его можно направить в суд по месту нахождения данного лечебного учреждения.

В заявлении должны быть простым языком изложены все обстоятельства, свидетельствующие о таком психическом расстройстве у гражданина, которое не позволяет ему понимать значение своих действий или руководить ими.

Как быть в случаях, когда суд назначает судебно-психиатрическую экспертизу для определения психического состояния гражданина, а он не может или не хочет явиться к врачам-экспертам?

Бывают случаи, особенно у людей преклонного возраста, когда они не могут приехать в учреждение судебно-психиатрической экспертизы.

В подобных случаях судебно-психиатрическая комиссия может приехать к испытуемому домой и там провести экспертизу. Для этого надо родственникам или иным заинтересованным в решении вопроса лицам приехать в учреждение (бюро) судебно-психиатрической экспертизы и заявить соответствующее ходатайство.

Если же тот, кому назначена судом судебно-психиатрическая экспертиза, не хочет предстать перед экспертной комиссией, то закон позволяет в исключительных случаях, при явном уклонении такого лица от прохождения экспертизы, провести ее в принудительном порядке. Суд в специальном судебном заседании при участии прокурора и психиатра вправе вынести определение о принудительном направлении гражданина на судебно-психиатрическую экспертизу.

Кто принимает участие в судебном заседании, где рассматривается вопрос о признании гражданина недееспособным?

Дело о признании человека недееспособным суд рассматривает с обязательным участием прокурора и представителя органа опеки и попечительства. Сам гражданин, в отношении которого рассматривается такое дело, тоже приглашается в судебное заседание, если это возможно по состоянию его здоровья. Действующий ГПК РФ допускает признание гражданина недееспособным в его отсутствие. Но с этого момента человек уже не может принимать никаких решений, отстаивать свои права и даже оспаривать сам факт признания себя недееспособным.

Так было до начала 2009 г., когда трое граждан, которые в свое время были признаны недееспособными (это были два жителя Санкт-Петербурга – Павел Штукатуров и Юлия Гудкова, а также жительница Московской области Мария Яшина) инициировали проверку закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», а так же ряда норм ГПК в Конституционном суде. Все они неожиданно для себя узнали о том, что они оказались недееспособными, лишь через несколько месяцев после того, как было принято соответствующее судебное решение. Их опекунами стали их ближайшие родственники, которые и ходатайствовали о признании этих граждан недееспособными. Каждый из пострадавших таким образом людей был собственником жилья, которое после решения суда поступило в распоряжение

опекунов. Один из признанных недееспособными, 26-летний Павел Штукатуров, мать которого не только добилась признания сына недееспособным, но и в качестве опекуна госпитализировала его в психиатрический стационар, где он провел больше полугода, смог подать жалобу в Европейский суд по правам человека. В Страсбурге жалобу Штукатурова рассмотрели в приоритетном порядке и пришли к выводу, что Россия нарушила «право сторон на состязательность», не предоставив жалобщику даже возможности присутствовать на судебном процессе, чтобы отстаивать свои права. Теперь российской казне предстоит выплатить штраф. Но Штукатуров не может получить причитающиеся ему деньги, так как остается до сих пор недееспособным. Сложилась абсурдная ситуация: эти деньги должны попасть в руки его опекуна, действия которой и явились первопричиной его обращения в суд. Поскольку решения Европейского суда носят рекомендательный характер и прямой юридической силы не имеют, то Штукатуров направил свою жалобу в Конституционный суд.

Заседание Конституционного суда (дела Штукатурова, Гудковой и Яшиной были объединены) длилось почти пять часов (так долго в Петербурге еще не рассматривалось ни одно дело). Пристальному вниманию КС подверглись нормы Гражданско-процессуального кодекса и четвертый пункт 28 статьи Закона о психиатрической помощи, которые регламентируют процедуру признания гражданина недееспособным. В итоге Конституционный суд постановил, что нормы ГПК РФ, позволяющие суду принимать решение о признании гражданина недееспособным на основе одного лишь заключения судебно-психиатрической экспертизы, без предоставления гражданину возможности изложить суду свою позицию лично либо через выбранных им самим представителей, не соответствуют Конституции РФ. Конституционный суд признал также не соответствующими Конституции РФ те положения ГПК РФ, которые, по сложившейся правоприменительной практике, не позволяют гражданину, признанному судом недееспособным, обжаловать это решение суда в кассационном и надзорном порядке. Конституционный суд признал не соответствующим Конституции РФ и положение части четвертой статьи 28 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», допускающее помещение в психиатрический стационар лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным.

способным, без судебного решения, принимаемого по результатам проверки обоснованности госпитализации в недобровольном порядке¹.

Кто оплачивает судебные издержки (расходы), связанные с проведением экспертизы?

Судебные издержки, связанные с рассмотрением дела о признании гражданина недееспособным, с заявителя не взыскиваются.

Однако, если суд установит, что члены семьи, подавшие такое заявление, действовали недобросовестно и ставили цель заведомо необоснованно добиться лишения гражданина дееспособности, то суд может взыскать с них все судебные издержки по данному делу.

Можно ли в судебном заседании подвергнуть сомнению правильность заключения судебно-психиатрических экспертов о дееспособности или недееспособности гражданина?

Да, можно. В ходе судебного заседания, при несогласии с заключением экспертов, можно ходатайствовать о дополнительной или повторной психиатрической экспертизе, а также о привлечении к ее проведению определенных специалистов, вызывающих доверие заявителя.

Для полноты решения вопроса и при наличии необходимых документов необходимо ходатайствовать перед судом о приобщении к делу документов, имеющих отношение к существу рассматриваемого вопроса.

¹ По данному постановлению Конституционного суда РФ свое особое мнение высказал судья КС РФ Г. Гаджиев. Он полагает, что лицо, признанное недееспособным в осуществлении гражданских прав, не лишено права обращаться лично, а также направлять индивидуальные и коллективные обращения в государственные органы и органы местного самоуправления (статья 33 Конституции Российской Федерации). Положение статьи 29 ГК Российской Федерации не должно пониматься таким образом, что признание недееспособным в сфере гражданского оборота означает ограничение прав во всех остальных сферах жизни. В частности, признание недееспособным не должно приводить к поражению в процессуальных правах. Г. Гаджиев также считает необходимым учитывать степень (глубину) утраты лицом способности понимать значение своих действий. По мнению Г. Гаджиева, должна быть предусмотрена возможность частичного ограничения дееспособности психически больных, основанная на учете различных степеней недееспособности, а также законодательное признание того, что дееспособность может быть различной в разные периоды времени.

Суд наряду с заключением судебно-психиатрической экспертизы может рассматривать и акты других психиатрических экспертиз, а также показания врачей, наблюдавших и лечивших больного.

Когда вступает в силу решение суда о признании гражданина недееспособным?

Решение суда о недееспособности вступает в силу через 10 дней после его принятия судом. В течение этого времени человек считается дееспособным. В этот период решение суда может быть оспорено как самим гражданином, признанным недееспособным (лично или через адвоката), так и заявителями.

Кто и в каком порядке назначает опекуна лицу, признанному недееспособным?

Порядок назначения опекуна определен Федеральным законом от 24 апреля 2008 г. № 48-ФЗ «Об опеке и попечительстве». В случае признания лица недееспособным опекуна ему определяет орган опеки и попечительства. Это делается в месячный срок после вступления в силу решения суда о недееспособности больного.

В целях получения сведений о личности предполагаемых опекуна или попечителя орган опеки и попечительства вправе требовать от гражданина, подавшего заявление о назначении его опекуном или попечителем, предоставления сведений о себе, а также запрашивать информацию о нем в органах внутренних дел, органах записи актов гражданского состояния, медицинских и иных организациях – но только той информации о гражданине, которая позволит установить его способность исполнять обязанности опекуна или попечителя. Сведения о личности предполагаемых опекуна или попечителя, полученные органом опеки и попечительства, относятся в соответствии с законодательством Российской Федерации к области персональных данных граждан (физических лиц).

Бабушки и дедушки, родители, супруги, совершеннолетние дети, совершеннолетние внуки, братья и сестры совершеннолетнего подопечного, а также бабушки и дедушки, совершеннолетние братья и сестры несовершеннолетнего подопечного имеют преимущественное право быть его опекунами или попечителями перед всеми другими лицами.

Как правило, у каждого гражданина, нуждающегося в установлении над ним опеки или попечительства, может быть один опекун или попечитель. Одно и то же лицо, как правило, может быть опекуном или попечителем только одного гражданина. Передача несовершеннолетних братьев и сестер под опеку или попечительство разным лицам не допускается, за исключением случаев, если такая передача отвечает интересам этих детей.

Но орган опеки и попечительства, исходя из интересов лица, нуждающегося в установлении над ним опеки или попечительства, может назначить ему и нескольких опекунов или попечителей. В таких случаях представительство и защита прав и законных интересов подопечного осуществляются одновременно всеми опекунами или попечителями. В случае, если ведение дел подопечного поручается опекунами или попечителями одному из них, это лицо должно иметь доверенности от остальных опекунов или попечителей.

При назначении нескольких опекунов или попечителей обязанности по обеспечению подопечного уходом и содействием в своевременном получении им медицинской помощи, а в отношении несовершеннолетнего подопечного также обязанности по его обучению и воспитанию распределяются между опекунами или попечителями в соответствии с актом органа опеки и попечительства об их назначении либо договором об осуществлении опеки или попечительства. В случае, если указанные обязанности не распределены, опекуны или попечители несут солидарную ответственность за их неисполнение или ненадлежащее исполнение.

Орган опеки и попечительства при необходимости, исходя из интересов подопечных, может назначить одно и то же лицо опекуном или попечителем нескольких подопечных. В акте о назначении лица опекуном или попечителем второго и следующих подопечных орган опеки и попечительства обязан указать причины, по которым опекуном или попечителем не может быть назначено другое лицо. В случае возникновения противоречий между интересами подопечных одного и того же опекуна или попечителя при осуществлении ими законного представительства орган опеки и попечительства обязан назначить каждому из подопечных временного представителя для разрешения возникших противоречий.

Для принятия решения о назначении опекуна в орган опеки предлагаются кандидатуры, и орган опеки рассматривает личностные особенности всех кандидатов, обращая особое внимание на то, чтобы в процессе опеки не могло произойти ущемления прав опекаемого лица. При этом может учитываться и желание опекаемого лица.

Порядок назначения опекунов и попечителей определяет статья 11 Федерального Закона «Об опеке и попечительстве».

Опекун или попечитель назначается с их согласия или по их заявлению в письменной форме органом опеки и попечительства по месту жительства лица, нуждающегося в установлении над ним опеки или попечительства. При наличии заслуживающих внимания обстоятельств опекун или попечитель может быть назначен органом опеки и попечительства и по месту жительства опекуна или попечителя. Решение об этом принимается в течение месяца.

Если опекуна не удастся назначить в месячный срок, исполнение обязанностей опекуна или попечителя временно возлагается на орган опеки и попечительства по месту выявления лица, нуждающегося в установлении над ним опеки или попечительства. В отношении несовершеннолетнего гражданина орган опеки и попечительства исполняет указанные обязанности со дня выявления факта отсутствия родительского попечения.

Временное пребывание подопечного в медицинском учреждении не прекращает права и обязанности опекуна или попечителя в отношении подопечного.

Опекуны или попечители не назначаются недееспособным лицам, помещенным под надзор в медицинские организации, организации, оказывающие социальные услуги, или иные организации, в том числе для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Исполнение обязанностей опекунов или попечителей в подобных случаях возлагается на указанные организации.

Основанием возникновения отношений между опекуном или попечителем и подопечным является акт органа опеки и попечительства о назначении опекуна или попечителя. В акте органа опеки и попечительства о назначении опекуна или попечителя может быть указан срок действия полномочий опекуна или попечителя, определяемый периодом или указанием на наступление определенного события.

Акт органа опеки и попечительства о назначении или об отказе в назначении опекуна или попечителя может быть оспорен заинтересованными лицами в судебном порядке.

Статья 5.

Права лиц, страдающих психическими расстройствами

(1) Лица, страдающие психическими расстройствами, обладают всеми правами и свободами граждан, предусмотренными Конституцией Российской Федерации, и федеральными законами (в редакции Федерального закона от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ, вступившего в силу с 1 января 2005 г.). Ограничение прав и свобод граждан, связанное с психическим расстройством, допустимо лишь в случаях, предусмотренных законами Российской Федерации.

(2) Все лица, страдающие психическими расстройствами, при оказании им психиатрической помощи имеют право на:

уважительное и гуманное отношение, исключающее унижение человеческого достоинства;

получение информации о своих правах, а также в доступной для них форме и с учетом их психического состояния информации о характере имеющихся у них психических расстройств и применяемых методах лечения;

психиатрическую помощь в наименее ограничительных условиях, по возможности по месту жительства;

содержание в психиатрическом стационаре только в течение срока, необходимого для обследования и лечения;

все виды лечения (в том числе санаторно-курортное) по медицинским показаниям;

оказание психиатрической помощи в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

предварительное согласие и отказ на любой стадии от использования в качестве объекта испытания медицинских средств и методов, научных исследований или учебного процесса, от фото-, видео- или киносъемки;

приглашение по их требованию любого специалиста, участвующего в оказании психиатрической помощи, с согласия последнего для работы во врачебной комиссии по вопросам, регулируемым настоящим Законом;

помощь адвоката, законного представителя или иного лица в порядке, установленном законом.

(3) Ограничение прав и свобод лиц, страдающих психическими расстройствами, только на основании психиатрического диагноза, фактов нахождения под диспансерным наблюдением, в психиатрическом стационаре либо в психоневрологическом учреждении для социального обеспечения или специального обучения не допускается. Должностные лица, виновные в подобных нарушениях, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации и субъектов Российской Федерации (в редакции Федерального закона от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ, вступившего в силу с 1 января 2005 г.).

В каких случаях допускается ограничение гражданских прав душевнобольных?

Очень важно, что ограничение прав и свобод граждан, связанное с психическим расстройством, допустимо только в тех случаях, которые обозначены в федеральных законах нашей страны. Поэтому и правительственные, и ведомственные нормативные акты, ограничивающие права и свободы психически больных, если они не соответствуют российским законам, не имеют силы и подлежат отмене. Возможность ограничения прав граждан допускается только федеральными законами; законы республик в составе Российской Федерации, акты законодательных собраний других субъектов России не могут ограничивать гражданские права.

Неуважительное и негуманное отношение к душевнобольным нередко следует из условий их пребывания в психиатрической больнице, не соответствующим нормам достойного человеческого существования. Какой должна быть психиатрическая больница? Есть ли в России соответствующие нормы и стандарты?

Правила устройства и эксплуатации психиатрических больниц определены Минздравом Российской Федерации¹. В соответствии с эти-

¹ Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 11 апреля 1995 г. № 92 «Об утверждении правил «Больницы психиатрические. Правила устройства, эксплуатации и охраны труда».

ми правилами, каждое отделение психиатрической больницы должно разделяться на две проходные секции. В каждой секции должны быть палаты для больных. При этом не менее 60% палат должны быть рассчитанными на 1-2 койки. В остальных палатах должно быть не более 4-6 коек. Для тех больных, кто по своему психическому состоянию стремится к изоляции от большого коллектива, в каждой секции отделения должно быть не менее двух однокочных палат с отдельными санузлами. В палатах устанавливается обычная больничная мебель. Специальная психиатрическая мебель должна быть только в палатах для больных с ограничительным режимом. Все наружные двери отделений (кроме отделений открытого типа), а также двери всех кабинетов и дверь между секциями отделений оборудуются автоматически запирающимися замками вагонного типа; все другие двери замков не имеют. В каждом отделении для больных должны быть: столовая; комната для занятий трудовой терапией; отдельное помещение для встреч с родственниками; ванная комната со встроенным умывальником, подающим горячую и холодную воду; специальное помещение для дневного пребывания больных, оборудованное столами для занятий настольными играми, стульями, креслами, диванами, книжным шкафом, радио, телевизором, музыкальными инструментами и пр.; курительная комната с принудительной вентиляцией, скамейками и пепельницами. На территории больницы должны быть устроены спортивные площадки для игры в волейбол, баскетбол, бадминтон и пр. Больные для прогулок используют всю территорию больничного двора - отделения не должны устраивать для этого самостоятельные огороженные дворики (за исключением отделений для судебно-психиатрической экспертизы и принудительного лечения).

Допустимо ли совместное стационарное лечение мужчин и женщин в обычном психиатрическом отделении, но смешанном по полу?

Традиция раздельного содержания в психиатрической больнице мужчин и женщин восходит еще к Филиппу Пинелю. Он провозгласил принцип «морального лечения», который исключал в психиатрической клинике любые проявления сексуальности. Этот принцип сохраняется в психиатрических больницах и до настоящего времени. В ряде стран он

получил законодательное подтверждение. Так, во Франции до сих пор действует закон 1839 г., запрещающий совместное пребывание в лечебных учреждениях лиц противоположного пола. Однако в 1960 г. в этой стране был издан специальный циркуляр, разрешающий, вопреки этому закону, совместное стационарное лечение и мужчин, и женщин. В связи с этим французский психиатр М. Bourgeois в 1975 г. специально изучил вопрос о возможности совместного лечения мужчин и женщин в психиатрическом отделении. Он пришел к выводу, что в современных условиях, когда есть возможности широкого использования противозачаточных средств, совместное содержание в одном отделении больных противоположного пола не только возможно, но и желательно, так как оно оказывает существенное положительное воздействие на больных. Однако, как подчеркнул М. Bourgeois, смешанное содержание больных в психиатрическом стационаре встречает крайне отрицательное отношение к этому со стороны среднего медицинского персонала. Это понятно, так как в отделении смешанного типа увеличивается нагрузка именно на средний и младший медицинский персонал, непосредственно сталкивающийся с проблемами эмоциональных взаимоотношений и сексуальных контактов больных противоположного пола. Что же касается последствий подобных контактов, то оказалось, что в психиатрических больницах, где допускалось свободное взаимоотношение полов, бывает не более двух беременностей в год.

Совсем другими были результаты подобного опыта в Англии. В смешанных отделениях британских психиатрических клиник за последние два г. изнасилованиям, сексуальным нападениям и домогательствам подверглись более ста женщин. Инциденты варьировались от эксгибиционизма со стороны мужчин до физических нападений и изнасилований. Как писала «The Times», три случая изнасилований привели к беременности. Большинство жертв пострадали как от других пациентов, так и обслуживающего персонала больниц. Многие происшествия подобного рода в государственных психиатрических клиниках остаются незамеченными, и поэтому настоящая картина может оказаться гораздо печальнее. Эта информация стала аргументом в пользу закрытия медучреждений, где больные мужского и женского пола содержатся в одних и тех же палатах. В 1996 г., когда Тони Блэр стал премьер-министром стра-

ны, он пообещал избирателям упразднить смешанные медицинские учреждения, однако, они продолжают функционировать и по сей день¹.

Как не допускать неуважительного и негуманного отношения к больным со стороны медицинского персонала?

Прежде всего, необходима соответствующая позиция самого больного и его родственников с ясными требованиями уважения к себе, не позволяющая унижения собственного достоинства. Вот пример: во время беседы с больным профессор позволил себе обращаться к нему на «ты». «Разве мы с Вами на «ты», профессор?» – заметил больной. «Пока ты находишься здесь, мы будем с тобой на «ты» - ответил ему врач. «Ну что ж, отлично, значит, и я буду с Вами теперь на «ты», – парировал больной.

В необходимых случаях медработников, виновных в неуважительном и негуманном отношении к больному, следует привлекать к ответственности. Серьезную помощь в этом могут оказать родственники и друзья больных, объединенные в общественные организации. Здесь могли бы оказать помощь и защитники прав пациентов в психиатрических стационарах, если бы такая служба была организована, как это предусмотрено Законом.

Закон говорит о праве больного на информацию о психическом расстройстве и применяемых методах лечения. Однако врачи часто отказываются давать такую информацию, ссылаясь на врачебную тайну. Правильно ли это?

Под врачебной тайной понимаются сведения, вверенные врачу при лечении больного. Эти сведения касаются жизни больного, в том числе и сокровенных ее сторон, его взаимоотношений с окружающими. Это и данные о состоянии его физического и душевного здоровья. Профессиональная обязанность врача – хранить доверенные ему тайны и не раскрывать их содержания другим людям или организациям без согласия на это доверителя тайн – самого больного. Но если содержанием врачебной тайны оказывается информация, касающаяся больного, то она не может и не должна быть тайной для него самого. Поэтому врач не имеет права утаивать от больного сведения, касающиеся этого больного

¹ Московская областная психиатрическая газета, № 11(27), 2006, стр.2.

и состояния его здоровья. Однако, говоря больному о его болезни, врач должен ясно отдавать себе отчет в том, какое воздействие это произведет на пациента, и какими могут быть здесь последствия. Поэтому соответствующая информация должна предоставляться больному правдиво, но крайне осторожно, в такой форме, чтобы сказанное было не только понятно больному, но и породило в нем чувство оптимизма, желание бороться с болезнью и победить. Выбор доступной формы и учет душевного состояния больного при сообщении ему медицинской информации часто зависит от искусства врача, от его умения предвидеть возможность ухудшения состояния пациента при сообщении ему, например, сведений о диагнозе болезни, и от способности пробудить в больном надежду и уверенность в выздоровлении.

Какая ответственность предусмотрена за отказ в предоставлении больному информации о его заболевании и проводимом ему лечении?

Отказ в предоставлении гражданину информации о состоянии его психического и физического здоровья, либо предоставление ему неполной или заведомо недостоверной информации влечет наложение на должностных лиц административного штрафа в соответствии с Кодексом Российской Федерации об административных правонарушениях. Если такие действия причинили вред правам и законным интересам граждан, то виновные в этом могут быть привлечены и к уголовной ответственности по ст. 140 УК РФ.

В течение какого срока должно проводиться обследование и лечение больного в психиатрическом стационаре?

В условиях стационара обследование, необходимое для постановки больному диагноза, обычно должно быть проведено в течение десяти дней. В тех случаях, когда гражданин специально направляется на стационарное обследование для решения экспертных вопросов обследования, как правило, должно быть завершено в срок до 30 дней. В случаях направления на обследование призывника, сроки обследования не установлены: оно должно быть завершено тогда, когда будет решен диагностический вопрос. Для военкомата важно, чтобы диагностические проблемы были прояснены в период работы призывной комиссии военкомата.

Сроки лечения больных неодинаковы при разных заболеваниях и зависят от характера психического расстройства, его выраженности, стадии развития и реакции больного на проводимую терапию¹.

Могут ли душевнобольные получать санаторно-курортное лечение?

Психическое заболевание само по себе не может быть препятствием для санаторно-курортного лечения, если оно необходимо больному по медицинским показаниям.

Прежде считалось, что лица, страдающие психическими расстройствами, не могут направляться на санаторно-курортное лечение; более того, органы здравоохранения и профсоюзные органы, ведающие соответствующими здравницами, строго следили, чтобы психически больные не попадали на курорты.

В настоящее время допускается направление на санаторно-курортное лечение лиц с психическими расстройствами не только для лечения сопутствующих физических недугов, но и для лечения патологии психики. Определены четкие медицинские психиатрические показания и противопоказания к санаторному лечению².

В психиатрической практике прямыми медицинскими показаниями для санаторного и амбулаторно-курортного лечения являются невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства «без резко выраженных и стойких тревожных, фобических, депрессивных, ипохондрических и истерических проявлений». Показан к санаторному лечению и психовегетативный синдром.

Противопоказаниями к санаторно-курортному лечению служат эпилепсия (с частотой припадков более двух раз в год), состояния выраженного слабоумия с нарушениями самообслуживания, самостоятельного передвижения и речи; психозы, выраженные депрессии, обсессивно-компульсивные нарушения. Есть общее правило: противопоказанием,

¹ Клиническое руководство: модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств. М., 1999.

² Медицинские показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения взрослых и подростков. Утверждены МЗ РФ 22.12.1999 г. № 99/277; Медицинские показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения детей. Утверждены МЗ РФ 22.12.1999 г. № 99/231.

исключающим направление больных на курорты и в местные санатории, являются «все заболевания в острой стадии, а также хронические заболевания в стадии обострения». Отсюда следует, что хронические психические заболевания, такие как шизофрения, аффективное или бредовое расстройство вне стадии обострения уже не являются, как это было раньше, противопоказанием для санаторного лечения.

В какой форме больной может давать согласие на участие в испытании медицинских средств и методов, научных исследований, учебного процесса или фото- видео- и киносъемки?

В большинстве стран сложилась практика получать от больного письменное согласие на его участие в исследовательском, учебном процессе или на его сотрудничество со средствами массовой информации. Только письменное согласие служит доказательством законности действий в отношении больного, если об этом возникнет спор. Поэтому исследователям, преподавателям, а также сотрудникам средств массовой информации рекомендуется оформлять письменное информированное согласие пациентов.

Если пациент хочет лечиться не у того врача, к которому он прикреплен по месту своего жительства, а у другого врача диспансера (на что он имеет право по действующему законодательству), правомерно ли удовлетворение его просьбы при условии оказания медицинской помощи на платной основе?

В статье 30 «Основ законодательства об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г. № 5487-1 подчеркнута, что пациент может выбрать врача «с учетом его согласия». Фраза «с учетом его согласия» означает, что реализация права выбора врача связана не только с правом выбора самого пациента, но и с правом врача не согласиться с выбором пациента, например, в силу высокой нагрузки на данного врача. Можно понять пациента, когда он хочет лечиться у хорошего врача. Но к хорошему врачу может пожелать обратиться так много пациентов, что данный врач не сможет реально оказать им медицинскую помощь в пределах своего рабочего времени.

Какого специалиста может пригласить больной для участия в работе врачебной комиссии? Он обязательно должен быть врачом-психиатром?

В законе подчеркивается, что больной имеет право пригласить любого специалиста, участвующего в оказании психиатрической помощи. А таким специалистом не обязательно должен быть врач-психиатр. Им может оказаться врач другой специальности, если он принимает участие в оказании помощи душевнобольным, и даже не врач. Например, психолог, педагог, социальный работник или юрист. Важно, чтобы этот специалист имел опыт работы с психически больными людьми и чтобы больной доверял ему.

Закон о психиатрической помощи (статья 5) определяет право больных на приглашение, по их требованию, любого специалиста, участвующего в оказании психиатрической помощи, для работы во врачебной комиссии. Как оплачивается работа таких специалистов?

Территориальная программа государственных гарантий оказания медицинской помощи допускает привлечение врачей-консультантов со стороны с распоряжением структурного подразделения, клинической целесообразностью и соответствующими инструкциями. Если клинической целесообразности в приглашении консультанта нет, а пациент настаивает на этом, право пациента может быть реализовано в порядке предоставления платной услуги за счет самого больного, по его договоренности с консультантом. В таком же порядке оплачивается и работа специалистов в составе врачебных комиссий, если они приглашаются лишь по требованию пациента, при отсутствии клинических или иных показаний для этого.

Представляет ли государство возможность бесплатного представительства и помощи адвоката для тех, кто находится в психиатрической больнице?

К сожалению, государство не может обеспечить бесплатные адвокатские услуги для тех, кто лечится в психиатрическом стационаре. Но если больной или его родственники сами приглашают к больному адвоката для защиты и отстаивания его интересов, администрация больницы должна обеспечить все условия, необходимые для такой работы и не может ей препятствовать.

В тех психиатрических учреждениях, где работает штатный юрист, в служебные обязанности которого включено и оказание правовой помощи больным, такая помощь оказывается им бесплатно.

Закон не допускает ограничений прав и свобод лиц, страдающих психическим расстройством только на основании психиатрического диагноза, факта нахождения под диспансерным наблюдением или пребывания в психиатрическом стационаре. Что же в таком случае дает основания ограничивать права больных?

Сам по себе диагноз психического расстройства никак не может быть основанием для ограничения прав больных (например, прав на выполнение отдельных видов профессиональной деятельности). Диагноз – это всего лишь название, обозначение болезни или расстройства; оно в краткой форме отражает содержание патологии, этап или стадию болезненного процесса и информацию о его исходе. Только всестороннее изучение характера болезни, ее течения, возможностей терапии и результатов лечебного вмешательства позволяет оценивать клинический и трудовой прогноз и делать выводы о необходимости тех или иных ограничений.

Точно так же нельзя ограничивать права больного только на основании того, что он находится под диспансерным наблюдением. Диспансерное наблюдение – это всего лишь форма медицинского обслуживания, технический прием, позволяющий медицинскому персоналу равномерно распределять свои силы и средства для оказания помощи тем больным, кого надо осматривать регулярно и в определенные сроки, чтобы не пропустить наступления возможного обострения или ухудшения состояния их здоровья. Само слово «диспансер» (французское *dispensaire*) происходит от французского глагола *dispenser*, что в переводе означает «распределять» (время, силы и средства). То обстоятельство, что больной находится под диспансерным наблюдением, свидетельствует лишь о том, что он в данное время нуждается в регулярных врачебных осмотрах.

Ограничение тех или иных прав больного по медицинским основаниям определяется характером и особенностями проявлений и течения болезни. При одном и том же диагнозе решение о возможности для больного, например, работать в той или иной профессии, может быть неодинаковым у разных больных и далеко не всегда зависит от того, состоит он под диспансерным наблюдением или нет.

В нашем диспансере нигде нет информации о правах больных при получении ими медицинской психиатрической помощи. Разве это правильно?

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития письмом от 26 января 2006 г. № ОЗИ-37/6 сообщила, что в ходе проверок медицинских учреждений, проводимых Росздравнадзором, выявлены многочисленные факты отсутствия информации о правах пациентов на получение медицинской помощи, о защите их прав и законных интересов, что является нарушением Конституции Российской Федерации, «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22.07.1993 г. № 5487-1, Закона Российской Федерации от 07.02.1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей», ГК Российской Федерации. Учитывая изложенное, Росздравнадзор предложил учреждениям здравоохранения Российской Федерации в краткие сроки привести информацию о правах пациентов на получение медицинской помощи в соответствие с действующим законодательством.

Статья 6.

Ограничения выполнения отдельных видов профессиональной деятельности, связанной с источником повышенной опасности

(1) Гражданин может быть временно (на срок не более пяти лет и с правом последующего переосвидетельствования) признан непригодным вследствие психического расстройства к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности. Такое решение принимается врачебной комиссией, уполномоченной на то органом здравоохранения, на основании оценки состояния психического здоровья гражданина в соответствии с перечнем медицинских психиатрических противопоказаний и может быть обжаловано в суд.

(2) Перечень медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, утверждается Правительством Российской Федерации и периодически (не реже одного раза в пять лет) пересматривается с учетом накопленного опыта и научных достижений.

Какие ограничения вводятся для душевнобольных в их профессиональной деятельности?

В некоторых случаях наличие у гражданина психического расстройства исключает возможность его занятий теми видами профессиональной деятельности, которая связана с источником повышенной опасности для самого больного или для окружающих. Это касается, главным образом, управления транспортом, работ с огнем, с токсическими веществами, электрическим током большой силы или высокого напряжения, при наличии проникающей радиации и др. Правительством Российской Федерации утвержден «Перечень медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности» (постановление № 377 от 28 апреля 1993 г.). Право граждан на определенные виды профессиональной деятельности ограничивает не диагноз заболевания, а его проявления и характер течения. В качестве общего противопоказания названы хронические и затяжные психические расстройства с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями. Выраженные формы пограничных психических расстройств рассматриваются в каждом случае индивидуально. К сожалению, он не пересматривался уже более 10 лет.

Очень часто руководители предприятий и учреждений, решая вопрос о возможности работы гражданина, направляют его в ПНД с запросом, в котором спрашивают лишь о том, состоит ли направляемый гражданин на психиатрическом учете. Как следует отвечать на такие запросы?

Психиатрический учет появился в нашей стране в 1964 г. по приказу МЗ СССР от 11 февраля 1964 г. № 60 «Об обязательном учете больных с впервые в жизни установленным диагнозом психического заболевания». Этим приказом Министерство здравоохранения обязало психиатров учитывать всех больных с впервые установленным диагнозом психического заболевания на всей территории СССР. С этого времени всякое обращение к психиатру, сопряженное с установлением человеку любого психиатрического диагноза автоматически означало постановку на психиатрический учет со всеми вытекающими отсюда ограничениями. Так была внедрена в жизнь тотальная регистрации психически больных —

вторая в нашей многовековой истории¹. Но если первая попытка поголовного учета больных быстро провалилась, то система, введенная в 60-х, оказалась устойчивой. Только после распада Советского Союза Министерство здравоохранения Российской Федерации приказало² не применять на территории страны злополучный приказ Минздрава СССР (№ 60 от 11.02.1964 г.) и указало, что психиатрические и психоневрологические учреждения (подразделения) России в своей деятельности должны руководствоваться Законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», который не предусматривает психиатрического или наркологического учета.

Таким образом, с января 1993 г. психиатрический учет в психоневрологических диспансерах, диспансерных отделениях и в психиатрических кабинетах России больше не ведется.

Каков порядок проведения освидетельствования работников?

Правила обязательного прохождения психиатрического освидетельствования работниками, осуществляющими отдельные виды деятельности, в том числе деятельность, связанную с влиянием вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов, а также работающими в условиях повышенной опасности, утверждены Постановлением Правительства Российской Федерации от 23 сентября 2002 г. № 695³. Такое

¹ Как пишет Ю.В.Каннабих, «во второй половине XVII века в Санкт-Петербурге, соответственно увеличению населения, число душевно-больных настолько умножилось, что все чаще стали отмечаться случаи нарушения порядка на улицах и в присутственных местах. Поэтому в 1766 г. было издано распоряжение, чтобы все жители столицы, имеющие душевно-больных, немедленно, под угрозой штрафа, уведомляли Главное полицейское управление о том, как они их содержат и какие меры принимают для ограждения здоровых от опасностей и неприятностей. В результате этого в полицию поступило столько заявлений, и было приведено столько больных, что управление оказалось в полном затруднении» (Ю.В. Каннабих, История психиатрии, М., 1928, с.289).

² Приказ Минздрава РФ от 11 января 1993 г. № 6.

³ Постановление Правительства Российской Федерации от 23 сентября 2002 г. № 695 «О прохождении обязательного психиатрического освидетельствования работниками, осуществляющими отдельные виды деятельности, в том числе деятельность, связанную с источниками повышенной опасности (с влиянием вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов), а также работающих в условиях повышенной опасности (в ред. Постановления Правительства РФ от 01.02.2005 № 49).

освидетельствование может производиться врачебной комиссией, создаваемой органом управления здравоохранения. Это означает, что обычные врачебные комиссии (ВК), которые раньше назывались клинико-экспертными комиссиями (КЭК), не правомочны решать вопросы профессиональной пригодности граждан по состоянию их психического здоровья, так как они создаются в учреждении приказом главного врача, а не органом управления здравоохранения. Другая особенность: решение вопроса о профпригодности не всегда непосредственно вытекает из установленного диагноза психического расстройства. Во многих случаях вопрос о годности к профессии решается индивидуально. И здесь исключительно важна комплексная оценка состояния пациента, которая невозможна без участия в комиссии специалистов соматического профиля. Они, естественно, не участвуют в диагностике психического расстройства – это дело специалиста-психиатра. Но они могут очень помочь в решении главного вопроса – вопроса о профпригодности. Есть и еще одна важная особенность работы комиссий по психиатрическому освидетельствованию. Экспертиза профпригодности - это самостоятельный вид медицинской деятельности, который постановлением Правительства РФ от 22 января 2007 г. № 30 включен в перечень работ, подлежащих лицензированию. Отсюда следует, что подобные комиссии могут существовать лишь при наличии лицензии на данный вид деятельности. Поэтому учреждения, на базе которых органы управления здравоохранением сочтут нужным создать комиссии по психиатрическому освидетельствованию, должны своевременно представить в лицензионную службу соответствующую заявку, чтобы получить лицензию на работу по экспертизе по профпригодности граждан. Работник для прохождения освидетельствования представляет выданное работодателем направление, в котором указываются вид деятельности и условия труда работника. Освидетельствование производится при предъявлении работником паспорта или иного документа, удостоверяющего его личность. Освидетельствование проводится в срок не более 20 дней со времени обращения в медицинское учреждение. При прохождении освидетельствования работник может получать разъяснения по вопросам, связанным с освидетельствованием. Комиссия врачей принимает решение простым большинством голосов и выдает его в письменной форме работнику под расписку в течение трех дней после его принятия. В этот

же срок комиссия направляет свое решение и по месту работы освидетельствованного лица.

Можно ли оспорить решение, принятое врачебной комиссией?

Решение врачебной комиссии, равно как и отказ от его выдачи, можно обжаловать в судебном порядке.

Выдается ли на период освидетельствования листок нетрудоспособности?

При прохождении освидетельствования листок нетрудоспособности выдается лишь в тех случаях, когда по его результатам выявляется психическое расстройство, приводящее к временной утрате трудоспособности. Во всех остальных случаях лицу, проходившему освидетельствование, выдается справка произвольной формы о пребывании на обследовании с указанием его сроков.

Можно ли работнику отказаться от прохождения освидетельствования?

Можно. Но в этом случае руководитель в соответствии со ст. 76 Трудового Кодекса Российской Федерации вправе отстранить от работы работника, не прошедшего в установленном порядке предварительный или периодический медицинский осмотр.

Надо ли подвергать психиатрическому освидетельствованию руководителей государства?

Есть разные точки зрения. Одни полагают, что психиатры не должны подвергать тех, кто руководит государством, процедуре психиатрического освидетельствования. Это мотивируется тем, что решение вопроса о том, кто может (или не может) управлять страной – это политическое решение, и психиатрам не следует вторгаться в сферу политики и своими заключениями вольно (или невольно) влиять на политические процессы. Высказывается опасение, что во многом все еще субъективные диагностические оценки в психиатрии могут привести к превращению страны в «империю психиатров».

Другие не согласны с мнением о невозможности и ненужности обследования состояния психического здоровья тех, кто управляет госу-

дарством. Следует отметить, что в проекте первого российского перечня видов деятельности, к которым имеются медицинские психиатрические противопоказания (он готовился в 1990-х гг.) в этот перечень были включены государственные служащие. Но данная категория работников была изъята из проекта этого перечня на этапе его согласования с правительственными учреждениями. В результате возникла своеобразная ситуация: для работ, связанных, например, с управлением транспортом (автомобилем, трактором, мопедом) определены достаточно четкие медицинские (в том числе и психиатрические) противопоказания, а для работ, связанных с управлением государственными делами, таких противопоказаний нет.

При обосновании тезиса о том, что психиатрическое освидетельствование недопустимо для государственных служащих, некоторые ссылаются на «Закон о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Он не допускает возможности раскрытия тайны диагноза. Это имеет огромное значение для тех, кто не назначается на высокие государственные посты, а избирается: кандидатов в депутаты (или депутатов) Государственной Думы, или для других избираемых лиц. Но ведь для избирателя должны быть прозрачными не только доходы, но и состояние здоровья (особенно психического) баллотирующегося. Ссылки на врачебную тайну, охраняемую законом, по-видимому, здесь неуместны, потому что представлять информацию о своем здоровье (равно как и о своих доходах) должен сам избираемый.

Здесь уместен разговор о возможных политических пристрастиях психиатров, дающих заключение о здоровье соискателей назначаемых или выборных государственных постов, поскольку врачи, в том числе и психиатры, - такие же граждане, такие же избиратели, как и другие жители. Однако опасения возможного влияния пристрастий психиатров на выбор, делаемый обществом, нам представляются безосновательными. Эти опасения в условиях выборов может устранять механизм конкурентности заключений разных психиатров и психиатрических комиссий, включая независимые, и, в конце концов, судебное рассмотрение спорных случаев.

Встречались ли случаи отрешения от должности руководителей государства по причине психического заболевания?

Впервые это произошло в конце 19 века в Баварии. У короля Людвига II стали обнаруживаться признаки психического расстройства. Камердинер все чаще заставлял государя растирающим перед зеркалом виски и бормочущим: «Это невозможно, я положительно схожу с ума...». Он превратился в изгоя среди европейских монархов, поражая их своими нелепыми выходками. Неожиданно он попросил у своего придворного врача справку, где бы говорилось, что ему противопоказано жениться. Он заявлял, что чувствует себя одним из героев опер Вагнера, которого почитал, как своего Бога и Учителя. По ночам он, в образе Лебедя, одного из вагнеровских символов, катался на лодке, играя при этом на лютне. В иные дни он мчался по окрестностям в позолоченных санях, сделанных в форме лебедя. Король вел крайне уединенную жизнь, не общался ни с кем. Управление государственными делами он вел очень странно. Когда ему пришлось принимать решение о войне с Пруссией, он под каким-то предлогом выскользнул из своего замка, оставив изумленных министров одних, и исчез. Только через несколько дней его обнаружили в Швейцарии. Война была позорно проиграна. Но это не произвело на короля впечатления. Он вдруг стал говорить, что неплохо бы выкупить у русского императора Крым, затем собирался приобрести какой-то тропический остров. Заведя себе любовницу, он изводил ее нежными письмами и бесконечными прогулками по паркам. Когда же она осталась у него в покоях, он усадил ее на свою постель и весь вечер читал монологи Шиллера перед ее портретом. По словам горничной, любовница вернулась к себе в совершенной ярости. Сам король позже жаловался, что любимая им дама всю ночь гоняла его по спальне, и он только чудом смог избежать изнасилования. Все это происходило до тех пор, пока Людвиг II чуть было не заложил свою страну Ротшильдам. Именно тогда шеф полиции, тайный советник и доктор юстиции Йозеф Мельхорн направил в правительство меморандум, в котором на 50-ти листах описал все странности поведения его величества короля Людвига. На этом основании статс-секретарь короля, граф фон Нейренгаупт организовал комиссию мюнхенских психиатров во главе с доктором Гудденом. Профессор Гудден руководил мюнхенской психиатрической клиникой. Кстати, одним из его ассистентов был тогда еще молодой Эуген

Блейлер. В то время Гудден считался величайшим знатоком мозговой патологии. В клинических вопросах он исповедовал своеобразный агностицизм. Когда дело касалось установления точного диагноза, а тем более прогноза, он любил повторять «Этого я не знаю». Тем не менее, медицинская комиссия под его руководством пришла к заключению, что король психически болен. На основании этого заключения врачей-психиатров правительство Баварии приняло решение об отрешении короля от власти. Парламент поддержал правительство. Это происходило в июне 1886 г. Когда волю правительства и парламента объявили королю, он поначалу возмутился, велел заковать в цепи и бросить в подвал тех, кто принял такое решение и сообщил ему об этом, но потом подчинился. Подали карету, король поклонился своим подданным и молча сел на приготовленные бархатные подушки. Под усиленной охраной, в сопровождении доктора юстиции Мельхорна и психиатра Гуддена, его увезли в замок Берг - самый уединенный замок Баварии. Это был небольшой и плохо обставленный замок, с прочными решетками на окнах. Вид его привел короля в ярость. Но уже на следующий день он был очень любезен с доктором Гудденом и легко согласился пойти с ним на прогулку. Когда они вместе направились к Штарнбергскому озеру, уже стемнело. Король и старый профессор-психиатр пошли по узкой аллее, постепенно исчезая из виду дежуривших у замка жандармов. Что произошло в последующем, не знает никто. Обоих - и короля, и доктора Гуддена, нашли мертвыми в воде неподалеку от берега озера. Костюмы на них были порваны, лица и руки были в синяках и в ушибах. Из официальной версии следовало, что король в припадке безумия набросился на врача, утопил его, но и сам не смог выбраться из озера, так как борьба отняла у него слишком много сил. Всю правду знал только тайный советник Йозеф Мельхорн. Но он никому ее не раскрыл. Так печально завершилась первая (и, пожалуй, единственная в истории) попытка отстранения от королевской власти, от руководства государством на основании медицинского заключения комиссии врачей-психиатров.

Эта история получила большой общественный резонанс во всей Европе. Как отметил Н.Н. Баженов в своем докладе на Первом съезде Русского союза психиатров и невропатологов, происшедшее вызвало возмущение политиков, социологов, юристов. Их особенно шокировало то обстоятельство, что в этом деле психиатры сочетали в себе функции и

экспертов, и исполнителей. В мае 1887 г. на одном из заседаний австрийского парламента депутат Menger воскликнул в связи с этим: «Власть врачей превышает власть Его величества и Верховного суда!». Кстати, именно тогда и родилось требование свести роль врачей только к экспертизе, а вопросы интернирования психически больных в специальные учреждения передать для решения суду присяжных с соблюдением всех процессуальных норм¹.

В Британии вопрос о состоянии психического здоровья членов парламента тоже стал предметом общественного внимания, но в другом аспекте. В 2008 г. стало известно, что у каждого пятого члена британского парламента – проблемы с психикой, которые они тщательно скрывают от окружающих. Дело в том, что по действующему закону, депутат с психическими отклонениями автоматически лишается мандата без возможности возобновления парламентской деятельности. Теперь внесено предложение – отменить эту норму и разрешить психически нездоровым людям участвовать в работе парламента. «Члены парламента и пэры не должны смущаться своих личных переживаний. Но сейчас они вынуждены молчать из-за предрассудков, невежества и страха, окутывающих психические заболевания», – заявил журналистам Пол Дженкис, возглавляющий общество Rethink, занимающееся проблемами психического здоровья. В качестве примера для подражания была приведена история с бывшим премьером Норвегии Кьеллем Магне – тот факт, что он признался в наличии у него депрессии, не повлиял на его популярность и переизбрание на пост главы правительства. С британским премьером или депутатом такого случиться не может: – действующий закон не позволяет государственным чиновникам такого уровня исполнять обязанности при наличии психиатрического диагноза².

В России вопрос о необходимости психиатрического освидетельствования лиц, идущих во власть, впервые был поставлен в одной из областей. В 2002 г. главный психиатр органа управления здравоохранением этой области предложил проводить регулярное психиатрическое освидетельствование всех высокопоставленных чиновников и, прежде всего, кандидатов в губернаторы. Действовавший тогда губернатор области отказался проходить психиатрический тест и проиграл выборы, тог-

¹ Московская областная психиатрическая газета, № 4 (9), 2005, стр. 5.

² Московская областная психиатрическая газета, № 5 (42), 2008, стр. 2.

да как его конкурент, который регулярно проходил психиатрическое освидетельствование, победил. После его прихода во власть он назначил одного из врачей-психиатров своим референтом с реальными полномочиями вице-мэра. Ему было поручено заниматься оздоровлением психологического климата в мэрии, а также выработкой свода правил поведения муниципального чиновника. Доктор стремился широко проводить тестирование чиновников с использованием элементов психиатрии. В конце концов, он выдвинул идею вообще отменить выборы и создать структуру из психиатров, которые сформировали бы критерии, по которым можно отбирать чиновников из числа желающих занять ту или иную государственную должность. Сэкономленные на выборах деньги он предлагал пустить на нужды медицины. Эти идеи не нашли поддержки ни в этой области, ни в Москве.

А в другом областном центре информация о психическом здоровье кандидата в губернаторы реально повлияла на результаты выборов. Там губернатор в первый срок своего губернаторства перенес психическое расстройство и в 2001 г. лечился в психиатрическом отделении Корпуса функциональной неврологии Медицинского Центра Управления делами президента РФ (ЦКБ) по поводу маниакальной фазы маниакально-депрессивного психоза, причем это поступление в психиатрический стационар было для него седьмым по счету (до избрания губернатором он многократно лечился в психиатрических больницах, начиная с 1997 г.) Когда же он решил переизбираться на пост губернатора, то на сайте информационно-аналитического интернет-издания «Секретные материалы России» («Секретинфо») был обнародован полный текст его истории болезни. Выборы им были проиграны¹.

Стала меняться ситуация и в Московской области. С 2008 г. комиссия по формированию и подготовке резерва управленческих кадров Московской области при приеме документов на включение в резерв управленческих кадров должна требовать и документ о психическом здоровье лица, претендующего на занятие управленческой деятельностью.

Желание россиян, чтобы государственными делами управляли психически здоровые лица, вполне понятно. Только осуществлять это желание следует, не нарушая Закон о психиатрической помощи: перечень

¹ Московская областная психиатрическая газета, № 3 (3), 2004, стр. 2.

медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности утверждается Правительством Российской Федерации, а не региональными органами власти.

Статья 7.

Представительство граждан, которым оказывается психиатрическая помощь

(1) Гражданин при оказании ему психиатрической помощи вправе пригласить по своему выбору представителя для защиты своих прав и законных интересов. Оформление представительства производится в порядке, установленном гражданским и гражданским процессуальным законодательством Российской Федерации.

(2) Защиту прав и законных интересов несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет и лица, признанного в установленном порядке недееспособным, при оказании им психиатрической помощи осуществляют их законные представители (родители, усыновители, опекуны), а в случае их отсутствия – администрация психиатрического стационара либо психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения.

(3) Защиту прав и законных интересов гражданина при оказании ему психиатрической помощи может осуществлять адвокат. Порядок приглашения адвоката и оплаты его услуг предусматривается законодательством Российской Федерации. Администрация учреждения, оказывающего психиатрическую помощь, обеспечивает возможность приглашения адвоката, за исключением неотложных случаев, предусмотренных пунктом «а» части четвертой статьи 23 и пунктом «а» статьи 29 настоящего Закона.

Как оформляется представительство интересов больного, находящегося в психиатрической больнице?

Если человек находится на лечении (или обследовании) в психиатрической больнице, он может доверить представление его интересов другому лицу. Такое представительство, основанное на доверенности, называется добровольным, потому что в основе выдачи доверенности лежит соглашение сторон (больного и его представителя). Нахождение

в психиатрической больнице не является препятствием к свободному выбору представителя. Не могут свободно выбирать себе представителя лишь лица, уже имеющие своего законного представителя.

Добровольное представительство оформляется путем выдачи доверенности в простой письменной форме. Статья 185 (пункт 3) Гражданского Кодекса РФ приравнивает к нотариально заверенной доверенности на получение заработной платы или иных платежей, вкладов, на получение корреспонденции, выданные администрацией лечебного учреждения, в котором находится больной.

Срок действия доверенности (если он не указан в доверенности особо) – год после ее выдачи. Доверенность, в которой не указана дата ее выдачи, не имеет правовой силы (ничтожна).

Кто может быть законным представителем больного?

Представительство, основанное на законе, в отличие от добровольного, называется обязательным, поскольку оно устанавливается независимо от воли и желания представляемого лица. В этих случаях представители больного называются законными представителями.

Законными представителями больного могут быть только его родители, усыновители или опекуны. Родственники больного, если они не назначены его опекунами, не могут выступать в качестве законных представителей его интересов. Они не обладают правом принятия решения за пациента.

Статья 8.

Запрещение требования сведений о состоянии психического здоровья

При реализации гражданином своих прав и свобод требования предоставления сведений о состоянии его психического здоровья либо обследования его врачом-психиатром допускаются лишь в случаях, установленных законами Российской Федерации.

В каких случаях медицинские работники обязаны предоставлять сведения о состоянии психического здоровья граждан?

«Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г. № 5487-1 (ст. 61) содержат перечень

случаев, когда медицинские работники обязаны предоставлять сведения медицинского характера о состоянии здоровья граждан без их согласия (или без согласия законного представителя гражданина).

Это делается:

1. В целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;

2. При угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений; по запросу органов дознания и следствия и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством (в ред. Федерального закона от 24.07.2007 г. №214-ФЗ);

3. В случае оказания помощи несовершеннолетнему – больному наркоманией в возрасте до 16 лет, иным несовершеннолетним в возрасте до 15 лет (в ред. Федерального закона от 01.12.2004 г. №151-ФЗ);

4. При наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий;

5. В целях проведения военно-врачебной экспертизы в порядке, установленном положением о военно-врачебной экспертизе, утвержденным Правительством Российской Федерации (п. 6 введен Федеральным законом РФ «О внесении изменения в статью 61 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 21 декабря 2005 г. №170-ФЗ); им установлена обязанность всех медицинских работников направлять в военкоматы по их запросам медицинские документы на призывников и военнообязанных лиц и проводить им медицинское обследование.

Какие органы или учреждения относятся «к органам дознания»?

В соответствии со ст. 40 Уголовно-процессуального кодекса РФ (УПК РФ) от 18 декабря 2001 г. №174-ФЗ, введенного с 1 июля 2002 г., к органам дознания относятся:

1. Органы внутренних дел Российской Федерации, а также иные органы исполнительной власти, наделенные в соответствии с федеральным законом полномочиями по осуществлению оперативно-розыскной деятельности;

2. Органы Федеральной службы судебных приставов;

3. Командиры воинских частей, соединений, начальники военных учреждений или гарнизонов;

4. Органы государственного пожарного надзора федеральной противопожарной службы (пункт 4 введен Федеральным законом от 29.05.2002 г. № 58-ФЗ, в ред. Федерального закона от 03.07.2006 г. № 97-ФЗ).

Какие органы исполнительной власти наделены полномочиями по осуществлению оперативно-розыскной деятельности?

В соответствии с Федеральным законом «Об оперативно-розыскной деятельности» от 12 августа 1995 г. №144-ФЗ в редакции Федерального закона от 30 июня 2003 г. №86-ФЗ (статья 13) право осуществлять оперативно-розыскную деятельность на территории Российской Федерации, помимо органов внутренних дел Российской Федерации, предоставлено также:

1. Органам федеральной службы безопасности;
2. Федеральным органам государственной охраны;
3. Таможенным органам Российской Федерации;
4. Службе внешней разведки Российской Федерации;
5. Министерству юстиции Российской Федерации;
6. Органам по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ.

Можно ли направлять медицинские сведения о больных по запросам органов прокуратуры?

В первой редакции статьи 61 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г. № 5487-1 допускалось предоставление сведений, составляющих врачебную тайну по запросу органов прокуратуры без согласия гражданина или его законного представителя. Однако в 2007 г. Федеральным законом от 24.07.2007 г. № 214-ФЗ эта норма была исключена. Поэтому в настоящее время медицинские сведения о состоянии здоровья гражданина можно предоставлять работникам прокуратуры только с его согласия на это. Часто надобность в таких сведениях возникает как раз в тех случаях, когда прокуратурой рассматривается поступившее к ней заявление этого гражданина.

К нам в психоневрологический диспансер нередко приходят адвокаты с требованием выдать им справку о пребывании в больнице или иные медицинские сведения о состоянии здоровья граждан. При этом они обычно ссылаются на статью 6 Федерального закона «Об адвокатской деятельности и адвокатуре в Российской Федерации» от 31 мая 2002 г. № 63-ФЗ, согласно которой адвокат вправе собирать сведения, необходимые ему для оказания юридической помощи, в том числе запрашивать справки и иные документы от органов государственной власти, и иных организаций, а эти органы и организации обязаны в порядке, установленном законодательством, выдавать адвокату запрошенные им документы или их заверенные копии. Действительно ли диспансер обязан сообщать медицинские сведения адвокату по его запросу?

Конституционный Суд РФ своим решением (№ 483-0-0 от 19 июня 2007 г.) определил, что статья 61 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» не исключает возможности получения информации, содержащей врачебную тайну, как непосредственно самим гражданином, которого она касается, так и его представителем (защитником) – при условии предъявления им надлежаще оформленных документов, подтверждающих его полномочия, как защитника данного гражданина.

В соответствии со статьей 6 Федерального закона «Об адвокатской деятельности и адвокатуре в Российской Федерации» от 31 мая 2002 г. № 63-ФЗ адвокат представляет того гражданина, интересы которого он защищает (своего доверителя) на основании доверенности. Поэтому адвокату могут быть выданы медицинские справки или иные документы, содержащие медицинские сведения, которые касаются именно этого гражданина. К подобному запросу адвоката обязательно должна быть приложена доверенность, выданная ему его доверителем.

Из отдела милиции пришел запрос, состоит ли гражданин на психиатрическом учете для решения вопроса о выдаче ему разрешения на право владения оружием. Решение подобных вопросов не относится к дознавательной деятельности милиции. Должен ли психиатр в таких случаях предоставлять отделу внутренних дел медицинские сведения без согласия больного?

Отделы внутренних дел не должны запрашивать диспансер по таким вопросам. В соответствии со статьей 13 Федерального закона «Об

оружии» от 13 декабря 1996 г. №150-ФЗ право на приобретение оружия имеют граждане Российской Федерации, достигшие 18-летнего возраста, после получения в органах внутренних дел по месту жительства соответствующей лицензии. Эта лицензия одновременно является разрешением на хранение и ношение оружия. Срок действия лицензии пять лет. Механические распылители, аэрозольные и другие устройства, снаряженные слезоточивыми или раздражающими веществами, электрошоковые устройства и искровые разрядники отечественного производства, пневматическое оружие с дульной энергией не более 7,5 Дж и калибра до 4,5 мм включительно регистрации не подлежат, и граждане Российской Федерации имеют право приобретать их без получения лицензии. Для получения лицензии на приобретение оружия гражданин Российской Федерации обязан представить в орган внутренних дел по месту жительства заявление и другие требуемые для этого документы, приложив к ним медицинское заключение об отсутствии противопоказаний к владению оружием, связанных, в том числе, с психическим заболеванием, алкоголизмом или наркоманией. Гражданам, не представившим медицинское заключение об отсутствии противопоказаний к владению оружием, лицензия на его приобретение не выдается.

Комиссия Министерства здравоохранения при плановой проверке работы нашей больницы потребовала представить для проверки истории болезни лечащихся больных. Имеют ли право органы здравоохранения и их представители запрашивать медицинские сведения о больных и непосредственно знакомиться с их медицинской документацией?

Действующим законодательством не допускается передача органам здравоохранения и их должностным лицам сведений, составляющих медицинскую тайну, без согласия на это самого гражданина или его законного представителя.

Руководитель предприятия в связи с предполагаемым приемом работника запросил справку, состоит ли он на учете у психиатра. Работник наблюдается у психиатра консультативно. Правомерен ли такой запрос и как на него следует ответить?

Обращение работодателя к психиатру правомерно в тех случаях, когда гражданин поступает на работу с вредными условиями, или на

работу с вредными или опасными производственными факторами, где требуется прохождение предварительного медицинского осмотра с участием психиатра. Порядок проведения таких осмотров определен приказом Минздравсоцразвития РФ от 16 августа 2004 г. № 83. Предварительные медицинские осмотры (обследования) работников проводится медицинскими организациями, имеющими лицензию на указанный вид деятельности. Работник для прохождения предварительного медицинского осмотра (обследования) представляет туда направление, выданное работодателем, в котором указываются вредные и (или) опасные производственные факторы и вредные работы. При необходимости медицинская организация, проводящая предварительные медицинские осмотры (а не работодатель) направляет работника к специалистам (им может оказаться и психиатр), чтобы получить от него заключение о наличии (или отсутствии) у работника медицинских противопоказаний к осуществлению данной работы с указанными работодателем вредными (или опасными) производственными факторами. Психиатр, освидетельствовав работника, направляет свое заключение в эту медицинскую организацию. Медицинская организация, проводящая предварительные осмотры, обобщает результаты медицинских обследований у специалистов и составляет заключительный акт, который в течение 30 дней должен быть представлен работодателю. Работник информируется о результатах проведенного медицинского осмотра (освидетельствования). Как видно, запрос руководителя предприятия, состоит ли поступающий на работу на учете у психиатра, противоречит установленному порядку. Кроме того, психиатрический учет в настоящее время отменен. В ПНД осуществляется не учет, а наблюдение у психиатра (диспансерное или консультативное). Факт наблюдения психиатром (диспансерного или консультативного) не входит в перечень установленных медицинских противопоказаний к выполнению работ, связанных с профессиональной вредностью.

Муниципальному учреждению здравоохранения «Психоневрологический диспансер» очень часто приходится отвечать на запросы правоохранительных органов, в том числе в рамках расследования уголовных дел. Установлены ли законодательно сроки предоставления ответов на запросы, в том числе правоохранительных органов и суда? Если да, то каким нормативно-правовым актом?

Действующим законодательством установлено право большинства государственных органов (особенно правоохранительных) обращаться с запросами в учреждения и организации для получения информации, заключений, экспертиз (см. например, п. 4 ст. 11 Закона «О милиции», п. 2 ст. 6 Федерального закона «О прокуратуре», п. «м» ст. 13 Федерального закона «О федеральной службе безопасности», п. 6. ст. 1 Закона «О статусе судей»), и др. Но при этом не установлен четкий порядок и процедура ответа на такие запросы. Как правило, в соответствии с перечисленными нормативными правовыми актами срок исполнения запроса должен быть указан в самом запросе. Однако ни в одном документе не указано, как поступать в ситуации, когда ответ на запрос не может быть подготовлен в установленный срок.

В такой ситуации можно в качестве аналогии воспользоваться Типовым регламентом взаимодействия федеральных органов исполнительной власти (утвержден Постановлением Правительства РФ от 19.01.2005 г. № 30). Согласно этому документу, если «для реализации полномочий федерального органа исполнительной власти необходимо получение информации, заключений, экспертиз от других федеральных органов исполнительной власти, заинтересованный федеральный орган исполнительной власти обращается с запросом в соответствующий федеральный орган исполнительной власти. Срок получения необходимой информации указывается в запросе.

В случаях, когда запрашиваемая информация не может быть предоставлена в срок, указанный в запросе, федеральный орган исполнительной власти, получивший запрос, в 5-дневный срок, начиная с даты получения запроса, согласовывает с федеральным органом исполнительной власти, направившим запрос, срок предоставления информации».

Психоневрологический диспансер руководствуется в своей работе уставными документами, нормативными и правовыми документами Минздравсоцразвития РФ, территориального органа здравоохранения и муниципальными актами. Порядок и сроки ответа на официальные запросы может быть установлен в данных документах.

За непредставление или несвоевременное предоставление сведений в государственный орган (должностному лицу) предусмотрена ответственность в виде наложения административного штрафа (ст. 19.7. КоАП РФ).

Статья 9.

Сохранение врачебной тайны при оказании психиатрической помощи

Сведения о наличии у гражданина психического расстройства, фактах обращения за психиатрической помощью и лечении в учреждении, оказывающем такую помощь, а также иные сведения о состоянии психического здоровья являются врачебной тайной, охраняемой законом. Для реализации прав и законных интересов лица, страдающего психическим расстройством, по его просьбе либо по просьбе его законного представителя им могут быть предоставлены сведения о состоянии психического здоровья данного лица и об оказанной ему психиатрической помощи.

Что такое врачебная тайна?

«Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г. № 5487-1 (ст. 61) определяют, что врачебную тайну составляет информация о: 1) факте обращения за медицинской помощью; 2) состоянии здоровья гражданина; 3) диагнозе его заболевания; а также 4) любые сведения, полученные при его обследовании и лечении.

Таким образом, к врачебной тайне относится не только сведения о том, какая болезнь выявлена у гражданина при его обследовании и лечении. Врачебной тайной является и сам факт обращения человека к психиатру – амбулаторно или в стационаре. К врачебной тайне относятся и все сведения немедицинского характера, например, информация о семейной и интимной жизни человека, полученная при его обследовании.

Врачебная тайна, наряду с нотариальной, адвокатской тайной, тайной коммерческой, тайной переписки, телефонных переговоров и др. относится к сведениям, доступ к которым ограничен и включена в Перечень сведений конфиденциального характера¹.

¹ Указ Президента РФ от 6 марта 1997 г. № 188 «Об утверждении перечня сведений конфиденциального характера».

Возможно ли сообщение сведений о состоянии здоровья больного, страдающего психическим расстройством, его близким родственникам?

Любые сведения о том, что лицо страдает психическим расстройством; что гражданин ранее обращался за психиатрической помощью и лечился в учреждении, оказывающем такую помощь (независимо от результатов), а также иные сведения о состоянии его психического здоровья – такая информация даже его близким родственникам может быть разглашена лишь по просьбе самого лица, страдающего психическим расстройством или его законного представителя.

Без разрешения пациента сообщать подобные сведения нельзя даже его близким родственникам, кроме нескольких исключительных случаев: 1) когда это производится в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю; 2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений; 3) в случае оказания помощи несовершеннолетнему, не достигшему 15 лет, а больного наркоманией - 16 лет, когда информирование родителей или законных представителей ребенка обязательно (Федеральный Закон от 01.12.2004 г. № 151-ФЗ); 4) при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий (статья 61 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г. № 5487-1).

Необходимо отметить, что врачебную тайну обязан хранить не только врач-психиатр, непосредственно оказывающий помощь, но и иные специалисты и медицинский персонал, которым сведения, составляющие врачебную тайну, стали известны в связи с выполнением своей профессиональной деятельности. При этом разглашением врачебной тайны будет любое сообщение сведений ее составляющих хотя бы еще одному лицу.

Лица, которым в установленном законом порядке переданы сведения, составляющие врачебную тайну, наравне с медицинскими и фармацевтическими работниками с учетом причиненного гражданину ущерба несут за разглашение врачебной тайны дисциплинарную, административную или уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации.

Вместе с тем, необходимо отметить, что если гражданин по причине психического расстройства признан судом недееспособным в порядке, установленном гражданским процессуальным законодательством, ему назначается опекун, который будет законным представителем данного лица. В этом случае, любая информация о состоянии здоровья недееспособного человека представляется его законному представителю лечащим врачом, заведующим отделением лечебно-профилактического учреждения или другими специалистами, принимающими непосредственное участие в обследовании и лечении (ст. 31 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г. № 5487-1)¹.

Я работаю врачом в лечебно-профилактическом учреждении. Недавно при проведении процедуры, больной, видимо, желающий излить душу, поведал мне информацию личного характера, которая касается одной моей близкой знакомой. Я хотела бы передать эту информацию своей знакомой, т.к. это очень важно для нее. Являются ли сведения личного характера, не связанные с информацией о состоянии здоровья пациента, врачебной тайной?

При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на сохранение в тайне информации, составляющей врачебную тайну (ст. 30 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» от 22.07.93 г. № 5487-1).

В соответствии со ст. 61 «Основ...», врачебной тайной является информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении. Таким образом, информация, даже не связанная с заболеванием, но полученная врачом от пациента при обследовании и лечении, будет являться врачебной тайной.

Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя, допускается только в исключительных случаях, исчерпывающий перечень которых перечислен в ст. 61 Основ.

¹ Разъяснение старшего преподавателя кафедры медицинского права Московской медицинской Академии им. И.П. Сеченова Ю.В. Павловой (Консультант-плюс, 29.05.2007).

Медицинские и фармацевтические работники, а также лица, которым в установленном законом порядке переданы сведения, составляющие врачебную тайну с учетом причиненного гражданину ущерба, несут за разглашение врачебной тайны дисциплинарную, административную или уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации¹.

Можно ли врачам обмениваться психиатрической информацией о своих пациентах?

Департамент развития медицинской помощи и развития курортного дела Минздравсоцразвития РФ письмом от 22.01.2007 г. № 13413/МЗ-14 сообщил, что «согласно части 5 статьи 31 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22.07.1993 г. № 5487-1, информация, содержащаяся в медицинских документах гражданина, составляет врачебную тайну. В соответствии с частью 3 статьи 61 Основ, передача сведений, составляющих врачебную тайну, допускается только с согласия гражданина или его законного представителя. **Указанное ограничение распространяется, в частности, на случаи, когда получение медицинской информации необходимо в интересах обследования и лечения пациента.** Вместе с тем, перечень случаев, когда допускается предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя указан в части 4 статьи 61 «Основ...». Учитывая вышеизложенное, **требуется приложить к запросу о выдаче медицинской документации надлежащим образом заверенное письменное согласие самого пациента, правомерно, поскольку основано на нормах действующего законодательства**, если только рассматриваемый случай не относится к случаям, установленным статьей 61 «Основ ...». Следует отметить, что это указание противоречит Комментарию к Закону о психиатрической помощи (пункт 10 комментария к статье 9 Закона), где сказано: «Не может расцениваться как нарушение врачебной тайны необходимый обмен информацией между медицинскими работниками и иными специали-

¹ Разъяснение старшего преподавателя кафедры медицинского права Московской медицинской Академии им. И.П. Сеченова Ю.В. Павловой (Консультант-плюс, 24.11.2005 г.)

тами в процессе оказания гражданину медицинской помощи. Подобный обмен допустим в пределах одного медицинского учреждения, между различными медицинскими учреждениями, а также между медицинскими учреждениями и частнопрактикующими врачами». Чем же следует руководствоваться в практической работе – разъяснениями Минздравсоцразвития или Комментарием к Закону о психиатрической помощи? Чтобы получить ответ на этот вопрос, «Московская областная психиатрическая газета» обратилась в Минздравсоцразвития и получила разъяснение, что «при решении данных вопросов следует руководствоваться статьями 31 и 61 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» и статьями 8 и 9 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». **Что касается рекомендаций, содержащихся в издаваемых комментариях к закону, то они могут использоваться лишь при условии их соответствия действующему законодательству»** (письмо Минздравсоцразвития России от 12.05.2008 г. № 822/14)¹.

Какая ответственность предусмотрена за разглашение врачебной тайны?

Медицинский работник, допустивший разглашение врачебной тайны, может быть уволен с работы по инициативе работодателя по ст. 81 (пункт 6 «в»)) Трудового Кодекса РФ. Кроме того, за разглашение врачебной тайны предусмотрена административная ответственность (наложение административного штрафа на гражданина – в размере от 5 до 10, а на должностное лицо – от 40 до 50 минимальных размеров оплаты труда).

Если лицу, сведения о котором были разглашены, причинен материальный или моральный вред, он может быть возмещен по решению суда.

Ранее Уголовный кодекс РСФСР содержал отдельную статью, устанавливающую ответственность за разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицом, которому эти сведения стали известны в связи с исполнением им своих служебных или профессиональных обязанностей (ст. 128.1 УК РСФСР). Ныне действующее уголовное законодательство такой специальной нормы не содержит, а уголовная ответствен-

¹ Московская областная психиатрическая газета, № 3 (40), 2008, стр. 13.

ность наступает по ст. 137 УК РФ «Нарушение неприкосновенности частной жизни». Сведения, составляющие врачебную тайну, являются сведениями, относящимся к частной жизни лица, составляющими его личную или семейную тайну. Их незаконное распространение (в том числе в публичном выступлении, публично демонстрирующемся произведении или средствах массовой информации) без согласия лица наказываются штрафом, либо обязательными работами на срок от ста двадцати до ста восьмидесяти часов, либо исправительными работами на срок до одного года, либо арестом на срок до четырех месяцев. Те же деяния, совершенные с использованием своего служебного положения, наказываются штрафом, либо лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок от двух до пяти лет, либо арестом на срок от четырех до шести месяцев.

Недавно в Японии окружной суд города Нара приговорил психиатра Моримицу Сакихаму к четырем месяцам тюремного заключения, с отсрочкой исполнения приговора на три года, за разглашение конфиденциальной информации. В октябре 2006 г. Сакихама передал журналистке Ацуко Кусанаги показания несовершеннолетнего пациента, который поджег собственный дом, что привело к смерти его мачехи и двух ее детей, а также документы о его отце. Журналистка опубликовала на их основе книгу. Обвинение утверждало, что разглашенные сведения имеют конфиденциальный характер, а их обнародование нанесло ущерб подростку и его семье. Окружной суд согласился с доводами обвинения и признал психиатра виновным в «безответственности», причинившей ущерб другим лицам. Психиатра заключили в тюрьму, а журналистка осталась на свободе, так как в суде она назвала имя своего информатора. Это было первое в истории Японии судебное решение по делу такого рода¹.

¹ Московская областная психиатрическая газета, № 1 (45), 2009, стр. 3.

Статья 10.

Диагностика и лечение лиц, страдающих психическими расстройствами

(1) Диагноз психического расстройства ставится в соответствии с общепризнанными международными стандартами и не может основываться только на несогласии гражданина с принятыми в обществе моральными, культурными, политическими или религиозными ценностями либо на иных причинах, непосредственно не связанных с состоянием его психического здоровья.

(2) Для диагностики и лечения лица, страдающего психическим расстройством, применяются медицинские средства и методы, разрешенные в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о здравоохранении.

(3) Медицинские средства и методы применяются только в диагностических и в лечебных целях в соответствии с характером болезненных расстройств и не должны использоваться для наказания лица, страдающего психическим расстройством, или в интересах других лиц.

Известно, что у психиатров до сих пор нет согласия по вопросам постановки диагноза психического заболевания: разные психиатрические школы пользуются своими, часто очень несхожими критериями разграничения психических расстройств. О каких же стандартах диагноза может идти речь при таком положении вещей?

Стандарты диагностики содержатся в Международной классификации болезней (МКБ). В ней содержится полный перечень психических расстройств и расстройств поведения. Классификация разработана большим коллективом ученых-медиков большинства стран мира с участием и ведущих специалистов нашей страны, под эгидой Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). Эта классификация время от времени пересматривается и уточняется. В настоящее время действует Десятый пересмотр Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10). От предыдущих классификаций она отличается и тем, содержит не только названия заболеваний и болезненных расстройств, но и указания по их диагностике. Международно-признан-

ные критерии диагностики, содержащиеся в МКБ-10 (психические расстройства и расстройства поведения включены в класс V этой классификации), позволяют не только уверенно разграничивать болезни и расстройства, но и отличать их от различных вариантов нормы. МКБ-10 была введена ВОЗ в мировую практику с января 1991 г., но в Советском Союзе, а потом и в России она не применялась. После распада СССР в 1996 г. Правительство Российской Федерации приняло Постановление (от 23 ноября 1996 г. № 1410), которым была утверждена Федеральная целевая программа «Реформирование статистики в 1997 - 2000 годах». В целях реализации задач Государственной программы перехода Российской Федерации на принятую в международной практике статистическую систему и достижения статистической сопоставимости отечественной и зарубежной медицинской информации Министерство здравоохранения Российской Федерации обязало органы и учреждения здравоохранения осуществить с 1 января 1999 г. переход на МКБ-10, как на единый международный нормативный документ для формирования системы учета и отчетности в здравоохранении (приказ Минздрава РФ от 27 мая 1997 г. №170 «О переходе органов и учреждений здравоохранения Российской Федерации на Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра»). Класс V МКБ-10 «Психические расстройства и расстройства поведения», адаптированный для использования в Российской Федерации, был утвержден заместителем Министра здравоохранения Российской Федерации В.И. Стародубовым 24 июля 1998 г. С начала 1999 г. МКБ-10 стала официальным документом для обязательного использования в учреждениях, оказывающих психиатрическую и наркологическую помощь, в качестве не только статического, но и диагностического руководства¹.

Почему в МКБ-10 используется термин «психическое расстройство», а не «психическое заболевание»? Разве это не отход от нозологического принципа классификации психических болезней?

¹ Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99). (Класс МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации). Утверждена заместителем Министра здравоохранения Российской Федерации В.И. Стародубовым 24 июля 1998 г. Москва, 1998, 512 с.

Курт Шнайдер в своей книге «Клиническая психопатология» указывал, что понятие болезни в области психиатрии должно быть строго медицинским, имеющим биологическую основу. Он подчеркивал, что болезнь, как таковая, существует только в телесном пространстве. Поэтому мы имеем право назвать патологическими, болезненными те отклонения в психике, которые объясняются телесными патологическими процессами (церебральными или экстрацеребральными). Без такого объяснения необычность психического состояния или наблюдающаяся аномалия поведения имеет значение только *картины* и в этом смысле *для врача* она не представляет никакой познавательной ценности и не может становиться предметом его профессиональных занятий. Наблюдаемые особенности психики, если они не обусловлены болезнью, требуют не медицинского, а иного профессионального вмешательства (учебно-воспитательного, психологического, социального или правового).

Это требование наличия биологической телесной патологии, лежащей в основе отклонения психической деятельности, должны составлять первый, *биологический* критерий понятия болезни.

Второй, собственно *медицинский* критерий, болезни должен быть связан с отсутствием у пациента хорошего самочувствия и наличия опасений угрозы своему благополучию, в том числе и угрозы жизни. С медицинской точки зрения этот критерий характеризует понятие ценности существования, или, говоря современным языком, качества жизни.

Третий критерий – *социальный*. Он требует признания патологическим, болезненным такого состояния, которое затрудняет социальное функционирование человека (его трудовые, коммуникативные или иные социальные возможности) или делает его опасным для себя или других людей.

Совокупность указанных трех критериев позволяет рассматривать состояние, как патологическое, болезненное и давать ему соответствующую характеристику.

К сожалению, в психиатрии применение этих критериев болезни затруднено.

Во-первых, в случаях психической патологии часто нет отчетливой связи между отклонениями в телесном и психическом функционировании и, следовательно, оказывается неприменимым биологический критерий болезни.

Во-вторых, в психиатрической практике не всегда применим и критерий плохого самочувствия: многие душевнобольные не чувствуют себя плохо, некоторые, напротив, чувствуют себя даже очень хорошо. И с угрозой для жизни сущность большинства психических расстройств не связана.

В-третьих, социальный критерий болезни в психиатрии должен применяться с большой осторожностью, поскольку социальная неприемлемость поведения человека не обязательно служит признаком психической болезни. В противном случае психиатр может оказаться в ситуации необходимости выполнения несвойственных врачу функций.

Но коль скоро это так, то в качестве понятия болезни в психиатрии остается лишь картина болезни и закономерности ее течения.

Наблюдая картину болезни в ее «поперечном» и «продольном» разрезе, мы можем обосновать ее болезненный характер. Это значительно облегчается в случаях, когда проявления и течение болезни обусловлены каким-то соматическим органическим процессом (или психогенией). Но во многих случаях мы только пытаемся обосновать биологическую природу психической патологии, предполагая (но не зная наверняка), что ее проявления обусловлены какими-то церебральными органическими процессами или расстройством телесного функционирования. По этой причине мы не можем дать здесь собственно медицинской характеристики случаю психической патологии и потому понятие болезни в психиатрии, по существу, представлено лишь в качестве идеи, лишенной ясного телесного (церебрального или соматического) понимания. Это идея расстройства, а не болезни в собственном смысле слова.

Вот почему в классификации вместо терминов «психическое заболевание», «психическая болезнь» используется другой термин – «психическое расстройство», отражающий понимание того обстоятельства, что мы еще не имеем ясного представления, что же является психическим заболеванием.

Составители МКБ-10 отдавали себе отчет в том, что термин «расстройство» не является точным термином. Под ним разумеется *клинически определенная группа симптомов или поведенческих признаков, по которым можно судить, что человек испытывает страдание, или которые препятствуют функционированию его как личности в социальной среде.*

Синдромологический характер концепции построения психиатрического раздела МКБ-10 существенно отличается от привычного для нас нозологического принципа классификации психических заболеваний.

Следует, однако, отметить, что в психиатрии нозологический подход к классификации форм патологии, в отношении которой нет ни ясной этиологии, ни ясного понимания патогенеза, всегда был построен на некоем соглашении («конвенции») специалистов, сторонников той или иной модели психических болезней. Так формировались определенные психиатрические школы – школа Крепелина или школа Блейлера, национальные школы – немецкая, французская. У нас в России широко известно длительное противостояние Московской и Ленинградской психиатрических школ. Последние десятилетия в российской психиатрии господствующее положение занимает нозологическое направление, разрабатываемое школой А.В. Снежневского. Оно также носит пока гипотетический, конвенциональный характер.

Концепция психиатрического раздела МКБ-10 тоже конвенциональная. Она основана на предложениях научных работников и клиницистов 110 институтов из 40 стран мира. Россию представляли такие известные клиницисты, как Н.Н. Жариков, В.В. Ковалев, А.Е. Личко, Р.А. Наджаров, А.Б. Смулевич, А.С. Тиганов, С.Ю. Циркин и др. Соглашение специалистов, принявших эту концепцию, отличается тем, что оно имеет международно-правовую основу. Кроме того, она признана в нашей стране и обязательна к применению. Каждый российский психиатр может, конечно, соглашаться или не соглашаться с концепцией МКБ-10. Но в своей практической работе, фиксируемой в официальной учетной и отчетной медицинской документации, он обязан следовать указаниям этой классификации¹.

Какое руководство по психиатрической диагностике более значимо: МКБ-10, введенное Минздравом России с января 1999 г., или «Клиническое руководство: Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств», утвержденное в августе того же года?

¹ Б. Д.Цыганков, В.Я. Евтушенко. Применение международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (десятый пересмотр) в психиатрической практике. Учебное пособие. М., 2003.

Клиническое руководство «Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств» было утверждено приказом Минздрава Российской Федерации от 6 августа 1999 г. № 311. Как указано во введении к этому руководству, оно основано на международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10). Тем не менее, полного соответствия критериев диагностики, приводимых в нем, с критериями диагностики, приводимыми в МКБ-10, иногда не отмечается.

МКБ-10 – это международно-правовой документ, в отличие от «Моделей диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств», утвержденных лишь ведомственным приказом.

Согласно статье 7 Гражданского кодекса Российской Федерации, принятого 30 ноября 1994 г. № 51-ФЗ, общепризнанные принципы и нормы международного права и международные договоры Российской Федерации являются в соответствии с Конституцией Российской Федерации составной частью правовой системы Российской Федерации. Если международным договором Российской Федерации установлены иные правила, чем те, которые предусмотрены гражданским законодательством, применяются правила международного договора. Официальное признание Россией МКБ-10 как международно-правового документа, обязательного для исполнения на всей территории Российской Федерации, является одной из форм международно-договорных отношений.

У нас в семье был конфликт, в результате которого муж оказался в психиатрической больнице. Могут ли раздоры в семье стать основанием для психиатрического диагноза?

В МКБ-10 подчеркнуто, что применение термина «психическое расстройство» не должно быть чрезмерно расширительным. *Изолированные социальные отклонения и конфликты без личностной дисфункции не должны включаться в группу психических расстройств.*

Есть ли такие лабораторные анализы, которые позволяют наглядно показать наличие у человека психического заболевания?

В медицине определение диагноза болезни производится на основании выявления признаков (симптомов), присущих тому или иному заболеванию. Симптомы болезни обнаруживаются двумя способами. Первый, и до сих пор самый главный способ – это врачебное исследование.

Врач-психиатр в свободной беседе с больным и его родными при помощи умело и профессионально грамотно задаваемых вопросов выявляет ход возникновения и развития болезненных проявлений (изучает анамнез заболевания), а также то, как, какими симптомами болезнь обнаруживает себя во время врачебного исследования и при пребывании в больнице (оценивает патологический статус). Этот способ изучения болезни называется клиническим. Наряду с клиническим методом в постановке диагноза широко пользуются и специальными, клиничко-лабораторными методами исследования. В психиатрии, помимо общемедицинских методик изучения состояния организма (анализы крови, мочи, рентген, кардиограмма и т.п.), большое значение имеет специальное экспериментально-психологическое исследование психики, проводимое психологами с помощью специальных тестов (проб), а также изучение деятельности головного мозга (электроэнцефалограмма, компьютерная томография и некоторые другие). Но эти методы исследования – не главные, а дополнительные; их, в отличие от клинического метода, называют параклиническими. Специальных лабораторных исследований, которые позволяли бы выявить у человека психическую патологию, не существует.

Насколько надежен психиатрический диагноз?

Надежность психиатрической диагностики обеспечивается уровнем клинической подготовленности врача-психиатра. Чем больше у него профессиональных знаний и клинического опыта, тем точнее поставленный им диагноз. Степень надежности психиатрического диагноза существенно повышается при совместном психиатрическом освидетельствовании пациента несколькими врачами-психиатрами (врачебно-психиатрической комиссией). Это имеет особенное значение при решении экспертных вопросов в судебно-психиатрической практике. В случаях, когда имеет место психиатрическая экспертиза в судебном заседании, надежность диагностики повышает участие независимых экспертов или специалистов, представленных разными сторонами в процессе.

Как указано в МКБ-10, *при отчетливом выполнении требований, изложенных в диагностических указаниях, диагностика может рассматриваться, как «достоверная».*

Известно, что одним из наиболее ярких признаков психического расстройства является наличие у пациента бредовых идей. Так называют мысли и высказывания человека, в истинности которых он неколебимо убежден, несмотря на то, что они противоречат реальности или общепринятому мировоззрению. Между тем в соответствии с Конституцией Российской Федерации (статья 29) каждому гражданину гарантируется свобода мысли и слова и никто не может быть принужден к отказу от своих мнений и убеждений. Как это согласуется с практикой психиатрической диагностики и психиатрического лечения?

Бредовые идеи (ложные мысли или высказывания), как правило, являются лишь одним из проявлений болезненного психического расстройства. Когда обусловленное им психическое состояние влияет на поведение человека таким образом, что оно становится неприемлемым для других или опасным для его самого или для окружающих, возникают основания для психиатрического вмешательства. Статья 29 Конституции РФ действительно гарантирует каждому гражданину свободу мысли и слова и не допускает принуждения к отказу от своих мнений и убеждений. Но в Конституции есть и статья 17, утверждающая, что осуществление прав и свобод человека и гражданина не должно нарушать права и свободы других лиц. В Англии говорят: «Свобода твоего кулака заканчивается там, где начинается свобода моего носа».

Имеют ли право врачи психиатрической больницы изменить диагноз судебно-психиатрической экспертной комиссии?

Постановка психиатрического диагноза является исключительным правом лечащего врача, и никто не может заставить его изменить диагноз или директивно повлиять на его мнение. Если при проведении принудительного лечения по определению суда обнаруживается расхождение между диагностическим мнением лечащего врача и диагнозом судебно-психиатрической экспертной комиссии (СПЭК), лечащему врачу надо сразу же представить больного врачебной комиссии (ВК), которая определится с диагнозом. При несогласии комиссии с диагнозом судебно-психиатрической экспертизы больница должна направить в суд мотивированное ходатайство о назначении повторной судебно-психиатрической экспертизы для нового решения диагностического и, возможно,

экспертного вопросов. Лечение больного должно осуществляться в соответствии с диагнозом, определенным врачебной психиатрической комиссией с обязательным участием в ее работе лечащего врача.

Вот уже длительное время комитет социальной защиты не может получить из психиатрической больницы заполненную медицинскую карту на больную, которую должны направить в психоневрологический интернат. Врачи больницы чинят надуманные препятствия, зачем-то требуют подлинник заявления опекуна и т.п. Правы ли они?

Как выяснилось при проверке, врачи психиатрической больницы, получив заключение судебно-психиатрической экспертизы и решение суда о признании больной недееспособной, не согласились с диагнозом судебных психиатров и решением суда. По их мнению, направление больной (молодой девушки) в психоневрологический интернат необоснованно и может пагубно сказаться на ее психическом здоровье. Как считали врачи больницы, неблагоприятный прогноз течения болезни у этой девушки для них еще не очевиден и перевод ее в интернат может перечеркнуть ее будущее. Но они не считали себя вправе менять диагноз СПЭЖ и стали «тянуть время». Была очевидной достаточно характерная ошибка, даже целый «набор» ошибок врачей. Во-первых, всегда надо помнить, что постановка психиатрического диагноза является исключительным правом лечащего врача, и никто не может заставить его изменить поставленный им диагноз или директивно повлиять на его мнение. В данном случае возникла ситуация, когда больной было поставлено два разных диагноза. В больнице, где она лечилась, правомерен лишь диагноз лечащего врача. Для суда, принявшего решение о недееспособности больной, правомерен диагноз судебно-психиатрической экспертной комиссии. Какой выход из этой непростой ситуации? В данном случае лечащий врач, не согласившийся с диагнозом судебных психиатров, должен сразу представить больную врачебной комиссии. Если мнение лечащего врача поддерживается врачебной комиссией, то администрация больницы обязана сразу же направить в судебные инстанции обоснованное ходатайство об отмене решения суда о признании больной недееспособной и назначении ей повторной судебно-психиатрической экспертизы. Если же врачебная комиссия не соглашается

с мнением лечащего врача, который, однако, по-прежнему привержен своему диагнозу, лечащий врач обязан записать свое обоснованное, аргументированное особое мнение и окончательное решение принимает руководство больницы. Оно не может заставить лечащего врача изменить поставленный им диагноз, но вправе передать больную для ведения другому врачу. Решая эти диагностические проблемы, и лечащий врач, и администрация больницы не должны упускать из виду, что уже есть решение суда о недееспособности больной, вступившее в законную силу, и никто не вправе препятствовать его осуществлению. В такой ситуации большое значение имеет то обстоятельство, назначен ли больной опекун, или нет. Если опекунство еще не оформлено, то функции опекуна выполняет психиатрическая больница, в которой лечится больная. Она должна определиться с тем, надо ли направлять больную в психоневрологический интернат и сообщить о своем мнении в комитет соцзащиты. Если же опекун больной уже назначен, и комитет социальной защиты действует по заявлению опекуна, то больница не вправе задерживать отправку необходимых документов, но обязана известить орган опеки и попечительства, который назначил опекуна и контролирует его, что опекун действует вопреки интересам его подопечной и что направление ее в психоневрологический интернат может пагубно сказаться на ее здоровье. Иными словами, на всех этапах ведения больной медики должны действовать в точном соответствии с нормами закона. Просто «тянуть время», надеясь «на авось» - недопустимо.

Существуют ли возможности отмены («снятия») поставленного психиатрического диагноза?

Как и всякие действия медицинских работников, с которым гражданин не согласен, считая, что они ущемляют его права и законные интересы, могут быть обжалованы на основании ст. 47 настоящего Закона. Такая жалоба может быть подана по выбору лица, приносящего жалобу, непосредственно в суд, или вышестоящему должностному лицу, или в вышестоящий орган здравоохранения, или в прокуратуру. При подаче подобной жалобы вышестоящему должностному лицу (или в вышестоящий орган здравоохранения) вопрос о правомерности поставленного психиатрического диагноза обычно решается путем повторного психиатрического освидетельствования врачебной комиссией (например, ко-

миссией при главном психиатре региона). При обращении в суд по подобным вопросам надо иметь в виду, что в суде рассматриваются лишь юридически значимые обстоятельства. Психиатрический диагноз, являясь чисто медицинской квалификацией психического здоровья человека, такого рода обстоятельством не является¹. Суд может принять к рассмотрению исковое заявление о защите чести, достоинства и деловой репутации в связи с постановкой психиатрического диагноза. Для его разрешения суд должен назначить соответствующую судебно-психиатрическую экспертизу и поручить ее производство психиатрам-экспертам, не наблюдавшим ранее данного гражданина. По ее результатам и выносится судебное решение.

Два года назад в Забайкалье Андрей Б. обратился с просьбой выделить ему инвалидное кресло-коляску с электроприводом (он не может передвигаться на ногах). И тут он случайно узнал, что в его медицинской карте имеется запись о наличии у него психического заболевания - «Олигофрения в стадии выраженной дебильности». Оказалось, что уже восемь лет он считается «умственно неполноценным». Андрей Б. действительно с рождения страдает детским церебральным параличом. Но проблем, связанных с психическим здоровьем, он никогда не имел. Андрей Б. попытался решить возникшую проблему с врачами, но забайкальские эксперты-медики отказались признать свою вину. В марте 2008 г. Андрей Б. был вынужден обратиться в районный суд. Из представленных в суд документов следовало, что юноша с рождения обладал достаточным интеллектом, обучался на дому по программе общеобразовательной школы на «4» и «5», в настоящее время пишет стихи, которые публикуются в газетах, издаются в поэтических сборниках. Самостоятельно он освоил компьютер, интернет, имеет много друзей по переписке, монтирует для них видеоролики. Он никогда не обследовался врачом-психиатром, так как в этом не было нужды. Освидетельствование в бюро МСЭ Андрей Б. проходил только один раз – в 1998 г., но врачом-психиатром обследован не был. Поэтому непонятно, как в акте освидетельствования появилась запись о психическом заболевании. Ни-

¹ В решении Европейского Суда по правам человека от 28 октября 2003 г. по жалобе «Ракевич против Российской Федерации» было подчеркнуто, что отказ Суда вдаваться в вопросы правомерности постановки диагноза можно понять, так как без медицинского образования решение этой задачи непосильно (<http://www.barrit.ru>).

каких повторных обследований в бюро МСЭ более не проходил. Оказалось, что в его медицинских документах имеются еще два акта освидетельствования (2000 и 2005 г.) и в них указан тот же диагноз. Судья районного суда заявила инвалиду, что ему следует пройти судебно-медицинскую экспертизу. Андрей Б., однако, счел нужным отказаться от этой унижительной для себя процедуры. Юноша заявил, что он имеет равные права и свободы с другими людьми, которых никто не обязывает для подтверждения своего психического здоровья проходить обследование в специализированном учреждении. Андрей Б. добавил, что допущена халатность, которую обязаны исправить те, кто в этом виноват, и обжаловал решение суда. Судебная коллегия по гражданским делам областного суда вынесла кассационное определение: признать незаконной запись в актах освидетельствования о наличии у Б.Андрея психического заболевания, и выплатить ему за эту ошибку 20 тысяч рублей в качестве моральной компенсации¹.

Признаки психического расстройства и критерии их диагностики официально определены МКБ-10. А есть ли официально установленные признаки психического здоровья?

Всемирная организация здравоохранения установила 6 признаков, которые характеризуют психическое здоровье. К ним относятся: 1) Осознание единства и постоянства своего физического и психического Я. 2) Чувство постоянства переживаний в однотипных ситуациях. 3) Способность адекватно оценивать себя, свою психическую деятельность и ее результаты («критичность»). 4) Соответствие психических реакций силе внешних воздействий, обстоятельствам и ситуации. 5) Способность управления своим поведением в соответствии с социальными нормами и законами. 6) Способность к планированию и реализации своей собственной деятельности.

¹ Московская областная психиатрическая газета, № 1 (45), 2009, стр. 6.

Статья 11.

Согласие на лечение

(1) Лечение лица, страдающего психическим расстройством, проводится после получения его письменного согласия, за исключением случаев, предусмотренных частью четвертой настоящей статьи.

(2) Врач обязан предоставить лицу, страдающему психическим расстройством, в доступной для него форме и с учетом его психического состояния информацию о характере психического расстройства, целях, методах, включая альтернативные, и продолжительности рекомендуемого лечения, а также о болевых ощущениях, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах. О предоставленной информации делается запись в медицинской документации.

(3) Согласие на лечение несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, а также лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, дается их законными представителями после сообщения им сведений, предусмотренных частью второй настоящей статьи.

(4) Лечение может проводиться без согласия лица, страдающего психическим расстройством, или без согласия его законного представителя только при применении принудительных мер медицинского характера по основаниям, предусмотренным Уголовным кодексом Российской Федерации, а также при недобровольной госпитализации по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона. В этих случаях, кроме неотложных, лечение применяется по решению комиссии врачей-психиатров. *(В ред. Федерального закона от 21.07.1998 г. № 117-ФЗ).*

(5) В отношении лиц, указанных в части четвертой настоящей статьи, применение для лечения психических расстройств хирургических и других методов, вызывающих необратимые последствия, а также проведение испытаний медицинских средств и методов не допускаются.

В каких случаях требуется получение от больного письменного согласия на его лечение?

Письменное согласие больного на его лечение необходимо иметь в начале курса амбулаторного лечения, а также при каждой госпитализации больного в психиатрический стационар (или полустационар). Оно требуется и при существенном изменении лечебной программы (особенно, если оно связано с возрастанием риска). Например, согласие больного на лечение надо получать при переходе от лечения лекарствами к электросудорожной терапии, при применении метода одномоментной отмены лекарственных препаратов, при переходе от терапии малыми дозами препаратов к более интенсивной терапии, а также в других подобных случаях.

Но, разумеется, правило получения согласия на лечение следует исполнять разумно, не доводя эту работу до абсурда. Ведь реальный процесс лечения нельзя жестко предопределить. Врач всегда находится в поиске оптимальных вариантов использования терапевтических методов и средств и не следует брать у больного письменное согласие при всяком изменении набора применяемых препаратов или их доз.

Разве может человек, находящийся в состоянии психического расстройства, давать осознанное добровольное согласие на его лечение? Ведь подавляющее число психически больных не замечают у себя болезни и считают себя здоровыми. А если он считает себя здоровым, то зачем ему соглашаться на лечение?

Есть две категории случаев, при которых от больных, безусловно, нельзя брать согласие на лечение. Первая категория включает несовершеннолетних в возрасте до 15 лет, которые еще не способны к свободному волеизъявлению. Вторая категория – это лица, признанные в установленном законом порядке недееспособными. Согласие на лечение таких больных дают те, кто является их законными представителями.

Во всех остальных случаях наличие у пациента психического расстройства еще не означает отсутствие у него способности к выражению добровольного согласия на лечение. Но оно может быть признано добровольным только тогда, когда к душевнобольному, который соглашается на лечение, не применяются любые формы насилия, угрозы или обмана.

Что имеется в виду под насилием, угрозой или обманом, которыми можно заставить больного дать согласие на его лечение?

Насилие – это причинение пациенту физических или душевных страданий с целью принудить его к даче письменного согласия на лечение.

Угроза – это заявление о том, что подобное насилие с причинением больному какого-либо вреда будет сделано, если он не даст согласия на лечение.

Обман – это умышленное введение пациента в заблуждение с целью получения у него согласия на лечение.

Закон говорит об обязанности врача при получении от больного согласия на лечение давать ему информацию о характере психического расстройства. Но разве можно сообщать больному диагноз его психического заболевания? Ведь такая информация может быть трагически воспринята больным и стать причиной беды.

При получении от больного согласия на лечение Закон не обязывает врача-психиатра сообщать пациенту буквальные формулировки психиатрического диагноза. Больному должен быть разъяснен характер его психического расстройства, с описанием его проявлений, особенностей течения и тех нарушений нервной системы, с которыми оно связано. Эти сведения должны сообщаться в таком виде и в такой форме, которые исключают нанесение больному психической травмы и не вовлекают врача в конфликт с ним. Важно, чтобы медицинская информация сообщалась больному в доступной для него форме, на понятном ему языке.

Всегда ли вовлечение больного в процесс его лечения件 полезно для него?

Для больных вникать в свое лечение не всегда件 полезно. Ученые выяснили, что это не всегда делает их более здоровыми. В исследовании, проведенном американскими учеными под руководством Austin Baldwin, с пациентами, страдающими артериальной гипертонией, оказалось, что у тех, кто стремился более активно участвовать в лечебном процессе, уровни АД и холестерина были выше, чем у тех, кто просто доверялся врачам. При этом «активные» пациенты чаще находили информацию о своей проблеме (например, из медицинских брошюр или из Интернета). Авторы приводят несколько объяснений полученных результатов. Во-первых, пациенты, вникающие в лечение, зачастую относятся к врачам предвзято. А доверие к врачу существенно повышает

шансы на успешное лечение. Во-вторых, в лечении одних заболеваний требуется большее участие пациента, в лечении других – меньшее. У вникающих в лечение пациентов оказались более высокими уровни АД и холестерина, но с уровнем глюкозы в крови дело обстоит совсем по-другому. При повышении артериального давления или холестерина человек ничего не чувствует, поэтому повлиять на течение заболевания довольно трудно. Колебания уровня глюкозы, напротив, вызывают ряд симптомов, поэтому пациенту понятно, какие привычки полезны, а какие вредны. С другой стороны, вполне вероятно, что некоторые пациенты вникают в лечение именно потому, что качество медицинской помощи действительно оставляет желать лучшего. Таким образом, врач в каждом конкретном случае должен определиться, какую модель отношений с больным он предпочтет: партнерскую или патерналистскую¹. Критерием выбора должна быть польза для больного.

В каком виде оформляется согласие больного на его лечение?

Прежде всего, надо подчеркнуть, что согласие больного на лечение должно быть письменным. Форму такого письменного согласия Закон не определяет. С учетом того обстоятельства, что больной, давая согласие на лечение, должен получить необходимую информацию об этом, простой записи о том, что пациент «согласен на госпитализацию и лечение», недостаточно. Запись в медицинской документации (амбулаторной карте, истории болезни) о предоставлении пациенту информации имеет правовое значение и должна содержать конспективное изложение как сообщенных врачом сведений, так и реакции на них пациента.

Закон определяет, что при подписании больным согласия на лечение ему была предоставлена информация по шести позициям: о характере психического здоровья (1), целях лечения (2), о возможных болевых ощущениях при его проведении (3), о возможном риске (4), о побочных явлениях (5) и об ожидаемых результатах (6).

Само согласие на лечение не обязательно вписывается в медицинскую документацию. Оно может быть и в форме расписки, данной пациентом или его законным представителем, или в форме заявления, просьбы. Но о предоставленной больному информации, на основе которой он дал согласие на лечение, запись делается в медицинской доку-

¹ Московская областная психиатрическая газета, № 7 (44), 2008 г.

ментации (истории болезни или в амбулаторной карте). Независимо от того, в какой форме дается такое согласие, всегда должно быть ясно, что человеку, подписавшему этот документ, была предоставлена требуемая Законом информация и подписавший понял ее.

Как поступить в случаях, когда больной согласен на лечение, но не может поставить свою подпись, например, в силу неграмотности, наличия проблем со зрением или по другим уважительным причинам?

В подобных случаях согласие на лечение удостоверяется третьим лицом с указанием причин, по которым получить подпись больного невозможно.

Нередко больной, находясь в состоянии психического расстройства, не подписывает согласия на лечение, и в то же время не заявляет прямо о своем отказе от лечения. Как в таких случаях должны поступать медицинские работники?

Действительно, в ряде случаев психически больные проявляют двойственное отношение к их лечению. Это выражается в том, что они не дают согласия на лечение, и, в то же время, без сопротивления, а иногда даже охотно принимают назначенные им таблетки или инъекции. Сюда относятся и те случаи, при которых тяжелое психическое расстройство больного не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно. Такую ситуацию следует рассматривать, как отсутствие согласия, а лечение подобных больных надо проводить по основаниям, предусмотренным статьей 32 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан». В подобных случаях вопрос о лечении гражданина решает консилиум.

Консилиум (лат. *consilium* совещание, обсуждение) — совещание нескольких врачей одной или различных специальностей, которые могут иметь отношение к заболеванию пациента. На консилиум могут приглашать, помимо врачей, компетентных специалистов и немедицинских специальностей (например, для решения специальных юридических или научно-технических вопросов), если это необходимо для правильного понимания характера заболевания и правильного выбора диагностической и лечебной тактики. На проведение консилиума необходимо

разрешение главного врача или заведующего отделением. Заключение консилиума обязательно письменно фиксируется в медицинской карте пациента и заверяется подписями участников консилиума.

В тех случаях, когда собрать консилиум невозможно, решение о проведении больному неотложного медицинского вмешательства при отсутствии на это его согласия принимает непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением заведующего отделением.

Когда больной госпитализирован в психиатрический стационар в недобровольном порядке, можно ли проводить его лечение без согласия?

Необходимость проведения больному лечения в стационарных условиях является одним из оснований недобровольной госпитализации в психиатрический стационар (статья 29 Закона). Решение об этом принимает врач-психиатр, госпитализирующий больного (статья 28 Закона), и комиссия врачей-психиатров, пришедшая к заключению о необходимости продолжения стационарного лечения при неотложности медицинского вмешательства.

Статья 12.

Отказ от лечения

(1) Лицо, страдающее психическим расстройством, или его законный представитель, имеют право отказаться от предлагаемого лечения или прекратить его, за исключением случаев, предусмотренных частью четвертой статьи 11 настоящего Закона.

(2) Лицу, отказывающемуся от лечения, либо его законному представителю, должны быть разъяснены возможные последствия прекращения лечения. Отказ от лечения с указанием сведений о возможных последствиях оформляется записью в медицинской документации за подписью лица или его законного представителя и врача-психиатра.

На какой период действительно подписанное больным согласие на его лечение?

Согласие на лечение больной дает без указания какого-то определенного срока или периода. Он может отказаться от него в любое время,

и тогда врачу надо решать вопрос либо о прекращении того лечения, на которое ранее было дано согласие, и о назначении нового, либо о проведении лечения без согласия на это пациента, если есть основания для применения части 4 статьи 11 Закона РФ «О психиатрической помощи...».

Как оформляется отказ больного от психиатрического лечения?

Желательно, чтобы отказ больного от лечения был представлен в виде его личного письменного заявления (или заявления его законного представителя). Но это не обязательное условие. Отказ от лечения может быть заявлен и устно. В этом случае врач обязан записать факт отказа в медицинском документе и сделанную запись удостоверить подписью третьего лица (свидетеля). Это важное условие необходимо соблюдать, так как прекращение лечебной программы может негативно сказаться на состоянии здоровья пациента или принести ему ущерб. Наличие подписи свидетеля служит подтверждением того, что лечение не начато (или прекращено) по требованию больного.

При отказе больного от начала лечения или от уже начатого лечебного процесса врач обязан сообщить пациенту сведения о возможных последствиях такого отказа. Факт сообщения больному подобной информации также отмечается в медицинской документации отдельной записью.

У нас в отделении лежит ребенок 12 лет, высказывающий суицидальные мысли. По своему психическому состоянию он представляет суицидальную опасность. Мать ребенка не понимает этого и в категорической форме отказывается дать согласие на его лечение. Какими должны быть наши действия?

Статья 33 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г. № 5487-1 устанавливает право медицинского учреждения обратиться в суд для защиты интересов лиц, не достигших 15 лет, или лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, при отказе их родителей или иных законных представителей от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни указанных лиц.

Статья 13.

Принудительные меры медицинского характера

(1) Принудительные меры медицинского характера применяются по решению суда в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния, по основаниям и в порядке, установленным Уголовным кодексом Российской Федерации (в редакции Федерального закона от 21 июля 1998 г. № 117-ФЗ, вступил в силу с 29 июля 1998 г.) и Уголовно-процессуальным кодексом Российской Федерации (в редакции Федерального закона от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ, вступил в силу с 1 января 2005 г.).

(2) Принудительные меры медицинского характера осуществляются в психиатрических учреждениях органов здравоохранения. Лица, помещенные в психиатрический стационар по решению суда о применении принудительных мер медицинского характера, пользуются правами, предусмотренными статьей 37 настоящего Закона. Они признаются нетрудоспособными на весь период пребывания в психиатрическом стационаре и имеют право на пособие по государственному социальному страхованию или на пенсию на общих основаниях.

Какие виды психиатрической помощи относятся к «принудительным мерам медицинского характера»?

К принудительным мерам медицинского характера относится психиатрическое лечение, определенное судом в связи с совершением больным, признанным невменяемым, общественно опасного деяния. Такое лечение проводится больному независимо от его желания, при необходимости - с принуждением его к этому. Поэтому такое лечение называют принудительным. Но назначение принудительного лечения вовсе не исключает того, что больной может выражать и согласие на такое лечение. Более того, задача врача - даже при проведении принудительного лечения стремиться заручиться согласием пациента на медицинское вмешательство, так как сотрудничество с ним в этом плане является залогом успеха терапии.

Чем же отличается принудительное лечение от недобровольного?

Принудительное лечение назначается и проводится тем душевнобольным, которые *уже совершили* те или иные противоправные действия, предусмотренные уголовным законом. Факт совершения больным противоправных действий, предусмотренных уголовным законом, устанавливает только суд. Поэтому принудительное лечение душевнобольным, совершившим правонарушение, назначается судом.

Недобровольное лечение, в отличие от лечения принудительного, осуществляется в отношении тех больных, которые *еще не совершили* каких-либо общественно опасных поступков, но находятся в таком состоянии расстройства психики, которое представляет непосредственную опасность для них самих или для окружающих.

Психическое расстройство, которое может привести к поведению, опасному для окружающих или для самого душевнобольного, выявляется при психиатрическом освидетельствовании. Поэтому решение о недобровольном лечении больного принимает врачебная комиссия при освидетельствовании больного. Приняв такое решение, комиссия обращается в суд с соответствующим заявлением. Суд, рассмотрев это заявление, удовлетворяет или не удовлетворяет его.

К каким больным применяются принудительные меры медицинского характера?

Принудительные меры медицинского характера назначаются психически больным, совершившим какое-либо правонарушение в состоянии *невменяемости*.

Кроме того, статья 22 УК РФ предполагает, что наличие психических нарушений, не исключающих вменяемости, тоже может служить основанием для назначения принудительных мер медицинского характера.

Что означают понятия «вменяемость» и «невменяемость» и чем они отличаются от понятий «дееспособность» и «недееспособность»?

Вменяемость означает способность человека к вменению ему вины за совершенное им правонарушение. Вменение вины – это юридический термин. Смысл его состоит в том, что установления факта наруше-

ния закона и того лица, которое совершило это правонарушение еще недостаточно для того, чтобы признать это лицо «переступившим» (переступившим) закон (то есть преступником) и вменить ему вину в содеянном. Для этого суд (а только суд может признать человека преступником) должен быть убежден в том, что человек, совершая нарушение закона (переступая закон), был способен осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Такая способность называется вменяемостью, поскольку она позволяет вменить человеку его вину в совершении противоправных действий. В тех случаях, когда правонарушение совершает душевнобольной человек, неспособный осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, и суд устанавливает этот факт, мы уже не вправе говорить, что совершивший правонарушение «переступил» закон и виновен в этом. Такому человеку нельзя вменить вину в содеянном. Противоправные действия, совершенные больным в состоянии невменяемости, оказываются, таким образом, лишь несчастным случаем. Больной, признанный невменяемым, не может отвечать за те свои поступки, которые ему нельзя вменить в вину, и потому он освобождается от уголовной ответственности и от какого-либо наказания вообще. Но чтобы не допустить повторных противоправных действий, суд, освободив от уголовной ответственности человека, признанного невменяемым, назначает ему принудительное лечение, которое является медицинской мерой предупреждения повторения общественно опасных действий. Принудительное лечение, следовательно, ни в какой мере не может рассматриваться как форма наказания медицинскими средствами. Принудительное лечение назначается больному не за противоправные действия, но в связи с ними и для предупреждения их повторения.

Понятия же дееспособности и недееспособности применяются только в гражданском праве, где речь не идет о вменении вины, а рассматриваются лишь вопросы, касающиеся способности человека понимать значение совершаемых им действий в обычной жизни.

На основании каких критериев устанавливается состояние невменяемости?

В современном уголовном праве выделяются медицинский и юридический критерий невменяемости. Юридический критерий включает

в себя неспособность лица сформировать необходимое интеллектуальное и волевое отношение к совершаемому деянию. Медицинский критерий определяется наличием у лица состояния болезненного расстройства психической деятельности, которое является основанием для применения юридического критерия.

Как следует из названий критериев невменяемости, для определения наличия или отсутствия состояния невменяемости в каждой конкретной ситуации требуется применение как юридических, так и медицинских специальных знаний. Поэтому для установления невменяемости назначается судебно-психиатрическая экспертиза. При этом необходимо иметь в виду, что экспертизой может оцениваться только наличие или отсутствие только медицинского критерия невменяемости, потому что судебно-психиатрические эксперты не вправе давать заключение о «вменяемости» или «невменяемости» обследованного ими гражданина. Результат судебно-психиатрической экспертизы должен быть подвергнут юридической оценке с учётом прочих обстоятельств дела, на основе чего должен быть сделан вывод о вменяемости или невменяемости данного лица.

Что такое ограниченная вменяемость?

Ограниченная, или уменьшенная вменяемость — термин, используемый для обозначения психического состояния лица, способности которого осознавать характер и общественную опасность своих действий или руководить ими ограничены ввиду наличия у него какого-либо психического расстройства.

Правовая норма об ответственности лиц с психическим расстройством, не исключающим вменяемости, была введена в Уголовный кодекс Российской Федерации в 1966 г.

Часть 1 ст. 22 УК РФ гласит: «Вменяемое лицо, которое во время совершения преступления в силу психического расстройства не могло в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, подлежит уголовной ответственности». При этом, согласно ч. 2 ст. 22 УК РФ, данное психическое расстройство учитывается судом при назначении наказания и может служить основанием для назначения принудительных мер медицинского характера.

Может ли психически больной лично участвовать в судебном заседании по тому уголовному делу, в связи с которым ему может быть назначено принудительное лечение?

В 2007 г. Конституционный суд Российской Федерации рассмотрел обращение граждан С.Г. Бламского, О.Б. Лобашовой и В.К. Матвеева. Предметом рассмотрения Конституционного Суда явились находящиеся в нормативном единстве положения статьи 402, части третьей статьи 433, статей 437 и 438, частей третьей и шестой статьи 439, части первой статьи 441, статьи 444 и части первой статьи 445 УПК Российской Федерации, на основании которых определяются права граждан на личное ознакомление с материалами уголовного дела, на участие в судебном заседании при его рассмотрении, на заявление ходатайств, инициирование рассмотрения вопроса об изменении и прекращении применения таких мер и обжалование принятых по делу процессуальных решений.

Конституционный суд исходил из того, что Конституция Российской Федерации провозглашает человека, его права и свободы высшей ценностью, возлагает на государство обязанность признавать, соблюдать и защищать эти права и свободы и охранять достоинство личности (статьи 2 и 18; статья 21, часть 1) и предполагает недопустимость какого бы то ни было их умаления, в том числе в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами.

Кроме того, конкретизируя положения международно-правовых актов применительно к лицам, страдающим психическими расстройствами, Конституционный суд пришел к выводу, что с ними соотносятся предписания Закона Российской Федерации от 2 июля 1992 г. «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», согласно части первой статьи 5, лица, страдающие психическими расстройствами, обладают всеми правами и свободами граждан, предусмотренными Конституцией Российской Федерации и федеральными законами; ограничение же прав и свобод граждан, связанное с психическим расстройством, допустимо лишь в случаях, предусмотренных законами Российской Федерации, как это следует из статьи 55 (часть 3) Конституции Российской Федерации.

Вместе с тем лица, в отношении которых осуществляется производство о применении принудительных мер медицинского характера, непосредственно не упомянуты ни в разделе II УПК Российской Федера-

ции, ни в самой главе 51 УПК в числе тех участников уголовного судопроизводства, которым дается право знакомиться с материалами уголовного дела, которые уведомляются о прекращении уголовного дела или о направлении его в суд для применения принудительной меры медицинского характера с вручением копии соответствующего постановления и которые наделены правом участвовать в судебном заседании при его рассмотрении (части третья и шестая статьи 439, часть первая статьи 441). Не отнесены они и к имеющим право обжаловать постановления суда в кассационном и надзорном порядке (статьи 402 и 444) и право инициировать прекращение или изменение принудительной меры медицинского характера (часть первая статьи 445). В силу статей 437 и 438 УПК Российской Федерации перечисленные права осуществляются законным представителем и защитником лица, в отношении которого ведется производство о применении принудительных мер медицинского характера.

Как постановил Конституционный суд РФ (постановление от 20 ноября 2007 г. № 13-П), лицо, в отношении которого ведется производство о применении принудительных мер медицинского характера, по существу, уличается в совершении деяния, запрещенного уголовным законом. Поэтому такому лицу, хотя оно и не привлекается к уголовной ответственности, должны обеспечиваться равные с другими лицами, в отношении которых осуществляется преследование, процессуальные права, - тем более что, как следует из пункта 3 части второй статьи 29, пункта 16 части четвертой статьи 47, пункта 4 части третьей статьи 49, пункта 3 статьи 196 и статьи 203 УПК Российской Федерации, до получения результатов судебно-психиатрической экспертизы лицо, в отношении которого она проводилась, по своему статусу являлось обвиняемым или подозреваемым и, таким образом, уже обладало соответствующими процессуальными правами (статьи 46 и 47 УПК Российской Федерации).

В правоприменительной практике с момента получения заключения судебно-психиатрической экспертизы лицо, признанное невменяемым, как правило, не только автоматически считается не способным лично осуществлять указанные в этих нормах процессуальные действия, но и лишается остальных прав, предоставленных в уголовном судопроизводстве лицам, в отношении которых ведется уголовное преследование, а именно: знать, в совершении какого общественно опасного деяния его

уличают, давать объяснения по обстоятельствам дела, заявлять ходатайства, участвовать в производстве следственных действий и судебном разбирательстве, приносить жалобы на действия и решения следователя, прокурора и суда, знакомиться с заключением экспертов и др.

С момента приобщения к материалам уголовного дела заключения судебно-психиатрической экспертизы обеспечение процессуальных прав данной категории лиц в полном объеме передается законному представителю и защитнику, сами же эти лица, таким образом, фактически утрачивают уголовно-процессуальную дееспособность, т.е. становятся в производстве о применении принудительных мер медицинского характера его объектом, без проверки в судебном заседании, действительно ли они не способны (с точки зрения психического состояния) самостоятельно защищать свои права.

Между тем отсутствие в уголовном и уголовно-процессуальном законодательстве дифференцированного регулирования прав тех, у кого способность реально осуществлять процессуальные действия, несмотря на заболевание, сохранена, и тех, кто действительно по своему психическому состоянию не может самостоятельно защищать свои права, не соответствует международным обязательствам Российской Федерации и законодательству Российской Федерации о психиатрической помощи и не обеспечивает защиту прав личности от необоснованных ограничений. Лишение лица, в отношении которого подлежат применению или применены принудительные меры медицинского характера, возможности самостоятельно реализовывать свои процессуальные права, если психическое заболевание этому не препятствует, означает не согласующееся с конституционно значимыми целями, закрепленными в статье 55 (часть 3) Конституции Российской Федерации, ограничение прав, гарантированных каждому ее статьями 45 (часть 2) и 46 (часть 1).

Данный вывод корреспондирует практике Европейского Суда по правам человека, который в постановлении от 20 октября 2005 г. по делу «Романов против России» признал, что присутствие заявителя в судебном заседании является необходимым условием для того, чтобы судья лично мог убедиться в его психическом состоянии и принять справедливое решение; рассмотрение дела судом первой и кассационной инстанций в отсутствие заявителя (вопреки его желанию), которое ничем не может быть компенсировано, допустимо лишь при наличии особых

обстоятельств, например если имеют место какие-либо признаки агрессивного поведения или если физическое и психическое состояние не позволяет ему предстать перед судом.

В итоге Конституционный Суд Российской Федерации постановил признать не соответствующими Конституции Российской Федерации, ее статьям 19, 45 (часть 2), 46 (часть 1) и 55 (часть 3), находящиеся в нормативном единстве положения статьи 402, части третьей статьи 433, статей 437 и 438, частей третьей и шестой статьи 439, части первой статьи 441, статьи 444 и части первой статьи 445 УПК Российской Федерации в той мере, в какой эти положения - по смыслу, придаваемому им сложившейся правоприменительной практикой, - не позволяют лицам, в отношении которых осуществляется производство о применении принудительных мер медицинского характера, лично знакомиться с материалами уголовного дела, 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. Правоприменительные решения по делам граждан С.Г. Абламского, О.Б. Лобашовой и В.К. Матвеева признаны подлежащими пересмотру в установленном порядке.

Таким образом, Конституционный суд России признал не соответствующим нормам Основного закона страны целый ряд статей Уголовно-процессуального кодекса РФ, которые, по мнению КС, ущемляли в правах психически больных подсудимых и лиц, подвергшихся принудительному лечению. Теперь этой категории граждан позволено не только лично участвовать в судебных заседаниях по их уголовным делам, но и знакомиться с материалами следствия. Положения соответствующих статей Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации признаны неконституционными. Эти нормы перестают существовать с момента оглашения постановления. Для этого не требуется никаких решений ни Госдумы, ни Совета Федерации, ни Президента.

На какой срок назначается принудительное лечение? Связана ли длительность принудительного лечения с характером общественно опасного деяния?

Поскольку принудительное лечение не является наказанием, оно не назначается на какой-то определенный срок. Нет никакой связи между

длительностью принудительного лечения и той статьёй Уголовного кодекса, по которой больной привлекался к ответственности. Продолжительность принудительного лечения определяется только характером психического состояния, в котором находится больной. Врачебная комиссия, которая выходит в суд с ходатайством о прекращении принудительного лечения, может принять такое решение в любой срок после его назначения, лишь бы была твердая уверенность, что больной находится в таком состоянии, которое в данное время исключает вероятность повторения противоправных действий. Чтобы принудительное лечение не было излишне длительным, закон обязывает врачей проводить обязательное комиссионное освидетельствование больных не реже одного раза в полугодие.

Какие виды принудительного лечения суд может назначить больному, совершившему общественно опасные действия?

В соответствии со ст.ст. 90-101 УК РФ принудительное лечение может быть назначено больному в виде принудительного наблюдения и лечения у психиатра в амбулаторных условиях (т.н. амбулаторное принудительное лечение) и в виде принудительного лечения в психиатрическом стационаре. Выделяют три типа психиатрических стационаров, в которых может проводиться принудительное лечение: общего типа, специализированного типа и специализированного типа с интенсивным наблюдением. Все они находятся в ведении органов здравоохранения.

По делам, связанным с назначением и исполнением принудительного лечения, нередко приходится сталкиваться с судебной волокитой. Есть ли сроки судебного рассмотрения подобных дел?

Европейский суд по правам человека в 2005 г. признал обоснованным иск гражданина России Ильи Романова и обязал российские власти выплатить ему компенсации в размере 6000 евро. Илья Романов был арестован 12 октября 1998 г. за хранение марихуаны. Через месяц после ареста Романова направили в Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского, где специалисты пришли к выводу, что пациент не может нести уголовную ответственность как страдающий врожденным диссоциативным расстройством личности. Но вместо принудления Романов еще почти полтора года продол-

жал оставаться в психиатрическом отделении Бутырского СИЗО, потому что Гагаринский районный суд назначил повторную судебно-психиатрическую экспертизу, которая подтвердила первоначальный диагноз. В апреле 2000 г. Гагаринский межрайонный суд Москвы признал Романова виновным, но освободил от ответственности, приняв во внимание его психическое заболевание. Лишь после этого пациента перевели в нижегородскую психбольницу. В июле 2003 г. прошли повторные слушания в Гагаринском суде, который фактически подтвердил вердикт трехлетней давности. Но 4 сентября 2003 г. Мосгорсуд отменил решение межрайонного суда, освободил Романова от уголовного преследования в соответствии с указом об амнистии от 26 мая 2000 г. После этого адвокаты Романова подали иск в Европейский суд по правам человека. Основной упор защитники Романова сделали на то, что он не совершал тяжких преступлений, и не было оснований для его длительного содержания в следственном изоляторе. Европейский суд по правам человека признал, что в отношении Романова были нарушены статьи 3 (запрет на бесчеловечное и унижительное обращение), 5.3 (право на рассмотрение дела в разумные сроки), 6.1 (право на справедливый суд) и 3 (с) (право на самостоятельную защиту в суде) Европейской конвенции по правам человека. Что же касается самого дела о наркотиках, в хранении которых обвинялся Романов, то суд решил, что следствие не предоставило достаточных оснований для ареста Романова, а затягивание сроков рассмотрения дела не связано ни с его сложностью, ни с поведением подсудимого. Причиной волокиты стала недостаточная расторопность и пренебрежение интересами заключенного со стороны Гагаринского межрайонного суда. Теперь Романову полагается 5 тыс. евро как компенсация нематериального ущерба, 628 евро как компенсация судебных издержек, а также 4519,99 рубля на прочие расходы¹.

¹ Московская областная психиатрическая газета, № 9 (14), 2005 г., стр. 3.

Статья 14.

Судебно-психиатрическая экспертиза

Судебно-психиатрическая экспертиза по уголовным и гражданским делам производится по основаниям и в порядке, предусмотренным законодательством Российской Федерации (в редакции Федерального закона от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ, вступившего в силу с 1 января 2005 г.).

В каких случаях и кем назначается судебно-психиатрическая экспертиза?

Судебно-психиатрическая экспертиза назначается в случаях, когда в ходе производства по уголовному или гражданскому делу у суда или следствия возникает необходимость в привлечении специалиста-эксперта, обладающего специальными познаниями в области психиатрии. Судебно-психиатрическая экспертиза проводится только по заданию представителя органов расследования (дознателя, следователя,) или суда (иногда судьи единолично). Поэтому слово «судебная» применительно к экспертизе не означает, что ее назначает исключительно суд.

Следует отметить, что суды назначают судебно-психиатрическую экспертизу только тогда, когда дело рассматривается в первой инстанции. Суды кассационной и надзорной инстанций правом назначения судебной экспертизы не обладают.

Что дает основания для сомнений в психической полноценности участвующего в деле лица?

Сомнение в психической полноценности человека возникает, когда предполагается наличие у него психического расстройства. Чтобы стать основанием для назначения экспертизы, сомнение в психической полноценности должно быть обоснованным, то есть вызываться установленными в ходе производства по делу фактическими обстоятельствами. Ими могут быть сведения о том, что лицо состояло ранее (или состоит в настоящее время) под наблюдением участкового психиатра, госпитализировалось и лечилось в психиатрической больнице, признавалось по психическому состоянию негодным к военной службе, признавалось по другому делу невменяемым, находилось на принудительном лечении и

т.п. Сомнения в психической полноценности лица могут вызывать странности в его поведении, которые могут непосредственно наблюдать дознаватель, следователь, прокурор и судья в ходе следственных (судебных) действий. Наконец, такие сомнения может породить и сам участник процесса, сообщая работникам следствия и суда о своих болезненных переживаниях, например, об испытываемых им зрительных и слуховых галлюцинациях, необычных ощущениях и т.п.

Кто может быть экспертом при проведении судебно-психиатрической экспертизы?

Специфика судебно-психиатрической экспертизы проявляется в предмете исследования, его методах, порядке проведения, в оформлении результатов. Поэтому производство судебно-психиатрической экспертизы поручают психиатрам специализированных судебно-психиатрических экспертных учреждений. В последнее время в номенклатуру врачебных специальностей включена особая специальность – «врач судебно-психиатрический эксперт». Для осуществления деятельности по этой специальности врач-психиатр должен пройти необходимое обучение и получить соответствующий сертификат.

Какие существуют виды судебно-психиатрической экспертизы?

Все судебно-психиатрические экспертизы подразделяются на амбулаторные, стационарные и заочные, по материалам дела (включая посмертные). Кроме того, бывают экспертизы, проводимые в кабинете следователя или в суде.

Какова длительность стационарной судебно-психиатрической экспертизы?

При стационарной экспертизе время нахождения испытуемого в стационаре не должно превышать 30 дней. При необходимости этот срок может быть продлен судом на 30 дней и еще раз – тоже на 30 дней. 90 дней – это предельное время для проведения стационарной судебно-психиатрической экспертизы.

Каков порядок обжалования при несогласии с выводами экспертов-психиатров?

Жалобы и ходатайства лиц, несогласных с выводами экспертов-психиатров, подаются и разрешаются в порядке, установленном Уголовно-процессуальным кодексом РФ. Нормы Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» в этих случаях не применяются.

Статья 15.

Психиатрическое обследование для решения вопроса о годности гражданина к службе в качестве военнослужащего

Основания и порядок амбулаторного и стационарного обследования при решении вопроса о годности гражданина по состоянию его психического здоровья к службе в качестве военнослужащего Вооруженных Сил, войск и органов безопасности, внутренних войск (в редакции Федерального закона от 29 июня 2004 г. № 58-ФЗ, вступил в силу с 1 июля 2004 г.), и других воинских формирований, лиц начальствующего и рядового состава органов внутренних дел, Государственной противопожарной службы (в редакции Федерального закона от 25 июля 2002 г. № 116-ФЗ, вступил в силу с 30 июля 2002 г.), учреждений и органов уголовно-исполнительной системы (в редакции Федерального закона от 21 июля 1998 г. № 117-ФЗ, вступил в силу с 29 июля 1998 г.), определяются настоящим Законом и законодательством Российской Федерации о военной службе.

Как проводится психиатрическое освидетельствование для решения вопроса о годности лица к службе в Армии – добровольно или в принудительном порядке?

Психиатрическое освидетельствование для решения вопроса о возможности службы в Армии проводится только на добровольной основе. Это обязанность граждан, подлежащих призыву на военную службу. Недобровольное психиатрическое освидетельствование – как амбулаторное, так и стационарное, в подобных случаях не допускается.

Какова длительность стационарного психиатрического обследования призывника, направленного в психиатрическую больницу военкоматом?

Обследование (а при необходимости – и лечение) призывника должно быть всесторонним, не ограничивающимся только основным заболеванием. Сроки обследования (и лечения) определяются соответствующими стандартами объемов медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации. Обследование граждан, поставленных на воинский учет, должно быть завершено в год их постановки на этот учет, а лечение – до вызова на призывную комиссию¹.

Вправе ли военкомат запрашивать из психиатрических учреждений сведения о состоящих на психиатрическом учете и состоянии их психического здоровья?

Федеральный Закон «О воинской обязанности и военной службе» от 28 марта 1998 г. №53-ФЗ, обязал руководителей организаций «направлять в двухнедельный срок по запросам военных комиссариатов или иных органов, осуществляющих воинский учет, необходимые для занесения в документы воинского учета сведения о гражданах, поступающих на воинский учет, состоящих на воинском учете, а также не состоящих, но обязанных состоять на воинском учете».

¹ Инструкция о порядке медицинского обеспечения граждан Российской Федерации до их первоначальной постановки на воинский учет. Приложение № 1 к Приказу Министра обороны Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 мая 2001 г. № 240/168.

РАЗДЕЛ II

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ И СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Статья 16.

Виды психиатрической помощи и социальной защиты, гарантируемые государством

(1) Государством гарантируются:

неотложная психиатрическая помощь;

консультативно-диагностическая, лечебная, психопрофилактическая, реабилитационная помощь во внебольничных и стационарных условиях;

все виды психиатрической экспертизы, определение временной нетрудоспособности;

социально-бытовая помощь и содействие в трудоустройстве лиц, страдающих психическими расстройствами;

решение вопросов опеки;

консультации по правовым вопросам и другие виды юридической помощи в психиатрических и психоневрологических учреждениях;

социально-бытовое устройство инвалидов и престарелых, страдающих психическими расстройствами, а также уход за ними;

обучение инвалидов и несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами;

психиатрическая помощь при стихийных бедствиях и катастрофах.

(2) Для обеспечения лиц, страдающих психическими расстройствами, психиатрической помощью и их социальной поддержки (в редакции Федерального закона от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ, вступил в силу с 1 января 2005 г.) государство:

создает все виды учреждений, оказывающих внебольничную и стационарную психиатрическую помощь, по возможности по месту жительства пациентов;

организует общеобразовательное и профессиональное обучение несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами;

создает лечебно-производственные предприятия для трудовой терапии, обучения новым профессиям и трудоустройства на этих предприятиях лиц, страдающих психическими расстройствами, включая инвалидов, а также специальные производства, цеха или участки с облегченными условиями труда для таких лиц;

устанавливает обязательные квоты рабочих мест на предприятиях, в учреждениях и организациях для трудоустройства лиц, страдающих психическими расстройствами;

применяет методы экономического стимулирования для предприятий, учреждений и организаций, предоставляющих рабочие места для лиц, страдающих психическими расстройствами;

создает общезиятия для лиц, страдающих психическими расстройствами, утративших социальные связи;

принимает иные меры, необходимые для социальной поддержки лиц, страдающих психическими расстройствами.

(3) Организация оказания психиатрической помощи осуществляется федеральными специализированными медицинскими учреждениями, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации, и специализированными медицинскими учреждениями субъектов Российской Федерации. Решение вопросов социальной поддержки и социального обслуживания лиц, страдающих психическими расстройствами, находящихся в трудной жизненной ситуации, осуществляется органами государственной власти субъектов Российской Федерации *(часть в редакции Федерального закона от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ, вступил в силу с 1 января 2005 г.)*.

Какие виды медицинских услуг можно отнести к «высокотехнологичной» медицинской помощи и оказываются ли они в психиатрических учреждениях?

Статьей 40 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22.07.93 г. № 5487-1 в ред. от 02.02.2006 г.

определено, что специализированная медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных медицинских технологий. Однако приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 13.10.2005 г. № 633 «Об организации медицинской помощи» применение высокотехнологических видов помощи при лечении психических и наркологических расстройств не предусмотрено.

В каких учреждениях должна осуществляться социально-бытовая помощь больным?

Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» определил, что государство гарантирует социально-бытовое устройство инвалидов и престарелых, страдающих психическими расстройствами. Возник вопрос, относится ли такая работа к функциям психиатрических и психоневрологических учреждений системы здравоохранения, или ее должны проводить учреждения службы социальной защиты. Вскоре после принятия Закона, в 1994 г., Правительство РФ утвердило «Положение об учреждениях, оказывающих внебольничную и стационарную психиатрическую помощь»¹. Согласно этому Положению, оказание социально-бытовой помощи, а также содействие в трудоустройстве лиц, страдающих психическими расстройствами, равно как и решение вопросов опеки, консультирование по правовым вопросам, социально-бытовое устройство, обучение инвалидов и несовершеннолетних с психическими расстройствами – то есть проведение работы по всему комплексу социально-бытовой, социально-трудовой и социально-правовой помощи – было возложено на психиатрические учреждения системы здравоохранения.

В соответствии со статьей 15 Федерального закона «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» от 2 августа 1995 г. № 122-ФЗ, социально-медицинское обслуживание на дому граждан пожилого возраста и инвалидов, в том числе страдающих психическими расстройствами, осуществляется центрами социального обслуживания при органах социальной защиты населения. В штат таких центров специально включаются работники, способные оказать необходи-

¹ Постановление Правительства РФ от 25 мая 1994 г. № 552.

мую помощь указанному контингенту больных. Введено лишь одно существенное ограничение: органы социальной защиты обслуживают лиц с психическими расстройствами «в стадии ремиссии». Из сферы деятельности центров социального обслуживания исключены больные с тяжелыми психическими расстройствами, требующими лечения в системе учреждений здравоохранения, и лица с хроническим алкоголизмом.

Таким образом, в настоящее время социально-бытовая помощь больным оказывается как психиатрическими учреждениями системы органов здравоохранения, так и центрами социального обслуживания органов социальной защиты.

Что включает в себя социальное и социально-медицинское обслуживание на дому?

Сюда включаются:

- услуги по организации питания, быта и досуга больных (покупка и доставка им на дом продуктов, промтоваров первой необходимости, помощь в приготовлении пищи, доставка воды, топка печей и содействие в обеспечении топливом, отправка вещей в стирку, химчистку, ремонт, содействие в оплате жилья и коммунальных услуг, помощь в написании писем, содействие в обеспечении книгами, журналами, газетами, билетами на культурные мероприятия);

- содействие в получении общего и профессионального образования;

- содействие в трудоустройстве;

- правовые услуги (оформление документов, правовое консультирование);

- содействие в организации ритуальных услуг;

- социально-медицинские и санитарно-гигиенические услуги (уход, обеспечение лекарственными средствами, оказание психологической помощи, содействие в получении зубопротезной и протезно-ортопедической помощи). Дополнительно, на условиях полной или частичной оплаты, осуществляются выполнение на дому медицинских процедур, перевязок, инъекций по назначению лечащего врача, купание, кормление ослабленных больных.

Если центр социальной помощи отказывает психически больному в предоставлении социально-бытовых услуг, то как это должно быть оформлено?

В предоставлении социальных услуг на дому гражданам пожилого возраста и инвалидам может быть отказано при наличии у них тяжелых психических расстройств, требующих лечения в психиатрическом учреждении, или при наличии хронического алкоголизма. Подобный отказ подтверждается совместным заключением администрации муниципального центра социального обслуживания при органе социальной защиты и КЭК психиатрического учреждения системы здравоохранения.

Кто планирует работу по реабилитации душевнобольных-инвалидов?

Такая работа проводится учреждениями медико-социальной экспертизы.

Статья 17.

Финансирование психиатрической помощи

(1) Финансовое обеспечение психиатрической помощи населению в федеральных специализированных медицинских учреждениях, перечень которых утверждается правительством Российской Федерации, является расходным обязательством Российской Федерации.

(2) Финансовое обеспечение оказания населению психиатрической помощи (за исключением психиатрической помощи, оказываемой в федеральных специализированных медицинских учреждениях, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации), а также социальной поддержки и социального обслуживания лиц, страдающих психическими расстройствами, находящихся в трудной жизненной ситуации, является расходным обязательством субъектов Российской Федерации *(статья в редакции Федерального закона от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ, вступил в силу с 1 января 2005 г.)*

Относятся ли психические расстройства к заболеваниям, представляющим опасность для окружающих?

Постановлением Правительства РФ от 1 декабря 2004 г. № 715 утверждены два перечня: заболеваний, представляющим опасность для окружающих, и социально-значимых заболеваний. Психические расстройства относятся к социально значимым заболеваниям.

В соответствии с «Основами законодательства об охране здоровья граждан», лицам, страдающим социально значимыми заболеваниями, оказывается медико-социальная помощь и обеспечивается диспансерное наблюдение в соответствующих лечебно-профилактических учреждениях бесплатно или на льготных условиях. Финансовое обеспечение мероприятий по оказанию медико-социальной помощи гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями (за исключением помощи, оказываемой федеральными специализированными медицинскими учреждениями, перечень которых утверждается Правительством РФ), является расходным обязательством субъектов Российской Федерации¹.

В условиях реально имеющегося дефицита и несвоевременности финансирования медицинской помощи имеет ли психиатрическое учреждение право оказывать на платной основе (или условия содоплат) какую-то часть медицинских услуг, входящих в гарантированную программу бесплатной помощи или в программу ОМС?

По желанию гражданина любая услуга, в том числе и входящая в госпрограмму бесплатной помощи или в программу ОМС, может быть оказана на платной основе. Однако это возможно лишь в добровольном порядке, по желанию самого гражданина. При этом целесообразно четко определить порядок предоставления наиболее затратных услуг, ввести квоты, листы ожидания госпитализации и т.п. Следует учесть, что при состояниях, угрожающих жизни, медицинская помощь должна быть предоставлена бесплатно².

¹ Разъяснение доктора экономических наук, профессора Ф.Н. Кадырова (Консультант-плюс, 02.2005)

² Разъяснение доктора экономических наук, профессора Ф.Н. Кадырова и ведущего специалиста Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга О.Г. Когана (Консультант-плюс).

Какие виды психиатрической помощи могут финансироваться из средств фонда медицинского страхования?

В Законе РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» указано, что фонды медицинского страхования могут участвовать в финансировании учреждений, оказывающих психиатрическую помощь. Однако психиатрия (равно как и психотерапия, и наркология) не вошла в перечень тех медицинских специальностей, по которым осуществляется базовая программа обязательного медицинского страхования населения Российской Федерации (Приложение № 1 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 июня 1993 г. № 146 «Перечень видов медицинской помощи, профилактических и лечебно-диагностических мероприятий и их объектов, входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования различных контингентов населения Российской Федерации на 1993 г.»). Постановлением Правительства Российской Федерации от 26 октября 1999 г. № 1194 «О программе государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью» определено, что амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь, оказываемая при психических расстройствах и расстройствах поведения, наркологических заболеваниях на территории Российской Федерации предоставляется за счет средств федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации и муниципальных образований.

Существуют ли иные, кроме бюджетных, источники финансирования психиатрических учреждений?

Дополнительными источниками финансирования учреждений психиатрической помощи служат личные средства граждан и организаций, поступающие в качестве благотворительных взносов, благотворительные фонды, доходы от ценных бумаг (если они принадлежат психиатрическому учреждению). К источникам внебюджетного финансирования относятся также поступления средств за счет оказания платных медицинских услуг населению по специальному разрешению соответствующего органа управления здравоохранением (Постановление Правительства РФ от 13 января 1996 г. № 27 «Об утверждении правил предоставления медицинских услуг населению медицинскими учреждениями»).

Что представляют собой платные медицинские услуги, каков порядок и условия их предоставления?

Платные медицинские услуги для государственных и муниципальных учреждений здравоохранения или для частных медицинских организаций, включенных в Программы ОМС, являются дополнительными к гарантированному объему бесплатной медицинской помощи населению, которые вошли в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Они включают в себя профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь. Платные медицинские услуги населению осуществляются медицинскими учреждениями в рамках договоров с гражданами или организациями на оказание медицинских услуг работникам и членам их семей.

Порядок и условия предоставления платных медицинских услуг населению регулируются Правилами предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями, утв. Постановлением Правительства РФ от 13.01.1996 г. № 27 (далее – «Правила»), которые определяют порядок и условия предоставления платных медицинских услуг населению лечебно-профилактическими учреждениями независимо от ведомственной подчиненности и формы собственности и являются обязательными для исполнения всеми медицинскими учреждениями.

Согласно «Правилам» предоставление платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями осуществляется при наличии у них сертификата и лицензии на избранный вид деятельности. Государственные и муниципальные медицинские учреждения оказывают платные медицинские услуги населению по специальному разрешению соответствующего органа управления здравоохранением.

Медицинские учреждения обязаны обеспечивать соответствие предоставляемых платных медицинских услуг населению требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации. А также вести статистический и бухгалтерский учет результатов предоставляемых ими медицинских услуг, составлять требуемую отчетность и представлять ее в порядке и сроки, установленные нормативно-правовыми актами Российской Федерации. Государственные и муниципальные медицинские уч-

реждения, предоставляющие населению платные медицинские услуги, обязаны вести статистический и бухгалтерский учет и отчетность раздельно по основной деятельности и платным медицинским услугам. Контроль за организацией и качеством выполнения платных медицинских услуг населению, а также правильностью взимания платы с населения осуществляют в пределах своей компетенции органы управления здравоохранением и другие государственные органы и организации, на которые возложена проверка деятельности медицинских учреждений.

Цены на медицинские услуги, предоставляемые населению за плату, устанавливаются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Предоставление платных медицинских услуг оформляется договором, которым регламентируются условия и сроки их получения, порядок расчетов, права, обязанности и ответственность сторон.

Претензии и споры, возникшие между потребителем и медицинским учреждением, разрешаются по соглашению сторон или в судебном порядке.

За невыполнение «Правил» медицинское учреждение в установленном законом порядке может быть лишено лицензии или права предоставления населению платных медицинских услуг¹.

Каков порядок организации предоставления платных медицинских услуг в Московской области?

Минздрав Московской области приказом от 23 апреля 2008 г. № 204 определил порядок предоставления платных медицинских услуг. Для государственных ЛПУ этот порядок обязательный, для муниципальных – рекомендательный. В порядке платных услуг оказывается медицинская помощь, не предусмотренная Московской областной программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи. В психиатрии такие услуги охватывают: медицинские осмотры, проводимые для получения водительских прав, выездной визы, права приобретения оружия, а также медицинские осмотры, проводимые по направлению спортивных обществ; все виды медицинского обследования, освидетельствования, консультаций, экспертиз и лечения, проводимые по

¹ Разъяснение старшего преподавателя кафедры медицинского права ММА им. И.М. Сеченова С.И. Поспеловой (Консультант-плюс, 28.12.2005 г.).

личной инициативе граждан (при отсутствии медицинских показаний); анонимная диагностика (консультация) и лечение; диагностические исследования, консультации и курсы лечения, проводимые на дому больным (кроме лиц, которые по состоянию здоровья и характеру заболевания не могут посетить учреждения здравоохранения); медицинские мероприятия, применение которых носит необязательный характер и не обусловлено состоянием пациента (уход за больными на дому при отсутствии прямых показаний, наблюдение медицинскими работниками стационара за больными на дому после их выписки, госпитализация хронических больных в стационар с целью ухода и т.п.); продление по желанию больного пребывания в стационаре по завершению курса лечения и наличии условий для перевода его на лечение в амбулаторных условиях; диагностика, лечение, реабилитация и профилактика сексуальных расстройств; лечение логоневрозов у лиц старше 18 лет; медицинские консультации по вопросам планирования семьи; судебно-медицинская экспертиза, назначенная по личной инициативе граждан; предоставление медицинских услуг повышенной комфортности; перевозка больных в случаях, не связанных с оказанием экстренной медицинской помощи, прокат простейших видов медицинской техники, изделий медицинского назначения и предметов ухода за больными, временное пребывание хронических больных в учреждениях здравоохранения с целью обеспечения ухода; пребывание одного из родителей или лица его заменяющего, по их желанию с больными детьми старше 7 лет; наркологическая помощь на дому; прерывание запоев и псевдозапоев, купирование острой алкогольной и наркологической интоксикации на дому. Медицинские учреждения в порядке платных услуг могут оказывать и немедицинские услуги: сдачу в аренду государственного (муниципального) имущества, реализацию товаров, производимых и реализуемых лечебно-производственными (трудовыми) мастерскими. Право оказывать платные медицинские услуги должно быть предусмотрено уставами медицинских учреждений, при наличии действующих сертификатов и лицензий на избранный вид деятельности и специального разрешения органа управления здравоохранением. Перечень платных медицинских услуг утверждается органом управления здравоохранением. Платные услуги оказываются на основании договоров возмездного оказания услуг между «Исполнителем» и «Заказчиком». Обязательно открытие специ-

ального лицевого счета по платным услугам, ведение отдельного учета рабочего времени специалистов, оказывающих платные медицинские услуги и отдельного учета материальных затрат, связанных с оказанием этих услуг. При предоставлении платных медицинских услуг не должны ухудшаться доступность и качество бесплатных услуг, гарантированных населению действующим законодательством. В медицинском учреждении обязательно наличие информации о платных медицинских услугах. При оплате услуг деньги вносятся в кассу учреждения (обязательно применение контрольно-кассовых машин) или перечисляются на соответствующий банковский счет. Руководителем учреждения издается приказ об утверждении правил оказания платных медицинских услуг; положения об оплате труда работников, занятых оказанием платных медицинских услуг; графиков (расписания) оказания услуг специалистами; списка сотрудников, оказывающих платные медицинские услуги в основное рабочее время. На оплату труда направляются: 60% средств доходов от платных услуг - при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, 55% - при оказании стационарной помощи. На оплату труда административно-управленческого персонала учреждения направляется не более 10% средств доходов от платных услуг. Материальное поощрение руководителей учреждения согласовывается с соответствующим органом управления здравоохранением. Оказание платных медицинских услуг в основное рабочее время допускается только в виде исключения, при условии первоочередного оказания гражданам бесплатной медицинской помощи. Часы работы медицинского персонала, оказывающего платные услуги во время основной работы, отражаются в таблице учета рабочего времени по предпринимательской деятельности. При оказании платных медицинских услуг в амбулаторной карте и карте стационарного больного делается отметка об оказании медицинских услуг на платной основе и прикладывается договор на оказание платных медицинских услуг. Прейскуранты утверждаются руководителями учреждений и согласовываются с соответствующими органами управления здравоохранения. По платным услугам учреждения представляют статистическую отчетность по формам: П-1 «Сведения о производстве и отгрузке товаров и услуг», и 1-услуги «Сведения об объеме платных услуг населению».

Насколько необходимо создавать в государственном психиатрическом учреждении специальные подразделения для оказания платных услуг?

Если в стационаре оказываются за плату только дополнительные к гарантированному объему медицинской помощи услуги (исследования и консультации по желанию пациента без соответствующего назначения лечащего врача, услуги медицинского сервиса и др.), специальные подразделения для оказания платных услуг создавать не нужно. Если за плату проводится весь курс лечения, ухода, реабилитационные мероприятия, все перечисленное должно оказываться в специально организованном подразделении или на специально выделенных для этого койках. Количество таких коек (по определенному профилю) учитывается в общем числе коек учреждения, но на них не составляется плановое задание по выполнению Территориальной программы государственных гарантий и соответственно не выделяется бюджетное финансирование. Что касается амбулаторных учреждений, платные услуги в них могут оказываться либо в специальном хозрасчетном кабинете, либо во внерабочее время, либо в других ситуациях, обеспечивающих реализацию прав граждан на доступную бесплатную медицинскую помощь и не допускающих создания предпосылок для финансовых нарушений (двойная оплата за одну и ту же работу и др.)¹.

Что следует понимать под формулировкой «оказание медицинской помощи в условиях повышенной комфортности и/или сервисности»?

Гражданин может сделать выбор в пользу получения медицинской помощи (при наличии медицинских показаний, направления и т.д.) в комфортных условиях хозрасчетного отделения или на хозрасчетной койке в отдельной палате. Сюда относится организация индивидуального медицинского поста или дополнительного медицинского ухода (естественно, при отсутствии медицинских показаний) в конкретной палате (в том числе палате повышенной комфортности). Оказание медицинской помощи в условиях повышенной комфортности и/или сервиснос-

¹ Разъяснение Заместителя председателя Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга д.э.н., профессора Ф.Н. Кадырова и ведущего специалиста Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга О.Г. Когана (Консультант-плюс).

ти оказываются за плату. Поскольку в подобных ситуациях оказываются и оплачиваются именно медицинские услуги (курс лечения), НДС не применяется. Но при этом требуется четкое обоснование, что это именно дополнительный уход¹.

В нашем психиатрическом учреждении нет отделений или палат, специально выделенных для оказания платных услуг. Поэтому они, соответственно, не выделены и в структуре коечного фонда. Вместе с тем платные услуги, хоть и в небольшом объеме, оказываются во всех отделениях стационара для больных, которые лежат на «бюджетных» койках. Обязаны ли мы выделять в структуре коечного фонда платные койки, если объем услуг не очень большой?

Конечно, определенной части больных, лежащих на «бюджетных» койках, можно оказывать платные услуги вместо бесплатных без ущерба для других пациентов, имеющих право на бесплатную медицинскую помощь. Однако в подобных ситуациях каждый раз придется доказывать, что все обстоит именно так, а не иначе. Кроме того, разделение должно касаться не только коек, потоков пациентов, но и штатов, фонда оплаты труда, расходов на медикаменты, продукты питания, коммунальные услуги и т.д. Поэтому корректным является выделение в структуре коечного фонда платных коек².

Обязательно ли выделять в штатном расписании должности, финансируемые за счет доходов от платных услуг, если нет чисто коммерческого (хозрасчетного) подразделения и платные услуги выполняются сотрудниками, основная оплата которых идет из бюджета или средств ОМС?

В соответствии с п. 2 статьи 42 Бюджетного кодекса РФ доходы бюджетного учреждения, полученные от предпринимательской и иной деятельности, приносящей доход, в полном объеме учитываются в смете доходов и расходов бюджетного учреждения. Соответственно в учреж-

¹ Разъяснение заместителя председателя Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга д.э.н., профессора Ф.Н. Кадырова и ведущего специалиста Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга О.Г. Когана (Консультант-плюс).

² Разъяснение заместителя председателя Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга д.э.н., профессора Ф.Н. Кадырова (Консультант-плюс).

дении должна быть составлена смета по платным услугам. Составление сметы требует расчета доходов и расчетов по отдельным статьям. Основанием для расчета расходов по оплате труда является тарификация, которая в свою очередь составляется на основе штатного расписания.

И хотя в ряде случаев возможна корректировка сметы расходов в части оплаты труда, составленной на основе тарификации, с учетом дополнительной оплаты труда или использования сдельных форм оплаты труда, наличие тарификации и штатного расписания все же остается формальным требованием составления сметы.

Поэтому в каждом подразделении, занимающемся оказанием платных услуг, должно быть составлено отдельное штатное расписание с соответствующими должностями. В случае, если отсутствует специально выделенное подразделение или должности для оказания платных услуг и платные услуги (с соблюдением необходимых требований) выполняются сотрудниками, основная оплата которых производится за счет бюджета или средств ОМС, штатные должности в штатном расписании тарифицируются как вакантные¹.

Каков порядок осуществления расчетов по оказанию платных медицинских услуг?

Под порядком расчетов следует понимать стоимость услуг (работ), порядок и срок их оплаты. В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 07.03.1995 г. № 239 «О мерах по упорядочению государственного регулирования цен (тарифов)» цены на медицинские услуги не подлежат государственному регулированию, следовательно, методика расчета себестоимости и уровень рентабельности определяются либо самим учреждением (организацией), либо собственником (учредителем).

Для расчета стоимости медицинских услуг медицинской организации следует руководствоваться Инструкцией по расчету стоимости медицинских услуг (временная). Этот документ был утвержден 10.11.1999 г. Минздравом России № 01-23/4-10 и Российской академией медицинских наук № 01-02/41. Инструкция определяет общий подход к формированию стоимости медицинских услуг независимо от источника оплаты.

¹ Разъяснение заместителя председателя Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга д.э.н., профессора Ф.Н. Кадырова (Консультант-плюс).

Порядок и срок оплаты платных медицинских услуг определяется договором на их оказание между медицинским учреждением и потребителем услуг, а также Правилами предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями (утв. Постановлением Правительства РФ от 13.01.1996 г. № 27)¹.

Всегда ли работники, непосредственно занятые оказанием платных услуг, вправе претендовать на дополнительную оплату за счет средств, полученных от оказания платных услуг?

Нет. Это может быть в ситуациях, когда объем выполняемой работы в основное рабочее время с учетом услуг, оказанных платным пациентам, не превышает плановой нагрузки (у постовых медсестер, работников лаборатории или в других случаях, когда допускается оказание платных услуг в основное рабочее время). В то же время это не означает запрета на дополнительную оплату труда за счет платных услуг. Будет ли в подобных ситуациях производиться дополнительная оплата труда работнику или нет, определяется трудовым договором, коллективным договором, внутриучрежденческими положениями, регулирующими вопросы оплаты труда².

Можно ли при оказании платных услуг населению не использовать контрольно-кассовую технику?

Можно. Такая возможность предусмотрена п.2 ст.2 Федерального закона от 22.05.2003 г. № 54-ФЗ «О применении контрольно-кассовой техники при осуществлении наличных денежных расчетов и (или) расчетов с использованием платежных карт». В бюджетных учреждениях в качестве бланка строгой отчетности, приравненного к чекам, используется форма № 10 «Квитанция» (код по ОКУД 0504510), предназначенная для оформления операций приема в кассу бюджетного учреждения наличных денег от физических лиц. Этим бланком можно было пользоваться до 1 июня 2008 г. Но Государственная межведомственная экспертная комиссия по контрольно-кассовым машинам (ГМЭК) протоколом

¹ Разъяснение старшего преподавателя кафедры медицинского права ММА им. И.М.Сеченова С.И. Поспеловой (Консультант-плюс, 28.12.2005).

² Разъяснение доктора экономических наук, профессора Ф.Н. Кадырова (Консультант-плюс).

от 24.06.2003 г. № 2/74-2003 решила продлить срок их действия без ограничения (абз. 2 п. 2 разд. IV Протокола № 1/55-2000). Таким образом, в бюджетных учреждениях при оказании платных услуг населению могут применяться как контрольно-кассовая техника, так и бланки строгой отчетности. При оказании услуг юридическим лицам применяется только контрольно-кассовая техника, поскольку п. 2 ст. 2 Федерального закона от 22.05.2003 г. № 54-ФЗ распространяется только на оказание платных услуг населению¹.

Является ли отсутствие у пациента регистрации в данном населенном пункте (при наличии полиса ОМС) основанием для оказания услуги на платной основе?

В соответствии с Конституцией РФ каждый, кто законно находится на территории РФ, имеет право свободно передвигаться, выбирать место пребывания и жительства (ч. 1 ст. 27 Конституции). Граждане Российской Федерации обязаны регистрироваться по месту пребывания и по месту жительства в пределах Российской Федерации. Однако, регистрация или отсутствие таковой не могут служить основанием ограничения прав и свобод граждан, предусмотренных Конституцией, законами РФ, Конституциями и законами республик в составе РФ. Статьей 41 Конституцией РФ гарантируется право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Согласно данной статье, медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно не только за счет средств соответствующего бюджета, но за счет страховых взносов. Законом «О медицинском страховании граждан в РФ» от 28.06.1991 №1499-I (в ред. от 27.07. 2006) обеспечивается конституционное право граждан РФ на медицинскую помощь. В соответствии со ст. 5 указанного закона, страховой медицинский полис имеет силу на всей территории Российской Федерации, в том числе за пределами постоянного места жительства. Следовательно, отсутствие у пациента регистрации в данном населенном пункте (при наличии полиса ОМС) не может служить основанием для оказания услуги на платной основе².

¹ Разъяснение Главного редактора журнала «Советник бухгалтера в здравоохранении» Е.В. Кулаковой. «Советник бухгалтера в здравоохранении», 2008, № 2.

² Разъяснение старшего преподавателя кафедры медицинского права Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова Ю.В. Павловой (Консультант-плюс).

Какие нарушения при оказании платных медицинских услуг выявляются чаще всего?

В 2008 г. Росздравнадзор проверил деятельность 1216 учреждений здравоохранения РФ. Установлены грубые нарушения. Часть платных медицинских услуг входят в территориальные программы государственных гарантий. Есть случаи отсутствия лицензии на избранный вид деятельности. Нет разрешения органа здравоохранения на платные медицинские услуги. Но самое распространенное нарушение - отсутствие в учреждении, оказывающем платные медицинские услуги, подробной информации для потребителей. Есть также факты незаключения договоров с населением. Часто при оказании платных медицинских услуг пациент не осведомлен о возможности получения их бесплатно. Выявлены случаи «навязывания» пациенту платных медицинских услуг в связи с якобы невозможностью оказания данной помощи бесплатно в ближайшее время. Платные услуги оказываются специалистами в основное рабочее время, вне общей очереди. В ряде учреждений медицинские услуги оказываются специалистами, не прошедшими повышения квалификации в установленные сроки. Выявлены факты оказания платных услуг без применения контрольно-кассовых машин или оформления соответствующих бланков, а также случаи оплаты непосредственно медицинским работникам. Взималась плата при оказании скорой медицинской помощи и при экстренных состояниях¹.

Является ли нарушением реализация медицинских услуг ниже себестоимости?

Реализация платных медицинских услуг ниже себестоимости не всегда является нарушением. Действующее гражданское и налоговое законодательство допускает возможность предоставления скидок или оказания безвозмездных услуг при осуществлении предпринимательской деятельности. Поэтому само по себе предоставление скидок не является нарушением. Тем не менее, государственным (муниципальным) учреждениям здравоохранения вышестоящими органами обычно запрещается продавать услуги по ценам ниже себестоимости. Подобное требование обусловлено необходимостью четкого разграничения потоков финансовых средств: бюджетного финансирования (или средств ОМС)

¹ Московская областная психиатрическая газета. № 1 (45), 2009, стр. 4.

и доходов от платных услуг. При оказании платных услуг затраты не должны возмещаться из бюджета или средств ОМС. Если же платная услуга реализуется ниже себестоимости, то, очевидно, часть затрат на оказание платных услуг медицинское учреждение возмещает за счет бюджета или средств ОМС, что недопустимо.

Однако это требование не является безусловным и абсолютным. Во-первых, существуют ситуации, когда в соответствии с действующим законодательством цена медицинской услуги по требованию пациента или решению суда должна быть уменьшена (несвоевременное оказание услуги и т.д.). В итоге цена может оказаться ниже себестоимости, что нельзя рассматривать как нарушение со стороны медицинского учреждения.

Во-вторых, в составе медицинского учреждения могут существовать хозрасчетные подразделения, полностью финансируемые только за счет доходов от платных услуг. Поэтому от реализации отдельных видов услуг ниже себестоимости ущерба для учреждения (с точки зрения использования на цели оказания платных услуг бюджетных средств и средств ОМС) не возникает. Источником покрытия разницы между ценой реализации (которая в данном случае ниже себестоимости) и реальными затратами на оказание услуги (себестоимостью) является совокупная прибыль подразделения.

В-третьих, реализация отдельных видов платных услуг в подразделениях, оказывающих как платные, так и бесплатные виды помощи (финансируемые за счет бюджета или средств ОМС), ниже себестоимости возможна за счет совокупной прибыли учреждения. Однако необходимо иметь четкое экономическое обоснование того, что реализация платных медицинских услуг ниже себестоимости осуществляется именно за счет совокупной прибыли, а не за счет бюджета или средств ОМС. Если в подобных ситуациях учреждение четко прописало источник покрытия разницы между себестоимостью и ценой реализации, определив порядок формирования и использования прибыли, подтвердив расчетами, то это снимет все возможные финансовые претензии при реализации медицинской услуги ниже себестоимости¹.

¹ Разъяснения д.э.н., профессора Ф.Н. Кадырова (Консультант-плюс, 02.2005 г.).

Установлены ли какие-либо льготы отдельным категориям населения при оказании платных медицинских услуг?

Льготы по медицинским услугам, предоставляемым за плату, действующим законодательством не предусмотрены.

Предоставление льгот отдельным категориям населения возможно только в рамках федеральной и территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Вышестоящие органы управления здравоохранением и иные органы не вправе требовать предоставления льгот по платным медицинским услугам.

Тем не менее, законодательством не запрещено предоставление льгот государственными учреждениями здравоохранения при предоставлении платных медицинских услуг отдельным категориям граждан.

К основным формам предоставления льгот относятся:

- предоставление скидок по ценам на платные медицинские услуги;
- бесплатное предоставление видов медицинской помощи, относящихся к перечню платных услуг.

Чаще всего льготы устанавливаются для следующих категорий граждан:

1. Пенсионеры.
2. Инвалиды 1, 2 групп.
3. Участники ВОВ.
4. Медицинские работники.

Необходимо учитывать, что цены на платные медицинские услуги должны обеспечивать полное возмещение финансовых затрат учреждения на оказание услуг. Таким образом, медицинское учреждение, предоставляя льготы отдельным категориям граждан должно учитывать, что льгота по платным услугам не должна превышать заложенной в цене прибыли, т.е. льготная цена не должна быть ниже себестоимости.

Если медицинское учреждение самостоятельно устанавливает льготы, то оно должно возмещать затраты на предоставление льгот за счет собственных средств¹.

¹ Разъяснение старшего преподавателя кафедры медицинского права ММА им. И.М. Сеченова Ю.В. Павловой.

Предусматривается ли оказание врачом бесплатной медицинской помощи в дополнительное рабочее время, если это не связано с совмещением, вызовом на работу по производственной необходимости, а обусловлено дополнительной нагрузкой, связанной с оказанием платных медицинских услуг не в ущерб бесплатной медицинской помощи, оказываемой в основное рабочее время?

Оказывать бесплатную медицинскую помощь в дополнительное время (не являющееся оплачиваемым рабочим временем) врач не обязан¹.

Могут ли инвалиды и пенсионеры получать юридическую помощь бесплатно, или она оказывается только в порядке платных услуг?

Правительство РФ приняло постановление, расширяющее число граждан, имеющих право на получение бесплатной юридической помощи. К ним отнесены инвалиды 1-й и 2-й групп, неработающие пенсионеры, получающие пенсию по старости. Для этого в стране организуются специальные государственные юридические бюро, где бесплатная юридическая помощь будет им оказана в виде консультации по правовым вопросам в устной или в письменной форме; составления заявления, жалобы, ходатайства и других документов правового характера; представления и интересов граждан в гражданском судопроизводстве, исполнительном производстве по гражданским делам, в органах местного самоуправления, в общественных объединениях и в иных организациях. Кроме того, государственное юридическое бюро вправе поручить адвокату бесплатно выступить представителем лица, обратившегося в это бюро, в гражданском судопроизводстве, а также в исполнительном производстве по гражданскому делу. Для получения бесплатной юридической помощи инвалиду или пенсионеру по возрасту достаточно написать заявление и показать документы – справку об инвалидности или удостоверение ветерана. Государственное юридическое бюро по Московской области открывается в городе Дмитрове (Торговая площадь, 1, этаж 3-й, тел. 8-496-22-4-23-80)².

¹ Разъяснение Заместителя председателя Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга д.э.н., профессора Ф.Н. Кадырова и ведущего специалиста Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга О.Г. Когана (Консультант-плюс, 03.2007).

² Нитлина С.Э., ст. юрисконсульт ЦМОКПБ. «Московская областная психиатрическая газета», № 1(45), 2009.

Каков общий порядок оплаты платных медицинских услуг? Обязательна ли предоплата услуги? Какими нормативными документами регулируется порядок оплаты услуг?

Правилами предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями (утв. Постановлением Правительства РФ от 13.01.1996 г. № 27) предусмотрено, что оплата за медицинские услуги производится в учреждениях банков или в медицинском учреждении. Расчеты с населением за предоставление платных услуг осуществляются медицинскими учреждениями с применением контрольно-кассовых машин. При расчетах с населением без применения контрольно-кассовых машин медицинские учреждения должны использовать бланк, являющийся документом строгой отчетности, утвержденный в установленном порядке. Форма квитанции для оформления расчетов с населением за оказанные медицинские услуги без применения контрольно-кассовых машин утверждена письмом Минфина России от 20.04.1995 г. № 16-00-30-35. Медицинские учреждения обязаны выдать потребителю (кассовый) чек или копию бланка, подтверждающие прием наличных денег.

Предоставление платных медицинских услуг оформляется договором, которым регламентируются условия и сроки их получения, порядок расчетов, в том числе условия о предоплате, права, обязанности и ответственность сторон. Поэтому предоплата услуги может быть обязательной только в том случае, когда это предусмотрено в договоре между медицинским учреждением и потребителем услуг (пациентом).

Поскольку под порядком расчетов понимается стоимость услуг (работ), порядок и срок их оплаты, следует руководствоваться следующими нормативно-правовыми актами: Гражданским кодексом РФ, Налоговым кодексом РФ, постановлением Правительства РФ от 07.03.1995 г. № 239 «О мерах по упорядочению государственного регулирования цен (тарифов)», постановлением Правительства РФ от 13.01.1996 г. № 27 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями» и Инструкцией по расчету стоимости медицинских услуг (временная) (утв. Минздравом России 10.11.1999 г. № 01-23/4-10 и Российской академией медицинских наук № 01-02/41).

В соответствии со ст. 781 Гражданского кодекса РФ (в ред. от 21.07.2005 г.) заказчик обязан оплатить оказанные ему услуги в сроки и в порядке, которые указаны в договоре возмездного оказания услуг. В случае невозможности исполнения, возникшей по вине заказчика, услуги подлежат оплате в полном объеме, если иное не предусмотрено законом или договором возмездного оказания услуг. В случае, когда невозможность исполнения возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, заказчик возмещает исполнителю фактически понесенные им расходы, если иное не предусмотрено законом или договором возмездного оказания услуг¹.

Какие права и обязанности пациентов необходимо учитывать при заключении договора на предоставление платных медицинских услуг?

В отношении пациентов, пользующихся платными медицинскими услугами, действуют все права, предусмотренные Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 г. № 5487-1 (в ред. от 07.03.2005 г.), а именно:

1) уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;

2) выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;

3) обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

4) проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов;

5) облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;

6) сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении;

¹ Разъяснение старшего преподавателя кафедры медицинского права ММА им. И.М. Сеченова С.И. Поспеловой (Консультант-плюс, 28.12.2005).

7) информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;

8) отказ от медицинского вмешательства;

9) получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья в доступной для понимания форме, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;

10) получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования;

11) возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи;

12) допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;

13) допуск к нему священнослужителя, а в больничном учреждении на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения.

В Правилах предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями (утв. постановлением Правительства РФ от 13.01.1996 г. № 27) некоторые из перечисленных прав раскрыты более подробно. Например, указано, что медицинские учреждения обязаны обеспечить граждан бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о местонахождении учреждения (месте его государственной регистрации), режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

Потребители, пользующиеся платными медицинскими услугами, вправе требовать предоставления услуг надлежащего качества, сведений о наличии лицензии и сертификата, о расчете стоимости оказанной услуги. Потребители, пользующиеся платными медицинскими услугами, вправе предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с

Гражданским кодексом РФ и «Правилами предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями».

При несоблюдении медицинским учреждением обязательств по срокам исполнения услуг следует руководствоваться Законом РФ от 7.02.1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей» (в ред. от 21.12.2004 г.) и указанными выше «Правилами предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями».

Пациент вправе по своему выбору:

- назначить новый срок оказания услуги;
- потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги;
- потребовать исполнения услуги другим специалистом;
- расторгнуть договор и потребовать возмещения убытков.

Нарушение установленных договором сроков исполнения услуг должно сопровождаться выплатой потребителю неустойки в порядке и размере, определяемых Законом РФ «О защите прав потребителей» или договором. По соглашению (договору) сторон указанная неустойка может быть выплачена за счет уменьшения стоимости предоставленной медицинской услуги, предоставления потребителю дополнительных услуг без оплаты, возврата части ранее внесенного аванса.

Пациенты, пользующиеся платными медицинскими услугами, обязаны:

- 1) оплатить стоимость предоставляемой медицинской услуги;
- 2) выполнять требования врачей, обеспечивающие качественное предоставление платной медицинской услуги (строго соблюдать медицинские рекомендации лечащего врача и т.п.), включая сообщение необходимых для этого сведений (об известных больному аллергических реакциях на какие-либо лекарственные препараты, о перенесенных заболеваниях и возникших вследствие этого осложнениях и т.д.)¹.

Что означает термин «тарифы на медицинские услуги», чем это понятие отличается от цены или стоимости медицинских услуг?

В соответствии с Методическими рекомендациями по расчету тарифов на медицинские услуги (утвержденными Минздравом РФ 12.07.1992 г.) медицинская услуга - это вид медицинской помощи, оказываемый ме-

¹ Разъяснение старшего преподавателя кафедры медицинского права ММА им. И.М. Сеченова С.И. Поспеловой (Консультант-плюс, 28.12.2005).

дицинскими работниками и учреждениями здравоохранения населению. Медицинская услуга выступает как специфический товар, обладающий, как и любой товар, определенной стоимостью, денежным выражением, которой является цена.

Например, в соответствии со ст. 24 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» от 28.06.1991 г. № 1499-1 (в ред. от 23.12.2003 г.) цены (тарифы) на медицинские услуги при обязательном медицинском страховании устанавливаются по соглашению между страховыми медицинскими организациями, территориальными органами государственного управления и профессиональными медицинскими ассоциациями (в случае отсутствия - ЛПУ) и должны обеспечивать рентабельность медицинских учреждений.

Согласно Постановлению Правительства РФ от 13.01.1996 г. № 27 «Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями» цены на медицинские услуги, предоставляемые населению за плату, устанавливаются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

В настоящий момент большинство медицинских организаций руководствуются временной Инструкцией по расчету стоимости медицинских услуг. Этот документ был утвержден Минздравом России 10.11.1999 г. № 01-23/4-10 и Российской академией медицинских наук (№ 01-02/41). Инструкция определяет единый методический подход к расчету стоимости медицинских услуг.

Объектом расчета стоимости является медицинская помощь, которая может быть представлена перечнем простых медицинских услуг (отдельные исследования, манипуляции, процедуры, оперативные вмешательства), перечнем сложных медицинских услуг («койко-дни» в профильных отделениях стационаров) или перечнем комплексных медицинских услуг по законченным случаям поликлинического и стационарного лечения (медико-экономические стандарты).

Таким образом, понятие тариф, цена, стоимость медицинской услуги являются идентичными понятиями и рассчитываются в предусмотренном законодательством порядке.

Однако, следует отметить, что на практике понятие «тарифы» чаще применяют к бесплатным медицинским услугам, оказываемым в рам-

ках программ ОМС, тогда как понятие «цена» употребляют, в основном, в связи с платными медицинскими услугами¹.

Имеет ли право психиатрическое учреждение оказывать платные услуги немедицинского характера?

Нет, не имеет. Медицинское учреждение вправе оказывать только те платные услуги, которые предусмотрены учредительными документами для достижения целей его создания. А целью создания медучреждения является осуществление медицинской деятельности. Поэтому коммерческой деятельностью такого учреждения признается оказание платных *медицинских* услуг, приносящих прибыль (Письмо Минздравмедпрома России от 25 июня 1996 г. № 2510/2926-96-27, Госкомимущества России от 11 июля 1996 г. N ОК-6/5435). Немедицинские услуги такое учреждение предоставлять не имеет права².

Кто и как оплачивает врачам работу по медосмотру призывников?

В случаях, когда медицинского работника привлекают для психиатрического освидетельствования призывников, это признается исполнением врачом государственных обязанностей (статья 1 Закона РФ «О воинской обязанности и военной службе»). Если государственные обязанности должны исполняться работником в его рабочее время, работодатель обязан освободить работника от работы с сохранением за ним места работы (должности) на время исполнения им этих государственных обязанностей. Компенсацию «утраченного» за это время заработка в размере, определенном законодательством, выплачивают те государственные органы, которые привлекли работника к исполнению государственных обязанностей (статья 170 Трудового Кодекса РФ). Однако нормативными актами Министерства обороны на основании статьи 5 Закона РФ «О воинской обязанности и военной службе» предусмотрен иной порядок выплаты компенсации: по месту постоянной работы врачу выплачивают средний заработок, возмещаются расходы, свя-

¹ Разъяснение старшего преподавателя кафедры медицинского права ММА им. И.М. Сеченова Ю.В. Павловой (Консультант-плюс, 26.12.2005).

² Разъяснение юриста департамента налогов и права АКГ «Интерэкспертиза» И.С. Егоровой.

занные с наймом (поднаймом) жилья, оплатой проезда в другую местность и обратно, а также командировочные расходы. Все эти расходы, понесенные медицинским учреждением, компенсируются военкоматом за счет средств федерального бюджета, выделенных на эти цели Министерству обороны РФ (Постановление правительства РФ от 01.12.2004 г. № 704). Для этого необходимо представить в военкомат сведения о размере фактических расходов и банковские реквизиты для перечисления компенсации. Причем организация должна сначала выплатить своим работникам соответствующие суммы, а лишь потом получить компенсацию этих расходов из бюджета¹. В Московской области иной порядок: постановлением областного правительства работа по медицинскому освидетельствованию призывников оплачивается из средств бюджета.

Существует ли прямая зависимость оплаты труда медработников от стоимости оказанных платных медицинских услуг и должна ли оплата труда соответствовать калькуляции их стоимости?

Обязанность работодателя устанавливать зависимость заработной платы медицинских работников от оплаты пациентами медицинских услуг действующим законодательством не установлена. Согласно ст. 57 Трудового кодекса РФ от 30.12.2001 г. (в ред. от 09.05.2005 г.) условия оплаты труда (в том числе размер тарифной ставки или должностного оклада работника, доплаты, надбавки и поощрительные выплаты) должны содержаться в трудовом договоре работника с работодателем или в коллективном договоре, регулирующем социально-трудовые отношения в организации и заключаемый работниками и работодателем в лице их представителей (ст. 41 ТК РФ). Конкретные схемы оплаты труда медицинских работников, в том числе и в зависимости от объема оказанных платных медицинских услуг, могут устанавливаться на уровне субъектов РФ или муниципальных образований.

В качестве примера оплаты труда медработников при оказании платных медицинских услуг можно привести приказ руководителя Департамента здравоохранения города Москвы от 29.09.2004 г. № 446 «О мерах по упорядочению практики оказания платных медицинских услуг в ме-

¹ Пантелеева Е.Л. Ж. Учет в медицине, 2007, № 4, стр. 74-79.

дицинских учреждениях департамента здравоохранения города Москвы», который принят в соответствии с действующими законодательными нормативными актами федерального уровня.

В соответствии с указанным нормативно-правовым актом распределение денежных средств на оплату труда работников, занятых оказанием платных медицинских услуг, производится на основании Положения об оплате труда работников, занятых оказанием платных медицинских услуг, утверждаемого руководителем медицинского учреждения, с учетом индивидуального вклада сотрудников, участвующих в процессе оказания платных медицинских услуг, в том числе административному персоналу медицинского учреждения - в суммарном объеме до 5% от средств, направляемых на оплату труда¹.

Может ли медицинское учреждение или его работник отказать в обслуживании платного пациента?

Если речь идет о возможности отказа в обслуживании пациента, обратившегося в медицинскую организацию частной системы здравоохранения или к частнопрактикующему врачу, а также в государственное или муниципальное учреждение здравоохранения, оказывающее платные медицинские услуги населению, то следует руководствоваться нормами Гражданского кодекса РФ. В соответствии со ст. 426 Кодекса договор медицинского обслуживания является публичным договором - заключенным юридическим лицом или предпринимателем без образования юридического лица (ПБОЮЛ) и устанавливающий их обязанности по продаже товаров, выполнению работ или оказанию услуг, которые такая организация или ПБОЮЛ по характеру своей деятельности должны осуществлять в отношении каждого, кто к ней обратится. Организация или ПБОЮЛ не вправе оказывать предпочтение одному лицу перед другим в отношении заключения публичного договора, кроме случаев, предусмотренных законом и иными правовыми актами. Такой отказ от заключения публичного договора при наличии возможности предоставить потребителю соответствующие товары, услуги, выполнить для него соответствующие работы не допускается. При необоснованном уклонении медицинского учреждения или его работника от заключения пуб-

¹ Разъяснение старшего преподавателя кафедры медицинского права ММА им. И.М. Сеченова Ю.В. Павловой (Консультант-плюс, 26.12.2005).

личного договора другая сторона (пациент) вправе обратиться в суд с требованием о понуждении заключить договор. Сторона, необоснованно уклоняющаяся от заключения договора, должна возместить другой стороне причиненные этим убытки¹.

Вправе ли врач или медсестра отказаться от обслуживания платного пациента, сославшись на то, что оказание платных услуг - это дело добровольное, и она не хочет обслуживать платных пациентов даже за дополнительную оплату?

Все зависит от того, в какое время медицинскому персоналу предлагается оказывать платные услуги: в основное рабочее время или во время, свободное от работы. Работа сверх основного рабочего времени (работа за пределами нормальной продолжительности рабочего времени) допускается лишь с согласия сотрудника. В этой ситуации медицинские работники вправе отказаться от обслуживания платных пациентов (за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи любому пациенту, в том числе и платному).

При обслуживании, наряду с «бесплатными», еще и платных пациентов в основное рабочее время в пределах нормальной нагрузки работники не вправе отказаться от обслуживания платных пациентов. Дело в том, что в соответствии со статьей 56 Трудового кодекса РФ работник, принятый на работу по трудовому договору, «обязуется лично выполнять определенную этим соглашением трудовую функцию». Статья 15 Трудового кодекса РФ определяет, что под трудовой функцией понимается работа по определенной специальности, квалификации или должности. Другими словами, работники принимаются на работу для выполнения определенных видов работ. Обоснованные возражения с их стороны могут последовать только в случае, если работодатель будет принуждать их выполнять другие виды работ, не предусмотренные трудовым договором. Источник финансирования (бюджет, ОМС, предпринимательская деятельность), как правило, никак не влияет на трудовую функцию работника по оказанию медицинской помощи (исключение составляет оказание, наряду с медицинскими, дополнительных сервисных услуг для платных пациентов, не предусмотренных для других ка-

¹ Разъяснение старшего преподавателя кафедры медицинского права ММА им. И.М. Сеченова С.И. Поспеловой (Консультант-плюс, 28.12.2005).

тегорий работников и поэтому не входящих в понятие трудовой функции работника). Поэтому отказ от оказания медицинской помощи платным пациентам в этом случае будет расцениваться как неисполнение работником своих трудовых обязанностей.

В случае же, когда речь идет об обслуживании платных пациентов в дополнение к нормальной нагрузке, следует руководствоваться статьей 149 Трудового кодекса РФ. В соответствии с этой статьей «при выполнении работ в условиях труда, отклоняющихся от нормальных (при выполнении работ различной квалификации, совмещении профессий, работы за пределами нормальной продолжительности рабочего времени, в ночное время, выходные и нерабочие праздничные дни и других), работнику производятся соответствующие доплаты, предусмотренные коллективным договором, трудовым договором». В качестве такой доплаты может выступать дополнительная оплата за счет средств, полученных от оказания платных услуг¹.

На какие цели можно направлять средства, полученные за дополнительные медицинские осмотры работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами?

Дополнительные (в том числе и психиатрические) медицинские осмотры работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами, финансируются на основании постановления Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2005 г. № 869 (а не указанного выше Постановления № 876 от 15 декабря 2005 г.) В этом Постановлении не определены порядок и условия использования средств, полученных за дополнительные медицинские осмотры работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами. Медицинская организация вправе самостоятельно определить целевое расходование получаемых средств, отразить их в смете доходов и расходов бюджетного учреждения (п. 3 ст. 161 Бюджетного кодекса Российской Федерации (БК РФ)), утвердить смету доходов и расходов у главного распорядителя или распорядителя бюджетных средств (п. 5 ст. 161 БК РФ) и использовать бюджетные средства в соот-

¹ Разъяснение д.э.н., профессора Ф.Н. Кадырова (Консультант-плюс, 03.2005).

ветствии с утвержденной сметой доходов и расходов (п. 6 ст. 161 БК РФ)¹.

Кто несет ответственность за обеспечение и соблюдение гарантированности бесплатности медицинской помощи в условиях многообразия форм ее финансирования?

Ответственность за обеспечение предоставления гарантированного объема бесплатной медицинской помощи лежит на органах, призванных финансировать данное медицинское учреждение.

Медицинское учреждение несет ответственность за рациональное использование выделяемых ему средств. Тем не менее, действующее законодательство не снимает с администрации учреждения ответственности за соблюдение требований нормативных документов, регламентирующих оказание бесплатной медицинской помощи².

Какую ответственность могут нести медицинские работники за нарушения при оказании платных медицинских услуг?

Недавно прокуратурой в одной из областей страны было возбуждено уголовное дело в отношении заведующей отделением областной психиатрической больницы. В ходе расследования уголовного дела были выявлены многочисленные нарушения при оказании платных медицинских услуг. Так, в одном из отделений больницы оказывались платные медицинские услуги больным, поступающим в больницу с диагнозами «острый алкогольный галлюциноз», «алкогольный делирий», которые относятся к состояниям, угрожающим жизни и здоровью пациента и окружающих. Медицинская помощь, оказываемая пациентам, поступившим в лечебное учреждение с подобными диагнозами, считается неотложной психиатрической помощью и должна оказываться бесплатно на протяжении всего курса лечения. Платные услуги в виде использования реабилитационных капельниц, оказываемые в той же психиатрической

¹ Разъяснение заместителя директора Департамента развития медицинской помощи и курортного дела Минздравсоцразвития России К.А. Виноградова (Консультант-плюс, январь 2007).

² Разъяснение заместителя председателя Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга д.э.н., профессора Ф.Н. Кадырова и ведущего специалиста Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга О.Г. Когана.

больнице, носили незаконный характер. Данные процедуры не были дополнительными медицинскими услугами, а являлись основной медицинской помощью при данных заболеваниях, при этом в составе капельниц не использовались какие-либо дорогостоящие препараты, набор лекарств в них был стандартным. Данными лекарствами больница обеспечивалась за счет бюджета. В ходе следствия было также установлено, что заместитель главного врача по медицинской части, изучив историю болезни больного, поступившего с диагнозом «алкогольный психоз», понимала, что данному больному нельзя оказывать платную медицинскую помощь, но заключала с ним (и другими такими же больными) договоры на оказание платных медицинских услуг от имени больницы. В связи с этим в Департамент здравоохранения Вологодской области направлено представление об устранении причин, способствующих совершению преступлений. Администрацией больницы были приняты меры по упорядочению оказания платных услуг, внесены существенные изменения в порядок их оказания, а заведующей отделением объявлено дисциплинарное взыскание. Поэтому прокуратура решила не привлекать заведующего отделением к уголовной ответственности и не направлять в суд уголовное дело, возбужденное в отношении нее. Поскольку органами предварительного следствия неправомерные действия заведующей отделением не были квалифицированы, как преступление, уголовное преследование в отношении ее было прекращено, со стороны прокуратуры ей были принесены извинения и разъяснено право на реабилитацию.

В Томской клинической психиатрической больнице выявлены случаи, когда пациенты были вынуждены оплачивать медицинские услуги, входящие в гарантируемый объём бесплатной медицинской помощи. В некоторых случаях подобные нарушения прав граждан при предоставлении платной медицинской помощи явились прямым следствием неправомерно изданных приказов по лечебному учреждению. По выявленным нарушениям законодательства прокурорами внесены представления (они рассмотрены и удовлетворены, виновные лица привлечены к дисциплинарной ответственности)¹.

¹ Московская областная психиатрическая газета, № 1 (45), 2009, стр. 5.

Какой размер заработной платы врача можно считать приемлемым, справедливым и достойным?

Заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор Ю.М. Комаров сделал расчеты, в соответствии с которыми базовые оклады врачей (в зависимости от сложности и напряженности их труда) должны быть такими:

для врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (в эту группу входят врачи бригад скорой психиатрической помощи) – в диапазоне 1600-1800 у.е.в месяц;

для всей терапевтической группы специальностей (в нее входят и психиатры) в амбулаторно-поликлинических условиях – 1000-1200 у.е., в стационарах – 1200-1400 у.е.;

для врачей, занятых в диагностических подразделениях – 1000-1200 у.е.

Но у врачей – лидеров в своей специальности официальная базовая оплата их труда должна быть в 2-3 раза выше, чем в среднем для врачей.

Все надбавки к базовому окладу должны относиться к постоянной оплате как 40:60, то есть переменная часть в оплате труда может составлять 40%. Кроме того, необходимо предусмотреть особые надбавки на работу в сельской местности, во вредных условиях труда – их размер может достигать 20% от базисной оплаты.

Таким образом, с учетом всех доплат врач в среднем должен получать не менее 2200-2300 у.е. в месяц, что будет полностью соответствовать зарплате врачей в дореволюционный период (при перерасчете цен на товары и услуги в 1912 и в 2007 гг.) При таком уровне оплаты можно полностью отказаться от всех видов платных услуг (формальных и неформальных платежей), развивая более цивилизованные формы в виде добровольного медицинского страхования, договорных отношений с предприятиями и т.д. При этом зарплата врачей не должна соотноситься с зарплатой в других отраслях, как это было раньше. Как считает проф. Ю.М. Комаров, если врач, как главное действующее лицо в системе здравоохранения, будет получать такую зарплату, как сегодня, то ни о каком повышении доступности и качества, улучшении результатов работы и здоровья населения в целом не может быть и речи¹.

¹ Ю.М. Комаров. Ж. Здравоохранение, № 6, 2009, стр.169-176.

Какую заработную плату получали врачи-психиатры и другие психиатрические работники до революции 1917 г.? Можно ли сопоставить ее с зарплатой врачей-психиатров в настоящее время?

Сопоставление заработной платы населения разных стран обычно проводят, пользуясь «критерием БигМака»: рестораны быстрого питания «МакДональдс» сейчас распространены по всему миру и цены в них примерно одинаковы. Поэтому, определяя, сколько «бигмаков» может купить человек на свою зарплату в той или иной стране, можно с определенной долей вероятности судить об уровне его жизни в этой стране. Нам показалось, что этот принцип можно применить и к тем случаям, когда появляется желание сопоставить уровень зарплаты не только в разных странах, но и в одной стране в разные эпохи. У нас такое желание появилось после того, как профессор Ю.М.Комаров (см. выше) подсчитал, что при повышении зарплаты врачу до 2300-2400 у.е. она вырастет лишь до уровня 1912 г. В качестве основы для расчетов мы воспользовались данными отчета Московской городской психиатрической больницы имени Н.А. Алексеева за 1912 г. Естественно, что делать расчеты, опираясь на цену бигмака, мы не стали – в 1912 г. «Макдональдсов» в России не было. Не было бигмаков, но была говядина. В отчете приведены и цены на говядину, которую закупала больница и размер заработной платы ее сотрудников. В 1912 г. говядина в Москве стоила от 6 руб. 41 коп. до 7 руб.26 3/4 коп. за пуд (16 кг). Килограмм говядины, следовательно, стоил от 41 копейки до 45,4 копейки. Зарплата (жалованье) директора больницы вместе с надбавкой за выслугу лет составляла 3900 рублей в год (325 рублей в месяц). За свое месячное жалованье он мог купить говядины от 716 кг (по цене 45,4 коп) до 793 кг (по цене 41 коп.). Сколько говядины может сегодня купить на свою зарплату главный врач больницы им. Алексеева, мы не знаем – это его коммерческая тайна. Нам ближе и понятнее зарплата врача в Московской области. Главный врач средней областной психиатрической больницы сегодня получает примерно 50 тысяч рублей. Говядина в Москве стоит нынче дешевле – 300-350 рублей. Вот и получается, что руководитель больницы в настоящее время на свою зарплату может купить только 150-200 кг говядины, да еще и замороженной. Это в 3-4 раза меньше, чем мог себе позволить его коллега в Москве в 1912 г.! А что же с простыми врачами? Иерархия врачей-психиатров была такой: старший врач (помощник ди-

ректора), его жалованье – 2490 руб. в год (207 рублей в месяц); старший ординатор (жалованье такое же), младший ординатор (2460 руб. в год и 205 руб. в месяц); палатный врач (2000 в год и 167 руб. в месяц). На говядину им хватало: старший врач и старший ординатор могли на свое месячное жалованье купить от 456 до 505 кг хорошего мяса. Сможет ли купить столько на свою зарплату сегодняшний заведующий отделением (это примерный уровень старшего ординатора)? Хотел бы, но при средней зарплате заведующего отделением (25 тыс. руб.) - не получится. На эти деньги он может купить не более 80 кг говядины в месяц – в пять-шесть (!) раз меньше, чем его коллега в 1912 г. Такие же соотношения зарплат и у простых врачей-психиатров (младшего ординатора, или палатного врача, как они тогда назывались, и современного лечащего врача-психиатра). Разница в уровне денежного содержания дореволюционного врача и психиатра России в XXI веке почти шестикратная! Так что нам еще очень-очень долго догонять уровень жизни врача периода царского режима. Заметим, что врачам 1912 г. неведомы были такие слова, как «совместительство», «заместительство», надбавки за интенсивность и качество труда, платные услуги. Деньги врачу жаловались в благодарность за его готовность служить больным людям, помогать им. И называлось это просто и красиво – «жалованье».

А вот какое жалованье выплачивалось в 1912 г. не врачам, а другим психиатрическим работникам (в месяц): смотритель – 180 руб., надзиратель – 70 руб., надзирательница – 62 руб., кастелянша – 66 руб., аптекарь – 133 руб., письмоводитель – 178 руб., священник – 82 руб., псаломщик – 48 руб.

РАЗДЕЛ III

УЧРЕЖДЕНИЯ И ЛИЦА, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ИНЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ

Статья 18.

Учреждения и лица, оказывающие психиатрическую помощь

(1) Психиатрическую помощь оказывают государственные, негосударственные психиатрические и психоневрологические учреждения и частнопрактикующие врачи-психиатры, имеющие лицензии в соответствии с законодательством Российской Федерации (часть в редакции Федерального закона от 10 января 2003 г. № 15-ФЗ, вступила в силу с 15 января 2003 г.).

(2) Виды психиатрической помощи, оказываемые психиатрическими или психоневрологическими учреждениями или частнопрактикующими врачами-психиатрами, указываются в уставных документах; информация о них должна быть доступна посетителям (часть в редакции Федерального закона от 10 января 2003 г. № 15-ФЗ, вступила в силу с 15 января 2003 г.).

Правомерно ли требование лицензирующего органа обязательного наличия у главных врачей психиатрических учреждений первичной подготовки по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье»?

Требование лицензирующих органов об обязательном наличии у главных врачей ЛПУ подготовки по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье», по всей видимости, связано с «Положением об организации деятельности республиканского, краевого, областного, окружного, городского центра медицинской профилактики», утвержденным приказом Министерства здравоохранения РФ от 23.09.2003 г. № 455, в соответствии с которым центр возглавляет руко-

водитель (главный врач или директор), имеющий сертификационную подготовку по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье» (социальная гигиена и организация здравоохранения), либо тематическое усовершенствование по проблеме укрепления здоровья и профилактики заболеваний.

Однако указанный документ не зарегистрирован в Министерстве юстиции и не опубликован в установленном порядке, а, соответственно, согласно положениям п. 10 Указа Президента РФ от 23.05.1996 г. № 763 (ред. от 28.06.2005 г.), не влечет правовых последствий, как не вступивший в силу, и не может служить основанием для регулирования соответствующих правоотношений. Кроме того, необходимо отметить, что указанный документ может иметь отношение исключительно к центрам медицинской профилактики.

Другой документ, на основании которого лицензирующие органы требуют прохождения обучения и сертификации по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье», - это приказ Министерства здравоохранения РФ от 27 августа 1999 г. № 337». В соответствии с п. 1 «Перечня соответствия врачебных и провизорских специальностей должностям специалистов», утвержденного Приложением № 2 к этому приказу (в ред. от 31.01.2006 г.), должности «главный врач» соответствуют клиническая специальность или специальность «организация здравоохранения и общественное здоровье». Но и приказ № 337 не был зарегистрирован в Министерстве юстиции РФ и не опубликован в установленном порядке. Кроме того, другие приказы, составляющие редакцию данного документа, также не зарегистрированы и не опубликованы в установленном порядке, а, следовательно, этот документ не является обязательным для исполнения и может применяться организациями по своему усмотрению.

Таким образом, требование лицензирующего органа об обязательности наличия у главного врача ЛПУ первичной подготовки по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье», не имеет правовых оснований¹.

¹ Разъяснение юрисконсульта юридической компании «Юнико-94» Е.М. Бородиной (Консультант-плюс, 04.04.2007).

Может ли медицинское учреждение или частнопрактикующий врач-психиатр оказывать психиатрическую помощь, не имея на это лицензии?

Оказание психиатрической помощи без государственной лицензии запрещено. Это означает, что лицензии должны получать государственные, муниципальные и частные медицинские учреждения, оказывающие психиатрическую помощь, а также частнопрактикующие врачи. Лицензия является официальным документом, который разрешает осуществление медицинской деятельности в течение установленного в нем срока. Лицензия определяет также обязательные условия осуществления разрешенного вида деятельности.

Каков срок действия лицензии?

Лицензия выдается на срок до 5 лет.

Может ли выданная учреждению лицензия быть аннулирована и в каких случаях это происходит?

Лицензионная комиссия может приостановить действие или аннулировать выданную лицензию в следующих случаях: а) если сам держатель лицензии подаст об этом заявление; б) если обнаружатся недостоверные данные в документах, представленных для получения лицензии; в) если держатель лицензии нарушит условия ее действия; г) если держатель лицензии не выполнит предписаний или распоряжений государственных органов; д) при приостановлении деятельности медицинского учреждения или частнопрактикующего врача.

На базе нашей психиатрической больницы работают три кафедры. Что нужно для того, чтобы наше учреждение получило статус «клинического»?

Приказ Минздравсоцразвития России от 07.10.2005 г. № 627 «Об утверждении Единой номенклатуры государственных и муниципальных учреждений здравоохранения» (Примечание 1) определяет, что лечебно-профилактические учреждения (больницы, диспансеры, родильные дома и другие учреждения), используемые с целью преподавания высшими медицинскими образовательными учреждениями (факультетами) или в научных целях медицинскими научными организациями, являются

ся клиническими учреждениями. Приказ Минздрава России (от 29.09.1993 г. № 228 «Об утверждении Положения о клиническом лечебно-профилактическом учреждении») устанавливает, что клиническим является такое лечебно-профилактическое учреждение (ЛПУ), в составе которого работают клинические подразделения (кафедры, отделы, лаборатории) медицинских ВУЗов, научно-исследовательских институтов, факультетов институтов усовершенствования врачей, медицинских факультетов университетов, оказывающие медицинскую помощь, осуществляющие подготовку, повышение квалификации и переподготовку кадров, разработку и внедрение в практику новых медицинских технологий. Статус клинического присваивается лечебно-профилактическому учреждению вышестоящим органом здравоохранения, в ведении которого оно находится, по совместному представлению органов управления ЛПУ и ВУЗа или НИИ. Основанием для присвоения статуса клинического является наличие в составе ЛПУ клинических подразделений ВУЗов или НИИ¹.

У нашего бюджетного психиатрического учреждения налажено взаимовыгодное сотрудничество с одной из частных фирм. Мы хотим закрепить наши взаимоотношения договором о совместной деятельности. Правомерно ли в данном случае заключение договора о совместной деятельности?

Нет. Заключение бюджетным (государственным или муниципальным) медицинским учреждением договора о совместной деятельности с кем бы то ни было недопустимо. Понятие договора о совместной деятельности определено статьей 1041 Гражданского кодекса РФ. В соответствии с этой статьей договор о совместной деятельности - это синоним договора простого товарищества. По договору простого товарищества (договору о совместной деятельности) двое или несколько лиц (товарищей) обязуются соединить свои вклады и совместно действовать без образования юридического лица для извлечения прибыли или достижения иной, не противоречащей закону цели. Сторонами договора простого товарищества (договора о совместной деятельности), заключаемого для осуществления предпринимательской деятельности, могут

¹ Разъяснение доктора экономических наук Ф.Н. Кадырова (Консультант-плюс, 03.2005).

быть только индивидуальные предприниматели и (или) коммерческие организации.

Государственные же и муниципальные учреждения здравоохранения являются некоммерческими организациями. Следовательно, они не вправе заключать договор о совместной деятельности (договор простого товарищества). Поэтому необходимо (с учетом конкретной ситуации) заключать другие формы договоров: договоры возмездного оказания услуг, договоры аренды и т.д.¹

Статья 19.

Право на деятельность по оказанию психиатрической помощи

(1) Право на врачебную деятельность по оказанию психиатрической помощи имеет врач-психиатр, получивший высшее медицинское образование и подтвердивший свою квалификацию в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

(2) Иные специалисты и медицинский персонал, участвующие в оказании психиатрической помощи, должны в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, пройти специальную подготовку и подтвердить свою квалификацию для допуска к работе с лицами, страдающими психическими расстройствами.

(3) Деятельность врача-психиатра, иных специалистов и медицинского персонала по оказанию психиатрической помощи основывается на профессиональной этике и осуществляется в соответствии с законом.

Кто из врачей может быть допущен к оказанию психиатрической помощи?

Высшее медицинское учебное заведение выпускает врачей с дипломом, подтверждающим получение образования по специальности «лечебное дело». Такой диплом еще не дает права работать врачом-специалистом, в частности, психиатром. Для этого необходимо получить сертификат специалиста. Это документ единого образца, подтверждающий соответствие подготовки специалиста государственным образователь-

¹ Там же.

ным стандартам. Сертификат специалиста подтверждает, что его обладатель имеет определенный уровень теоретических знаний, практических навыков и умения, достаточных для самостоятельной врачебной деятельности в избранной врачебной специальности. Если у врача нет сертификата психиатра, то он не будет допущен к самостоятельной медицинской деятельности в качестве врача-психиатра. Он может работать в психиатрическом учреждении, но только в качестве стажера под руководством опытного специалиста.

Какими знаниями и практическими навыками должен владеть врач-психиатр?

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения СССР от 21 июля 1988 г. № 579 «Об утверждении квалификационных характеристик врачей-специалистов» врач-психиатр должен иметь общие и специальные знания, а также владеть определенными профессиональными навыками.

К *общим знаниям*, которые должны быть у врача психиатра, относятся:

- основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;
- общие вопросы организации психиатрической помощи в стране, республике, городе и т.д., организации работы скорой психиатрической помощи;
- порядок первичного освидетельствования больных психиатром, вопросы госпитализации в психиатрическое учреждение по неотложной помощи;
- основные вопросы общей психопатологии: проявление астенического синдрома, различные варианты аффективных синдромов, неврозоподобные синдромы, бредовые и галлюцинаторные синдромы, кататонический синдром, синдромы помрачения сознания, судорожный синдром, синдромы амнестические и слабоумия;
- клиническая картина психических заболеваний, их этиология и патогенез, принципы дифференциальной диагностики и лечения;
- симптоматика состояний, требующих неотложной госпитализации или применения методов интенсивной терапии (фебрильная шизоф-

рения, эпилептический статус, тяжелый алкогольный делирий, нейролептические осложнения, тяжелые депрессии, суицидальные попытки и др.);

- методы исследования психически больных и прежде всего клинико-психопатологические возможности инструментальных и специальных параклинических методов диагностики в психиатрии;

- основы фармакологии психических заболеваний, другие методы биологической терапии в психиатрии, основы психотерапии;

- вопросы временной и стойкой нетрудоспособности, вопросы диспансеризации и реабилитации психически больных;

- вопросы судебно-психиатрической и военной экспертизы психически больных;

- вопросы диспансеризации больных;

- вопросы военной психиатрии (участие психиатров в медицинской службе гражданской обороны);

- формы и методы санитарного просвещения.

Специальные знания, которыми должен обладать врач-психиатр, включают познания в области профилактики, диагностики и умения оказывать необходимую помощь при следующих заболеваниях и состояниях:

- эпилептический статус;

- фебрильная шизофрения;

- острая лекарственная интоксикация;

- осложнения нейролептической терапии;

- тяжелый алкогольный делирий.

Кроме того, врач-психиатр должен иметь определенные *профессиональные навыки*:

- уметь оценить при расспросе пациента и увидеть при одновременном наблюдении особенности его поведения, внешнего вида и высказываний, дающие основание предположить наличие психического заболевания;

- получить достаточные для предварительной оценки анамнестические сведения из сопровождающей больного медицинской и другой документации, от родственников, сопровождающих лиц, самого боль-

ного о его преморбидных личностных особенностях, характере болезненных проявлений, времени их возникновения, сопутствующих и провоцирующих факторах;

- выявить особенности соматического и неврологического состояний больного;

- определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, функциональных), организовать их выполнение и дать правильную интерпретацию;

- установить предварительный диагноз на синдромальном и нозологическом уровнях, провести дифференциальный диагноз;

- при необходимости организовать и провести неотложную помощь (купирование различных видов возбуждения, меры по прерыванию серий припадков, тяжелых нейролептических или токсических состояний);

- определить показания к виду последующей медицинской помощи: при наличии показаний организовать перевод больного в реанимационное отделение многопрофильной больницы, организовать наблюдение и лечение больных в амбулаторных условиях, в условиях диспансерного психиатрического участка, определить тенденции к затяжному характеру болезненного состояния и в этих случаях организовать направление больных в дневной стационар психоневрологического диспансера или в санаторное отделение психиатрических больниц, определить показания к неотложной и к плановой госпитализации;

- при нахождении больного в стационаре применить весь комплекс мероприятий, необходимых для установления окончательного диагноза (если в амбулаторных условиях он не мог быть поставлен), и организовать соответствующее лечение. Для этого врач-психиатр должен уметь провести детальное психопатологическое исследование больного с выявлением динамики психопатологического состояния, правильно оценить особенности соматического и неврологического состояния, характер их соотношения с психопатологической симптоматикой;

- обосновать тактику медикаментозной терапии с учетом индивидуальных особенностей больного и общих закономерностей течения болезни;

- соотнести удельный вес биологических и психосоциальных методов терапевтического воздействия в зависимости от этапа заболевания;

- обеспечить преемственность терапии больных в стационарной и диспансерной помощи;
- разрабатывать индивидуальные программы реабилитации больных, проводимые на фоне комплексной медикаментозной терапии;
- организовать и дифференцированно привлекать больных к различным формам лечебно-трудовой деятельности, выявить признаки временной и стойкой, частичной и полной утраты трудоспособности, определить профессиональные ограничения;
- предусмотреть мероприятия по предупреждению рецидивов и осложнений заболевания;
- провести диспансеризацию больных;
- оформить необходимую медицинскую документацию;
- провести санитарно-просветительную работу;
- составить отчет о своей работе и дать анализ ее эффективности;
- осуществлять следующие манипуляции:
- выполнять подкожное, внутримышечное и внутривенное введение лекарственных средств;
- проводить искусственное кормление через зонд;
- проводить инсулинотерапию;
- проводить электросудорожную терапию;
- выполнять люмбальную пункцию;
- делать искусственное дыхание, массаж сердца;
- делать трахеотомию;
- выполнять фиксацию возбужденного больного.

Кто выдает врачам сертификат психиатра?

Сертификат специалиста, в том числе и психиатра, выдается государственными медицинскими образовательными и научно-исследовательскими учреждениями, осуществляющими последипломную подготовку врачей и специалистов со средним медицинским образованием (при наличии у них лицензии на право ведения образовательной деятельности). Чтобы получить сертификат, надо пройти полный курс обучения в соответствии с программой послевузовского профессионального образования, после чего сдать экзамен или пройти проверочное испытание. Выданный сертификат подписывается председателем и секретарем соответствующей экзаменационной комиссии. В сертификате

содержится оценка теоретических знаний и навыков специалиста по пятибалльной системе.

Нашей больницей готовятся документы для прохождения очередного лицензирования. Одним из требований, предъявляемых лицензионным органом к документам по кадровому составу является наличие у психиатра первичной специализации (интернатуры или цикла обучения не менее 500 часов). Правомочны ли требования наличия первичной специализации у врачей со стажем работы 20-30 лет, имеющих сертификаты специалистов и проходящих повышение квалификации каждые 5 лет? Можем ли мы оспорить это требование, ссылаясь на письмо Минздрава России от 05.01.2001 г. № 2510/149-01-32?

Порядок допуска специалистов к медицинской деятельности установлен статьей 54 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22.07.93 г. № 5487-1 (в ред. от 02.02.2006 г.). В соответствии с этой статьей право на занятие медицинской деятельностью Российской Федерации имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское образование в Российской Федерации, а также имеющие диплом и сертификат специалиста. Любые другие требования, предъявляемые к специалистам при допуске к профессии, являются незаконными.

Приказ Минздрава России от 27.08.1999 г. № 337 «О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации» (в ред. от 31.01.2006 г.) в части примечаний к «Номенклатуре (классификатору) специальностей специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием в учреждениях здравоохранения Российской Федерации» устанавливает требования к первичной подготовке специалистов - выпускников медицинских ВУЗов, не имеющих опыта работы по специальности.

Этот приказ не зарегистрирован Минюстом РФ и официально не опубликован, поэтому согласно пункту 10 Указа Президента РФ от 23.05.1996 г. № 763 «О порядке опубликования и вступления в силу актов Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации и нормативных правовых актов федеральных органов исполнительной власти» (в ред. от 28.06.2005 г.) не влечет правовых послед-

ствий, как не вступивший в силу, и не может служить основанием для регулирования соответствующих правоотношений, применения санкций к гражданам, должностным лицам и организациям за невыполнение содержащихся в них предписаний.

Тем не менее, Письмом Минздрава РФ от 05.01.2001 г. № 2510/149-01-32 разъяснено, что действие данного приказа в части подготовки специалистов по основным специальностям (примечание 1) распространяется на выпускников медицинских и фармацевтических вузов, только начиная с 2000 г. Согласно этим разъяснениям специалисты, имеющие стаж работы по специальностям, требующим углубленной подготовки, имеют право продолжать работать без получения сертификата по основной специальности с прохождением очередных циклов повышения квалификации с периодичностью не реже одного раза в 5 лет¹.

Какие категории медицинского персонала в России относятся к медицинским работникам? Можно ли считать медицинскими работниками младших медицинских сестер, санитарок, буфетчиц, ванщиц, сестер-хозяек и иных работников, непосредственно обслуживающих психически больных?

В нормативных и правовых актах Российской Федерации точного определения понятия «медицинский работник» нет. Однако в статьях 46, 54, 56 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» к медицинским и фармацевтическим работникам отнесены лица, имеющие право на занятие в Российской Федерации медицинской и фармацевтической деятельностью, получившие высшее или среднее медицинское и фармацевтическое образование в Российской Федерации, имеющие диплом и специальное звание, а также сертификат специалиста и лицензию на осуществление медицинской или фармацевтической деятельности. Лица, получившие медицинскую и фармацевтическую подготовку в иностранных государствах, допускаются к медицинской и фармацевтической деятельности после экзамена в соответствующих учебных заведениях Российской Федерации в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, а также после получения лицензии на осуществление медицинской или фармацевти-

¹ Разъяснение директора юридической компании «Юнико-94» М.И. Милушина (Консультант-плюс, 21.12.2006).

ческой деятельности, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации (Федеральный Закон от 10.01.2003 г. № 15-ФЗ). Поэтому младшие медицинские сестры, санитарки и другие работники, непосредственно обслуживающие больных, если они не имеют среднего медицинского или фармацевтического образования, относятся не к медицинским работникам, а к иному медицинскому персоналу, участвующему в оказании медицинской помощи¹.

Раз в пять лет все медицинские работники сталкиваются с необходимостью подтверждения сертификата специалиста. Можно ли обойтись без него, если врач - работник частной клиники? Если нельзя, то кто должен в этом случае оплачивать сертификационные курсы?

В соответствии со ст. 54 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 г. № 5487-1 (в ред. от 02.02.2006 г.) право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью в Российской Федерации имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское и фармацевтическое образование в Российской Федерации, имеющие диплом и специальное звание, а также сертификат специалиста и лицензию на осуществление медицинской или фармацевтической деятельности.

Одним из условий допуска врача-специалиста к профессиональной деятельности необходимых для получения сертификата специалиста, является повышение его квалификации в течение последних 5 лет в объеме не менее 144 часов в образовательных учреждениях высшего или дополнительного профессионального образования². Это же условие является одним из требований для получения медицинским учреждением лицензии на медицинскую деятельность³.

¹ Разъяснение заместителя директора Департамента развития медицинской помощи и курортного дела Минздравсоцразвития России К.А. Виноградова (Консультант-плюс, 01.2007).

² Письмо Минздравсоцразвития России от 15 января 2007 г. № 154-ВС «О профессиональной деятельности специалистов здравоохранения».

³ Положение о лицензировании медицинской деятельности (утв. постановлением Правительства РФ от 04.07.2002 г. № 499 в ред. от 01.02.2005 г.

В соответствии со ст. 21 Трудового кодекса РФ работник имеет право на профессиональную подготовку, переподготовку и повышение своей квалификации в порядке, установленном Трудовым кодексом РФ, иными федеральными законами. Стороной, которая должна обеспечить это право, является работодатель. Так, статьей 196 Трудового кодекса РФ определено, что в случаях, предусмотренных федеральными законами, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, работодатель обязан проводить повышение квалификации работников, если это является условием выполнения работниками определенных видов деятельности.

Таким образом, обеспечение всех необходимых условий для прохождения курсов повышения квалификации является обязанностью работодателя (главного врача больницы, диспансера или руководителя клиники). При этом работникам, проходящим профессиональную подготовку, работодатель должен создавать необходимые условия для совмещения работы с обучением, предоставлять гарантии, установленные трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права, коллективным договором, соглашениями, локальными нормативными актами, трудовым договором (ст. 196 ТК РФ)¹.

Я имею диплом педиатра от 1997 г. Хочу переквалифицироваться в психиатра. Работники отдела кадров отмечают, что согласно 337 приказу от 27 августа 1999 г. я не могу стать психиатром, пройдя, как обычно, профессиональную переподготовку по повышению квалификации. Стать психиатром я могу лишь после прохождения первичной специализации, интернатуры или двухгодичной ординатуры. Это верно?

Допуск к медицинской деятельности и сертификация медицинских работников регламентируется ст. 63 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан и приказом Минздрава России от 27.08.1999 г. № 337 «О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения» (в ред. от 31.01.2006 г.). Приказом определено,

¹ Разъяснение старшего преподавателя кафедры медицинского права Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова Ю.В. Павловой (Консультант-плюс, 06.12.2006).

что подготовка специалистов по основным специальностям проводится через интернатуру (по специальностям, определяемым Минздравом России), ординатуру, аспирантуру. Подготовка специалистов по специальностям, требующим углубленной подготовки, проводится через профессиональную переподготовку, ординатуру, аспирантуру при наличии сертификата по соответствующей основной специальности. Специалист, получивший высшее медицинское образование, имеет право на подготовку и получение основной специальности либо специальности, требующей углубленной подготовки, только при наличии допуска к соответствующей должности. Таким образом, для работы по специальности «психиатрия» необходимо получить соответствующий сертификат специалиста. Такой сертификат выдается на основании послевузовского профессионального образования (аспирантура, ординатура), или дополнительного образования (повышение квалификации, специализация), или проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций, по теории и практике избранной специальности, вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан. Как следует из указанной статьи, переподготовка в соответствующих учебных заведениях или проверочное испытание, проводимое комиссиями профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций, касаются врачей или провизоров, не работавших по своей специальности более пяти лет, и желающих быть допущенными к практической медицинской или фармацевтической деятельности. Соответственно лицо, имеющее высшее медицинское образование по специальности «педиатрия», может заниматься практикой по другой специальности только после получения сертификата на основании послевузовского профессионального образования (аспирантура, ординатура), или дополнительного образования (повышение квалификации, специализация)¹.

Врач проходил обучение по специальности «судебный психиатр-эксперт» на факультете последипломного образования медицинского университета по направлению больницы, в которой он в настоящее время еще работает, но планирует уволиться. В отделе кадров больницы врач получил разъяснение, что при увольнении ему придется

¹ Там же.

возместить затраты учреждения на его обучение. Договор об обучении и специальное соглашение об этом (запись в трудовом договоре) со специалистом не составлялись. Правомерны ли доводы сотрудника отдела кадров? И вообще - должен ли врач в случае увольнения возмещать затраты учреждения на повышение его квалификации?

В силу ст. 249 ТК РФ врач обязан возместить работодателю затраты, произведенные в связи с его обучением за счет больницы. Однако эта обязанность возникает только при наличии следующих обязательных условий:

– заключенного в письменной форме специального соглашения об обучении или записи в трудовом договоре, предусматривающей обязанность работодателя оплатить обучение, а работника отработать после обучения определенный срок;

– направления работника на обучение работодателем и за его счет;

– увольнения работника до истечения срока, обусловленного трудовым договором или соглашением об обучении работника за счет средств работодателя, по неуважительной причине¹.

При отсутствии этих условий требования возмещения затрат на обучение врача неправомерны².

Где зафиксированы этические нормы и принципы практической деятельности врача в области психиатрии?

В 1994 г. на Пленуме Правления Российского общества психиатров был принят Кодекс профессиональной этики психиатра³. Назначение Кодекса состоит в том, чтобы дать психиатрам ключ к принятию решений в сложных с этической, правовой и медицинской точек зрения ситуациях. Кодекс дает врачам нравственные ориентиры, основывающиеся на гуманистических традициях отечественной психиатрии и учитывает при этом современные представления о правах и свободах челове-

¹ Разъяснение Главного специалиста по правовым вопросам ЦК Профсоюза работников народного образования и науки РФ С.Б. Хмелькова (Консультант-плюс, 13.11.2006).

² Там же.

³ Ж. Социальная и клиническая психиатрия. 1994. Т.4. Вып. 3. С. 147-150.

ка и гражданина. Основные положения Кодекса детально разъяснены в руководстве для врачей «Этика практической психиатрии»¹.

Почему основные положения Кодекса профессиональной этики психиатра во многом повторили содержание Закона РФ «О психиатрической помощи...»? Нужен ли специальный «Кодекс профессиональной этики психиатра» при наличии соответствующего Закона?

Действительно, можно легко увидеть сходство ряда положений Закона и Кодекса профессиональной психиатрической этики. Несмотря на то, что этика и право различаются по сферам влияния, по содержанию, по степени жесткости и принудительности требований, по механизмам их реализации, по характеру санкций и ряду других параметров, между ними много общего. Еще римское классическое право интегрировало универсальные нравственные категории – справедливости, совестливости, равенства людей, непричинения вреда и другие. Право всегда усиливает нравственные ценности, обеспечивает их авторитет юридическими средствами. Поэтому правовые нормы, содержащиеся в Законе, интимно связаны с нормами профессиональной этики, которыми психиатры руководствуются в своей деятельности. Различия в формах регулирования этих норм. Нормы Закона регулируют поведение психиатров извне, со стороны государства, его должностными лицами и учреждениями. Свод этических правил поведения врача-психиатра дает возможность регулирования практической психиатрической деятельности со стороны самого психиатрического сообщества, «изнутри» его². Кроме того, этические нормы, в отличие от юридических, опираются больше на внутренний, а не на внешний контроль, и предполагают добровольное следование человека своему «внутреннему нравственному закону».

Есть и еще один важный аспект различия правового и нравственного (этического) регулирования поведения врача-психиатра. Закон ориентирован, прежде всего, на психиатрическую деятельность в «служебных» рамках, в период осуществления врачом его служебных полномо-

¹ Этика практической психиатрии. Руководство для врачей под ред. проф. В.А. Тихоненко. Право и Закон, М., 1996.

² Там же, стр. 22.

чий и должностных обязанностей. Но психиатр, в отличие от бухгалтера или продавца магазина, находится на службе 24 часа в сутки. В этом отношении он подобен учителю школы или работнику милиции, которые чувствуют себя «в мундире» даже тогда, когда идут в супермаркет, на рыбалку или в театр. Ведь врач повсюду может встретить своих пациентов и потому для него важно сохранить соответствующий «имидж» во всякое время и при любых обстоятельствах. Эта сторона этического поведения специалиста очень важна, а форма ее регулирования иногда оказывается для него неожиданной. Вот пример. Президент большого многопрофильного колледжа в США, по специальности психолог, как-то отказался одобрить продвижение по службе женщины-геолога, работавшей в колледже доцентом, и предпочел ей другого доцента, мужчину. Их репутация, эрудиция и уровень профессиональных знаний были примерно сопоставимы. Отвергнутая женщина-геолог добилась своего, написав жалобу – но не в департамент, ведающий деятельностью университетов, а в Этический комитет Американской психологической ассоциации. Поначалу президент колледжа даже не считал нужным отвечать на эту жалобу, и лишь после второго напоминания написал, что, по его мнению, Этический комитет не имеет отношения к данной ситуации: ведь он действовал, как президент колледжа, а не психолог. Этический комитет нашел, что президент колледжа, будучи психологом, нарушил ряд принципов Американской психологической Ассоциации: несвоевременно ответил на запрос; не проявил желаний сотрудничать с комитетом. Но самое главное – его отказ в продвижении по службе женщины-геолога основан на сексуальной дискриминации, что является нарушением одного из важнейших принципов Этического Кодекса американских психологов. Этический комитет указал президенту колледжа, что он остается членом Американской психологической Ассоциации, и, несмотря на то, что он управляет колледжем, как служащий, и не занят психологической практикой, он и в статусе служащего обязан соответствовать этическим стандартам Ассоциации. Психолог обязан действовать сообразно этим стандартам всегда – во всякое время, в личной, общественной, профессиональной и частной жизни¹.

¹ Ronald H. Stein. Ethical Issues in Counseling. New York. 1990. P. 61.

Очень часто рядом с термином «этика» (или вместо него) употребляется термин «деонтология». Это одно и то же, или в этих понятиях есть различие?

Начнем с этики. Термин впервые употреблён Аристотелем. В его основе древнегреческое слово $\eta\theta\omicron\varsigma$ — этос, что переводится, как «нрав, обычай». Термин «этос» в античной философии обозначал привычки, нравы, характеры, темпераменты, обычаи. Этос подвержен *изменениям* и противопоставлен физису, природе человека, неподвластной ему, *неизменной*. Этика рассматривалась, как область знания, которая пытается ответить на вопрос: как должен вести себя человек, что он должен делать, чтобы не оставаться во власти природных инстинктов (физиса)? Ответ на этот вопрос Аристотель давал в самой общей форме. Он считал, что человек должен избегать крайностей и держаться золотой середины — во всем быть умеренным и благоразумным.

Другой термин — *мораль*. Это латинское слово (*moralis* — *касающийся нравов*) появилось значительно позже, в культуре Древнего Рима. Это был уже один из основных способов *нормативной* регуляции действий человека. Мораль охватывает нравственные взгляды и чувства, жизненные ориентации и принципы, цели и мотивы поступков и отношений, проводит границу между добром и злом, совестью и бессовестью, честью и бесчестьем, справедливостью и несправедливостью, нормой и ненормальностью, милосердием и жестокостью и т.п.

В современном мире мораль имеет *общечеловеческий* характер. А этос (этика) характеризует стиль жизни только какой-либо *общественной группы*, ориентацию её культуры, принятую в ней иерархию ценностей. В этом смысле этика, в отличие от морали, концентрирует в себе такие нравственные начала, которые не проявляются в повседневной жизни, но необходимы в определенной групповой среде. Именно поэтому мы говорим о медицинской, в частности, психиатрической этике, основанной на принципах общечеловеческой морали.

Современное понятие «этос» позволяет достаточно чётко отличать этот феномен и от *нравов, нравственности*. Нравственность — это *внутренняя* установка личности действовать согласно своей совести и свободной воле. Нравственность отличается и от морали, которая, наряду с законом, является *внешним* требованием к поведению индивида. Имен-

но с нравственностью связано различие добра и зла, возможное в условиях некоторой свободной воли. Это понятие применимо для обозначения некоего «промежуточного» уровня между собственно моралью, и тем поведением, которое мы называем *должным*.

И здесь появляется новый термин - «*деонтология*», рассматривающий проблемы долга и должного. Этот термин придумал выдающийся английский философ, экономист и теоретик права Иеремия Бентам (1748-1832). Деонтологией он называл науку о *должном* поведении человека любой профессии, и считал, что для каждой из них должны быть свои деонтологические нормы. Медицинская, и в том числе психиатрическая деонтология - это тоже учение о должном. Это учение о таких правилах поведения врачей и медицинского персонала, которые обеспечивают выполнение долга медицинских работников перед больными. И здесь можно видеть большое сходство между профессиональной деонтологией и профессиональной этикой. Но сходство только внешнее.

Обычно принято считать, что слово «деонтология» происходит от двух греческих корней: deon (deontos) - должное, logos-учение. Но греческое «deontos», в свою очередь, включает приставку «de» в значении удаления, отрицания, и корень «ontos». Что же означает «ontos»? В переводе с древнегреческого $\delta\epsilon\omicron\upsilon\varsigma$, $\delta\epsilon\omicron\upsilon\tau\omicron\varsigma$ — сущее, то, что существует, человеческое бытие, какое оно есть. Отсюда – онтология. Но если отвлечься от онтологии, как особого раздела философии, изучающего бытие¹, то в интересующем нас смысле де-онтология – это не отрицание онтологии, как философского учения, а отрицание, или неприятие поведения, определяемого бытием человека. Например, грабежей, разбоя и насилия, мотивированных стремлением утолить голод или жажду обладания (в том числе и сексуального); здесь же и интолерантность к определенным группам населения или к идеям, что часто бывает мотивировано

¹ Термин «Онтология» был предложен Р. Гоклениусом в 1613 г. И. Клауберг в 1656 г. стал пользоваться им, как эквивалентом понятию «метафизика», хотя в последующем семантически термины «онтология» и «метафизика» были разделены. В настоящее время онтология – это философское учение, основной вопрос которого: что существует? А основное понятие – бытие (его структура, свойства и формы). В науке XX века специально онтологической проблематикой занимались Николай Гартман («новая онтология»), Мартин Хайдеггер («фундаментальная онтология») и другие философы.

страхом утраты независимости своего бытия; утверждение собственного превосходства путем умаления значимости бытия других и т.п. В социальной среде (включая и определенное профессиональное пространство) подобное поведение неприемлемо и задача деонтологии – не допустить его проявлений. Таким образом, и медицинская этика, и медицинская деонтология имеют общие цели и задачи, но достигаются они разными путями. Этика *привносит* желаемые формы поведения, а деонтология *не допускает* нежелательных, деструктивных его форм.

Какую ответственность влечет нарушение психиатрами норм психиатрической этики?

В Кодексе профессиональной этики психиатра (статья 12) указано, что ответственность за нарушение норм Кодекса определяется Уставом Российского общества психиатров. Устав общества действительно предусматривает, что за это на члена Общества могут быть наложены следующие взыскания: 1) порицание; 2) приостановление членства в Обществе на срок до одного г.; 3) исключение из членов Общества. В случае наложения взыскания за нарушение Кодекса профессиональной этики психиатра Общество вправе информировать об этом соответствующие аттестационные (лицензионные) комиссии. Решение о наложении взыскания принимается открытым голосованием на общем собрании членов регионального подразделения или Правлением Общества.

На первый взгляд, санкции достаточно суровые. Но если немного поразмыслить, то становится ясно, что нет в них ничего страшного. Во-первых, обязанность соблюдать нормы профессиональной психиатрической этики предусмотрена только для членов Общества, а очень многие психиатры, к сожалению, членами Общества психиатров не являются. Но и для членов Общества получить взыскание за нарушение этических норм маловероятно: это может сделать лишь общее собрание регионального подразделения или Правление Общества (заседания которого нечасты). Поэтому пока и неизвестны случаи вынесения подобных взысканий. Но даже если бы они и были (предположим!), Общество *вправе* информировать об этом аттестационные комиссии на местах, но *не обязано* делать это. Так что приходится с сожалением признать, что реальной ответственности психиатров за нарушение ими норм Кодекса психиатрической этики в настоящее время не существует. Бо-

лее того, есть основания полагать, что большинство российских психиатров и не читало никогда этого самого Кодекса. Это очень печально. По нашему мнению, положение было бы совсем иным, если бы основанием для допуска психиатра к его профессиональной деятельности было бы не только наличие соответствующего образования, регулярности переподготовки и наличие сертификата, но и *обязательность членства в профессиональной ассоциации*. Именно профессиональная ассоциация должна брать на себя ответственность за соблюдение ее членами норм профессиональной этики, а при серьезных ее нарушениях принимать решение об исключении таких врачей из своих рядов. А это автоматически вело бы к потере права работы в профессии. Пока этого нет, и потому все еще нередки случаи нарушения психиатрами этических норм. Но их рассмотрением чаще занимается Гражданская комиссия по правам человека (ГКПЧ), а не профессиональные ассоциации¹.

Сказывается ли обслуживание психически больных на здоровье лечащих их врачей? Чем страдают психиатры?

Психиатрия не только одна из самых сложных, но и одна из самых вредных и опасных областей медицины. Медики вообще традиционно считаются одной из самых болезненных профессиональных групп населения, уступая пальму первенства лишь сталеварам. А у психиатров показатели на 30-40% выше аналогичных по всей медицине в целом. На 5-10 лет быстрее у мужчин возникает импотенция и облысение. На 50-60% чаще отмечаются сахарный диабет и бронхиальная астма, на 40-45% инфаркты и инсульты, на 80% чаще различные аллергические состояния. У женщин на 60% чаще выкидыши, токсикозы всех периодов беременности, на 40% чаще аборт, на 55% чаще разводы, на 60% реже повторные браки. Неполные семьи у психиатров встречаются в 2 раза чаще. Уровень невротизации в 3 раза выше, показатели бытового пьянства выше в 4 раза, алкоголизма - в 2,5 раза, серьезной психической патологии в 5 раз. Процент самоубийств в 2 раза выше. Различные несчастные случаи, в том числе производственный и бытовой травматизм в 2,6 раза чаще. Продолжительность жизни на 8-12 лет меньше. Пси-

¹ Следует отдать должное «Независимому психиатрическому журналу», где достаточно часто публикуются материалы, свидетельствующие о нарушении психиатрами норм профессиональной психиатрической этики.

хиатру, как никакому другому врачу, непросто не только на работе, но и дома. Именно поэтому среди довольно-таки распространенного явления — врачи-супруги, семьи с двумя психиатрами встречаются в 10 раз реже¹.

Статья 20.

Права и обязанности медицинских работников и иных специалистов при оказании психиатрической помощи

(1) Профессиональные права и обязанности врача-психиатра, иных специалистов и медицинского персонала при оказании психиатрической помощи устанавливаются законодательством Российской Федерации о здравоохранении и настоящим Законом.

(2) Установление диагноза психического заболевания, принятие решения об оказании психиатрической помощи в недобровольном порядке либо дача заключения для рассмотрения этого вопроса являются исключительным правом врача-психиатра или комиссии врачей-психиатров.

(3) Заключение врача другой специальности о состоянии психического здоровья лица носит предварительный характер и не является основанием для решения вопроса об ограничении его прав и законных интересов, а также для предоставления ему гарантий (в редакции Федерального закона от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ, вступил в силу с 1 января 2005 г.), предусмотренных законом для лиц, страдающих психическими расстройствами.

Может ли врач, не являющийся психиатром, например, терапевт, невропатолог или семейный врач поставить диагноз психического заболевания?

Такой диагноз может установить врач любой специальности, получивший высшее медицинское образование по специальности «лечебное дело» или «педиатрия». Но этот диагноз, поставленный врачом, не являющимся специалистом в области психиатрии, носит предварительный, временный характер и требует уточнения (верификации) специалистом-психиатром.

¹ Московская областная психиатрическая газета, № 3 (40), 2008, стр. 13.

Пока такой диагноз не уточнен, он не дает оснований для решения вопросов об ограничении прав и законных интересов граждан или предоставлении им льгот, предусмотренных законом для лиц, страдающих психическими расстройствами.

Предварительные заключения врачей других специальностей о состоянии здоровья обследуемых не должны выдаваться на какие бы то ни было запросы организаций и учреждений, за исключением запросов судебно-следственных органов. При этом следует указывать, что врачом-психиатром данное лицо не осматривалось.

При постановке психиатрического диагноза и врач-психиатр, и врач, не являющийся специалистом в области психиатрии, руководствуются современной Международной классификацией болезней 10-го пересмотра, которая оперирует понятием не психического заболевания, а психического расстройства.

Как формируются медицинские комиссии, решающие вопросы установления психиатрического диагноза?

Простые вопросы, касающиеся оценки характера психической патологии и проводимого лечения, можно решать коллегиально, в составе врачебной комиссией (КВП – комиссия врачей-психиатров). Такая комиссия может включать как несколько врачей-психиатров, так и заведующего отделением. Ее состав определяется ситуацией и никем не утверждается.

Значительно более широкий круг вопросов решала Клинико-экспертная комиссия психиатрического учреждения (КЭК). Но в настоящее время КЭК отменены, их заменили врачебные комиссии (ВК). ВК создается по приказу руководителя учреждения, который определяет не только персональный состав комиссии, но и регламент ее работы (положение о ВК, перечень вопросов, которые эта комиссия вправе рассматривать и решать, порядок работы).

Может ли быть включен в состав комиссии врач-психиатр, не работающий в данном психиатрическом учреждении, если этого пожелает пациент или его родственники?

Членом психиатрической комиссии (кроме комиссии, решающей вопрос о недобровольной госпитализации) может быть любой врач, имеющий специальность психиатра и соответствующий документ (сертификат), подтверждающий это.

Допустима ли для медицинских работников забастовка, как форма выражения их протеста?

Министерство здравоохранения Российской Федерации приказом от 25 июля 2003 г. № 326 утвердило перечень минимума необходимых работ (услуг) на период проведения забастовки в организациях здравоохранения, согласованный с соответствующими общероссийскими профсоюзами. В соответствии с указанным перечнем, на период забастовки амбулаторно-поликлиническая помощь взрослому и детскому населению оказывается медицинским персоналом в режиме выходного дня (по графику) с осуществлением приема, диагностики, оказания экстренной амбулаторной медицинской помощи; направления больных, нуждающихся в экстренной помощи, на госпитализацию; выдачи рецептов на лекарственные средства по жизненным показаниям; выдачи препаратов на льготных условиях по жизненным показаниям; выдачи справок о смерти; медицинских процедур по жизненным показаниям на дому для лиц с хроническими заболеваниями.

Прием населения, нуждающегося в неотложной помощи, осуществляется как при очном обращении, так и по телефону. В стационаре все его структурные подразделения работают в режиме выходного дня (по графику) с обеспечением квалифицированной и специализированной медицинской помощи при состояниях, угрожающих жизни и здоровью людей. Госпитализация больных осуществляется только по жизненным показаниям для оказания экстренной медицинской помощи (лица, не нуждающиеся в оказании экстренной медицинской помощи по жизненным показаниям, в период проведения забастовки переводятся на амбулаторное лечение). В каждом учреждении здравоохранения с момента начала подготовки к забастовке вывешивается соответствующая информация для населения о предполагаемом режиме работы ЛПУ в этот период. Аналогичная информация доводится до населения через средства массовой информации.

Статья 21.

Независимость врача-психиатра при оказании психиатрической помощи

(1) При оказании психиатрической помощи врач-психиатр независим в своих решениях и руководствуется только медицинскими показаниями, врачебным долгом и законом.

(2) Врач-психиатр, мнение которого не совпадает с решением врачебной комиссии, вправе дать свое заключение, которое приобщается к медицинской документации.

Разве может быть врач-психиатр независим в принятии своих решений, если он работает в государственном учреждении здравоохранения и за свою работу получает деньги от государства? Что реально гарантирует независимость врача?

Гарантией независимости деятельности врача-психиатра учреждения здравоохранения является то обстоятельство, что по закону любое вмешательство в действия врача-психиатра различных органов и лиц может иметь негативные для них последствия. Конкретные случаи вмешательства в действия врача-психиатра могут быть наказуемы в дисциплинарном и даже в уголовном порядке (ст. 285 УК «Злоупотребление должностными полномочиями» и ст. 286 УК «Превышение должностных полномочий»). Ответственность за подобные действия может нести любое должностное лицо учреждения, начиная с заведующего отделением, если оно незаконно повлияло или пыталось повлиять на принятие решения лечащим врачом.

Заведующий отделением и другие должностные лица не могут принуждать лечащего врача поставить больному тот диагноз, с которым лечащий врач не согласен, даже в тех случаях, когда больной был проконсультирован врачом-руководителем, авторитетным консультантом, потому что установление диагноза – это прерогатива лечащего врача (или комиссии врачей-психиатров с его участием).

Обязан ли член врачебной комиссии, не согласный с ее решением, подчиниться мнению большинства?

Нет, не обязан. Закон предоставляет право члену (членам) комиссии (в том числе и председателю), чье мнение не совпадает с решением ко-

миссии, дать собственное заключение или изложить свое особое мнение, которое приобщается к заключению комиссии. Такой порядок служит гарантией независимости членов комиссии, их равноправия и возможности выразить собственное мнение.

Какое значение имеет то, что один из членов комиссии имеет особое мнение? Ведь решение принимается большинством. Может ли особое мнение одного повлиять на решение, принятое комиссионно?

При наличии особого мнения одного из членов комиссии председатель комиссии должен поставить в известность об этом руководителя лечебного учреждения (если этот руководитель не участвовал сам в работе комиссии). Руководитель учреждения, внимательно изучив особое мнение члена комиссии, его суждения и аргументацию, может принять решение о повторном комиссионном рассмотрении данного вопроса в прежнем или новом составе. Если же руководитель учреждения сам участвовал в работе комиссии, то о наличии особого мнения одного из ее членов он обязан поставить в известность вышестоящий орган управления здравоохранением. При рассмотрении решения комиссии вышестоящим органом должна быть дана мотивированная оценка доводов и предложений, изложенных в особом мнении.

Статья 22.

Гарантии и льготы врачам-психиатрам, иным специалистам, медицинскому и другому персоналу, участвующим в оказании психиатрической помощи

(1) Врачи-психиатры, иные специалисты, медицинский и другой персонал учреждений здравоохранения, участвующие в оказании психиатрической помощи, имеют право на сокращенную продолжительность рабочего времени, дополнительный отпуск за работу в особо опасных для здоровья и тяжелых условиях труда в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Порядок предоставления указанных гарантий и установления размера надбавок к должностным окладам за работу в особо опасных для здоровья и тяжелых условиях труда для работников феде-

ральных учреждений здравоохранения определяется правительством Российской Федерации.

Порядок предоставления указанных гарантий и установления размера надбавок к должностным окладам за работу в особо опасных для здоровья и тяжелых условиях труда для работников учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации определяется органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

(2) Врачи-психиатры, иные специалисты, медицинский и другой персонал учреждений здравоохранения, участвующие в оказании психиатрической помощи, подлежат:

обязательному страхованию на случай причинения вреда их здоровью или смерти при исполнении служебных обязанностей в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. *(Статья в редакции Федерального закона от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ, вступил в силу с 1 января 2005 г.).*

Каким документом сейчас регламентируется продолжительность рабочего времени медицинских работников?

Статья 350 Трудового кодекса РФ устанавливает сокращенную продолжительность рабочего времени медицинских работников: не более 39 часов в неделю. В зависимости от должности и (или) специальности продолжительность рабочего времени медицинских работников определяется в постановлении Правительства РФ от 14 февраля 2003 г. № 101. Так, медики, которые перечислены в приложении № 1 данного постановления, обязаны работать максимум 36 часов в неделю. В частности, такая рабочая неделя должна быть у врачей-психиатров в отделениях психиатрических стационаров. Тот, чья должность указана в приложении № 2 постановления, могут трудиться только 33 часа в неделю. Например, так должны работать врачи-психиатры, занятые исключительно амбулаторным приемом больных. Работа сверх этих норм является сверхурочной работой¹.

¹ Разъяснение старшего преподавателя кафедры медицинского права ММА им. И.М. Сеченова Ю.В. Павловой (Консультант-плюс).

В нашу психиатрическую больницу время от времени поступают ВИЧ-инфицированные больные. В каком порядке выплачивается надбавка за вредность медицинскому персоналу, обслуживающему таких больных?

Работникам учреждений здравоохранения, занятым в неблагоприятных условиях труда, производится повышение окладов (ставок) в соответствии с Перечнем учреждений, подразделений и должностей, работа в которых дает право работникам на повышение окладов (ставок) в связи с опасными для здоровья и особо тяжелыми условиями труда. Этот перечень утвержден приказом Минздрава России от 15 октября 1999 г. № 377 «Об утверждении положения об оплате труда работников здравоохранения» (в редакции Приказа Минздрава России от 17.11.2000 г. № 404). В соответствии с указным Перечнем (пункт 5 раздела 1), работа, связанная с непосредственным обследованием, диагностикой лечением и др., дает право на повышение окладов на 60% в каждом медицинском учреждении. В примечании к разделу 1 данного Перечня указано, что работникам, занятым на работах с разными условиями вредности, размеры процентных повышений окладов (ставок) не суммируются. В каждом учреждении на основании Перечня должен быть составлен и утвержден по согласованию с профсоюзным органом перечень должностей работников, которым с учетом конкретных условий работы в данном учреждении, подразделении и должности (лечение, обеспечение диагностики, экспертизы, непосредственное обслуживание или контакт с больным и др.) оклад (ставка) может повышаться, в том числе и за каждый час работы в условиях, предусмотренных Перечнем.¹

Предусмотрены ли дополнительные выплаты или надбавки медперсоналу, работающему в процедурных кабинетах психиатрических учреждений, за работу с ВИЧ-инфицированными больными с психическими и наркологическими заболеваниями?

Да, предусмотрены. Работникам медицинского учреждения (финансируемого из федерального бюджета), которые диагностируют и лечат ВИЧ-инфицированных, а также работникам, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека, начисля-

¹ Разъяснение отдела экономики труда и заработной платы Управления планирования, финансирования и развития Минздрава России, апрель 1999 г.

ют надбавку за работу в опасных для здоровья условиях труда в размере 20% основного оклада. Об этом сказано в п. 1 постановления Правительства РФ от 3 апреля 1996 г. № 391.

Эти работники имеют право на сокращенную продолжительность рабочего времени, дополнительный отпуск за работу в особо опасных для здоровья и тяжелых условиях труда в соответствии с законодательством РФ (п. 1 ст. 22 Федерального закона от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ)¹.

Какими нормативными документами регламентированы организация и оплата дежурств врачей в психиатрическом стационаре?

Циркулярным письмом Министерства здравоохранения СССР, Министерства финансов СССР и Государственного Комитета СССР по труду и социальным вопросам, совместно с Секретариатом ВЦСПС от 4 мая 1990 г. № 01-14/5-24 (оно остается действующим до настоящего времени) установлено, что учреждения здравоохранения, имеющие стационары, относятся к учреждениям с непрерывным режимом работы, медицинская помощь в которых оказывается круглосуточно. Учитывая специфику работы стационара (оказание медицинской помощи в любое время суток и дней недели), для врачей устанавливаются дежурства (работа) в вечернее и ночное время, в воскресные и праздничные дни в соответствии с графиком работы, утверждаемым главным врачом. Несение указанных дежурств является для врача обязательным. Один из элементов трудовых обязанностей, закрепленных в должностной инструкции врача - квалифицированное и своевременное исполнение приказов, распоряжений и поручений руководства учреждения, а также нормативно-правовых актов по своей профессиональной деятельности, соблюдение правил внутреннего распорядка. Дежурства выполняются врачами, в зависимости от нагрузки, в пределах месячной нормы рабочего времени или, с согласия врача, сверх этой нормы. Решение всех вопросов рациональной организации труда врачей, включая их работу в вечернее и ночное время, в воскресные и праздничные дни, возлагается на руководителей учреждений здравоохранения, исходя из конкретных

¹ Разъяснение юриста департамента налогов и права АКГ «Интерэкспертиза» И.С. Егоровой (Консультант-плюс, 14.08.2006).

(местных) условий. Им предоставлено право принятия следующих управленческих решений: 1) **Введения в штатное расписание специальных врачебных должностей** для обеспечения круглосуточной помощи. Но действующей номенклатурой должностей не предусмотрена должность «врача-дежуранта». Все дежурные врачи должны занимать должности врачей-специалистов. При этом наименование должности «врач» дополняется наименованием специальности, например «врач-психиатр», или «врач психиатр-нарколог» и т.п. Условия и содержание работы дежурного врача определяются его функциональными обязанностями и правилами внутреннего трудового распорядка. График работы устанавливается администрацией лечебного учреждения и может быть «скользящим». У врачей, работающих по скользящему графику, дни отдыха могут и не совпадать с воскресным днем. Поэтому работа в воскресные дни (общеустановленные дни отдыха), не превышающая месячную норму рабочего времени, оплачивается в одинарном размере. Но если дежурство осуществляется в воскресный день, и если оно входит в пределы месячной нормы рабочего времени, то за него предоставляется выходной день (отгул) - по графику, в любой день недели. 2) **Выделения специального фонда оплаты дежурств**, выполняемых врачами сверх месячной нормы рабочего времени. При формировании такого фонда заработной платы учитываются все занятые и вакантные должности, а также оплата работы в праздничные дни, оплата работы в которые производится не менее чем в двойном размере. Кроме того, необходимо предусмотреть дополнительную плату за работу в ночное время (все ночные часы в год с 22 до 6 часов утра), в которое согласно ст. 154 Трудового кодекса каждый час работы оплачивается в повышенном размере по сравнению с работой в нормальных условиях, но не ниже размеров, установленных законами и иными нормативными правовыми актами. Дежурство сверх месячной нормы рабочего времени в обычные дни недели оплачивается в одинарном размере, а в выходные и праздничные дни - в двойном размере. Если дежуривший врач работает по 5-дневному графику работы, его работа в общеустановленные дни отдыха (воскресные дни) оплачивается не менее чем в двойном размере. Дежурства сверх нормы рабочего времени могут осуществляться на основании трудового договора о работе по совместительству или в виде сверхурочной работы с соответствующей оплатой труда. Дежурства вра-

чей оплачиваются исходя из их должностного оклада, то есть из оплаты по ЕТС (исходя из их квалификационной категории) и повышения за работу во вредных и (или) особо опасных условиях труда. Надбавка за стаж непрерывной работы в учреждениях здравоохранения в должностной оклад не включается. 3) **Установления специальных надбавок** для врачей, выполняющих дежурства в пределах нормы рабочего времени - в связи с высокой ответственностью работы врача во время дежурства, влекущей большое физическое и эмоциональное напряжение. Надбавки устанавливаются в порядке и размерах, определяемыми нормативными документами, определяющими заработную плату медицинских работников. Конкретные размеры надбавок устанавливаются работодателем с учетом мнения представительного органа работников, коллективного договора, трудового договора. Надбавки за напряженность в труде производятся за счет общей экономии фонда заработной платы учреждения. За дежурство в ночное время дополнительная оплата устанавливается во всех случаях¹.

Имеет ли право работник психиатрического учреждения на дополнительный отпуск, если он работает во вредных условиях труда, но оформлен по совместительству?

Да, такое право у работника есть. Работа по совместительству во вредных условиях труда дает право на дополнительный отпуск в соответствии со ст. 117 ТК РФ. Данный вид гарантий распространяется на лиц, работающих по совместительству, в полном объеме. Перечни производств, работ, профессий и должностей, работа в которых дает право на дополнительный оплачиваемый отпуск за работу с вредными и (или) опасными условиями труда, а также минимальная продолжительность этого отпуска и условия его предоставления утверждаются Правительством РФ с учетом мнения Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений².

¹ Московская областная психиатрическая газета, № 1 (38), 2008, стр. 3 (по материалам изданий: Консультант-Плюс; «Советник бухгалтера в здравоохранении», 2006, № 5, 6; «Медицинский вестник», 2007, № 22-23).

² Разъяснение юриста департамента налогов и права АКГ «Интерэкспертиза» И.С. Егоровой (Консультант-плюс, 14.08.2006).

Имеет ли право на дополнительный отпуск за вредные и (или) опасные условия труда врач-психиатр, работающий по совместительству не более, чем на 0,25 ставки?

В соответствии со Списком производств, цехов, профессий и должностей с вредными условиями труда, работа в которых дает право на дополнительный отпуск и сокращенный рабочий день, утвержденным Постановлением ГК СМ СССР по вопросам труда и заработной платы и Президиума ВЦСПС от 25.10.1974 г. № 298/П-22, врачи-специалисты, кроме врача-лаборанта, психиатрических, психоневрологических, нейрохирургических, наркологических лечебно-профилактических учреждений, отделений и кабинетов имеют право на дополнительный отпуск продолжительностью 30 рабочих дней. Указанный порядок предоставления дополнительного отпуска распространяется на работающих как на основной работе, так и в порядке совместительства, но при условии их работы в объеме не менее половины месячной нормы рабочего времени. Это условие относится и к тем специалистам, которые находятся в штате перечисленных учреждений (подразделений), как на основной работе¹.

Имеют ли право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости медработники, в трудовых книжках которых указана должность фельдшер-нарколог?

Да, имеют. В Списке должностей и учреждений, работа в которых засчитывается в стаж работы, дающей право (утв. Постановлением Правительства РФ от 29 октября 2002 г. № 781) на досрочное назначение пенсии, имеют фельдшеры. Приказом Минздравсоцразвития России от 31 мая 2006 г. № 435 установлено тождество между должностями фельдшер и фельдшер-нарколог. Мало того, чуть позже (13 июня 2006 г.) Минздравсоцразвития России выпустило сразу три приказа №№ 462, 463 и 464, в которых установило тождество между наименованиями некоторых должностей и структурных подразделений. Теперь работники структурных подразделений, указанных в этих Приказах, имеют право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости. Работа в них в течение года засчитывается как год и шесть месяцев².

¹ Разъяснение члена редакционного совета журнала «Советник бухгалтера в здравоохранении», доцента РМАПО В.Н. Базилия.

² Разъяснение аудитора А.К. Рязановой (Консультант-плюс, 14.08.2006).

Может ли непосредственная работа с душевнобольными привести к развитию у них профессионального психического заболевания?

Длительное непосредственное обслуживание душевнобольных людей может причинить вред здоровью врачей-психиатров, иных специалистов, медицинского и другого персонала, участвующего в оказании психиатрической помощи. У них может развиваться психическое расстройство в форме невроза. Это заболевание включено в «Список профессиональных заболеваний», утвержденный приказом Минздравмедпрома и Госкомитета санитарно-эпидемиологического надзора РФ от 5 октября 1995 г. № 280/88 «Об утверждении временных перечней вредных, опасных веществ и производственных факторов, а также работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические осмотры работников».

Может ли работа в психиатрическом учреждении привести к развитию других профессиональных, не психических расстройств?

Да, может. Для персонала психиатрических лечебных учреждений профессиональными заболеваниями могут быть признаны также аллергические заболевания (конъюнктивит, ринит, ринофарингит, ринофаринголарингит, риносинусит, бронхиальная астма, астматический бронхит, экзогенный альвеолит, дерматит, экзема, токсикодермия, отек Квинке, крапивница, анафилактический шок, токсико-аллергический гепатит, поражение центральной и периферической нервной системы и др.). К возникновению этих заболеваний могут привести лекарственные препараты, применяемые в психиатрической практике: нейролептики, витамины, антибиотики, сульфаниламидные препараты, новокаин, гормональные препараты и др.

А если у психиатрического работника развилось хроническое психическое заболевание, например, такое, как шизофрения, и оно привело к потере им трудоспособности – можно ли в таком случае причину потери трудоспособности считать профессиональной?

Такое хроническое психическое заболевание как шизофрения, не включено в «Список профессиональных заболеваний». Но если к ее развитию (или обострению) привело невротическое расстройство (включенное в список профессиональных болезней), то причина потери тру-

доспособности, вызванная шизофреническим процессом, должна считаться профессиональной.

Каков порядок страхования медицинских работников, обслуживающих психически больных, на случай причинения вреда их здоровью?

До настоящего времени еще не принят специальный законодательный акт по государственному личному страхованию работников психиатрических учреждений. Поэтому в случае причинения вреда их здоровью, повлекшего временную или стойкую утрату трудоспособности, связанную с оказанием психиатрической помощи, решение о выплате страховых сумм осуществляется в соответствии с Постановлением Верховного Совета РСФСР от 24 декабря 1992 г. № 4214-1 «Об утверждении «Правил возмещения работодателями вреда, причиненного работникам увечьем, профессиональными заболеваниями либо иными повреждениями здоровья, связанными с исполнением ими трудовых обязанностей».

Постановлением Правительства РФ от 3 апреля 2006 г. № 191 утвержден «Перечень должностей медицинских и иных работников государственной и муниципальной систем здравоохранения, подлежащих обязательному страхованию в связи с занятиями работой, представляющей угрозу их жизни и здоровью». В перечень, в частности, входят: работа по непосредственному оказанию медицинской помощи гражданам, страдающих психическими расстройствами; работа по проведению им судебно-медицинской экспертизы; по их психиатрическому освидетельствованию; медико-социальной реабилитации; работа, связанная с доставкой больных и пострадавших в стационар, включая путь следования к месту вызова и обратно; работа в психиатрических учреждениях и подразделениях (в том числе в лечебно-трудовых мастерских и подсобных сельских хозяйствах). Страхование подлежат: врачи (в том числе врачи - руководители учреждения, структурного подразделения); психологи (медицинские психологи); специалисты по социальной работе; социальные работники; средний медицинский персонал; водители санитарного транспорта; инструкторы-методисты по лечебной физкультуре; библиотекари; младший медицинский персонал; прочий персонал (гардеробщики, истопники, парикмахеры, лифтеры и иные профессии рабочих).

Должна ли администрация психиатрического учреждения страховать медицинских работников на случай их заражения ВИЧ-инфекцией?

Да, должна. Для медицинских, фармацевтических и иных работников государственной и муниципальной систем здравоохранения, работа которых связана с угрозой их жизни и здоровью, устанавливается обязательное страхование в соответствии с перечнем должностей, занятие которых связано с угрозой жизни и здоровью работников. Работники психиатрических учреждений государственной системы здравоохранения, осуществляющие диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, а также лица, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека, подлежат обязательному страхованию на случай причинения вреда их здоровью или смерти при исполнении служебных обязанностей в порядке, установленном законодательством РФ; от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний в порядке, установленном законодательством РФ. Утвержден перечень должностей медработников, подлежащих обязательному страхованию¹.

¹ Разъяснение юриста департамента налогов и Права АКГ «Интерэкспертиза» И.С. Егоровой (Консультант-плюс, 14.08.2006).

РАЗДЕЛ IV

ВИДЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ПОРЯДОК ЕЕ ОКАЗАНИЯ

Статья 23.

Психиатрическое освидетельствование

(1) Психиатрическое освидетельствование проводится для определения: страдает ли обследуемый психическим расстройством, нуждается ли он в психиатрической помощи, а также для решения вопроса о виде такой помощи.

(2) Психиатрическое освидетельствование, а также профилактические осмотры проводятся по просьбе или с согласия обследуемого; в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет - по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя; в отношении лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, - по просьбе или с согласия его законного представителя. В случае возражения одного из родителей либо при отсутствии родителей или иного законного представителя освидетельствование несовершеннолетнего проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суд.

(3) Врач, проводящий психиатрическое освидетельствование, обязан представиться обследуемому и его законному представителю как психиатр, за исключением случаев, предусмотренных пунктом «а» части четвертой настоящей статьи.

(4) Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя в случаях, когда по имеющимся данным обследуемый совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает:

а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или

б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или

в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

(5) Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя, если обследуемый находится под диспансерным наблюдением по основаниям, предусмотренным частью первой статьи 27 настоящего Закона.

(6) Данные психиатрического освидетельствования и заключение о состоянии психического здоровья обследуемого фиксируются в медицинской документации, в которой указываются также причины обращения к врачу-психиатру и медицинские рекомендации.

Что такое психиатрическое освидетельствование? Какие действия врача-психиатра относятся к психиатрическому освидетельствованию?

Комментарий к Закону РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» психиатрическим освидетельствованием называет каждый осмотр пациента врачом-психиатром. Однако такое определение является неполным. Как и при любом другом медицинском освидетельствовании, одного только «осмотра», то есть визуальной, зрительной оценки врачом-психиатром освидетельствуемого им гражданина, недостаточно. Освидетельствование включает в себя не только визуальный осмотр, но еще и целенаправленную беседу с ним, направленную на ознакомление с его анамнезом, на исследование его психического состояния, в том числе и путем тестирования, а также изучение имеющихся медицинских и иных документов, имеющих значение для решения поставленных перед психиатром вопросов.

Понятно поэтому, что этот большой комплекс врачебных действий только очень условно называется врачебным психиатрическим осмотром.

Я - начинающий врач-психиатр. В процессе работы у меня возник вопрос: всегда ли пациент должен самостоятельно обратиться за психиатрической помощью? Объясните подробно, что представляет собой право пациента на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство?

Ст. 32 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22.07.93 г. № 5487-1 (в ред. от 07.03.2005 г.) предусматривает основное, базовое право каждого пациента - право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Исключение составляют случаи, когда состояние больного не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно. В этих случаях вопрос о проведении медицинского вмешательства в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения.

Медицинское вмешательство - это любое обследование или иное действие, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную направленность, выполняемое врачом или другим медицинским работником.

Добровольность согласия выражается в отсутствии давления на больного в какой-либо форме, а также в наличии возможности отозвать свое согласие в любое время. Прежде чем получить согласие больного, врач должен проинформировать больного о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проводимого лечения. Причем сделать это необходимо в доступной для восприятия конкретным пациентом форме.

В случаях неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину и членам его семьи, если гражданин не запретил сообщать им об этом или не назначил лицо, которому должна быть передана такая информация. Гражданин имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать консультации по ней у других специалистов. По требованию гражданина ему предоставляются копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны. Полученное (устное) согласие отмечается в виде записи в истории болезни либо фиксируется в виде расписки пациента.

В отношении лиц, не достигших 15-летнего возраста (несовершеннолетних, больных наркоманией - 16 лет) или недееспособных, согласие на медицинское вмешательство дают их законные представители.

При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения и законных представителей. При отказе от медицинского вмешательства гражданину или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия. При отказе родителей или иных законных представителей лица, не достигшего возраста 15 лет, либо законных представителей лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни указанных лиц, больничное учреждение имеет право обратиться в суд для защиты интересов этих лиц.

Оказание медицинской помощи без согласия граждан или их законных представителей допускается в отношении следующих лиц: 1. Страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих; 2. Страдающих тяжелыми психическими расстройствами; 3. Совершивших общественно опасные деяния, на основаниях и в порядке, установленных уголовным и уголовно-процессуальным законодательством РФ (в отношении них применяются принудительные меры медицинского характера). Решение о проведении медицинского освидетельствования и наблюдения граждан без их согласия принимается врачом (консилиумом), а решение о госпитализации - судом¹.

Какие вопросы решает врач-психиатр при психиатрическом освидетельствовании гражданина?

Обычно при психиатрическом освидетельствовании решаются вопросы о наличии или отсутствии у свидетелеваемого гражданина психического расстройства, характере этого расстройства, нуждаемости в том или ином виде психиатрической помощи. Но перед психиатром могут быть поставлены и другие вопросы. Например, вопросы о наличии или отсутствии медицинских противопоказаний для выполнения отдельных видов профессиональной деятельности или выполнения работы, связанной с источником повышенной опасности. Перед врачом-психиатром могут стоять и любые другие вопросы, ответы на которые требу-

¹ Разъяснение старшего преподавателя кафедры медицинского права ММА им. И.М. Сеченова С.И. Пospelовой. Консультант-плюс, 20.10.2005.

ют наличия специальных профессиональных знаний и навыков и тех данных, которые врач получает в результате освидетельствования.

Может ли обычная застольная беседа в кругу знакомых, друзей или родственников, среди которых может оказаться врач-психиатр, стать фактом психиатрического освидетельствования гражданина?

Нет, не может. Психиатрическое освидетельствование, помимо визуального, зрительного наблюдения, обязательно включает целенаправленный расспрос гражданина о его состоянии, о том, что его беспокоит. Беседы общего, «светского» плана, может быть, и могут создать у психиатра какое-то общее впечатление о гражданине, но они ни в какой мере не дают медицинской картины состояния этого гражданина и, разумеется, не позволяют делать какие-либо выводы или заключения и принимать решения. Расспрос гражданина о состоянии его здоровья, тем более - психического здоровья, в общей компании, в присутствии других лиц вообще должен быть исключен, так как эта тема – личного, часто интимного характера, «не для чужих ушей». Какое бы общее впечатление не складывалось у психиатра о ком-либо из присутствующих, оно не относится к психиатрическому освидетельствованию. Это свое личное впечатление врач-психиатр должен держать при себе, и ни при каких обстоятельствах он не имеет права ни оглашать его, ни тем более принимать на его основе какие-то решения.

По чьей инициативе назначается и проводится психиатрическое освидетельствование?

Психиатрическое освидетельствование, как и любой другой вид медицинского вмешательства, как правило, проводится по просьбе или с согласия самого обследуемого или его законного представителя. Из этого правила допускаются исключения. Во-первых, инициатива посещения психиатра для проведения освидетельствования может принадлежать родным или друзьям, которые могут дать человеку такой совет. Такую инициативу может проявить врач другой специальности, у которого может возникнуть необходимость узнать профессионально грамотное мнение специалиста-психиатра о здоровье своего пациента. В этом случае специалист направляет больного на прием к психиатру. Инициатором психиатрического освидетельствования может оказаться работо-

датель. Но во всех этих случаях, кто бы ни был инициатором, психиатрический осмотр гражданина может состояться только тогда, когда он (или его законный представитель) не возражает против освидетельствования, осуществляемого по инициативе третьей стороны.

Я не хочу проходить осмотр у психиатра, но начальник отдела кадров нашего предприятия настаивает на этом и грозит увольнением, если я не пройду его. Как мне поступить?

На некоторых предприятиях или учреждениях, где работа связана с источником повышенной опасности, в обязательном порядке требуется заключение психиатра о годности работника к такому виду профессиональной деятельности. В таких случаях требования работодателя о необходимости психиатрического освидетельствования правомерны. Но и здесь решение о том, проходить или не проходить осмотр у психиатра, принадлежит только гражданину, который должен отдавать себе отчет, что без психиатрического освидетельствования он должен отказаться от планов работы на этом предприятии. Однако таких предприятий и таких видов деятельности не так уж и много, они четко обозначены, как источники повышенной опасности, в соответствующих постановлениях правительства. Если же ваша работа не включена в указанные перечни, утверждаемые правительством РФ, то требования и угрозы кадровика беспочвенны и безосновательны.

Я детский врач-психиатр. Иногда приходится сталкиваться с такой ситуацией, когда родители ребенка, не достигшего 15 лет, отказываются от психиатрического освидетельствования или лечения, даже если такой отказ может повлечь за собой угрозу для его жизни и здоровья. Как мне поступать в таких случаях?

В соответствии со ст. 33 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22.07.1993 г. № 5487-1 (в ред. от 07.03.2005 г.) гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, перечисленных в ст. 34 Основ, согласно которой оказание медицинской помощи (медицинское освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция) без согласия граждан или их законных представителей допускается в отношении лиц, страдающих заболева-

ниями, представляющими опасность для окружающих, лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, или лиц, совершивших общественно опасные деяния, на основаниях и в порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

Решение о проведении медицинского освидетельствования и наблюдения граждан без их согласия или согласия их законных представителей принимается врачом (консилиумом), а решение о госпитализации граждан без их согласия или согласия их законных представителей - судом.

При отказе от медицинского вмешательства гражданину или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином либо его законным представителем, а также медицинским работником.

Законными представителями ребенка, не достигшего 15 лет, а больных наркоманией - 16 лет, являются его родители, а при их отсутствии усыновители или попечители. Следовательно, указанные лица имеют право принимать решение об отказе от медицинского вмешательства.

Однако, при отказе родителей или иных законных представителей лица, не достигшего установленного законом возраста от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни указанных лиц, больничное учреждение имеет право обратиться в суд для защиты интересов этих лиц (ст. 33 Основ).

Необходимо отметить, что родители или лица, их заменяющие, не должны злоупотреблять своими правами, нарушая при этом права и законные интересы ребенка. В данном случае можно говорить о нарушении конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь (ст. 41 Конституции РФ).

Статьей 56 Семейного кодекса РФ признается право ребенка на защиту от злоупотреблений со стороны родителей (лиц, их заменяющих). Ребенок вправе самостоятельно обращаться за защитой своих прав в орган опеки и попечительства, а по достижении возраста четырнадцати лет в суд.

Должностные лица организаций и иные граждане, которым станет известно об угрозе жизни или здоровью ребенка, о нарушении его прав

и законных интересов, обязаны сообщить об этом в орган опеки и попечительства по месту фактического нахождения ребенка. При получении таких сведений орган опеки и попечительства обязан принять необходимые меры по защите прав и законных интересов ребенка¹.

В какой форме дается согласие гражданина на проведение ему психиатрического освидетельствования?

Закон не определяет формы согласия на проведение психиатрического освидетельствования и не требует, чтобы оно было письменным. Обычно имеется в виду, что человек дает на это устное согласие, а в случае несогласия просто не приходит к психиатру. Однако может случиться, что человек явится к врачу, не зная, что он психиатр, и поймет, что имело место психиатрическое освидетельствование, когда возражать против него уже поздно. Поэтому закон требует, чтобы перед проведением психиатрического осмотра врач в обязательном порядке представился гражданину, как врач-психиатр и спросил его согласия на такой осмотр.

Мой сын находится под диспансерным наблюдением у психиатра, но он не представляет опасности ни для себя, ни для окружающих. Может ли врач-психиатр потребовать принудительной доставки моего сына в диспансер, если он по какой-то причине пропускает назначенный срок посещения врача?

Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» четко обозначил основания, дающие право проведения психиатрического освидетельствования без согласия гражданина. Они перечислены в частях 4 и 5 статьи 23. Факт диспансерного наблюдения дает основания для недобровольного психиатрического освидетельствования в том случае, когда диспансерное наблюдение установлено по основаниям, предусмотренным частью первой статьи 27 данного Закона (наличие хронического или затяжного психического расстройства с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями) независимо от того, представляет ли данное лицо опасность для себя или для окружающих, или не представляет такой опасности.

¹ Разъяснение старшего преподавателя кафедры медицинского права ММА им. И.М. Сеченова Ю.В. Павловой (Консультант-плюс, 24.11.2005).

Закон предписывает, что данные психиатрического освидетельствования и заключение о состоянии психического здоровья обследуемого фиксируются в медицинской документации. А если по результатам психиатрического освидетельствования человек был признан психически здоровым – на него тоже заводится медицинская документация как на больного?

Действительно, в части шестой Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» ясно указано, что в медицинской документации («Медицинская карта амбулаторного больного») фиксируются причины обращения к врачу-психиатру, данные психиатрического освидетельствования, заключение о состоянии его психического здоровья и медицинские рекомендации. Итогом психиатрического освидетельствования может оказаться и установление состояния психического здоровья, когда признаков психического расстройства выявить не удастся. Поэтому во всех случаях психиатрического освидетельствования его результаты вносятся в медицинскую документацию, независимо от того, к какому заключению пришел психиатр, обнаружил или не обнаружил у гражданина признаки психического нездоровья. Конечно, есть некоторое несоответствие между названием документа («Медицинская карта амбулаторного больного») и его содержанием (признаков болезни не обнаружено). У нас ведь не возникает чувства недоумения, когда при стационарном психиатрическом освидетельствовании все его данные вносятся в историю болезни («Медицинскую карту стационарного больного») в тех случаях, когда по результатам стационарного обследования человек признается психически здоровым. То же – и в амбулаторной практике.

Следует ли оформлять медицинскую документацию на тех, кто еще не был осмотрен психиатром?

Такая проблема возникает в случаях, когда к амбулаторному психиатру поступает медицинская документация (выписка из истории болезни), содержащая данные психиатрического обследования, проведенного больному в стационаре. Если в этой выписке есть рекомендация последующего амбулаторного лечения, в том числе диспансерного наблюдения, то врач диспансера вправе оформить паспортную часть амбулаторной карты, вклеить туда полученную выписку из истории болезни

стационара и далее принять решение направить больному приглашение в диспансер для амбулаторного психиатрического осмотра после выписки из стационара (если, по данным выписки, есть основания для установления диспансерного наблюдения), либо ждать самостоятельной явки больного при необходимости оказания ему помощи, если необходимо только консультативное наблюдение.

Относится ли к психиатрическому освидетельствованию обследование ребенка психолого-медико-педагогической комиссией? Допускается ли принуждение к проведению ребенку такого обследования? Могут ли отказать в приеме ребенка в 1 класс при отсутствии заключения психолого-медико-педагогической комиссии?

Поскольку в состав психолого-медико-педагогической комиссии включается детский врач-психиатр, обследование ребенка такой комиссией является одной из форм психиатрического освидетельствования. Поэтому направление ребенка на обследование в психолого-медико-педагогической комиссии осуществляется только с согласия родителей (пункт 10 статьи 50 Закона РФ «Об образовании», пункты 24, 25 Инструктивного письма Минобрнауки РФ от 14 июля 2003 г. № 27.2967-6 «О психолого-медико-педагогической комиссии»).

Принуждение к психиатрическому освидетельствованию детей (без согласия их родителей) допускается лишь по основаниям, предусмотренным частью первой статьи 27 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Поступление в 1-й класс не является основанием для принудительного обследования.

В соответствии с новыми санитарно-эпидемиологическими правилами и нормативами СанПиН 2.4.2.1178-02, утв. постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 28 ноября 2002 г. № 44 (пункт 2.9.4.), прием детей в 1-е классы действительно осуществляется на основании заключения психолого-медико-педагогической комиссии о готовности ребенка к обучению. В то же время пункт 46 Типового положения об общеобразовательном учреждении, утвержденного постановлением Правительства РФ от 19 марта 2001 г. № 196 (с изменениями от 23 декабря 2002 г.) предусматривает, что администрация школы может отказать гражданам (не проживающим на данной территории) в приеме их детей в первый класс только по причине отсутствия свобод-

ных мест в учреждении. Таким образом, имеется противоречие между действующими нормативными правовыми актами. В подобных случаях действует норма нормативного правового акта более высокой юридической силы (Законы РФ «Об образовании» и «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»). Следовательно, отсутствие заключения психолого-медико-педагогической комиссии о готовности ребенка к обучению не является основанием для отказа в приеме ребенка в школу.¹

Статья 24.

Психиатрическое освидетельствование лица без его согласия или без согласия его законного представителя

(1) В случаях, предусмотренных пунктом «а» части четвертой и частью пятой статьи 23 настоящего Закона, решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя принимается врачом-психиатром самостоятельно.

(2) В случаях, предусмотренных пунктами «б» и «в» части четвертой статьи 23 настоящего Закона, решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя принимается врачом-психиатром с санкции судьи.

По каким основаниям врач-психиатр самостоятельно приходит к мнению, что человек опасен для себя или для окружающих и его надо освидетельствовать в недобровольном порядке?

Решение о недобровольном психиатрическом освидетельствовании врач-психиатр принимает на основании *предположения* о наличии у гражданина (или наблюдаемого больного) такого тяжелого психического расстройства, при котором вероятно поведение, опасное для самого гражданина, или для окружающих его лиц. Чтобы возникло это предположение, у психиатра должна появиться *информация* о том, что больной

¹ Разъяснение заместителя начальника организационно-контрольного отдела Министерства общего и профессионального образования Свердловской области Р. Ильева и главного специалиста Министерства А. Ювкина (<http://www.minobraz.ru>).

совершает (или намеревается совершить) опасные действия и необходимо не допустить их реализации. Поскольку медлить здесь нельзя – ведь речь идет о возможности самоубийства или совершения действий, опасных для других людей, врач получает право самому решать вопрос о незамедлительном освидетельствовании такого лица. Если полученная информация убеждает врача, что опасные действия (опасное поведение) человека могут быть связаны с возникновением у него психического расстройства (или его обострения), он обязан сразу же принять меры к обеспечению его психиатрического освидетельствования – без его согласия или без согласия его законного представителя. В таких случаях врачу-психиатру не надо спрашивать разрешения на это ни у своего руководителя, ни у кого-либо другого. Он *единолично и самостоятельно* решает этот вопрос и делает это *без промедления*.

Многие психические расстройства имеют прогрессирующее течение, а больные при этом часто не получают необходимой медицинской помощи. Означает ли это, что закон дает право в отношении всех этих лиц применять процедуру недобровольного психиатрического освидетельствования с санкции суда и последующую недобровольную госпитализацию?

Недобровольное психиатрическое освидетельствование может допускаться только в тех случаях, когда отсутствие психиатрической помощи может нанести лицу *существенный вред* его здоровью. Этот вред может проявиться в виде *существенного* ухудшения его психического состояния по причине оставления без помощи врача-психиатра.

У нас в диспансере наблюдается больной, который дома нарушает общественный порядок, хулиганит, дерется, особенно в состоянии опьянения. Родственники обратились за помощью в милицию, но там отказались вмешиваться, сославшись на то, что больной на учете у психиатра. В диспансер из милиции прислали письмо, где рекомендовали применить «меры медицинского характера». При психиатрическом освидетельствовании больной был спокоен, поведение его упорядочено, бреда и галлюцинаций нет. Сведения о его неправильном поведении отрицает, называет их «наговором». При таком статусе оснований для недобровольной госпитализации нет. Как быть?

Такая ситуация встречается не так редко. Надо написать начальнику ОВД официальное письмо примерно такого содержания: «В связи с жалобами на антиобщественное поведение гр-н N освидетельствован психиатром. Законных оснований для применения недобровольной (принудительной) госпитализации его в психиатрическую больницу не найдено. Просим провести расследование и при установлении факта противоправного поведения N пресечь такое поведение и решить вопрос о направлении N на судебно-психиатрическую экспертизу».

Можно ли подвергать психиатрическому освидетельствованию судью, если есть показания к этому, но сам судья не дает на то своего согласия?

В Забайкалье в мае 2006 г. участковый врач-психиатр областного психоневрологического диспансера и дежурный врач областной психиатрической больницы № 2 были признаны виновными в незаконном помещении гражданки А. в психиатрический стационар. Заместитель главного врача и заведующая отделением этого диспансера признаны виновными в совершении не только этого деяния, но еще и в использовании служебного положения. Всем им было назначено наказание в виде лишения свободы на сроки от 2-х до 4-х лет, но условно, с испытательным сроком. Кроме того, они были лишены права занимать профессиональные лечебные должности в течение от 2 до 3 лет. Стационарирование гр. А было произведено в полном соответствии с Законом о психиатрической помощи и вопросов в связи с этим у суда не возникло. **Ее помещение в больницу суд счел незаконным только по той причине, что гр. А. являлась мировым судьей.** А любой судья, в том числе и мировой, обладает статусом неприкосновенного лица. Их защищает Закон РФ от 26.06.92 г. № 3132-1 «О статусе судей в РФ». В соответствии с п. 5 ст. 16 этого Закона, судья, задержанный по подозрению в совершении преступления или по иному основанию *либо принудительно доставленный в любой государственный орган*, если личность этого судьи не могла быть известна в момент задержания, после установления его личности подлежит немедленному освобождению. Означает ли это, что в отношении судей невозможно какое-либо принуждение для проведения психиатрической госпитализации? Закон, к сожалению, не дает никакого ответа на этот вопрос. В пункте 2 ст. 16 указано, что судья не

может быть привлечен к какой-либо ответственности, но не вообще, а «за выраженное им при осуществлении правосудия мнение и принятое судом решение». А как быть, если судья обнаруживает неправильное поведение не «при осуществлении правосудия», а в обычной жизни, в быту? Ответа на этот вопрос нет. Пока есть размытые положения Закона о статусе судей (пункт 3 той же статьи 16): при наличии в действиях судьи признаков преступления прокурор (в ранге не ниже Генерального или регионального) должен направить представление в судебную коллегию суда (в ранге не ниже Верховного или регионального). После поступления такого представления судебная коллегия в 10-дневный срок принимает решение, как поступить с таким судьей. Теперь представим себе такую ситуацию, которая очень возможна в действительности. У судьи (у него ведь, как и у всех, тоже может возникнуть острое психическое расстройство) вдруг психоз с картиной сумеречного помрачения сознания с агрессивным поведением. Больные в таком состоянии крайне опасны, требуют освидетельствования и более того – незамедлительного, и притом недобровольного помещения в психиатрическую больницу. Как же должны поступать врачи, полагая, что судья нуждается в неотложных мерах помощи? Согласие на такую помощь получить невозможно, так как сознание судьи помрачено. Психиатр уклоняется от недобровольного оказания помощи, зная, что за это он сам может быть привлечен к уголовной ответственности. А судья, остающийся без медицинской помощи, совершает убийство. Кто будет виноватым? Правильно, только психиатр. Только не подумайте, что отвечать он будет за неоказание помощи больному. Уголовный кодекс РФ (статья 124) предусматривает такую ответственность только в тех случаях, когда помощь не оказывается *без уважительных причин*. А необходимость соблюдения Закона о статусе судей, запрещающего «прикосновенность» к ним – это, безусловно, уважительная причина. За что же могут привлечь психиатра? А вот за что: за сокрытие информации об обстоятельствах, создающих опасность для жизни или здоровья людей (статья 237). Психиатр, хорошо зная, что в состоянии сумеречного расстройства сознания человек опасен и может или убить, или покалечить находящихся рядом, должен предоставить информацию об этом в областной суд, чтобы трое судей этого суда в течение 10 дней смогли направить в Верхов-

ный суд страны ходатайство о снятии с судьи статуса неприкосновенности. А то, что агрессивные действия вероятны сейчас, так как сумеречное состояние сознания, как правило, непродолжительно, то это должно волновать только вероятного потерпевшего. Быть может, он пострадает, или даже, упаси Бог, погибнет, но ведь это случится в строгом согласии с Законом о статусе Судей! Бедолагу останется пожалеть – не попадай под руку неприкосновенному! Только вот с Конституцией – Основным Законом нашей страны это не очень вяжется. Заглянем туда. Статья 20: *Каждый имеет право на жизнь*. Статья 21: *Никто не должен подвергаться ...насилию*. Статья 45: *Государственная защита прав и свобод человека и гражданина в Российской Федерации гарантируется*. И самое интересное – Статья 55 (2): *В Российской Федерации не должны издаваться законы, отменяющие или умаляющие права и свободы человека и гражданина*. (не такие ли, как Закон о статусе судей?). Обратим внимание еще вот на что. Не одни только судьи неприкосновенны. Статья 98 Конституции провозглашает неприкосновенность членов Совета Федерации и депутатов Государственной Думы. *«Они не могут быть задержаны...за исключением случаев, когда это предусмотрено федеральным законом для обеспечения безопасности других людей»*. Значит, для парламентариев Закон о психиатрической помощи действует в полном объеме. А что же для судей? Неприкосновенность судей гарантирует статья 122 Конституции. И там же: *Судья не может быть привлечен к уголовной ответственности иначе, как в порядке, определяемом федеральным законом*. Только такой порядок – порядок привлечения судей к уголовной ответственности и должен был определить Закон о статусе судей. И так, чтобы это не противоречило Конституции. Но не получилось. И вот здесь, по нашему мнению, должна заработать 125 статья Конституции: *«Конституционный Суд Российской Федерации... проверяет конституционность закона, примененного или подлежащего применению в конкретном деле... . Акты или отдельные положения, признанные неконституционными, утрачивают силу»*. Президиум Российского общества психиатров направил письмо с просьбой разъяснить, как следует поступать медикам в подобных случаях в адрес Верховного суда РФ. Но, может быть, было гораздо больше оснований

направить обращение в Конституционный Суд РФ¹ и поставить вопрос *о неконституционности Закона о статусе судей в части, касающейся их неприкосновенности*².

Кто еще, кроме судей, обладает в нашей стране правом неприкосновенности в отношении психиатрического освидетельствования или стационарирования?

Действующий Президент РФ.

Основания: Конституция РФ, (ст. 91: Президент Российской Федерации обладает неприкосновенностью). *Вывод:* Действующего Президента психиатр не вправе подвергать процедуре недобровольного психиатрического освидетельствования или недобровольной госпитализации.

Президент РФ, прекративший исполнение своих полномочий.

Основания: Федеральный закон от 12 февраля 2001 г. № 12-ФЗ «О гарантиях Президенту Российской Федерации, прекратившему исполнение своих полномочий, и членам его семьи» (Ст. 3: Президент Российской Федерации, прекративший исполнение своих полномочий, обладает неприкосновенностью. Он не может быть привлечен к уголовной или административной ответственности за деяния, совершенные им в период исполнения полномочий Президента Российской Федерации, а также задержан, арестован, подвергнут обыску, допросу либо личному досмотру, если указанные действия осуществляются в ходе производства по делам, связанным с исполнением им полномочий Президента Российской Федерации). *Вывод:* при наличии показаний нет никаких правовых препятствий для применения к бывшему Президенту Закона о психиатрической помощи.

¹ Согласно ч. 1 ст. 96 ФКЗ «О Конституционном Суде РФ», право обратиться с жалобой в Конституционный Суд имеют граждане РФ, их объединения и иные органы и лица. Необходимым условием реализации такого права является то, что права и свободы данных лиц должны быть нарушены законом, примененным или подлежащим применению в конкретном деле. Жалобы могут подаваться индивидуально и коллективно. Коллективная жалоба подписывается группой лиц (либо их уполномоченными представителями), каждое из которых имеет право на подачу жалобы и в индивидуальном порядке.

² Московская областная психиатрическая газета, № 8(35), 2007, стр.4.

Члены Совета Федерации; Депутаты Государственной Думы.

Основания:

а) Конституция РФ, (ст. 98: Члены Совета Федерации и депутаты Государственной Думы обладают неприкосновенностью в течение всего срока их полномочий. Они не могут быть задержаны, арестованы, подвергнуты обыску, кроме случаев задержания на месте преступления, а также подвергнуты личному досмотру, **за исключением случаев, когда это предусмотрено федеральным законом для обеспечения безопасности других людей.**

б) Федеральный закон от 8 мая 1994 г. №3-ФЗ «О статусе члена Совета Федерации и статусе депутата Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации»: Член Совета Федерации, депутат Государственной Думы без согласия соответствующей палаты Федерального Собрания Российской Федерации не могут быть задержаны, арестованы, подвергнуты обыску (кроме случаев задержания на месте преступления) или допросу; подвергнуты личному досмотру, **за исключением случаев, когда это предусмотрено федеральным законом для обеспечения безопасности других людей.** *Вывод: здесь нет никаких правовых препятствий к применению, в случае наличия показаний, Закона о психиатрической помощи (Ред.)*

Кандидаты в члены Совета Федерации, кандидаты в Депутаты Государственной Думы.

Основания: Федеральный закон от 18 мая 2005 г. № 51-ФЗ «О выборах депутатов Государственной Думы Федерального Собрания РФ», (ст.47: В отношении зарегистрированного кандидата без согласия Генерального прокурора Российской Федерации не может быть возбуждено уголовное дело. Зарегистрированный кандидат без согласия Генерального прокурора Российской Федерации не может быть привлечен в качестве обвиняемого по уголовному делу, заключен под стражу или подвергнут административному наказанию, налагаемому в судебном порядке. При даче такого согласия Генеральный прокурор Российской Федерации немедленно извещает об этом Центральную избирательную комиссию Российской Федерации). *Вывод: недобровольное психиатрическое освидетельствование и тем более недобровольная госпитализация кандидата в депутаты возможны лишь с согласия Генерального прокурора Российской Федерации.*

Судьи (различных судов, в том числе мировые судьи).

Основания:

а) Конституция РФ, ст. 122: Судья не может быть привлечен к уголовной ответственности иначе как в порядке, определяемом федеральным законом.

б) Закон РФ от 26 июня 1992 г. № 3132-1 «О статусе судей в Российской Федерации», (ст. 16: Судья неприкосновенен. Неприкосновенность судьи включает в себя неприкосновенность личности, неприкосновенность занимаемых им жилых и служебных помещений, используемых им личных и служебных транспортных средств, принадлежащих ему документов, багажа и иного имущества, тайну переписки и иной корреспонденции (телефонных переговоров, почтовых, телеграфных, других электрических и иных принимаемых и отправляемых судьей сообщений).

в) Федеральный конституционный закон от 21 июля 1994 г. № 1-ФКЗ «О Конституционном Суде Российской Федерации» (ст. 15: Судья Конституционного Суда Российской Федерации не может быть привлечен к какой-либо ответственности, в том числе после прекращения его полномочий, за мнение, выраженное им при рассмотрении дела в Конституционном Суде Российской Федерации, если только вступившим в законную силу приговором суда не будет установлена виновность данного судьи в преступном злоупотреблении своими полномочиями)
Вывод: судьи неприкосновенны для психиатра в той же мере, что и Президент РФ.

Уполномоченный по правам человека.

Основания: Федеральный конституционный закон от 26 февраля 1997 г. № 1-ФКЗ «Об Уполномоченном по правам человека в РФ» (Ст. 12: Уполномоченный не может быть без согласия Государственной Думы привлечен к уголовной или административной ответственности, налагаемой в судебном порядке, задержан, арестован, подвергнут обыску, за исключением случаев задержания на месте преступления, а также подвергнут личному досмотру, **за исключением случаев, когда это предусмотрено федеральным законом для обеспечения безопасности других лиц.** В случае задержания Уполномоченного на месте преступления должностное лицо, произведшее задержание, немедленно уведомляет об этом Государственную Думу, которая должна принять

решение о даче согласия на дальнейшее применение этой процессуальной меры. При неполучении в течение 24 часов согласия Государственной Думы на задержание Уполномоченный должен быть немедленно освобожден. *Вывод: к Уполномоченному можно применить нормы Закона о психиатрической помощи, но при обязательном соблюдении указанной в Законе процедуры.*

Прокуроры, следователи.

Основания: Федеральный закон от 17 ноября 1995 г. № 168-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в Закон Российской Федерации «О прокуратуре Российской Федерации» (Ст. 42: Не допускаются задержание, привод, личный досмотр прокурора и следователя, досмотр их вещей и используемого ими транспорта), **за исключением случаев, когда это предусмотрено федеральным законом для обеспечения безопасности других лиц**, а также задержания при совершении преступления. *Вывод: к прокурорам и следователям нормы Закона о психиатрической помощи вполне применимы.*

Дипломаты, консулы.

Основания:

а) Венская конвенция о дипломатических сношениях, Вена, 18 апреля 1961 г. (Ст. 29: Личность дипломатического агента неприкосновенна. Он не подлежит аресту или задержанию в какой бы то ни было форме.

б) Консульская Конвенция между Российской Федерацией и Республикой Болгарией, София, 7 сентября 1995 г. (Ст. 18: Консульские должностные лица и члены их семей пользуются личной неприкосновенностью. Они не подлежат аресту или задержанию в какой бы ни было форме.

в) Другие аналогичные конвенции. *Вывод: недобровольное психиатрическое освидетельствование или госпитализация указанных лиц незаконны.*

Председатель, заместитель Председателя и аудиторы Счетной палаты.

Основания: Федеральный закон от 11 января 1995 г. № 4-ФЗ «О Счетной палате Российской Федерации» (Ст. 29: Председатель Счетной палаты, заместитель Председателя Счетной палаты и аудиторы Счетной палаты не могут быть задержаны, арестованы, привлечены к уголовной

ответственности без согласия той палаты Федерального Собрания Российской Федерации, которая их назначила на должность в Счетную палату. *Вывод для психиатра: обойди их стороной.*

Присяжные заседатели федеральных судов.

Основания: Федеральный закон от 20 августа 2004 г. № 113-ФЗ «О присяжных заседателях федеральных судов общей юрисдикции в РФ», (Ст. 12. На присяжного заседателя **в период осуществления им правосудия** распространяются гарантии независимости и неприкосновенности судей, установленные Конституцией Российской Федерации, Федеральным конституционным законом от 31 декабря 1996 г. № 1-ФКЗ) «О судебной системе Российской Федерации», пунктом 1 (за **исключением абзацев третьего, четвертого и шестого**) и абзацем первым пункта 2 статьи 9, статьей 10, пунктами 1, 2, 5, 6, 7 и 8 статьи 16 Закона Российской Федерации от 26 июля 1992 г. № 3132-1 «О статусе судей в Российской Федерации», Федеральным законом от 20 апреля 1995 г. № 45-ФЗ «О государственной защите судей, должностных лиц правоохранительных и контролирующих органов» и настоящим Федеральным законом. Лица, препятствующие присяжному заседателю исполнять обязанности по осуществлению правосудия, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации. *Вывод: На присяжных заседателей Закон о психиатрической помощи распространяется!*

Средства массовой информации много писали о незаконном помещении в психиатрическую больницу правозащитницы Ларисы Арап. В чем были виноваты психиатры?

49-летняя женщина Лариса Арап обратилась в психиатрический кабинет местной поликлиники за справкой для продления водительских прав. Дело в том, что ранее, в 2004 г., она некоторое время лечилась в психиатрической больнице. После выписки она вернулась к работе. Ей даже разрешали вождение автомобиля, правда, с условием ежегодного подтверждения этого права психиатром. Поэтому очередное посещение психиатрического кабинета казалось ей привычным рутинным делом. Но в этот раз оно оказалось не таким простым. Всего за месяц до этого

¹ Московская областная психиатрическая газета, № 8 (35), 2007, стр.5.

визита, в июне 2007 г., мурманское издание газеты «Марш несогласных», органа оппозиционной коалиции «Объединенный гражданский фронт» (ОГФ), возглавляемой Гарри Каспаровым, опубликовало статью под заглавием «Дурдом». Это была запись интервью с Ларисой Арап, где она, по своим впечатлениям 2004 г., рассказала о беспорядках в психиатрической больнице в г. Апатиты, в которой она лежала. Эта публикация привлекла внимание и вызвала определенный общественный резонанс. И вот, когда Лариса Арап пришла на прием к психиатру Североморска за справкой, ее врач, доктор Р., осведомилась, не она ли является автором нашедшейся статьи «Дурдом». Получив утвердительный ответ, врач попросила ее подождать за дверью. Лариса довольно долго спокойно ждала в коридоре поликлиники, где было много людей, беседовала с ними, выходила на улицу покурить, звонила близким. Никакого медицинского наблюдения за ней не было, она вообще могла уйти из поликлиники, но не делала этого: ведь ее попросили только подождать. Наконец, доктор позвала ее в кабинет. И следом туда вошел сотрудник милиции, а затем и другой. Они и задержали Арап до приезда машины скорой помощи. Конечно же, она сопротивлялась. Но ведь это естественная реакция на неожиданное задержание. Разве это признак общественной опасности? Вот так 5 июля Арап принудительно поместили в мурманскую психиатрическую больницу. В последующем доктор Р. так объясняла журналистам свое решение: «Состояние Ларисы меня очень встревожило. Она была в этот день агрессивной, пыталась сорвать занавески с окна кабинета, сильно жестикулировала, кричала, что все мы настроены против неё». Кроме того, она еще «швырялась бумажками». При этом на вопрос, угрожала ли Арап кого-то убить, Р. ответила, что таких угроз не было. Тем не менее, пациентку стационарировали на основании ст. 29 Закона о психиатрической помощи, как представляющую опасность для окружающих. Какую? При направлении Арап в психиатрическую лечебницу Р. написала, что женщина «загружена болезненными, бредовыми переживаниями, агрессивна, угрожает обращением в прокуратуру, написала в газету о том, что ее «несправедливо упекли в психушку». Но угрозы обращения в прокуратуру совсем не являются признаками общественной опасности. Что же далее? В диспансере комиссия врачей подтвердила необходимость недобровольного лечения Л. Арап. В установленные Законом сроки администрация диспансера

обратилась в суд для решения вопроса о ее пребывании и лечении в психиатрическом стационаре. Статья 34 Закона о психиатрической помощи определяет, что судебное решение должно быть вынесено в течение только пяти дней с момента принятия судом заявления администрации лечебного учреждения. Но в данном случае решение суда о принудительном содержании Л. Арап в психиатрическом стационаре было вынесено не через пять, а через 11 дней. Как следует из части 2 статьи 35 Закона, основанием для дальнейшего содержания лица в психиатрическом стационаре является лишь постановление судьи об удовлетворении заявления. Если по истечении пятидневного срока такого судебного постановления нет, то нет и законных оснований для дальнейшего насильственного удержания человека в больнице. При отсутствии санкции суда по истечении этого пятидневного срока пациентку следовало или выписать, или повторно комиссионно освидетельствовать, чтобы решить, сохраняются основания для недобровольного стационарирования, или их уже нет в силу изменившегося психического состояния. Ничего этого в данном случае не было сделано. Вот и получается, что в течение 6 дней пациентку удерживали в больнице без каких-либо законных оснований. «Мы понимаем, что две недели, которые прошли с момента госпитализации Ларисы, достаточно большое время. Однако мы не в силах повлиять на деятельность судебных органов», - пояснил первый заместитель председателя комитета по здравоохранению. А врачам и не надо влиять на суд. Надо было самим действовать в рамках Закона и не нарушать его. Только 18 июля Мурманский районный суд дал официальную санкцию на госпитализацию Арап, почему-то руководствуясь частью 1 статьи 29 Закона о психиатрической помощи (опасна для себя и окружающих). После этого она была переведена в областную психиатрическую больницу в Апатитах. 10 августа правомерность пребывания Л.Арап в психбольнице рассматривал уже городской суд в Апатитах. Главный врач психиатрической больницы на суде настаивал на том, чтобы узаконить пребывание Арап в больнице, но уже на основании части 3 статьи 29 (состояние пациента может ухудшиться, если не будет оказано должного лечения в стенах больницы). А всего лишь через 10 дней после этого, 20 августа, Ларису Арап выписали из больницы. При этом всего за сутки до внезапной выписки тот же главный врач говорил: «Мне все равно, пусть хоть все правозащитники и журналисты, пусть

хоть все правительство приедет сюда, хоть инопланетяне пусть приедут, я ее не выпущу». Такая позиция и такая тактика в отношении больной выглядят по меньшей мере, странно. Вот такие ошибки и невнимание к Закону мурманских психиатров и создали ситуацию, которую быстро использовали в своих целях политики, поднявшие в российской и мировой прессе шум об отсутствии в нашей стране демократии, о возрождении т.н. «карательной психиатрии». В действительности же у нас отсутствует правовая культура и нет понимания этических основ нашей непростой профессии. Работа в психиатрии дает высокое удовлетворение той помощью, какую мы оказываем людям. Но важным элементом медицинской психиатрической помощи является принуждение больных к лечению. Работа в психиатрии дает определенную власть над людьми. И здесь очень велико искушение воспользоваться этой властью в медицинских целях: могут появиться соблазны удовлетворить личные амбиции, наказать обидчиков, решить какие-то финансовые вопросы и т.п. Хорошим барьером здесь является Закон о психиатрической помощи и Кодекс профессиональной психиатрической этики. Их scrupulous соблюдение является гарантией соблюдения гражданских прав и демократических свобод. Ведь в конечном итоге демократия – это господство закона. Когда мы из-за собственной неграмотности, амбиций или личной корысти хотя бы немного пренебрегаем Законом, мы не только перестаем быть врачами. Мы подрываем основы и собственного правового и житейского благополучия. Высокое звание психиатра – не повод для демонстрации силы. Это очень трудно – пройти по тонкому лезвию, разделяющему интересы пациента и защиту окружающих. Но звание обязывает. «Мне кажется, самое главное во всей этой истории — полная, полная безнаказанность врачей, - говорит одна из защитниц Ларисы Арап. - Они чувствуют себя царями, героями. У них нет понимания, что существуют федеральное законодательство, права человека. Они считают, что врачебная заповедь «не навреди» к ним не относится». Это горькие слова. Но эту горечь нам приходится, к сожалению, глотать¹.

Публичность обсуждения ситуации с госпитализацией Ларисы Арап произвела впечатление на мурманских психиатров. После событий 2007 г. она сменила место жительства. Однако, по ее убеждению, неизвестные

¹ Московская областная психиатрическая газета, № 7 (34), 2007, стр. 3.

лица продолжали угрожать ей звонками и записками. Арап опять обратилась в милицию с просьбой защитить ее. Даже там ее поведение вызвало сомнение в ее здоровье. Помогавший ей следователь вызвал бригаду скорой психиатрической помощи. Ее вновь повезли в Мурманский психоневрологический диспансер. Она не сопротивлялась. Врачи диспансера в этот раз оказались на высоте. Они внимательно ознакомились с сопроводительным письмом следователя, провели консилиум и не нашли оснований для лечения Ларисы. Более того, беседовавший с ней врач сказал, что считает ее нормальным человеком, предложил ей вернуться домой и продолжать защищать права человека. Он даже посоветовал ей написать жалобу на неправомерные действия сотрудников милиции¹.

Статья 25.

Порядок подачи заявления и принятия решения о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя

(1) Решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя, за исключением случаев, предусмотренных частью пятой статьи 23 настоящего Закона, принимается врачом-психиатром по заявлению, содержащему сведения о наличии оснований для такого освидетельствования, перечисленных в части четвертой статьи 23 настоящего Закона.

(2) Заявление может быть подано родственниками лица, подлежащего психиатрическому освидетельствованию, врачом любой медицинской специальности, должностными лицами и иными гражданами.

(3) В неотложных случаях, когда по полученным сведениям лицо представляет непосредственную опасность для себя или окружающих, заявление может быть устным. Решение о психиатрическом освидетельствовании принимается врачом-психиатром немедленно и оформляется записью в медицинской документации.

¹ Московская областная психиатрическая газета, № 5(42), 2008, стр. 2.

(4) При отсутствии непосредственной опасности лица для себя или окружающих заявление о психиатрическом освидетельствовании должно быть письменным, содержать подробные сведения, обосновывающие необходимость такого освидетельствования и указание на отказ лица либо его законного представителя от обращения к врачу-психиатру. Врач-психиатр вправе запросить дополнительные сведения, необходимые для принятия решения. Установив, что в заявлении отсутствуют данные, свидетельствующие о наличии обстоятельств, предусмотренных пунктами «б» и «в» части четвертой статьи 23 настоящего Закона, врач-психиатр в письменном виде, мотивированно отказывает в психиатрическом освидетельствовании.

(5) Установив обоснованность заявления о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя, врач-психиатр направляет в суд по месту жительства лица свое письменное мотивированное заключение о необходимости такого освидетельствования, а также заявление об освидетельствовании и другие имеющиеся материалы. Судья решает вопрос о даче санкции в трехдневный срок с момента получения всех материалов. Действия судьи могут быть обжалованы в суд в порядке, установленном законодательством Российской Федерации *(в редакции Федерального закона от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ, вступил в силу с 1 января 2005 г.)*.

Кому подается заявление о необходимости психиатрического освидетельствования человека без его согласия на это?

Такое заявление надо подавать врачу-психиатру медицинского учреждения, оказывающего амбулаторную или скорую психиатрическую помощь в том районе, где фактически проживает (находится) человек, которого, как считает заявитель, следует психиатрически освидетельствовать. Это может быть участковый врач-психиатр, обслуживающий территорию, на которой проживает такой человек (вне зависимости от того, зарегистрировано ли его проживание). В экстренных случаях заявление о необходимости психиатрического освидетельствования можно подавать дежурному врачу психиатрического учреждения или врачу учреждения, оказывающего скорую психиатрическую помощь. Конеч-

но, подобное заявление можно подать не только врачу, но и руководителю (главному врачу или его заместителю) одного из указанных учреждений.

По какой форме составляется заявление о необходимости недобровольного психиатрического освидетельствования?

Специальной формы подобного заявления не существует. Этот документ в обязательном порядке должен содержать описание тех конкретных действий и нарушений поведения человека, которые говорят о возможности наличия у него тяжелого психического расстройства, опасного для него самого или для окружающих.

Кто может обратиться к психиатру с подобным заявлением?

Закон не ограничивает круг лиц, которые могут обращаться с подобным заявлением. Все определяется конкретными обстоятельствами: остротой болезненного состояния, местом пребывания заболевшего, наличием у него близких родственников и т.п. Поэтому заявить о необходимости психиатрического освидетельствования могут подавать разные лица, вплоть до случайных встречных. Это связано с необходимостью обеспечить возможность человека неотложной психиатрической помощью. Но предпочтение все же отдается заявлениям членов семьи лица, подлежащего освидетельствованию, работников общемедицинской сети, сотрудникам жилищных органов, органов милиции и т.п. Но при определенных обстоятельствах в качестве заявителя может выступить любое лицо.

Всегда ли такое заявление должно быть письменным? Допускается ли в подобных случаях устное заявление или заявление по телефону?

В неотложных случаях, когда речь идет о непосредственной опасности для себя или для окружающих в связи с предполагаемым тяжелым психическим расстройством, достаточно и устного заявления (или сообщения по телефону). Однако медицинский работник, принявший такое устное заявление (сообщение), обязан записать его содержание и внести его в медицинскую документацию, куда надо в обязательном порядке записать и паспортные данные заявителя, его отношение к тому, кого предстоит освидетельствовать.

Если же заявление не содержит данных о непосредственной опасности человека для себя или для окружающих, случаи нельзя рассматривать как неотложный. Поэтому заявление должно быть обязательно письменным.

Если врач-психиатр не считает нужным провести психиатрическое освидетельствование, в какой форме он должен дать ответ заявителю?

Отрицательный ответ заявителю оформляется в письменном виде и должен быть мотивированным. Это означает, что в тексте отказа врач-психиатр должен указать на конкретные основания, побудившие его принять решение отказать от освидетельствования.

Меня вот уже около двух лет преследует один человек. Я отказалась быть его девушкой, и он решил испортить мне жизнь. Мне кажется, что он психически нездоров. Он неадекватно реагирует на попытки людей поговорить с ним, агрессивен, страдает навязчивыми идеями сексуального характера. Возможно ли заявить куда-нибудь по поводу этого человека, и возможно ли его принудительное лечение? Заранее благодарна. Марина.¹

Подозревая, что преследующий Вас человек страдает психическим расстройством и нуждается в лечении, Вы можете обратиться с письменным заявлением в психоневрологический диспансер по месту жительства этого человека, подробно описав в нем те особенности его поведения, которые, по Вашему мнению, свидетельствуют о его психическом нездоровье и связанной с ним агрессивностью. Если врач-психиатр, ознакомившись с Вашим заявлением, сочтет обоснованными Ваши подозрения и опасения, он направит в суд по месту жительства свое письменное мотивированное заключение о необходимости такого освидетельствования. Решение принимает судья.

Вправе ли судья единолично принимать решение о даче санкции на недобровольное психиатрическое освидетельствование?

Гр-ка А. Петухова направила в Конституционный суд РФ жалобу. Она считала неконституционной норму ст. 306 ГПК РФ, которая пре-

¹ <http://www.schizophrenia.ru>.

дусматривает единоличное рассмотрение судьей заявления психиатра о необходимости принудительного психиатрического освидетельствования гражданина, не требует проведения судебного заседания и извещения гражданина, подлежащего принудительному психиатрическому освидетельствованию, о месте и времени рассмотрения заявления. Конституционный суд обратил внимание на то, что согласно требованиям ГПК, дела о принудительной госпитализации гражданина в психиатрический стационар и о принудительном психиатрическом освидетельствовании суд рассматривает в порядке особого производства (п.8, ч. 1 ст.262). Дела особого производства суд рассматривает с участием заявителей и других заинтересованных лиц (ч.2 ст.263). Таким образом, положения ст. 306 ГПК РФ сами по себе конституционные права заявительницы не нарушают. Конституционный суд отказал А.Петуховой в принятии и рассмотрении ее жалобы¹.

Статья 26.

Виды амбулаторной психиатрической помощи

(1) Амбулаторная психиатрическая помощь лицу, страдающему психическим расстройством, в зависимости от медицинских показаний оказывается в виде консультативно-лечебной помощи или диспансерного наблюдения.

(2) Консультативно-лечебная помощь оказывается врачом-психиатром при самостоятельном обращении лица, страдающего психическим расстройством, по его просьбе или с его согласия, а в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет - по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя.

(3) Диспансерное наблюдение может устанавливаться независимо от согласия лица, страдающего психическим расстройством, или его законного представителя в случаях, предусмотренных частью первой статьи 27 настоящего Закона, и предполагает наблюдение за состоянием психического здоровья лица путем регулярных осмотров врачом-психиатром и оказание ему необходимой медицинской и социальной помощи.

¹ Московская областная психиатрическая газета, № 1 (45), 2009, стр. 3.

Что включает в себя понятие амбулаторной психиатрической помощи?

В статье 26 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» дан *исчерпывающий* перечень видов амбулаторной психиатрической помощи людям, страдающим психическими расстройствами. Их только два: консультативно-лечебная помощь и диспансерное наблюдение. Никаких других видов амбулаторной психиатрической помощи больным эта статья Закона не предусматривает.

Должны ли оказываться в амбулаторных психиатрических учреждениях такие виды помощи душевнобольным, как социальная или правовая помощь, трудовая реабилитация и другие виды помощи?

Хотя в статье 26 Закона указано на то, что амбулаторную психиатрическую помощь можно оказывать больным *в двух ее видах* - тех, которые обозначены в Законе (консультативно-лечебная помощь или диспансерное наблюдение), отсюда не следует, что в психиатрических учреждениях оказание других видов помощи *запрещено*. Так, в части 1 статьи 1 Закона указано, что понятие «психиатрическая помощь» включает в себя не только диагностику и лечение, но еще и медико-социальную реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами, а также уход за ними. Современный подход к оказанию психиатрической помощи в амбулаторных условиях отличается стремлением к предоставлению больным *комплекса* услуг. Например, новые, очень удачные и прогрессивные формы организации помощи нацелены на создание лечебно-реабилитационных бригад, в состав которых должны входить, кроме психиатров, психологи, социальные работники, реабилитологи, юристы и др. Опыт работы таких бригад в некоторых регионах страны оказался весьма успешным. А коль скоро они нужны и полезны больным, а запрета на подобные виды помощи Закон не содержит, то их применение вполне оправдано.

К какому виду помощи относится психиатрический учет? Что означает это понятие? Как может сказаться на человеке факт пребывания его на учете у психиатра?

Психиатрический учет не является формой психиатрической помощи больному. Это одна из форм внутренней организации работы психи-

атрического кабинета и означает учет (регистрацию) объема и характера работы, проводимой в нем его сотрудниками. Правильно организованный психиатрический учет является формой помощи психиатрическим работникам, а не больным. Не случайно поэтому, что ни в одной статье Закона нет даже упоминания этих слов. Сегодня психиатрический учет – это понятие, характеризующее технологию работы специалистов.

Часто разные организации направляют в психиатрические кабинеты, диспансеры разного рода запросы, требуя справки о том, состоит ли тот или иной человек на учете у психиатра, каков характер этого учета и т.п. Такие запросы, не основаны на законе и, следовательно, некорректны, как некорректно всякое вмешательство в *процесс* профессиональной деятельности, в ее организацию. Задать вопрос, состоит ли больной на психиатрическом учете – это все равно, что спрашивать у врача, какой рукой – левой или правой он ведет свои записи в амбулаторной карте и какими чернилами он это делает. Все это – внутреннее дело специалиста, и на вопросы такого рода, как неадекватные, вообще говоря, не принято давать ответа. Исходя из буквы и духа Закона, у психиатра следует спрашивать, *оказывается ли гражданину психиатрическая помощь в настоящее время и не оказывалась ли она ему в прошлом*. В таком же плане может строиться и ответ психиатра. На некорректно сформулированный вопрос психиатр должен отвечать грамотно и с достоинством, а не вторить чужим промахам и ошибкам.

При подобном рассмотрении факт той или иной внутренней организации психиатрической деятельности (состоит или не состоит больной на психиатрическом учете) не может и не должен иметь для больного каких-либо последствий в трудовом или в социальном плане. Последствия могут быть лишь в одном отношении – плохая организация внутрикабинетной психиатрической работы, неправильно поставленный учет может сказаться на качестве оказания больному помощи. Но это уже совсем другая плоскость рассмотрения вопроса.

Чем отличается консультативно-лечебная помощь больным от диспансерного наблюдения?

Различия этих двух видов психиатрической помощи лишь в одном: в организации психиатрического наблюдения. В случае оказания боль-

ному консультативно-лечебной помощи психиатр видит больного только во время его визитов к нему. Время и частоту этих визитов определяет сам больной, по своему разумению и собственной оценке состояния своего здоровья. При диспансерном наблюдении, в отличие от консультативно-лечебного, время и частоту визитов больного к врачу определяет не больной, а врач. Диспансерное наблюдение бывает необходимо в случаях хронического течения болезни для того, чтобы вовремя увидеть признаки начинающегося обострения, не запустить его и начать противорецидивную терапию. Как часто надо посещать врача, чтобы не пропустить возможное обострение, определяет врач. Это его компетенция как профессионала. Врач в каждом конкретном случае назначает больному оптимальные сроки явки больного в кабинет, руководствуясь особенностями проявлений и течения болезни (вероятностью обострения через месяц, полг, г и т.п.). Само слово «диспансеризация» происходит от французского слова *dispensaire*, что в переводе означает «распределять». Диспансерное наблюдение – это организованное психиатром профессионально грамотное распределение времени (сроков) явки больного к врачу, направленное на предупреждение (профилактику) обострений. Только этим диспансерное наблюдение отличается от консультативно-лечебной помощи.

Можно ли оказывать консультативно-лечебную помощь больным без их согласия на это?

Нет, это делать нельзя ни при каких обстоятельствах.

В Законе говорится, что диспансерное наблюдение устанавливается независимо от согласия лица, страдающего психическим расстройством. А можно ли устанавливать диспансерное наблюдение за больным с его согласия на это?

В статье 26 Закона (часть 3) четко указано, что диспансерное наблюдение может устанавливаться независимо от согласия больного. Но это вовсе не означает, что оно устанавливается только в случаях, когда больной не дает на это согласия. Когда пациент понимает смысл и необходимость диспансерного наблюдения и соглашается являться к врачу-психиатру по его приглашению, чтобы не допустить обострения болезни, нет никаких оснований отказывать ему в этом.

Как оформляется согласие больного на оказание ему консультативно-лечебной помощи или диспансерного наблюдения?

Такое согласие оформляется в соответствии с требованиями, содержащимися в частях 2 и 3 статьи 11 Закона. Прежде всего, это согласие должно быть информированным. Врач обязан рассказать больному о характере выявленного у него психического расстройства, целях, методах предполагаемой амбулаторной помощи, ее продолжительности, рекомендуемом лечении, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах. Эту информацию надо сообщить больному в доступной ему форме и с учетом его психического состояния, чтобы не допустить нанесения ему психической травмы. О предоставленной информации делается запись в медицинской документации. Согласие больного на амбулаторное наблюдение за его состоянием здоровья может быть и устным. Что же касается амбулаторного лечения, то оно проводится после получения на это письменного согласия больного. Форма такого письменного согласия не определена. Оно может быть представлено в амбулаторной карте в виде записи врача, удостоверенной подписью больного (или его представителя); в виде письменной просьбы пациента или его представителя; в виде заполненной им специальной формы. Важно лишь, чтобы такой документ был приобщен к амбулаторной карте, чтобы из содержащихся в нем записей было ясно, что лицу, поставившую в нем свою подпись, была предоставлена необходимая информация, и что он понял эту информацию. Если подобной записи (или иного документа, выражающего согласие больного на проведение ему амбулаторного лечения) в амбулаторной карте нет, то такая ситуация рассматривается, как отсутствие согласия. При отсутствии согласия больного его амбулаторное лечение можно проводить только при применении амбулаторного принудительного лечения по решению суда. Даже при осуществлении диспансерного наблюдения, установленного без согласия пациента (по основаниям, предусмотренным частью 1 статьи 27 Закона), необходимо получать от него письменное информированное согласие на проведение ему амбулаторного лечения.

Сколько больных должно быть под психиатрическим наблюдением?

Число психически больных, нуждающихся в данное время в помощи психиатра, обозначается термином «актуальная численность». В

Научном Центре психического здоровья РАМН сделан расчет этого показателя для России. Выяснилось, что при хорошо организованной психиатрической службе под наблюдением у психиатра должно быть примерно 14% населения. Так, например, на психиатрическом участке, обслуживающем население численностью 30 тыс.чел., под наблюдением у психиатра должно быть 4200 больных. В частности, актуальная численность больных приступообразной шизофренией должна составлять 0,38% населения, вялотекущей шизофренией – 0,65% населения, невротическими расстройствами – 0,32%, а посттравматическим стрессовым расстройством – 4,3%. Ответ на вопрос, какая часть больных попадает к психиатру, позволяет судить, хорошо ли организована работа психиатрической службы¹.

Существуют ли нормативные акты о том, что прием врача должен осуществляться в отдельном кабинете?

Требование о проведении приема врача в отдельном кабинете прямо не закреплено ни в одном из действующих нормативных актов. Данный вопрос имеет больше нравственный и функциональный характер. Главной нормой, косвенно закрепляющей необходимость проведения приема врача в отдельном кабинете, является требование сохранения врачебной тайны. Таким образом, прием врача возможен и не в отдельном кабинете, если только это не влечет нарушения врачебной тайны, нравственных и этических принципов оказания медицинских услуг и не влечет ухудшения качества их оказания².

Можно ли организовать и осуществлять бесплатную выдачу лекарственных препаратов льготным категориям больных непосредственно в психоневрологическом диспансере?

Один из областных психоневрологических диспансеров России имеет в своем составе аптеку готовых лекарственных форм на правах структурного подразделения диспансера. При очередном лицензировании комиссия отказала в выдаче лицензии на данный вид деятельности, сославшись на то, что в штате этой аптеки нет провизора. Ею заведовал

¹ Ж. Психиатрия и психофармакотерапия, № 2, т. 7, 2005.

² Разъяснение юрисконсульта юридической компании «Юнико-94» Е.М. Бородиной.

специалист со средним фармацевтическим образованием. Это позволяя п. 6 Приложения № 2 к письму Министерства Здравоохранения РФ от 19 января 1993 г. № 01-16/1-21 «Дополнение к положению об оплате труда работников здравоохранения Российской Федерации»: «б. Лица, имеющие среднее фармацевтическое образование, обладающие практическим опытом и выполняющие в полном объеме возложенные на них должностные обязанности, могут быть назначены на должности руководителей аптечных учреждений и их структурных подразделений». Директор юридической компании «Юнико-94» М.И. Милушин в связи с этим разъяснил, что указанное письмо Минздрава РФ никто не отменял, оно действует, но его положения следует принимать во внимание с учетом действующего законодательства об обращении лекарственных средств. В соответствии с пунктом 8.2. Отраслевого стандарта «Правила отпуска (реализации) лекарственных средств в аптечных организациях. Основные положения» ОСТ 91500.05.0007-2003, утвержденного приказом Минздрава РФ от 04.03.2003 г. № 80 (в ред. от 18.04.2007 г.), руководство аптечной организацией осуществляет провизор, имеющий сертификат специалиста и стаж работы по специальности не менее 3 лет. Таким образом, руководство аптекой готовых лекарственных форм должен осуществлять именно провизор. В соответствии с пунктом 1.2. Отраслевого стандарта этот Стандарт является обязательным для всех аптечных организаций независимо от организационно-правовой формы и формы собственности, осуществляющих розничную торговлю лекарственными средствами¹.

Одним из элементов амбулаторной психиатрической помощи является лечение в дневном стационаре. Утверждены ли показания для лечения больных в дневных стационарах?

Такие показания определены приказом Минздрава Российской Федерации «Об организации деятельности дневных стационаров» (от 09.12.1999 г. № 438), а для Московской области - приказом Минздрава области (от 28.12.2006 г. № 491). В перечень таких показаний входит шизофрения (подострые состояния с неразвернутыми приступами, протекающие с наличием критики к болезненным переживаниям, положительными установками на лечение и положительными социальными

¹ Консультант-плюс, 23.07.2008.

установками); биполярное аффективное расстройство (неглубокие депрессивные состояния без выраженной тревоги или значительной заторможенности, гипоманиакальные состояния при относительно упорядоченном поведении); нерезко выраженный нейролептический синдром с отсутствием соматических нарушений; органические (включая сосудистые) заболевания головного мозга с невротоподобной, астенической, ипохондрической, сенестопатической и нерезко выраженной аффективной симптоматикой; инволюционные психозы с бредом малого размаха, невыраженными депрессивными состояниями без суицидальных тенденций).

Как должен работать дневной стационар: все дни недели, как в обычном стационаре, или по пятидневке, как в ПНД?

В соответствии с Порядком организации работы дневного стационара и стационара на дому, утв. Приказом Минздрава России от 09.12.1999 г. № 438 «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях» и приказом Минздрава Московской области от 28.12.2006 г. № 491 «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях Московской области», медицинская помощь, больным в дневных стационарах организуется руководителем лечебно-профилактического учреждения (по согласованию с муниципальным органом управления здравоохранением). В зависимости от местных условий и применяемых лечебных программ, допускается работа дневного стационара и по пяти, и по шести, и по семидневной рабочей неделе. Поэтому длительность лечения больного в дневном стационаре определяется не количеством койко-дней от дня поступления до дня выписки, а по фактическим дням оказания ему медицинской помощи. При этом счет ведется, начиная с первого и кончая последним днем обследования и лечения без учета дней отсутствия больного. Записи в истории болезни ведутся за каждый день лечения больного в дневном стационаре. Ежедневный учет больных, находящихся на лечении в дневном стационаре, осуществляется по ф. 007дс/у-02 «Листок ежедневного учета движения больных и мест дневного стационара амбулаторно-поликлинического учреждения, стационара на дому».

Существуют ли нормативные показатели деятельности дневного стационара?

Методическими рекомендациями по расчету статистических показателей здоровья населения и деятельности организаций здравоохранения, утв. Минздравсоцразвития России 24 мая 2005 г. показатели деятельности дневных стационаров не установлены. В психиатрии ранее пользовались методическими рекомендациями Минздрава РСФСР, утв. 30.10.1983 г., предлагавшими три показателя деятельности дневного стационара: обеспеченность населения местами в дневных стационарах, длительность пребывания больного в дневном стационаре, оборот места в дневном стационаре. Однако в настоящее время эти показатели не применяются. В книге И.Я.Гуровича с соавт. «Психиатрические учреждения России: показатели деятельности (1999-2006 гг.)», изданной в 2007 г. по данным государственной отчетности, сведения о работе дневных стационаров даны в абсолютных цифрах.

Статья 27.

Диспансерное наблюдение

(1) Диспансерное наблюдение может устанавливаться за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями.

(2) Решение вопроса о необходимости установления диспансерного наблюдения и о его прекращении принимается комиссией врачей-психиатров, назначаемой администрацией психиатрического учреждения, оказывающего амбулаторную психиатрическую помощь, или комиссией врачей-психиатров, назначаемой органом управления здравоохранением субъекта Российской Федерации (в редакции Федерального закона от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ, вступил в силу с 1 января 2005 г.).

(3) Мотивированное решение комиссии врачей-психиатров оформляется записью в медицинской документации. Решение об установлении или прекращении диспансерного наблюдения может быть обжаловано в порядке, установленном разделом VI настоящего Закона.

(4) Установленное ранее диспансерное наблюдение прекращается при выздоровлении или значительном и стойком улучшении психического состояния лица. После прекращения диспансерного наблюдения амбулаторная психиатрическая помощь по просьбе или с согласия лица либо по просьбе или с согласия его законного представителя оказывается в консультативно-лечебном виде. При изменении психического состояния лицо, страдающее психическим расстройством, может быть освидетельствовано без его согласия или без согласия его законного представителя по основаниям и в порядке, предусмотренным частью четвертой статьи 23, статьями 24 и 25 настоящего Закона. Диспансерное наблюдение может быть возобновлено в таких случаях по решению комиссии врачей-психиатров.

За какими больными может устанавливаться диспансерное наблюдение?

Главное условие установления диспансерного наблюдения – *наличие у больного хронического или затяжного психического расстройства*. Хроническим называют такое заболевание, которое протекает длительное время – от нескольких лет до нескольких десятков лет или даже на протяжении всей жизни заболевшего человека. К затяжным психическим расстройствам, в отличие от хронических, относят такие психические расстройства, которые существуют, как правило, не менее г. (но не более нескольких лет).

К хроническим болезням относят не только те случаи психических расстройств, когда проявления болезни отмечаются постоянно. Хроническим является и такое заболевание, при котором могут наблюдаться послабление (или даже полное исчезновение признаков болезни), но лишь на некоторое время, по истечении которого вновь наступает обострение (или очередной приступ) этого расстройства. Поэтому диспансерное наблюдение устанавливается и в случаях частых обострений заболевания. Критерием необходимости диспансерного наблюдения служит частота обострений: оно может устанавливаться, если анализ клинической картины заболевания и прогноза его течения дает основания предполагать возможность развития у больного обострений хотя бы один раз в год (или чаще).

Другое условие установления диспансерного наблюдения – тяжесть проявлений болезненного расстройства. К тяжелым относят такие психические расстройства, которые не только имеют достаточно выраженные болезненные проявления. Эти проявления должны иметь определенные особенности, дающие основания требовать диспансерного наблюдения за такими больными. Первая особенность: у них наблюдается значительное снижение способности понимать окружающее и свою собственную личность, искажается их оценка реальных событий и своего состояния. Вторая особенность: нарушается поведение, в результате чего возникают препятствия к поддержанию адекватного контакта больных с действительностью. Третья особенность: больные лишаются способности принимать осознанные решения относительно предлагаемых медицинских мер. В клиническом плане понятию тяжелого психического расстройства соответствуют: 1) психозы, проявляющиеся синдромами помрачения сознания, а также аффективными, бредовыми, галлюцинаторными и кататоническими синдромами, когда они выражены в значительной степени; 2) выраженное слабоумие; 3) умственная отсталость выраженной и глубокой степени; 4) резко выраженные изменения личности, обусловленные шизофреническим процессом, эпилепсией, другими заболеваниями при их неблагоприятном течении.

Обязан ли врач-психиатр устанавливать диспансерное наблюдение во всех случаях, когда у больного отмечаются все те признаки, которые дают основания для установления за ним такого наблюдения?

Формулировка части первой рассматриваемой статьи: «Диспансерное наблюдение может устанавливаться...» не имеет строго обязывающего характера, а дает право врачам-психиатрам решать вопрос индивидуально, с учетом особенностей конкретного случая и конкретной ситуации.

Кто входит в состав комиссии врачей-психиатров, принимающей решение вопроса о необходимости установления диспансерного наблюдения? Может ли такое решение принимать врачебная комиссия (ВК)?

Комиссия врачей-психиатров для решения вопроса об установлении диспансерного наблюдения или его прекращения специально для этой

цели назначается администрацией психиатрического учреждения, оказывающего амбулаторную психиатрическую помощь. Если амбулаторная психиатрическая помощь оказывается в учреждении общемедицинской сети (например, в городской поликлинике), то такая комиссия назначается не администрацией поликлиники, а местным органом здравоохранения. Это специальная комиссия, и ее функции не могут быть переданы ВК. В состав подобной комиссии может входить участковый врач-психиатр. Кроме того, в работе комиссии может участвовать и тот врач, который проводил больному первичное психиатрическое освидетельствование, вне зависимости от того, назначен ли он членом комиссии, или нет.

Может ли комиссия врачей-психиатров принять решение о назначении (или прекращении) диспансерного наблюдения без осмотра больного, только по медицинским документам?

В отдельных бесспорных случаях, при явном уклонении больного от комиссионного освидетельствования, комиссионное решение может быть принято заочно, только по данным медицинской документации (записи результатов первичного психиатрического освидетельствования, амбулаторной медицинской карты на пациента, получавшего консультативно-медицинской помощи, выписки из истории болезни психиатрического стационара).

Может ли решать вопрос об установлении диспансерного наблюдения комиссия врачей психиатрического стационара?

Комиссиям врачей психиатрического стационара Закон не предоставляет права решать вопрос об установлении или прекращении диспансерного наблюдения. Их заключения по данному вопросу имеют только рекомендательный характер.

Как правильно оформить комиссионное решение об установлении (прекращении) диспансерного наблюдения?

В записи комиссионного решения должны быть изложены основные анамнестические сведения, отражено психическое состояние пациента, уровень его социальной адаптации, дана диагностическая оценка имеющегося или перенесенного психического расстройства и указаны

основания, по которым комиссия приняла соответствующее решение. Запись решения комиссии удостоверяется подписями председателя и членов комиссии.

Может ли больной обжаловать решение комиссии о назначении ему диспансерного наблюдения?

Пациент, если он не лишен дееспособности в установленном законом порядке, вправе обжаловать решение врачебной комиссии установить за ним диспансерное наблюдение. Такая жалоба может быть подана вышестоящему должностному лицу медицинского учреждения, в вышестоящий орган здравоохранения или непосредственно в суд или прокурору. Жалоба подается в месячный срок с того дня, когда гражданину стало известно о принятом комиссионном решении. Но если этот срок пропущен по уважительной причине, он может быть восстановлен судом.

В каких случаях при улучшении состояния больного можно прекращать диспансерное наблюдение?

Значительное улучшение психического состояния, когда оно становится стойким, может быть основанием для прекращения диспансерного наблюдения. Практически улучшение может считаться стойким, если оно сохраняется на протяжении полутора-двух лет и в течение этого периода времени нет признаков неблагоприятной динамики.

Статья 28.

Основания для госпитализации в психиатрический стационар

(1) Основаниями для госпитализации в психиатрический стационар являются наличие у лица психического расстройства и решение врача-психиатра о проведении обследования или лечения в стационарных условиях либо постановление судьи.

(2) Основанием для помещения в психиатрический стационар может быть также необходимость проведения психиатрической экспертизы в случаях и в порядке, установленных законами Российской Федерации.

(3) Помещение лица в психиатрический стационар, за исключением случаев, предусмотренных статьей 29 настоящего Закона, осуществляется добровольно - по его просьбе или с его согласия.

(4) Несовершеннолетний в возрасте до 15 лет помещается в психиатрический стационар по просьбе или с согласия его родителей или иного законного представителя. Лицо, признанное в установленном законом порядке недееспособным, помещается в психиатрический стационар по просьбе или с согласия его законного представителя. В случае возражения одного из родителей либо при отсутствии родителей или иного законного представителя помещение несовершеннолетнего в психиатрический стационар проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суд.

(5) Полученное согласие на госпитализацию оформляется записью в медицинской документации за подписью лица или его законного представителя и врача-психиатра.

Когда можно считать, что помещение гражданина в психиатрический стационар совершается по его доброй воле (добровольно)?

Решение пациента поступить в психиатрический стационар можно считать добровольным, если оно принято им при соблюдении следующих трех условий: 1) пациент знает о своем праве согласиться на госпитализацию, или отказаться от нее; 2) нет никакого принуждения к госпитализации; 3) по своему психическому состоянию в данный момент пациент способен выразить свое отношение к госпитализации.

В какой форме пациент дает свое согласие на госпитализацию?

Согласие на госпитализацию пациент дает в письменной форме в виде специальной записи в медицинской документации. Эта запись оформляется подписями госпитализированного лица или его законного представителя и врача-психиатра.

Может ли давать согласие на госпитализацию пациент, находящийся в момент госпитализации в состоянии острого психоза?

В состоянии острого психоза пациент по своему психическому состоянию не способен выразить свое отношение к госпитализации. При

таких обстоятельствах не может быть и речи о ее добровольности, даже если больной готов поставить свою подпись в нужном месте истории болезни. Поэтому помещение в психиатрический стационар тех пациентов, кто по своему психическому состоянию не способен обнаружить свое отношение к госпитализации, должно осуществляться без учета их воли (их согласия). Таким пациентам нельзя даже предлагать подписать согласие на госпитализацию. В этих случаях надо выполнять юридические процедуры, предусмотренные для недобровольного помещения в психиатрическую больницу.

Можно ли отбирать паспорта у больных, поступающих в психиатрический стационар?

В ряде регионов России прокуратура проверила соблюдение прав граждан при оказании им психиатрической помощи в психоневрологических интернатах. Серьезным нарушением таких прав прокуратура сочла существующую в интернатах практику изъятия у находящихся там граждан их паспортов. Администрация интернатов убеждала проверяющих, что таковы правила внутреннего распорядка, действующие в этих учреждениях. Но это возражение не было принято. Оказалось, что отдельные положения разработанных администрацией интернатов правил внутреннего распорядка не соответствовали требованиям законодательства Российской Федерации. К ним относилось и требование сдавать паспорта. Оно противоречит действующему «Положению о паспорте гражданина Российской Федерации». Оно утверждено постановлением Правительства РФ от 8 июля 1997 г. № 828 «Об утверждении Положения о паспорте гражданина Российской Федерации, образца бланка и описания паспорта гражданина Российской Федерации» (с изменениями от 25 сентября 1999 г., 5 января 2001 г., 22 января 2002 г., 2 июля 2003 г., 23 января 2004 г.). Пункт 22 данного Положения прямо указывает: ***«Запрещается изъятие у гражданина паспорта, кроме случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации»***. Временное изъятие паспортов это Положение допускает только в отношении лиц, заключенных под стражу или осужденных к лишению свободы (пункт 21 «Положения о паспорте...»). Паспорта этих лиц приобщаются к их личным делам, а при освобождении из-под стражи или отбытия наказания в виде лишения свободы паспорт возвращается гражданину. Закон

РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» также не предусматривает возможности изъятия у больных их личных документов. Более того, в статье 37 Закона «Права пациентов, находящихся в психиатрических стационарах» (часть 3) указано, что пациент имеет право получать и отправлять посылки, бандероли и денежные переводы. Это возможно только при предъявлении им паспорта (или иного документа, удостоверяющего его личность). Отсюда следует, что закон предусматривает право пациента психиатрического стационара иметь при себе такой документ. Конечно, в ряде случаев в условиях психиатрической больницы или психоневрологического интерната нет возможности соблюдать требование п. 17 «Положения о паспорте гражданина РФ» («Гражданин обязан бережно хранить паспорт»); иногда это невозможно из-за особенностей его психического состояния. Администрация психиатрического учреждения должна обеспечить условия для такого «бережного хранения». Приказ МВД РФ от 28 декабря 2006 г. № 1105 с длинным названием: «Об утверждении административного регламента Федеральной миграционной службы по предоставлению государственной услуги по выдаче, замене и по исполнению государственной функции по учету паспортов гражданина Российской Федерации, удостоверяющих личность гражданина Российской Федерации на территории Российской Федерации» (пункт 83) гласит: ***«Паспорта могут находиться на временном хранении у администрации лечебных учреждений при поступлении граждан на лечение в психиатрические стационары. Администрация лечебного учреждения обязана обеспечить хранение паспортов указанных граждан».*** Действующее Положение о психоневрологическом интернате Министерства социального обеспечения РСФСР (утв. приказом МСО РСФСР от 27 декабря 1978 г. № 145) предусматривает (пункт 18.1), что ***«паспорт престарелого и инвалида, принятого в интернат, хранится в канцелярии интерната, в специальном негорючем шкафу».*** Подчеркнем, что речь здесь идет ***не об изъятии*** паспорта, а о предоставлении услуги по его ***хранению***. Такая услуга предоставляется пациенту по его желанию, с его согласия. Формой выражения такого согласия может быть личная подпись пациента на официальной квитанции о приеме на временное хранение его паспорта. В случае необходимости, по первому требованию больного, паспорт должен быть ему возвращен (пациент имеет на

это право, ведь паспорт у него не изъят, а только временно хранится в учреждении). А как быть, если психическое состояние больного не позволяет ему обеспечить «бережное хранение паспорта»? Когда он в силу болезни не может или не хочет расписаться в приходной квитанции? Или когда по той же причине ему нельзя отдавать паспорт в период его пребывания в стационаре? Закон о психиатрической помощи допускает возможность ограничения прав пациентов: эти права *«могут быть ограничены по рекомендации лечащего врача заведующим отделением или главным врачом в интересах здоровья или безопасности пациентов»* (часть 3 статьи 37). Это означает, что брать паспорт на хранение без согласия на это больного можно лишь у отдельных пациентов и при наличии к этому особых показаний. Более того, решение об этом не вправе принимать лечащий врач, который только «дает рекомендацию», а соответствующее решение принимают либо заведующий отделением, либо главный врач. В Липецком интернате, как установила местная прокуратура, паспорта изымались администрацией *у всех* инвалидов и престарелых для хранения в канцелярии лечебного учреждения. Между тем, многие граждане, проживающие в психоневрологическом интернате, с разрешения администрации могли бы пользоваться своим имуществом, в том числе и своими документами, что существенным образом ущемляло их права. Это же, между прочим, касается и больных, находящихся в психиатрических больницах. А «Ограничение прав и свобод лиц, страдающих психическими расстройствами только на основании факта нахождения их в психоневрологическом диспансере, учреждении для социального обеспечения либо обучения не допускается» (часть 3 статьи 5 Закона о психиатрической помощи). Что же касается паспортов, то п.9 «Положения о паспорте..» указывает, что нарушение требований Положения влечет за собой ответственность должностных лиц и граждан в соответствии с законодательством Российской Федерации. В Липецкой области прокурором поставлен вопрос об устранении администрацией интерната выявленных нарушений прав граждан и приведении незаконного правового акта (правил внутреннего распорядка) в соответствие с законом. Как же быть с паспортами больных, поступающих в психиатрический стационар? Может, они и не нужны там совсем? При поступлении - наличие паспорта обязательно, так как это – основной документ, удостоверяющий личность. Но паспорт должен оставаться у больного и

в период госпитализации, так как необходимость удостоверения его личности нередко возникает при направлении его на внешнюю консультацию или при переводе в другое медицинское учреждение (необходимость в этом может возникнуть экстренно, во внеплановом порядке). Где его хранить – пусть решает больной. Администрация больницы обязана предоставить условия для этого. Если же больной в остром состоянии, неспособен выразить свою волю или неспособен по психическому состоянию обеспечить сохранность своего документа, то только тогда, по представлению лечащего врача, заведующий отделением (или главный врач) вправе принять решение о временном хранении паспорта в больнице. И это решение обязательно должно быть отражено в медицинской документации. Нет нужды говорить о том, что администрация отделения (больницы), принимая паспорта на хранение, берет на себя полную ответственность за их сохранность¹.

В последние годы много говорят о предстоящем сокращении психиатрических больниц и при этом ссылаются на зарубежный опыт. Что в действительности происходит, когда закрывают психиатрические больницы?

Революция в психиатрии, произошедшая в последние десятилетия, привела к закрытию в США многих больших психиатрических лечебниц и к резкому уменьшению числа стационарных психиатрических пациентов. Как сообщает издающаяся в США русскоязычная газета «Новое русское слово», в период с 1950 по 2000 гг. в США было закрыто 118 из 322 психиатрических больниц. Общее число пациентов сократилось почти в 10 раз. Оказалось, что многие люди, которые ранее были обречены на пожизненную изоляцию, сегодня успешно интегрируются в обществе. Теперь длительное, часто пожизненное пребывание в психиатрической больнице стало фактом истории. Недавно в музее штата Нью-Йорк в Олбани открылась особая выставка. Это двадцать стендов, на которых представлены записи, рисунки, фотографии пациентов психиатрической больницы Вилларда, а также принадлежавшие им вещи. На момент закрытия в 1995 г. в этом огромном государственном госпитале одновременно находились четыре тысячи пациентов. Это был один из самых больших психиатрических стационаров в стране. Случилось

¹ Московская областная психиатрическая газета, № 9(36), 2007, стр.3.

так, что рабочие, осуществлявшие разборку имущества больницы, обнаружили чемоданчики с больничным архивом, а также личными вещами пациентов. Им разрешили взять себе на память десять чемоданов, а остальное приказали выбросить. К счастью, приказ этот не выполнили, а все 427 чемоданчиков, найденных на чердаке «государственной психиатрической лечебницы» были упакованы и доставлены в музейное хранилище. В музее выставлены истории болезни лечившихся пациентов, реконструированы их жизни и судьбы. Представлены личные вещи больных. На территории бывшего психиатрического госпиталя министерством исправительных учреждений теперь организован центр для лечения наркоманов¹. Но такая перестройка психиатрической организации происходила постепенно. Совсем иные результаты – при ликвидации психиатрических стационаров в «авральном» порядке. Как сообщила украинская газета «Зеркало недели», не так давно Украину посетила английский детский психиатр. Зарубежную гостью поразило неизмеримо большое, по ее мнению, количество психиатрических коек. Осмотрев детский психиатрический стационар в киевской больнице, она высказалась так: «Во всей Великобритании детских психиатрических коек меньше, чем у вас в одном лишь Киеве». Вскоре европейскую практику начали внедрять и в Украине. «Подопытной» территорией выбрали Донецкую область. Только в 2007 г. там сразу сократили 205 коек. Всего же с 2004 г. психиатрические больницы Донбасса «потеряли» 800 коек. Главный психиатр Донецкой области Ирина Пинчук считает, что результат позитивный: «люди получают лечение дома, общаются с родственниками, они продолжают работать, учиться», — говорит она. Вместе с тем подчеркивается, что при сокращении числа коек врачи не должны подменять собой социальных работников и «замораживаться» такими аспектами оказания помощи, как обеспечение больных жильем, образованием или работой. «Врачи должны только лечить». Практикующие врачи-психиатры возражают против такой «оптимизации» психиатрической службы. Самый спорный вопрос — о степени опасности для общества оказавшихся дома душевнобольных. Милицейские сводки буквально пестрят сообщениями о психически больных, совершающих противоправные действия. «Таким людям в обществе адаптироваться самим

¹ Московская областная психиатрическая газета, № 1 (38), 2008 г., стр. 2.

практически невозможно. Даже медикаментозное лечение не всегда приводит к такой адаптации, как надо было бы для нормальной жизни», — уверен заведующий отделением Донецкой городской психиатрической больницы № 1 Анатолий Поляков. В очень многих случаях оказывается, что после выписки жить больному негде, так как родственники добились судебного решения о недееспособности и продали жилье. Либо оно разграблено и разрушено до нежилого состояния местными бандитами. И оставшиеся без крыши над головой психически больные в случае массового сокращения и закрытия специализированных учреждений пополняют армады бомжей. Стоит подчеркнуть, что никто из психиатров не сомневается в необходимости реформирования психиатрической службы, вопрос только в форме и механизмах реализации. «Надеюсь, мы научимся и этому. В конце концов, мы не глупее других народов», — считает Семен Глузман, руководитель Ассоциации психиатров Украины. Пока же практические врачи считают бесполезной реформу, ограничивающуюся одним только сокращением коек в стационарах. «Мы предлагали сначала добавить психиатрические кабинеты в обычные районные поликлиники, а в обычных больницах открыть психиатрические отделения. И только после этого можно было бы приступить к сокращению освободившихся мест в специализированных учреждениях», — пояснила врач-психиатр Ольга Князева. По ее словам, эти инициативы руководство не услышало, и «оптимизацию» начали с конца — с сокращения мест и закрытия больниц. Стоит добавить, что в Украине законодательно запрещено и содержание частных психиатрических клиник и интернатов¹.

К сожалению, история с закрытием психиатрических больниц в Донецкой области Украины имела печальное продолжение. Как сообщила газета «Донецкое время», психиатрическая больница в Константиновке по распоряжению Донецкого облздрави полностью прекратила прием новых больных. Часть пациентов оттуда перевезли в клинику соседнего Краматорска. Других, кто «пошел на поправку», выписали домой. Когда скорая помощь подобрала на улице старушку, которая не помнила даже собственного имени, ее, как это обычно делалось, попытались поместить в местную психиатрическую больницу, однако в закрывающийся стационар уже прекратили прием новых больных. Принять боль-

¹ Московская областная психиатрическая газета, № 2 (39), 2008, стр. 2

ную женщину отказался и Краматорск. Пришлось оставить больную во дворе бывшей больницы. Матери одного больного эпилепсией, когда у него случился тяжелый приступ, пришлось в присутствии журналистов прорваться в кабинет мэра Константиновки, который был вынужден решать вопрос перевозки больного в соседний город. Еще более вопиющий случай произошел с другим пациентом. По словам медиков, молодой человек, чувствуя начало приступа, обычно сам приходил к местным врачам, которым уже привык доверять свою жизнь, а в ответ получал квалифицированную психиатрическую помощь. Теперь же (как опасались родственники и предупреждали сами медики), почувствовав свою ненужность и безысходность, больной решил проблему по-своему: просто шагнул с окна четвертого этажа. Его полет закончился трагедией, потрясшей весь город. Но и эта смерть чиновниками из облздрава была оставлена без внимания. 60-ти уволенным медработникам были предложены новые рабочие места, но такие, от которых они заведомо должны были отказаться¹.

И вот тогда, по сообщению газеты «Газета «2000», публичный бунт устроили психиатры Донецкой городской психиатрической больницы № 1. Врачи, медсестры, техперсонал вместе с родственниками пациентов окружили живой цепью лечебные корпуса и стали скандировать - «Не дадим закрыть больницу!» Бунтующие протестовали против сокращения или закрытия психиатрических отделений с направлением больных на амбулаторное лечение по месту жительства. Врачи разработали альтернативную модель реформирования и представили ее в Минздрав и премьер-министру Юлии Тимошенко. Она (что удивительно) лично дважды звонила председателю профкома больницы и заверяла, что не допустит разрушения системы психиатрической службы в Донецкой области. В Донецк прилетел министр Князевич. Он провел «крутлый стол», доказывая преимущества американской модели «оптимизации». Доводы врачей - противников «оптимизации» остались без внимания. Бунт привлек репортеров, от которых попытался убежать главный врач. Репортеры догнали его в кустах больничного парка, чтобы узнать, что он сам думает о столь революционной затее. В ответ услышали сетования: «Я не виноват, это наверху все придумали». Родные пациентов убеж-

¹ Там же, № 3 (40), 2008, стр. 3.

дены, что некто из влиятельных персон «положил» глаз на землю психиатрической больницы: место для бизнеса (строительного, торгового, автомобильного и прочего) тут действительно, идеальное.

Статья 29.

Основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке

Лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя до постановления судьи, если его обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает:

- а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или
- б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или
- в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Что имеется в виду под «госпитализацией в психиатрический стационар в недобровольном порядке»?

Речь идет о разрешенном законом помещении человека в психиатрическую больницу без его желания, включая применение силы в случае отказа. Это акт, аналогичный задержанию или взятию под стражу – и в том, и в другом случае речь идет о лишении гражданина свободы. Но в отличие от ареста (взятия под стражу) лишение свободы в форме помещения в психиатрическую больницу осуществляется по заключению врача-психиатра.

В Гражданском процессуальном кодексе (ст.ст. 302-306) говорится о принудительной госпитализации в психиатрический стационар, хотя по смыслу видно, что речь идет о недобровольных акциях, упоминаемых в Законе о психиатрической помощи. Отлича-

ются ли понятие ГПК «принудительная госпитализация» и понятие Закона «недобровольная госпитализация»?

Действительно, в Гражданском процессуальном Кодексе РФ, в ст.ст. 302-306 речь идет о принудительной госпитализации гражданина в психиатрический стационар, и, вопреки Закону о психиатрической помощи, прописана процедура подачи представителем психиатрического стационара заявления в суд о принудительной госпитализации. Таким образом, одно понятие («недобровольная госпитализация») заменено другим («принудительная госпитализация»). Но смысл и того, и другого понятия одинаков. По мнению директора ГНЦ общей и судебной психиатрии им. Сербского Т.Б.Дмитриевой, в действующем российском законодательстве появилось прямое терминологическое противоречие. Оно не может быть устранено без внесения соответствующих изменений в законодательный текст. Изменению подлежит текст ГПК РФ. Именно его следует привести в соответствие с терминологией Закона о психиатрической помощи. В сложившейся ситуации психиатрическим работникам необходимо иметь в виду, что оба понятия пока легитимны. Главное – не допускать смешения недобровольной госпитализации, осуществляемой на основании Закона о психиатрической помощи, с предусмотренным Уголовным кодексом РФ принудительном лечении в психиатрическом стационаре. Этот вид принудительных мер медицинского характера применяется к психически больным, уже совершившим общественно опасные деяния.

Какой смысл вкладывает Закон в понятие «опасность» в случаях психического расстройства?

В Законе нет специального терминологического определения понятия «опасность» в применении к психическому расстройству. По мнению Европейского Суда по правам человека (решение от 28 октября 2003 г. по жалобе Ракевич против Российской Федерации) законодатель не обязан исчерпывающим образом раскрывать термин «опасность», так как едва ли возможно охватить в законе те условия, которые могут возникнуть при психических расстройствах. Следовательно, здесь имеется в виду общеупотребительный смысл этого понятия. В русском языке слово «опасность» означает возможность, угрозу чего-нибудь опасного – способного вызвать, причинить какой-нибудь вред, несчастье. Лицо,

находящееся в состоянии психического расстройства, в некоторых случаях действительно бывает способно причинить какой-либо вред или несчастье. Это может быть вред, направленный на человека путем физического, химического, микробиологического или иного воздействия, способного причинить другим людям или самому себе телесные повреждения или расстройство физического или душевного здоровья вплоть до лишения жизни. Вред может быть причинен и не человеку, а только его имуществу путем повреждения этого имущества, его поломки или полного уничтожения в результате механического воздействия, взрыва или поджога. Важно отметить, что вред человеку или его имуществу может быть причинен не только путем активных действий – нападения, агрессии, членовредительства, но и в результате бездействия, когда больные представляют «пассивную опасность» для себя или для окружающих.

В каких случаях опасность больного для самого себя или для окружающих рассматривается как «непосредственная»?

Непосредственным в русском языке называют такое действие, которое прямо следует из чего-нибудь, без посредников или посредствующих звеньев, участников. Сюда же относятся действия, следующие без размышления, по внутреннему влечению. Такое толкование дает этому слову «Словарь русского языка» С.И. Ожегова. Непосредственность опасности поведения душевнобольного должна быть обоснована врачом-психиатром в конкретном описании лица с указанием на его особенности, высказывания или действия, свидетельствующие о такой опасности. Простого указания, что больной «опасен», здесь недостаточно.

Какой вред здоровью больного, оставленного без психиатрической помощи, можно считать настолько существенным, чтобы возникли основания для его недобровольной госпитализации в психиатрический стационар?

Существенный вред для здоровья больного, отказывающегося от психиатрической помощи, несет дальнейшее прогрессирование обострения или приступа его болезни. Во всех случаях, где отмечается отчетливая динамика психического состояния с утяжелением клинической картины, усложнением симптоматики, появлением других симптомов и все

более меняющимся в связи с этим поведением, имеет место прогрессирующее психоз. Наличие признаков прогрессирования психического расстройства создает основания для применения недобровольной госпитализации даже в тех случаях, когда из содержания и характера симптоматики пока еще нет явных признаков непосредственной опасности поведения больного. Так бывает, например, при так называемом бреде малого размаха, или при наличии бредовых идей любовного содержания с нарастающей активностью бредового поведения и нелепыми домогательствами в отношении «объекта любви», или в случаях развивающегося маниакального аффекта. Развитие клинической картины психоза свидетельствует о необходимости оказания больному психиатрической помощи, но, поскольку сам больной не отдает себе в этом отчета и отказывается от лечения, он подлежит госпитализации в недобровольном порядке. Если оставить такого больного без лечения, без психиатрической помощи, прогрессирующее его заболевание приведет к ее затягиванию, хронификации, что должно квалифицироваться, как существенный вред здоровью вследствие ухудшения психического расстройства. Если же психическое расстройство стабильно в своих проявлениях, а поведение больного, хотя и отличается определенным своеобразием, но остается стойко упорядоченным, к такому больному недобровольная госпитализация не применяется.

В июле 2007 г. гр-н М. Тронь обратился с жалобой в Конституционный суд РФ. Он просил признать пункт «в» ст. 29 «Закона о психиатрической помощи...» не соответствующим ст. 21 и ст. 55 Конституции РФ. По его мнению, в данном Законе не определены четкие критерии госпитализации по пункту «в», в частности, не конкретизированы критерии оценки «существенного вреда здоровью». М. Тронь утверждал, что это позволяет врачам госпитализировать любое лицо с психическим расстройством только по субъективному мнению врача. Конституционный суд, рассмотрев жалобу гр-на М. Троня, отказал ему, сочтя, что обжалуемая заявителем норма Закона не затрагивает конституционные права и свободы граждан. Одним из аргументов отказа явилась ссылка на решение Европейского суда по правам человека по делу «Ракевич против Российской Федерации». В данном решении отмечалось, что законодатель не обязан исчерпывающим образом разъяснять понятие «существенный вред». «Вряд ли в законе можно охватить все разнообразие

состояний, которые включают в себя психиатрические риски. Более того, закон требует, чтобы суды проводили проверку всех дел о недобровольном помещении в психиатрический стационар на основании медицинских данных, что является важной гарантией от произвола» (пункт 32 постановления Европейского суда от 28 октября 2003 г. по делу «Ракевич против Российской Федерации»)¹.

В нашем диспансере психиатры ориентируются только на непосредственную опасность больного для себя или окружающих и лишь в этом случае принимают меры для недобровольной госпитализации. Правильно ли это?

Такая практика грубо искажает содержание Закона, оставляя многих пациентов, чье состояние соответствует критериям, изложенным в пунктах «б» и «в» данной статьи, без необходимой им психиатрической помощи. Абсолютизация непосредственной опасности ведет к игнорированию врачебного долга в отношении этих пациентов. Отказ врача-психиатра применять недобровольную госпитализацию по критериям «б» и «в» в тех случаях, когда психическое состояние больного соответствует этим критериям – это такое же нарушение Закона, как и недобровольная госпитализация без достаточных оснований. И в том, и в другом случае нарушаются гражданские права пациентов на получение медицинской помощи. Это нарушение может быть обжаловано в вышестоящем органе здравоохранения, в прокуратуре или в суде.

Как должно быть оформлено заключение врача-психиатра о применении недобровольной госпитализации?

Заключение врача о недобровольной госпитализации должно носить доказательный характер. Помимо описания состояния и диагноза болезни, в записи врача должно содержаться изложение конкретных фактов об имевших место действиях, высказываниях больного, на основании которых принято решение о необходимости недобровольной госпитализации. Врач скорой психиатрической помощи, диспансера или психиатрического кабинета делает такую запись в направлении на госпитализацию, врач приемного отделения и комиссия врачей-психиатров стационара – в истории болезни.

¹ Н.А. Гречишникова. «Российский психиатрический журнал», № 2, 2009.

С какого момента начинается недобровольная госпитализация?

Лишение человека свободы в связи с принятием решения о необходимости его недобровольной госпитализации начинается с момента применения принуждения больного к помещению в психиатрическую больницу независимо от его желания (в форме его препровождения в стационар, тем более с применением мер сдерживания или фиксации). Отсюда следует, что принуждение к недобровольной госпитализации на практике может начаться уже в кабинете врача психоневрологического диспансера или в машине скорой психиатрической помощи.

Если врач-психиатр скорой психиатрической помощи или психоневрологического диспансера пришел к заключению о необходимости недобровольной госпитализации и принял меры к осуществлению насильственной доставке больного в психиатрический стационар, обязательно ли это решение для дежурного врача психиатрической больницы?

Каждый врач-психиатр независим в своих решениях. Поэтому дежурный врач психиатрической больницы вправе и не согласиться с решением врача скорой психиатрической помощи или психоневрологического диспансера о недобровольной госпитализации пациента. В таком случае пациент, не давший согласия на госпитализацию, может быть отпущен из приемного покоя. Запись об этом дежурный врач должен сделать в Журнале приема больных и отказе в госпитализации.

Статья 30.

Меры обеспечения безопасности при оказании психиатрической помощи

(1) Стационарная психиатрическая помощь осуществляется в наименее ограничительных условиях, обеспечивающих безопасность госпитализированного лица и других лиц, при соблюдении медицинским персоналом его прав и законных интересов.

(2) Меры физического стеснения и изоляции при недобровольной госпитализации и пребывании в психиатрическом стационаре применяются только в тех случаях, формах и на тот период времени, когда, по мнению врача-психиатра, иными методами невозмож-

но предотвратить действия госпитализированного лица, представляющие непосредственную опасность для него или других лиц, и осуществляются при постоянном контроле медицинского персонала. О формах и времени применения мер физического стеснения или изоляции делается запись в медицинской документации.

(3) Сотрудники милиции обязаны оказывать содействие медицинским работникам при осуществлении недобровольной госпитализации и обеспечивать безопасные условия для доступа к госпитализируемому лицу и его осмотра. В случаях необходимости предотвращения действий, угрожающих жизни и здоровью окружающих со стороны госпитализируемого лица или других лиц, а также при необходимости розыска и задержания лица, подлежащего госпитализации, сотрудники милиции действуют в порядке, установленном Законом Российской Федерации «О милиции» (в редакции Федерального закона от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ, вступил в силу с 1 января 2005 г.).

Какие меры и формы физического стеснения и изоляции могут применяться к больным при их госпитализации в психиатрический стационар?

В психиатрии применяются такие меры и формы физического стеснения и изоляции возбужденных больных, которые наименее травматичны, исключают нанесение им переломов, увечий. Чаще всего психиатрический персонал использует для фиксации широкие эластичные полосы материи или специальные ремни. Такие ремни при фиксации верхних конечностей закрепляют выше лучезапястных суставов, а при фиксации нижних конечностей – выше голеностопных. В кровати пациента можно фиксировать в области пояса, груди, на уровне подмышечных впадин. Для этого могут быть использованы специальные кровати, уже оснащенные ремнями. Они позволяют быстро осуществить фиксацию с наименьшим риском травматизма. Наложение фиксирующих повязок или ремней и удерживание при этом больного проводится по распоряжению и под контролем врача. О формах и времени применения мер физического стеснения делается запись в медицинской документации. Запись эта делается врачом сразу после осуществления физического стеснения или фиксации больного. В записи должна содержаться

мотивировка применения такой меры и четкое указание времени начала ее применения. В дальнейшем в медицинской документации должны быть отражены изменения в состоянии больного и указано время, когда меры физического стеснения были отменены.

Можно ли при транспортировке больного в психиатрическую больницу находиться в машине скорой помощи родственникам больного?

Для исключения жалоб на возможные негативные проявления со стороны персонала скорой психиатрической помощи (грубость, рукоприкладство, сексуальные домогательства и проч.) во многих регионах страны используется практика транспортировки больных совместно с родственниками.

Какую помощь медицинским работникам должны оказывать работники милиции?

В случае необходимости работники милиции принимают меры для предотвращения действий, угрожающих жизни и здоровью окружающих со стороны госпитализируемого лица или других лиц, а также для розыска и задержания лица, подлежащего госпитализации.

Сотрудники милиции обязаны оказывать содействие медицинским работникам при осуществлении недобровольной госпитализации и обеспечивать безопасные условия для доступа к госпитализируемому лицу и его осмотра. Это вытекает из общих положений ст. ст. 2 и 10 Закона Российской Федерации от 18 апреля 1991 г. № 1026-1 «О милиции», где указано, что в задачи милиции входит обеспечение личной безопасности граждан, охрана общественной безопасности, а также оказание помощи должностным лицам и учреждениям в осуществлении их законных прав и интересов. Милиция обязана оказывать помощь гражданам, находящимся в беспомощном либо ином состоянии, опасном для их здоровья и жизни, принимать сообщения о событиях, угрожающих личной и общественной безопасности, и своевременно принимать меры. Поэтому помощь медицинским работникам в случае необходимости неотложной госпитализации психически больных - одна из форм выполнения милицией своих обязанностей. В таких случаях милиция имеет право применять физическую силу, специальные средства и огнестрельное оружие.

В каких случаях милиция вправе применять спецсредства в целях госпитализации психически больных?

Сотрудники милиции имеют право применять специальные средства, имеющиеся на вооружении милиции, в следующих случаях:

- для отражения нападения на граждан и сотрудников милиции;
- для пресечения оказываемого сотруднику милиции сопротивления;
- для задержания лица, застигнутого при совершении преступления против жизни, здоровья или собственности и пытающегося скрыться;
- для задержания лиц, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что они намерены оказать вооруженное сопротивление;
- для доставления задерживаемых лиц в милицию, конвоирования и охраны задержанных, когда они своим поведением дают основание полагать, что могут совершить побег либо причинить вред окружающим или себе, или оказывают противодействие сотруднику милиции.

При этом запрещается применять специальные средства в отношении женщин с видимыми признаками беременности, лиц с явными признаками инвалидности и малолетних, кроме случаев оказания ими вооруженного сопротивления, совершения группового либо иного нападения, угрожающего жизни и здоровью людей.

В каких случаях при госпитализации психически больного милиция вправе применять огнестрельное оружие?

Огнестрельное оружие применяется сотрудником милиции в следующих случаях:

- для защиты граждан от нападения, опасного для их жизни или здоровья;
- для отражения нападения на сотрудника милиции, когда его жизнь или здоровье подвергаются опасности, а также для пресечения попытки завладения его оружием;
- для освобождения заложников;
- для задержания лица, застигнутого при совершении тяжкого преступления против жизни, здоровья и собственности и пытающегося скрыться, а также лица, оказывающего вооруженное сопротивление;

- для отражения группового или вооруженного нападения на жилища граждан, помещения государственных органов, организаций и общественных объединений.

Запрещается применять огнестрельное оружие в отношении женщин, лиц с явными признаками инвалидности и несовершеннолетних, когда возраст очевиден или известен сотруднику милиции (кроме случаев оказания ими вооруженного сопротивления, совершения вооруженного либо группового нападения, угрожающего жизни людей), а также при значительном скоплении людей, когда от этого могут пострадать посторонние лица.

О каждом случае применения огнестрельного оружия сотрудник милиции в течение 24 часов с момента его применения обязан представить рапорт начальнику органа внутренних дел (органа милиции) по месту своей службы или по месту применения огнестрельного оружия.

Статья 31.

Освидетельствование несовершеннолетних и лиц, признанных недееспособными, помещенных в психиатрический стационар по просьбе или с согласия их законных представителей

(1) Несовершеннолетний в возрасте до 15 лет и лицо, признанное в установленном законом порядке недееспособным, помещенные в психиатрический стационар по просьбе или с согласия их законных представителей, подлежат обязательному освидетельствованию комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения в порядке, предусмотренном частью первой статьи 32 настоящего Закона. В течение первых шести месяцев эти лица подлежат освидетельствованию комиссией врачей-психиатров не реже одного раза в месяц для решения вопроса о продлении госпитализации. При продлении госпитализации свыше шести месяцев освидетельствования комиссией врачей-психиатров проводятся не реже одного раза в шесть месяцев.

(2) В случае обнаружения комиссией врачей-психиатров или администрацией психиатрического стационара злоупотреблений, допущенных при госпитализации законными представителями несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет либо лица, признанного в ус-

тановленном законом порядке недееспособным, администрация психиатрического стационара извещает об этом орган опеки и попечительства по месту жительства подопечного.

Какой порядок установлен для освидетельствования несовершеннолетних и недееспособных, помещенных в психиатрический стационар по просьбе их родителей или опекунов?

Несовершеннолетние – это та категория граждан, которые не могут выразить свою волю по отношению к их госпитализации. Согласие на их госпитализацию дают родители или опекуны¹. Поэтому Закон предусматривает определенные меры, направленные на защиту прав таких пациентов. Эти меры применяются в отношении всех (без исключения) этих больных, даже тех, кто согласен на госпитализацию и не выражает желания быть выписанным. В течение 48 часов они подвергаются обязательному освидетельствованию комиссией врачей-психиатров, которая принимает решение об обоснованности помещения их в больницу. И если комиссия сочтет госпитализацию необоснованной, то пациент должен быть немедленно выписан.

Статья 32.

Освидетельствование лиц, помещенных в психиатрический стационар в недобровольном порядке

(1) Лицо, помещенное в психиатрический стационар по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона, подлежит обязательному освидетельствованию в течение 48 часов комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения, которая принимает решение об обоснованности госпитализации. В случаях, когда госпитализация признается необоснованной и госпитализированный не выражает желания остаться в психиатрическом стационаре, он подлежит немедленной выписке.

¹ В соответствии со ст. 24 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» право на добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него несовершеннолетние - больные наркоманией имеют в возрасте старше 16 лет.

(2) Если госпитализация признается обоснованной, то заключение комиссии врачей-психиатров в течение 24 часов направляется в суд по месту нахождения психиатрического учреждения для решения вопроса о дальнейшем пребывании лица в нем.

Кто входит в состав комиссии врачей-психиатров, принимающей решение об обоснованности госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке?

В состав такой комиссии должны входить врачи-психиатры того психиатрического учреждения, куда помещается больной на стационарное лечение. Закон не определяет порядок назначения или формирования этой комиссии, равно как и ее количественный состав. Отсюда следует, что она формируется оперативно, по складывающейся ситуации. Число членов комиссии не ограничено, но их должно быть не менее двух. В состав комиссии не обязательно должны входить представители администрации (заведующий отделением или один из руководителей психиатрического учреждения). Согласно части 2 ст. 5 Закона, по требованию пациента для участия в этой комиссии может быть приглашен любой специалист (врач-психиатр, психолог), участвующий в оказании психиатрической помощи.

Имеет ли право пациент (или его представитель) на отвод одного из врачей из состава врачебной комиссии, рассматривающей вопрос о его недобровольной госпитализации?

В марте 2005 г. в Конституционный суд Российской Федерации обратился гражданин И.В. Гирич. Он был принудительно помещен в психиатрическую больницу и в тот же день освидетельствован комиссией врачей-психиатров. Основанием для госпитализации послужило наличие у него тяжелого психического расстройства, обуславливающего его непосредственную опасность для окружающих (пункт «а» статьи 29 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»). Гр-н И.В. Гирич считал, что заключение комиссии врачей-психиатров данного психиатрического стационара было вынесено с нарушением его гражданских прав, так как он был лишен возможности отвода врача – члена врачебной комиссии. При этом И.В. Гирич ссылался на статьи 16 и 18 ГПК Российской Федерации, да-

ющие заинтересованному лицу право на отвод эксперта. Конституционный суд РФ разъяснил, что по смыслу статьи 32 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», врачи-психиатры психиатрического учреждения, заключение которых в обязательном порядке направляется в суд для решения вопроса о принудительной госпитализации, являются не экспертами, назначаемыми судом по правилам статей 79 и 80 ГПК Российской Федерации, а штатными работниками психиатрического учреждения, выступающего в качестве инициатора возбуждения в суде дела о принудительной госпитализации. Их заключение не является заключением эксперта (экспертов) в смысле статьи 86 ГПК Российской Федерации. При этом лицо, помещенное в психиатрический стационар, и его представитель вправе оспаривать достоверность такого заключения, в том числе путем постановки перед судом вопроса о назначении судебно-психиатрической экспертизы (статьи 57 и 79 ГПК Российской Федерации), производство которой в случае ее назначения судом поручается эксперту (экспертам), не находящемуся в служебной или иной зависимости от психиатрического учреждения, представившего заключение. На этом основании жалоба гражданина И.В. Гирича не была принята Конституционным Судом Российской Федерации к рассмотрению¹.

Как формируется комиссия врачей-психиатров для обязательного освидетельствования поступившего больного в случаях, когда больной поступает в период двух выходных дней (суббота или воскресенье), а также в праздничные дни?

Комиссия врачей-психиатров проводит освидетельствование пациента в течение 48 часов с момента его помещения в стационар. Закон не предусматривает каких-либо отступлений от этого срока, в частности, в связи с выходными и праздничными днями, когда проведение освидетельствования может быть сопряжено с организационными трудностями. Администрация психиатрического стационара должна так органи-

¹ Определение Конституционного Суда РФ от 10 марта 2005 г. № 62-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданина Гирича Игоря Валерьевича на нарушение его конституционных прав положениями статей 24, 25, 33-36 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

зовать работу стационара, чтобы в каждом отделении врач отсутствовал на работе в связи с выходными или праздничными днями в течение не более чем 24 часов. Это достигается установлением специального скользящего графика работы врачей. При правильной организации работы в психиатрической больнице всегда должен быть на работе кто-либо из врачей-психиатров, кроме дежурного врача. Привлечение этих врачей к участию в работе комиссии по освидетельствованию больного входит в обязанность дежурного врача, который в отсутствие главного врача, выполняет обязанности главного административного лица учреждения. В самом крайнем случае, когда дежурный врач остается единственным психиатром больницы, комиссионное психиатрическое освидетельствование может быть произведено при смене дежурства в составе двух врачей – сдающего и принимающего дежурство.

Почему для решения вопроса об обоснованности недобровольной госпитализации Закон предусматривает 48 часов?

Госпитализация лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке по сути означает ограничение его права на свободу и личную неприкосновенность. Это право Конституция РФ рассматривает как неотчуждаемое и принадлежащее каждому по рождению (статья 17). Статья 22 Конституции РФ подчеркивает право каждого на свободу и личную неприкосновенность и устанавливает правило, согласно которому до судебного решения лицо не может быть подвергнуто задержанию на срок более 48 часов.

Как следует поступать в случаях, когда мнение любого из врачей-психиатров не совпадает с мнением комиссии?

Если мнение любого из врачей-психиатров не совпадает с мнением комиссии, он вправе дать свое заключение, которое в обязательном порядке приобщается к заключению комиссии. Соблюдение этого правила обеспечивает объективность и независимый характер врачебного освидетельствования.

Какое решение должно быть принято в случаях, когда при комиссионном освидетельствовании больного, проведенном двумя врачами, их мнение не совпадает?

Если комиссионное освидетельствование стационарированного больного проводилось только двумя врачами-психиатрами, которые пришли к взаимоисключающим заключениям в отношении освидетельствуемого гражданина, должностное лицо, организующее освидетельствование (дежурный врач, заведующий отделением) должно принять меры для привлечения к освидетельствованию третьего врача-психиатра. Если в установленный Законом срок (48 часов с момента недобровольной госпитализации) не удастся найти третьего врача-психиатра для участия в работе комиссии, а согласованное заключение двух врачей-психиатров не достигнуто, то дежурный врач должен принять решение об отсутствии законных оснований для недобровольного удержания данного человека в психиатрической больнице и разрешить ему покинуть ее стены.

В части второй рассматриваемой статьи Закона указывается, что в случаях, когда госпитализация признается обоснованной, то «заключение комиссии врачей-психиатров в течение 24 часов направляется в суд по месту нахождения психиатрического учреждения для решения вопроса о дальнейшем пребывании лица в нем». Означает ли это, что после комиссионного врачебного освидетельствования, на которое дано 48 часов, психиатрам дается еще 24 часа на подготовку письменного обращения в суд?

Вопрос о том, каким периодом времени ограничено пребывание госпитализированного в недобровольном порядке лица до момента рассмотрения вопроса в суде, долгое время был дискуссионным. Дело в том, что статья 32 Закона предусматривает, что после освидетельствования (на которое Закон дает 48 часов) в течение последующих 24 часов заключение комиссии врачей-психиатров должно быть направлено в суд. Однако Конституция РФ (статья 22) ограничивает срок задержания человека до судебного решения только 48 часами. По сути дела это означает, что за 48 часов надо успеть и освидетельствование провести, и передать заявление в суд для получения санкции судьбы.

Совсем недавно Конституционный Суд РФ (определение (от 5 марта 2009 г. № 544-О-П)) внес ясность.

Москвичка Н.Н. Хорошавцева обратилась в Конституционный Суд Российской Федерации с просьбой признать противоречащими Конституции РФ ряд положений Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

В пятницу 15 июня 2007 г. эта гражданка на основании пункта «в» статьи 29 Закона была принудительно госпитализирована в психиатрический стационар. В тот же день представитель стационара обратился в суд с заявлением о ее принудительной госпитализации. Оно было рассмотрено судом в понедельник, 18 июня 2007 г., и удовлетворено. Но хотя срок пребывания Н.Н. Хорошавцевой в стационаре суд и продлил, от момента госпитализации Н.Н. Хорошавцевой в психиатрическую больницу до получения санкции суда на ее пребывание там прошло трое суток, то есть значительно больше 48 часов.

Конституционный Суд, подчеркнул, что статья 22 (ч.2) Конституции Российской Федерации не допускает задержание на срок более 48 часов без судебного решения. При этом Конституционный Суд указал, что понятие «задержание», закрепленное в Конституции Российской Федерации, охватывает не только задержание лица за виновные противоправные действия в рамках уголовно-процессуального или административного законодательства, но и иные виды задержания. Будучи госпитализированным в психиатрический стационар в недобровольном порядке, лицо принудительно пребывает там в ограниченном пространстве, изолировано от общества и семьи, не может выполнять свои служебные обязанности и не в состоянии свободно передвигаться и общаться с неограниченным кругом лиц. Европейский Суд по правам человека относит перечисленные условия к сущностным признакам лишения человека физической свободы (постановления от 1 июля 1961 г. по делу «Лоулесс (Lawless) против Ирландии», от 6 ноября 1980 г. по делу «Гуццарди (Guzzardi) против Италии», от 28 октября 1994 г. по делу «Мюррей (Murphy) против Соединенного Королевства», от 24 ноября 1994 г. по делу «Кеммаш (Kemmach) против Франции»).

Гражданско-правовой Кодекс Российской Федерации (часть 1 статьи 303) также предусматривает, что заявление о принудительной госпитализации лица в психиатрический стационар должно подаваться в суд в течение 48 часов с момента его помещения туда. Однако Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» указывает иные сроки. Из статьи 32 Закона вытекает, что заявление о принудительной госпитализации лица в психиатрический стационар с соответствующим заключением может быть подано в течение 72 часов с момента госпитализации.

Ранее Конституционный суд Российской Федерации уже отмечал, что в силу статьи 22 Конституции Российской Федерации лицо до вынесения соответствующего судебного решения может быть подвергнуто задержанию на срок не свыше 48 часов (постановления от 17 февраля 1998 г. № 6-П и от 22 марта 2005 г. № 4-П; определение от 1 марта 2007 г. № 333-О-П).

Таким образом, Конституционный Суд Российской Федерации определил, что взаимосвязанные положения Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» и ГПК Российской Федерации не предполагают возможность принудительного удержания лица в психиатрическом стационаре свыше 48 часов без судебного решения.

Конституционно-правовой смысл указанных законоположений, выявленный Конституционным Судом Российской Федерации, является общеобязательным и исключает любое иное их истолкование в правоприменительной практике.

Психиатры действительно не вправе без решения суда лишать человека свободы более, чем на 48 часов. В выходные и в праздничные дни, лицо, состояние которого требует решения вопроса о применении недобровольной госпитализации, всегда может быть осмотрено двумя врачами-психиатрами (на стыке дежурств). Заявление в суд от имени больницы вправе направить дежурный врач дежурному судье районного суда. Все остальное – дело техники и умения организовать работу.

Статья 33.

Обращение в суд по вопросу о госпитализации в недобровольном порядке

(1) Вопрос о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона, решается в суде по месту нахождения психиатрического учреждения.

(2) Заявление о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке подается в суд представителем психиатрического учреждения, в котором находится лицо.

К заявлению, в котором должны быть указаны предусмотренные законом основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке, прилагается мотивированное заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости дальнейшего пребывания лица в психиатрическом стационаре.

(3) Принимая заявление, судья одновременно дает санкцию на пребывание лица в психиатрическом стационаре на срок, необходимый для рассмотрения заявления в суде.

Кто подает заявление в суд о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке? Может ли подавать его председатель комиссии, освидетельствовавшей госпитализированное лицо?

Заявление о госпитализации лица в психиатрический стационар подается в суд представителем администрации учреждения, в котором находится это лицо. Представлять администрацию может руководитель учреждения (или его заместитель). Вместе с тем не исключена возможность подачи заявления в суд заведующим отделением (или другим врачом), если это будет поручено ему по указанию руководителя психиатрического учреждения. В таких случаях полномочия этого лица должны быть удостоверены доверенностью, выданной в соответствии с требованиями гражданского законодательства. Заключение комиссии, освидетельствовавшей госпитализированного, прилагается к заявлению представителя администрации больницы. Кроме того, в суд могут быть представлены другие доказательства, дополнительно свидетельствующие о необходимости такой госпитализации.

В выходные и в праздничные дни администрацию больницы представляет дежурный врач.

По какой форме подается в суд заявление о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке?

Форма заявления в суд и его реквизиты не определены. Поэтому она может быть произвольной.

Если суд, приняв заявление администрации психиатрической больницы, дает санкцию на пребывание лица в психиатрическом

стационаре до рассмотрения дела в суде, можно ли обжаловать это решение?

Санкция судьи на недобровольную госпитализацию может быть обжалована гражданином в вышестоящем суде. Кроме того, гражданин, помещенный в стационар в недобровольном порядке, его представитель или защитник вправе обжаловать действия врачей-психиатров и иных медицинских работников.

Статья 34.

Рассмотрение заявления о госпитализации в недобровольном порядке

(1) Заявление о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке судья рассматривает в течение пяти дней с момента его принятия в помещении суда либо в психиатрическом учреждении.

(2) Лицу должно быть предоставлено право лично участвовать в судебном рассмотрении вопроса о его госпитализации. Если по сведениям, полученным от представителя психиатрического учреждения, психическое состояние лица не позволяет ему лично участвовать в рассмотрении вопроса о его госпитализации в помещении суда, то заявление о госпитализации рассматривается судьей в психиатрическом учреждении.

(3) Участие в рассмотрении заявления прокурора, представителя психиатрического учреждения, ходатайствующего о госпитализации, и представителя лица, в отношении которого решается вопрос о госпитализации, обязательно.

Когда начинается и когда заканчивается установленный Законом пятидневный срок судебного рассмотрения заявления психиатрической больницы о недобровольной госпитализации?

В соответствии с гражданским процессуальным законодательством пятидневный срок рассмотрения судом заявления администрации о госпитализации гражданина в недобровольном порядке начинается на следующий день после календарной даты подачи заявления и принятия судьей дела к своему производству. Последний день этого срока, если он

совпадает с нерабочим днем, переносится на следующий за ним рабочий день. Под нерабочими днями понимаются праздничные и выходные дни. Выходными днями считаются суббота и воскресенье.

Кто производит выбор места рассмотрения заявления о недобровольной госпитализации (в помещении суда или в психиатрическом учреждении) – судья или врачи-психиатры?

Выбор места рассмотрения заявления производится судьей с учетом конкретных обстоятельств (состояние здоровья лица, в отношении которого подано заявление и др.) на основании сведений, представленных больницей.

Данный вопрос был решен Конституционным судом Российской Федерации (определение от 5 марта 2009 г. № 544-О-П). Конституционный Суд указал, что часть 1 статьи 304 ГПК Российской Федерации, как и аналогичная норма части 2 статьи 34 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» устанавливают обязанность суда проводить заседание в помещении психиатрического стационара на основании одного только факта поступления от представителя стационара информации о том, что психическое состояние гражданина не позволяет ему лично участвовать в судебном заседании по данному делу. Конституционный суд указал, что при таких обстоятельствах гражданин, о принудительной госпитализации которого идет речь, лишен возможности каким-либо образом оспорить точку зрения представителя психиатрического стационара. А суд не может удостовериться в том, что нет основания для сомнений в достоверности и полноте сведений, представленных врачами-психиатрами. Кроме того, осуществление правосудия в определенной обстановке и с определенной атрибутикой, т.е. в зале судебного заседания, является элементом гарантии права граждан на судебную защиту. Конституционный Суд подчеркнул, что в таких случаях роль суда не может сводиться лишь к формальному удовлетворению заявления о принудительной госпитализации гражданина или о продлении срока его принудительной госпитализации. Судья, оценив всю совокупность представленных доказательств, на основе внутреннего убеждения обязан удостовериться, что судебное заседание действительно необходимо проводить в психиатрическом стационаре. Отступления от этого правила возможны только при исключи-

тельных обстоятельствах и в любом случае не должны зависеть от усмотрения одного из участников процесса.

Таким образом, часть 1 статьи 304 ГПК Российской Федерации и часть 2 статьи 34 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» не могут ограничивать дискрецию¹ суда при решении вопроса о месте рассмотрения дела о принудительной госпитализации лица в психиатрический стационар или о продлении срока его принудительной госпитализации. Иное истолкование указанных законоположений приводило бы к необоснованному ограничению права на судебную защиту и нарушению права на справедливое судебное разбирательство, гарантируемых статьями 15 и 46 Конституции Российской Федерации и п.1 статьи 6 Конвенции о защите прав человека и основных свобод.

Исходя из изложенного, Конституционный Суд Российской Федерации определил, что положения части 1 статьи 304 ГПК Российской Федерации и ч.2 статьи 34 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» по их конституционно-правовому смыслу не ограничивают дискрецию суда при решении вопроса о месте рассмотрения дела о принудительной госпитализации лица в психиатрический стационар или о продлении срока его принудительной госпитализации. Конституционно-правовой смысл указанных законоположений, выявленный Конституционным Судом Российской Федерации, является общеобязательным и исключает любое иное их истолкование в правоприменительной практике.

Таким образом, в обращенном в суд заявлении о недобровольной госпитализации лица в психиатрический стационар, должна содержаться просьба сообщить о месте рассмотрения данного заявления – в здании суда или непосредственно в психиатрической больнице. Если необходимость такого обращения возникает в выходные и в праздничные дни, заявление в суд от имени больницы вправе направить дежурный врач. В суде также должен находиться дежурный судья (для принятия решений об ограничении свободы на срок свыше 48 часов). При возникновении надобности в доставке пациента в суд (или судьи – в боль-

¹ Дискреция (от лат. *discretio*) — способ решения проблем, заключающийся в том, что лицо, орган, принимающие решения, действуют в основном по собственному усмотрению, в зависимости от своего видения условий, их оценки.

ницу) решение этого вопроса всего лишь дело техники и умения организовать работу.

Может ли суд рассматривать заявление о необходимости недобровольной госпитализации человека без его участия в судебном заседании?

Нет, не может. Поэтому в случаях состояния, когда пациент по состоянию своего психического здоровья не может лично участвовать в судебном заседании в помещении суда, Закон *обязывает* судью рассматривать дело в психиатрическом учреждении.

Кто может представлять интересы госпитализированного лица при судебном рассмотрении вопроса о его недобровольной госпитализации?

Интересы пациента в суде может представлять его адвокат или любое другое дееспособное лицо, которому пациент, как доверитель, поручил защиту своих интересов. В статье 7 Закона подчеркивается, что гражданин при оказании ему психиатрической помощи вправе пригласить по своему выбору представителя для защиты своих прав и законных интересов. Оформление представительства производится в порядке, установленном гражданским процессуальным законодательством. Представитель пациента пользуется такими же правами, как и представитель психиатрического учреждения.

Кто участвует в судебном заседании по заявлению о госпитализации в недобровольном порядке?

В судебном заседании помимо лица, о госпитализации которого подано ходатайство психиатрического учреждения, участвуют прокурор, представитель психиатрического учреждения, представитель госпитализированного лица, а также представитель организации, которой предоставлено право защищать граждан (при поступлении его просьбы об участии в рассмотрении данного дела).

Подлежит ли рассмотрению в судебном заседании заявление о госпитализации в недобровольном порядке в случаях, когда пациент был освидетельствован комиссией врачей-психиатров в сроки, превышающие 48 часов?

Рассмотрение заявления о госпитализации гражданина в недобровольном порядке суд рассматривает и в тех случаях, когда гражданин оставлен в психиатрической больнице после комиссионного психиатрического освидетельствования, проведенного в сроки, превышающие установленные законом 48 часов.

Статья 35.

Постановление судьи по заявлению о госпитализации в недобровольном порядке

(1) Рассмотрев заявление по существу, судья удовлетворяет либо отклоняет его.

(2) Постановление судьи об удовлетворении заявления является основанием для госпитализации и дальнейшего содержания лица в психиатрическом стационаре.

(3) Постановление судьи в десятидневный срок со дня вынесения может быть обжаловано лицом, помещенным в психиатрический стационар, его представителем, руководителем психиатрического учреждения, а также организацией, которой законом либо ее уставом (положением) предоставлено право защищать права граждан, или прокурором в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации *(в редакции Федерального закона от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ, вступил в силу с 1 января 2005 г.)*.

Может ли судья отложить рассмотрение заявление о необходимости недобровольной госпитализации, например, в связи с необходимостью получения дополнительных сведений по данному делу?

Нет, не может. В соответствии с Законом, рассмотрение заявления можно либо удовлетворить, либо отклонить. При необходимости получения дополнительной информации заявление подлежит отклонению, как не имеющее достаточной доказательственной базы.

Может ли судья отклонить заявление о недобровольной госпитализации гражданина только на том основании, что допущено нарушение установленной процедуры освидетельствования, напри-

мер, когда осмотр пациента врачебной комиссией проведен не в течение 48 часов, как требует закон, а, например, на два часа (или более) позднее?

Заявление о недобровольной госпитализации гражданина суд рассматривает по существу независимо от выявленных при этом нарушений установленной процедуры принудительной госпитализации. Если при этом суд придет к выводу об обоснованности принятой медицинской меры, о ее правильности по существу, он может санкционировать недобровольную госпитализацию и одновременно с этим вынести частное определение о привлечении к ответственности лиц, виновных в нарушении установленной законом процедуры (например, обязать администрацию больницы привлечь виновных медицинских работников к дисциплинарной ответственности). Если же при судебном рассмотрении выявится необоснованность недобровольной госпитализации, то эта медицинская мера подлежит отмене, а госпитализированный больной выписывается из стационара. В подобных случаях нарушения процедуры, приведшие к необоснованному задержанию гражданина в психиатрической больнице, относятся к категории существенных. Ответственность за существенные нарушения закона должна быть строже, чем за нарушения несущественные. Меру ответственности виновных лиц устанавливает суд.

Вправе ли суд при рассмотрении заявления о недобровольной госпитализации принимать решение об отмене («снятии») диагноза психического расстройства, установленного врачебной комиссией?

Суд принимает решение об обоснованности или необоснованности недобровольной госпитализации гражданина. Такое решение не имеет прямого отношения к постановке (или отмене) психиатрического диагноза. Пациент может быть признан судом не нуждающимся в недобровольной госпитализации при сохранении поставленного ему диагноза психического расстройства.

Когда постановление судьбы по заявлению о госпитализации в недобровольном порядке вступает в законную силу?

Оно вступает в силу через 10 дней после вынесения судьей, по истечении десятидневного срока обжалования в установленном законом

порядке. Только после вступления постановления в законную силу его копия направляется для исполнения руководителю психиатрического учреждения.

Статья 36.

Продление госпитализации в недобровольном порядке

(1) Пребывание лица в психиатрическом стационаре в недобровольном порядке продолжается только в течение времени сохранения оснований, по которым была проведена госпитализация.

(2) Лицо, помещенное в психиатрический стационар в недобровольном порядке, в течение первых шести месяцев не реже одного раза в месяц подлежит освидетельствованию комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения для решения вопроса о продлении госпитализации. При продлении госпитализации свыше шести месяцев освидетельствования комиссией врачей-психиатров проводятся не реже одного раза в шесть месяцев.

(3) По истечении шести месяцев с момента помещения лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости продления такой госпитализации направляется администрацией психиатрического стационара в суд по месту нахождения психиатрического учреждения. Судья в порядке, предусмотренном статьями 33-35 настоящего Закона, постановлением может продлить госпитализацию. В дальнейшем решение о продлении госпитализации лица, помещенного в психиатрический стационар в недобровольном порядке, принимается судьей ежегодно.

Какова длительность пребывания в психиатрическом стационаре лица, госпитализированного туда в недобровольном порядке?

Продолжительность пребывания в психиатрической больнице больного в случае его недобровольного стационарирования по постановлению суда определяется временем, в течение которого он перестает быть опасным для себя или для окружающих, беспомощным, или исчезает вероятность ухудшения состояния его здоровья, если он будет оставлен без медицинской психиатрической помощи. Последующее стационарное лечение может ему проводиться в том случае, если пациент не возражает сам против дальнейшего пребывания в психиатрической больнице.

Статья 37.

Права пациентов, находящихся в психиатрических стационарах

(1) Пациенту должны быть разъяснены основания и цели помещения его в психиатрический стационар, его права и установленные в стационаре правила на языке, которым он владеет, о чем делается запись в медицинской документации.

(2) Все пациенты, находящиеся на лечении или обследовании в психиатрическом стационаре, вправе:

обращаться непосредственно к главному врачу или заведующему отделением по вопросам лечения, обследования, выписки из психиатрического стационара и соблюдения прав, предоставленных настоящим Законом;

подавать без цензуры жалобы и заявления в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд и адвокату;

встречаться с адвокатом и священнослужителем наедине;

исполнять религиозные обряды, соблюдать религиозные каноны, в том числе пост, по согласованию с администрацией иметь религиозные атрибутику и литературу;

выписывать газеты и журналы;

получать образование по программе общеобразовательной школы или специальной школы для детей с нарушением интеллектуального развития, если пациент не достиг 18 лет;

получать наравне с другими гражданами вознаграждение за труд в соответствии с его количеством и качеством, если пациент участвует в производительном труде.

(3) Пациенты имеют также следующие права, которые могут быть ограничены по рекомендации лечащего врача заведующим отделением или главным врачом в интересах здоровья или безопасности пациентов, а также в интересах здоровья или безопасности других лиц:

вести переписку без цензуры;

получать и отправлять посылки, бандероли и денежные переводы;

пользоваться телефоном;

принимать посетителей;

иметь и приобретать предметы первой необходимости, пользоваться собственной одеждой.

(4) Платные услуги (индивидуальная подписка на газеты и журналы, услуги связи и так далее) осуществляются за счет пациента, которому они предоставляются.

Кто определяет правила поведения больных в психиатрических стационарах?

Такие правила устанавливаются в каждой психиатрической больнице и утверждаются приказом главного врача. Подобные правила внутреннего распорядка для лиц, находящихся на обследовании или лечении в больнице, должны находиться во всех отделениях и в приемном покое. Их надо разъяснять каждому пациенту, поступающему в психиатрический стационар для обследования или лечения и делать об этом специальную запись в истории болезни. Наличие такой записи в истории болезни обязательно. Если в момент госпитализации психическое состояние больного исключает адекватное восприятие предоставленной ему информации, то в истории болезни делается запись и об этом. В подобных случаях необходимые разъяснения даются больному сразу же по мере наступления улучшения в его психическом состоянии, о чем также делается запись в истории болезни. Подписи больного о том, что он ознакомлен с действующими в больнице правилами поведения, не требуется.

Допускается ли наказание больных за нарушение установленных правил поведения в стационаре путем назначения им специальных лекарственных препаратов?

Применение каких-либо лекарственных препаратов или иных методов воздействия медицинского характера в качестве наказания больных за допущенные ими нарушения правил внутреннего распорядка *не допускается ни при каких обстоятельствах.*

Может ли администрация психиатрической больницы расширить перечень тех прав больных, которые Закон позволяет ограничивать в интересах здоровья или безопасности пациентов, а также в интересах здоровья или безопасности других лиц?

Нет, не может. Приведенный в части третьей данной статьи Закона перечень прав больных не подлежит расширению.

Можно ли разрешать больным, находящимся в психиатрическом стационаре, пользоваться мобильным телефоном?

В соответствии с частью 3 статьи 37 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» больные в период нахождения их в психиатрическом стационаре имеют право пользоваться телефоном независимо от того, стационарный он или мобильный. Однако при этом необходимо учитывать одно важное обстоятельство. В некоторые модели современных мобильных телефонов встроены цифровые фотоаппараты, дающие возможность фотографировать всех находящихся в больнице и передавать изображения за ее пределы. Это существенно нарушает право больных на сохранение в тайне факта их пребывания в психиатрической больнице, а передача изображений внешнего вида больных в период пребывания в больнице может причинить им моральные страдания. Следовательно, такими комбинированными аппаратами пользоваться в отделении нельзя.

Каков порядок ограничения отдельных прав больных? Например, кто и каким образом может ввести цензуру переписки больного, ограничить посещения больного, пользование телефоном и пр.?

Решение об ограничении прав пациента принимает только заведующий отделением или главный врач. Лечащий врач не вправе принимать подобные решения. Он может лишь сделать соответствующее обоснованное представление заведующему отделением, в котором предлагает ограничить то или иное право больного (из прав, перечисленных в ч. 3 статьи 37) и дает этому обоснование. Такое представление должно быть письменным. Мотивированное решение об ограничении того или иного права больного принимает заведующий отделением (или главный врач). Оно записывается в истории болезни. Указывается и срок действия ограничения прав больного.

На какой срок могут быть ограничены отдельные права больных?

Длительность ограничений прав больного не должна превышать двух недель. По истечении этого срока ограничительные действия могут быть продолжены, но только при наличии медицинских показаний к этому.

Не преувеличены ли права больных, лечащихся в психиатрических больницах? Например, они участвуют в голосовании. В какой мере их выбор может быть адекватным?

Действительно, все еще сохраняется скепсис в отношении того, можно ли всерьез относиться к мнению, точке зрения, позиции, высказываемой психически больными. Их, как правило, всерьез не воспринимают. Одним из проявлений такого отношения является до сих пор общепринятая практика игнорирования мнения больных о качестве оказываемой им психиатрической помощи. По результатам последних выборов в Государственную Думу удалось показать, что в психиатрических стационарах больные проголосовали практически так же, как и все население России. Выбор больных мало отличается от выбора тех, кого мы считаем здоровыми. Ему можно доверять.

Были взяты данные по трем крупным психиатрическим больницам Московской области. В голосовании там приняло участие 970 чел., находившихся в день выборов на стационарном лечении. Вот его результаты¹:

	<i>ЦМОКПБ</i>	<i>ОПБ № 5</i>	<i>ОПБ №23</i>	<i>ВСЕ ТРИ БОЛЬНИЦЫ</i>	<i>ВСЯ РОССИЯ</i>
<i>Процент проголосовавших, всего</i>	94,02%	96,05%	98,29%	95,65%	63,01%
<i>В том числе за:</i>					
1.«Аграрная партия России»	2,31%	0,98%	0,35%	1,03%	2,30%
2. «Гражданская Сила»	0,58%	0,78%	0	0,52%	1,05%
3. «Демократическая партия России»	1,16%	0,78%	0,35%	0,72%	0,13%
4. КПРФ	8,67%	10,00%	5,92%	8,56%	11,57%
5. «Союз Правых Сил»	0,58%	1,37%	0,35%	0,93%	0,96%
6. «Партия социальной справедливости»	0,58%	0,59%	0	0,41%	0,22%
7. ЛДПР	8,69%	6,47%	11,50%	9,48%	8,14%
8. «Справедливая Россия»	0,58%	5,49%	1,74%	4,54%	7,74%
9. «Патриоты России»	1,16%	0,78%	1,39%	1,03%	0,89%
10.«Единая Россия»	59,44%	67,45%	77,35%	68,97%	64,30%
11. «Яблоко»	4,05%	1,96%	3 1,05%	2,06%	1,59%

¹ Московская областная психиатрическая газета, № 10 (37), 2007, стр. 3.

Статья 38.

Служба защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах

(1) Государством создается независимая от органов здравоохранения служба защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах.

(2) Представители этой службы защищают права пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, принимают их жалобы и заявления, которые разрешают с администрацией данного психиатрического учреждения либо направляют в зависимости от их характера в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру или суд.

Создана ли к настоящему времени указанная служба защиты прав пациентов?

Нет, не создана. Данная статья Закона до сих пор остается недействующей. Положение о службе не утверждено и не введено в действие.

Статья 39.

Обязанности администрации и медицинского персонала психиатрического стационара

Администрация и медицинский персонал психиатрического стационара обязаны создать условия для осуществления прав пациентов и их законных представителей, предусмотренных настоящим Законом, в том числе:

обеспечивать находящихся в психиатрическом стационаре пациентов необходимой медицинской помощью;

предоставлять возможность ознакомления с текстом настоящего Закона, правилами внутреннего распорядка данного психиатрического стационара, адресами и телефонами государственных и общественных органов, учреждений, организаций и должностных лиц, к которым можно обратиться в случае нарушения прав пациентов;

обеспечивать условия для переписки, направления жалоб и заявлений пациентов в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд, а также адвокату;

в течение 24 часов с момента поступления пациента в психиатрический стационар в недобровольном порядке принимать меры по оповещению его родственников, законного представителя или иного лица по его указанию;

информировать родственников или законного представителя пациента, а также иное лицо по его указанию об изменениях состояния его здоровья и чрезвычайных происшествиях с ним;

обеспечивать безопасность находящихся в стационаре пациентов, контролировать содержание посылок и передач;

выполнять функции законного представителя в отношении пациентов, признанных в установленном законом порядке недееспособными, но не имеющих такого представителя;

устанавливать и разъяснять верующим пациентам правила, которые должны в интересах других находящихся в психиатрическом стационаре пациентов соблюдаться при исполнении религиозных обрядов, и порядок приглашения священнослужителя, содействовать в осуществлении права на свободу совести верующих и атеистов;

выполнять иные обязанности, установленные настоящим Законом.

Где больной может ознакомиться с текстом Закона о психиатрической помощи и с правилами внутреннего распорядка для больных, находящихся в психиатрической больнице?

В каждом отделении (подразделении) психиатрической больницы Закон о психиатрической помощи, правила внутреннего распорядка для больных, правила для посетителей, правила приема передач больным должны постоянно находиться в отделении. Обязанность администрации отделения (заведующего, старшей медицинской сестры) – обеспечить доступность этих документов для каждого пациента. Они должны предоставляться больным, а также их посетителям по первому требованию.

Как больной может обратиться к главному врачу больницы, если он находится в закрытом психиатрическом отделении?

Каждый пациент, пожелавший непосредственно обратиться к главному врачу, может сделать это, обратившись к нему в дни и часы приема

посетителей. Если психическое состояние больного не позволяет отпустить его из отделения, то он препровождается к главному врачу. Администрация отделения обязана беспрепятственно выделить для такого визита сопровождающего из числа персонала. В экстренных случаях обращение пациента непосредственно к главному врачу обеспечивается незамедлительно. Оптимально, если главный врач, получив соответствующую информацию, сам посетит больного в отделении и разрешит возникший вопрос или конфликтную ситуацию.

Подлежат ли жалобы и заявления больных, адресованные в вышестоящую или надзорную инстанцию, перлюстрации и цензуре?

Жалобы и заявления, поданные больными, не подлежат ни перлюстрации (вскрытию и прочтению), ни цензуре.

Может ли в психиатрическом отделении быть заведена Книга жалоб и заявлений для больных и посетителей?

Такая книга ведется в каждом психиатрическом отделении *в обязательном порядке*. Книга для записи отзывов (жалоб) и предложений должна быть обязательно прошнурована, пронумерована, подписана главным врачом или его заместителем и скреплена печатью больницы. Эта книга должна храниться у старшей медицинской сестры отделения. Каждый больной, находящийся на излечении или на обследовании в психиатрическом отделении, а также каждый посетитель имеет право записать в данную книгу заявление о неправильных действиях кого-либо из персонала больницы или о замеченных недостатках, а также свои предложения, которые могут, по его мнению, улучшить работу стационара. В отсутствие старшей медицинской сестры Книга выдается по требованию пациента или посетителей дежурной (палатной) медицинской сестрой. Жалобы и заявления пациентов, записанные в Книгу, рассматриваются администрацией больницы или заведующим отделением не позднее следующего дня. Ответ больному или посетителю оформляется администрацией в письменном виде после разрешения вопроса.

Статья 40.

Выписка из психиатрического стационара

(1) Выписка пациента из психиатрического стационара производится в случаях выздоровления или улучшения его психического состояния, при котором не требуется дальнейшего стационарного лечения, а также завершения обследования или экспертизы, явившихся основаниями для помещения в стационар.

(2) Выписка пациента, добровольно находящегося в психиатрическом стационаре, производится по его личному заявлению, заявлению его законного представителя или по решению лечащего врача.

(3) Выписка пациента, госпитализированного в психиатрический стационар в недобровольном порядке, производится по заключению комиссии врачей-психиатров или постановлению судьи об отказе в продлении такой госпитализации.

(4) Выписка пациента, к которому по решению суда применены принудительные меры медицинского характера, производится только по решению суда.

(5) Пациенту, помещенному в психиатрический стационар добровольно, может быть отказано в выписке, если комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения будут установлены основания для госпитализации в недобровольном порядке, предусмотренные статьей 29 настоящего Закона. В таком случае вопросы его пребывания в психиатрическом стационаре, продления госпитализации и выписки из стационара решаются в порядке, установленном статьями 32-36 и частью третьей статьи 40 настоящего Закона.

Кто принимает решение о выписке больного из психиатрического стационара?

Решение о выписке больного, добровольно находящегося в психиатрическом стационаре, принимает его лечащий врач. В случаях недобровольной госпитализации решение о выписке принимает комиссия врачей-психиатров (исключая те, когда судья выносит постановление об отказе в продлении такой госпитализации). Выписка пациента, к которому по решению суда применены принудительные меры медицинского характера (в виде принудительного лечения) производится только после решения суда об отмене таких принудительных мер и переводе больного на лечение на общих основаниях.

Можно ли выписать больного из психиатрического стационара, если он сам отказывается от такой выписки и хочет продолжать стационарное лечение?

Закон разрешает выписывать больного из психиатрического стационара, если достигнуто такое улучшение его психического состояния, при котором уже не требуется дальнейшего стационарного лечения, или если завершено обследование (экспертиза) пациента, явившиеся основанием для его помещения в стационар. При отказе больного от выписки, его письменное заявление об этом направляется заведующему отделением. Решение о выписке такого больного принимается комиссией врачей-психиатров. Это очень ответственное решение: надо ясно представлять себе, как и куда будет отправлен пациент, кто и как его встретит, не причинит ли насильственное «выдворение» из психиатрической больницы вред для больного.

В октябре 2007 г. в один из психоневрологических диспансеров России была доставлена женщина, которая не могла самостоятельно передвигаться и нуждалась в медицинской помощи. Врач-психиатр, осмотрев женщину, не нашла показаний для её помещения на стационарное лечение. Так как обратившаяся в диспансер женщина не могла самостоятельно передвигаться, врач дала указания санитарам вывести ее за территорию учреждения. Санитары оттащили женщину к ограде детского сада, расположенного рядом около диспансера. Женщина скончалась спустя непродолжительное время. По предварительным данным, причиной смерти явилось общее переохлаждение организма. В связи со случившимся возбуждено уголовное дело в отношении двух санитаров психоневрологического диспансера по ст. 125 УК РФ (оставление в опасности), а также в отношении врача-психиатра по ч.2 ст. 293 УК РФ (халатность, то есть неисполнение лицом своих должностных обязанностей, повлекшее по неосторожности смерть человека)¹.

При обращении пациента по его желанию за амбулаторной консультацией к врачу стационара возможно ли проведение консультации на платной основе либо она должна быть осуществлена врачом стационара бесплатно?

¹ Московская областная психиатрическая больница, № 9 (36), 2007, стр. 3.

В обязанности врача стационара не входит оказание бесплатной медицинской помощи амбулаторным пациентам. Если в учреждении не предусмотрено оказание врачом стационарного отделения еще и амбулаторно-консультативной помощи (это могут быть специальные отделения по типу диспансерно-стационарного объединения), то пациент должен быть направлен в диспансерное отделение, оказывающее амбулаторную помощь.

Статья 41.

Основания и порядок помещения лиц в психоневрологические учреждения для социального обеспечения

(1) Основаниями для помещения в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения являются личное заявление лица, страдающего психическим расстройством, и заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра, а для несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, - решение органа опеки и попечительства, принятое на основании заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра. Заключение должно содержать сведения о наличии у лица психического расстройства, лишаящего его возможности находиться в неспециализированном учреждении для социального обеспечения, а в отношении дееспособного лица - также и об отсутствии оснований для постановки перед судом вопроса о признании его недееспособным.

(2) Орган опеки и попечительства обязан принимать меры для охраны имущественных интересов лиц, помещаемых в психоневрологические учреждения для социального обеспечения.

Правда ли, что в психоневрологические интернаты системы социальной защиты могут помещаться только те психически больные, которые признаны недееспособными в установленном законом порядке?

Нет, это не так. В психоневрологические интернаты могут приниматься как те, кто в установленном законом порядке признаны недееспособными, так и дееспособные лица.

Является ли факт помещения в психоневрологический интернат основанием для признания гражданина недееспособным?

Нет, не является. Лишить гражданина дееспособности лишь на том основании, что он проживает в психоневрологическом интернате, нельзя.

Можно ли гражданина, страдающего психическим расстройством, поместить в психоневрологический интернат в недобровольном порядке, вопреки его желанию?

Статья 15 Федерального Закона «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ определяет следующие основания для помещения граждан без их согласия в учреждения социального обслуживания, в том числе в психоневрологический интернат. Это, во-первых, те случаи, когда гражданин не способен самостоятельно удовлетворять свои жизненные потребности (утратил способности к самообслуживанию и (или) активному передвижению и при этом лишен возможности ухода и поддержки со стороны родственников или иных его законных представителей и при этом или признаны в установленном законом порядке недееспособными. Во-вторых, это те случаи, когда гражданин в установленном законом порядке признан недееспособным.

Вопрос о помещении граждан пожилого возраста и инвалидов в стационарные учреждения социального обслуживания без их согласия или без согласия их законных представителей решается судом по представлению органов социальной защиты населения.

Как определяется наличие у гражданина психического расстройства, требующего его помещения в психоневрологический интернат?

Наличие такого расстройства определяется по заключению врачебной комиссии, в составе которой *обязательно* находится врач-психиатр. При этом в указанном заключении отражается не только сам факт наличия расстройства психики и степень его тяжести, но и обосновывается невозможность данного лица находиться в связи с этим в интернате обшего типа.

Может ли гражданин отказаться от его осмотра врачебной комиссией, если в ее состав входит врач-психиатр?

Да, может. Освидетельствование лица для решения вопроса о помещении его в психоневрологический интернат проводится при обязательном соблюдении условия добровольности его проведения.

Можно ли обжаловать действия врача-психиатра и заключение комиссии в целом, если гражданин (или его представитель) не согласен с решением о помещении его в психоневрологический интернат, а не в интернат общего типа?

Обжалование действий врача-психиатра, так же как и решения врачебной комиссии в целом производится в общем порядке, предусмотренном статьей 47 Закона.

Должен ли психоневрологический интернат иметь лицензию на право оказания психиатрической помощи?

В соответствии с Положением о лицензировании деятельности в сфере социального обслуживания населения, утв. постановлением Правительства РФ от 17 июля 1996 г. № 830, профессиональная деятельность, осуществляемая государственными и муниципальными учреждениями социального обслуживания, лицензированию не подлежит. При этом имеется в виду профессиональная деятельность в сфере социального обслуживания. Однако психоневрологический интернат, помимо социальной помощи, оказывает еще и медицинскую психиатрическую помощь находящемуся контингенту больных. Для этого в его штате имеются врачи-психиатры и соответствующий медицинский персонал. Но всякое государственное или негосударственное психоневрологическое учреждение, оказывающее медицинскую психиатрическую помощь, должно иметь на это специальное разрешение (лицензию), как это требует статья 18 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Поэтому психоневрологические интернаты, независимо от их принадлежности к системе социального обслуживания, подлежат лицензированию. Допуск врачей психоневрологических интернатов к работе с лицами, страдающими психическими расстройствами, осуществляется в таком же порядке, как и в любых других психоневрологических учреждениях: они должны регулярно повышать свою квалификацию, проходить аттестацию и иметь сертификат, подтверждающий их право на оказание психиатрической помощи.

Статья 42.

Основания и порядок помещения несовершеннолетних в психоневрологическое учреждение для специального обучения

Основаниями для помещения несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет, страдающего психическим расстройством, в психоневрологическое учреждение для специального обучения являются заявление его родителей либо иного законного представителя и обязательное заключение комиссии, состоящей из психолога, педагога и врача-психиатра. Заключение должно содержать сведения о необходимости обучения несовершеннолетнего в условиях специальной школы для детей с нарушением интеллектуального развития.

Кто направляет детей и подростков на психолого-медико-педагогическую комиссию, чтобы определить необходимость их помещения в психоневрологическое учреждение для специального обучения (т.н. вспомогательную школу)?

Направление детей и подростков на психолого-медико-педагогическую комиссию происходит по инициативе учреждений образования, здравоохранения, социальной защиты с согласия родителей несовершеннолетних, а при их отсутствии – законного представителя.

В нашей больнице немало больных-хроников, которые могли бы находиться в психоневрологическом интернате. Однако перевести их туда практически невозможно: путевку в интернат приходится ждать годами. Как можно ускорить этот процесс?

В учреждениях здравоохранения, какими являются психиатрические больницы, больным оказывается медицинская помощь. Пациенты с хроническим течением болезни с формированием дефекта психики нуждаются уже не в медицинской, а в медико-социальной помощи. Такая помощь оказывается не в учреждениях здравоохранения, а в учреждениях и предприятиях системы социальных служб. В Московской области номенклатура подобных учреждений определена Законом «О социальном обслуживании населения в Московской области». Сюда относятся стационарные учреждения социального обслуживания (дома-интернаты для престарелых и инвалидов, психоневрологические интернаты, детские дома-интернаты для умственно отсталых детей, детские дома-интернаты для детей с физическими недостатками), а также ге-

ронтологические центры и иные учреждения, осуществляющие социальное обслуживание. Они находятся в ведении не Министерства здравоохранения, а исполнительного органа государственной власти в сфере социальной защиты населения (Комитета социальной защиты). Граждане, имеющие место жительства в Московской области, имеют право на социальное обслуживание в данной государственной системе.

Направление граждан пожилого возраста и инвалидов на стационарное социальное обслуживание осуществляется комиссией по направлению граждан пожилого возраста, инвалидов (и детей-инвалидов) в стационарные учреждения социального обслуживания, созданной при Комитете социальной защиты или его соответствующем территориальном подразделении, куда направляются необходимые документы.

Решение о приеме на медико-социальное обслуживание в интернате сообщается заявителю не позднее чем через месяц после обращения. При положительном решении комиссии выписывается путевка о направлении гражданина в интернат. При отрицательном ответе (что случается чаще всего) за заявителем остается право обжаловать это решение в Комитете социальной защиты и (или) в суде.

В результате сложившейся ситуации в России более 20% коечного фонда психиатрических больниц заняты пациентами, находящимися в стационаре более г. (в ряде регионов эта цифра достигает 40 и более процентов). Следствием этого является то, что «блокируется», выпадает из коечного оборота часть коечного фонда, заполненная хрониками. Наличие значительного числа хроников существенно определяет атмосферу отделений, снижая их реабилитационный и терапевтический потенциал. У самих больных длительное нахождение в стационаре порождает госпитализм. Все это формирует замкнутый «порочный круг». Попытку решения этой проблемы предпринял в Санкт-Петербургской психиатрической больнице имени П.П.Кащенко О.В. Лиманкин еще в 1999 г. К этому времени пациенты-хроники занимали 32,4% общего коечного фонда больницы. Было выявлено, что лишь в 1/3 случаев госпитализация таких пациентов обусловлена исключительно клиническими причинами. В остальных случаях доминировали социальные факторы. Среди них основными были: отсутствие необходимых документов (82,2%), отсутствие или выраженный дефицит навыков самостоятельного проживания (79,4%), утрата социальных связей (55,1%), отсутствие

средств к существованию (27,9%), отсутствие жилья (27,7%) микросоциальные конфликты, делающие невозможным совместное проживание (13,1%). Исходя из причин «хронизации», была выстроена система «психосоциального» лечения. Она включала: тренинги навыков самостоятельного проживания, психообразование, психотерапию и арт-терапию, систему организации досуга, трудотерапию, использование психотропных средств последних поколений, социально-восстановительную работу. В больнице были созданы: социальная служба, опорные центры психосоциальной работы (театр, художественная студия, тренажерные залы и фитнес-центр, библиотека, концертный зал, экскурсионно-лекционный центр и т.д.). Открыты отделения с общежитием для больных, утративших социальные связи (на 50 мест), отделения социально-трудовой реабилитации; создана система обучения медицинского персонала формам и методам психосоциальной работы. В результате свыше 40% больных, длительное время находившихся в стационаре, были выписаны домой. Доля коечного фонда, занимаемого «хрониками», уменьшилась на 20 %, что позволило сократить коечный фонд на 210 коек, получив при этом экономический эффект за 5 лет в 69,4 млн.рублей¹.

Какие документы требуется представить для получения путевки в психоневрологический интернат?

Направление в психоневрологический интернат может быть выдано при представлении следующих документов:

- заявление гражданина или его законного представителя;
- копия документа, удостоверяющего личность гражданина (паспорт, справка об освобождении, иные документы, удостоверяющие личность);
- заключение лечебно-профилактического учреждения об отсутствии медицинских противопоказаний к принятию на социальное обслуживание;
- акт материально-бытового обследования условий проживания, составленный территориальным подразделением Комитета социальной защиты;
- справка, свидетельство, удостоверение или иной документ о праве на меры социальной поддержки;

¹ Московская областная психиатрическая газета, № 4 (31), 2007, стр. 3.

- справка о размере пенсии с учетом ежемесячных выплат и доплат.

Кроме того, в случаях, когда гражданин проживает в семье или имеет родственников, обязанных его содержать по закону, должны быть представлены также: справка о составе семьи с указанием даты рождения каждого члена семьи и родственных отношений; справка от каждого члена семьи (родственника) с места работы (службы, учебы) о размерах заработной платы и других доходах семьи за последние три месяца перед обращением с заявлением о помещении гражданина в интернат. При направлении в интернат несовершеннолетних инвалидов дополнительно представляется копия постановления главы муниципального образования о закреплении за ними жилой помощи¹.

Кто имеет право внеочередного принятия в психоневрологический интернат?

Таким правом пользуются инвалиды и участники Великой Отечественной войны, труженики тыла, а также инвалиды боевых действий².

Какие показания и противопоказания установлены для приема в психоневрологический интернат?

Показания и противопоказания к приему в интернат были утверждены Инструкцией «О медицинских показаниях и противопоказаниях к приему в дом-интернат», утвержденной Министерством здравоохранения СССР и согласованной с Государственным комитетом СССР по труду и социальным вопросам 5-7 сентября 1978 года № 06-14/12/2495-мк.

В соответствии с указанной Инструкцией в ***психоневрологический интернат*** принимаются лица, страдающие психическими хроническими заболеваниями (женщины с 55 лет, мужчины с 60 лет и инвалиды I и II групп старше 18 лет), нуждающиеся по состоянию здоровья в уходе, бытовом обслуживании и медицинской помощи в соответствии независимо от наличия родственников, обязанных по закону их содержать:

– с умственной отсталостью в степени выраженной дебильности, имбецильности и идиотии, а также лица, страдающие затяжными фор-

¹ Закон Московской области «О социальном обслуживании населения в московской области», статья 12.

² Закон Московской области «О социальном обслуживании населения в московской области», статья 12.

мами психических заболеваний, состояние которых характеризуется отсутствием острой психотической симптоматики, наличием слабоумия или грубых проявлений психического дефекта: а) шизофрения с выраженным дефектом личности вне обострения психотической симптоматики; б) различные формы эпилепсии с явлениями слабоумия и редкими (не более 5 раз в месяц) судорожными припадками и эквивалентами; в) последствия черепно-мозговых травм с явлениями слабоумия; г) последствия инфекционных и других органических заболеваний головного мозга (энцефалиты, туберкулезные менингиты, менингоэнцефалиты, сифилис мозга и др.) с явлениями слабоумия; д) последствия хронического алкоголизма с явлениями выраженного органического слабоумия; е) сосудистые и сенильные заболевания с явлениями слабоумия без выраженного психомоторного беспокойства и длительных или рецидивирующих состояний измененного сознания.

Противопоказанием к направлению в психоневрологический интернат являются острые и подострые стадии психических заболеваний и состояния обострения хронического психического заболевания; психические заболевания, характеризующиеся выраженной психотической симптоматикой, грубыми нарушениями влечения и расстройствами поведения, опасными для самого больного и окружающих (половые извращения, гиперсексуальность, садистические наклонности, склонность к агрессии, побегам, поджогам, дромомания, отказы от пищи, суицидальные тенденции и т.д.):

а) любые приступообразные или прогрессивно текущие психические заболевания со склонностью к частым обострениям или рецидивам болезни с частыми декомпенсациями, нуждающиеся в специальном стационарном лечении;

б) эпилепсия и судорожный синдром другой этиологии с частыми (более 5 раз в месяц) припадками, склонностью к серийным припадкам, эпилептическому статусу, сумеречным состояниям сознания, дисфориям;

в) хронический алкоголизм, наркомания, а также другие психические заболевания, осложненные хроническим алкоголизмом или любыми видами наркоманий;

г) выраженные депрессивные и маниакальные состояния различного генеза, затяжные реактивные состояния;

д) выраженные психопатоподобные синдромы, а также психопатии аффективные, эксплозивные, параноидные, паранойяльные, истерические.

В детский дом-интернат для детей с аномалиями физического развития принимаются дети с сохранным интеллектом и с нарушениями опорно-двигательного аппарата, не передвигающиеся без посторонней помощи, не обслуживающие себя в силу тяжести двигательных нарушений, требующие индивидуального ухода, со следующими заболеваниями:

- церебральными параличами различной этиологии;
- последствиями полиомиелита в восстановительном и резидуальном периоде;
- различными врожденными и приобретенными деформациями опорно-двигательного аппарата;
- артрогриппозом, хондродистрофией, наследственными дегенеративными и нервно - мышечными заболеваниями.

Противопоказанием к приему в дом - интернат для детей с аномалиями физического развития являются психические заболевания, олигофрения всех степеней, частые эпилептиформные припадки; психопатоподобные расстройства поведения, некомпенсированная гидроцефалия.

В детский дом - интернат для детей с аномалиями умственного развития принимаются дети со следующими заболеваниями и состояниями:

- олигофрения в степени имбецильности, идиотии;
- эпилепсия (в том числе симптоматическая) с редкими (не чаще 5 раз в месяц) припадками при наличии слабоумия;
- шизофрения с выраженным дефектом без продуктивной симптоматики;
- слабоумие после перенесенных органических поражений головного мозга;
- умственная отсталость всех степеней, включая дебильность при наличии грубых нарушений двигательных функций, затрудняющих обучение во вспомогательных классах соответствующих специализированных школ -интернатов (не передвигающиеся без посторонней помощи, не обслуживающие себя в силу тяжести двигательных нарушений, требующие индивидуального ухода);

● слепота (слабовидение) или глухота (слабослышание) с умственной отсталостью всех степеней, включая дебильность при наличии грубых нарушений двигательных функций, затрудняющих обучение в специализированных школах - интернатах.

Противопоказаниями к направлению в детский дом - интернат для детей с аномалиями умственного развития являются:

● шизофрения с наличием продуктивной симптоматики, без выраженного дефекта личности;

● эпилепсия с частыми (более 5 раз в месяц) припадками, склонностью к серийным припадкам, эпилептическому статусу, сумеречным состояниям сознания, дисфориям;

● психопатоподобная симптоматика в рамках любой нозологической принадлежности;

● психические заболевания, сопровождающиеся грубыми нарушениями влечения и расстройствами поведения, опасными для самого больного и окружающих;

● любые психические заболевания, при которых возможно обучение ребенка в общеобразовательной школе или специализированных учреждениях просвещения.

Общими противопоказаниями к приему в дома-интернаты являются:

● туберкулез в активной стадии процесса;

● заразные заболевания кожи и волос;

● острые инфекционные заболевания;

● злокачественно протекающие опухолевые заболевания и рецидивы злокачественного процесса;

● венерические заболевания;

● лица, у которых при поступлении в дом - интернат обнаружена повышенная температура или сыпь неясной этиологии, подлежат направлению в учреждения здравоохранения.

Еще раз подчеркнем, что указанные медицинские противопоказания определены еще в период существования СССР Инструкцией «О медицинских показаниях и противопоказаниях к приему в дом-интернат», утвержденной Министерством здравоохранения СССР и согласованной с Государственным комитетом СССР по труду и социальным вопросам 5-7 сентября 1978 года № 06-14/12/2495-мк и к сегодняшнему дню они имеют лишь ориентирующий характер.

В настоящее время вопросы здравоохранения, социальной защиты и социального обеспечения находятся в совместном ведении РФ и субъектов РФ. Федеральный закон «Об основах социального обслуживания населения Российской Федерации» (от 10 декабря 1995 года № 195-ФЗ) в статье 6 указал, что установление государственных стандартов социального обслуживания осуществляется в порядке, определяемом органами государственной власти *субъектов* Российской Федерации. Каждый из субъектов Российской Федерации издает свой нормативный документ по определению стандартов социального обслуживания в своем регионе, в том числе и медицинские противопоказания к нему.

В Московской области, например, таким документом является Закон Московской области «О социальном обслуживании населения в Московской области», принятый постановлением Московской областной Думы от 29 декабря 2004 г. № 20/123-П. В соответствии с указанным Законом (статья 11), стационарное социальное обслуживание показано для граждан пожилого возраста и инвалидов, частично или полностью утративших способность к самообслуживанию и нуждающихся в постоянном постороннем уходе. Оно направлено и не только на предоставление таким гражданам и инвалидам социальных услуг, обеспечение условий жизнедеятельности, питания, ухода, но и на проведение им реабилитационных мероприятий медицинского, психологического, социального характера, а также организацию посильной трудовой деятельности, отдыха и досуга. Статья 13 указанного Закона уточняет, что реабилитационные услуги предоставляются инвалидам, детям-инвалидам, лицам с ограниченными возможностями, несовершеннолетним, другим гражданам, попавшим в трудную жизненную ситуацию.

Статья 12 Закона «О социальном обслуживании населения в Московской области» определяет медицинские противопоказания к стационарному социальному обслуживанию. К ним относятся:

- психические заболевания в стадии обострения;
- хронический алкоголизм и наркомания;
- венерические, карантинные инфекционные заболевания;
- бактерионосительство;
- активные формы туберкулеза;
- злокачественные новообразования в активной фазе;
- иные тяжелые заболевания, требующие лечения в специализированных учреждениях здравоохранения.

Какие документы требуется представить для получения путевки в психоневрологический интернат?

Направление в психоневрологический интернат может быть выдано при представлении следующих документов:

- заявление гражданина или его законного представителя;
- копия документа, удостоверяющего личность гражданина (паспорт, справка об освобождении, иные документы, удостоверяющие личность);
- заключение лечебно-профилактического учреждения об отсутствии медицинских противопоказаний к принятию на социальное обслуживание;
- акт материально-бытового обследования условий проживания, составленный территориальным подразделением Комитета социальной защиты;
- справка, свидетельство, удостоверение или иной документ о праве на меры социальной поддержки;
- справка о размере пенсии с учетом ежемесячных выплат и доплат.

Кроме того, в случаях, когда гражданин проживает в семье или имеет родственников, обязанных его содержать по закону, должны быть представлены также: справка о составе семьи с указанием даты рождения каждого члена семьи и родственных отношений; справка от каждого члена семьи (родственника) с места работы (службы, учебы) о размерах заработной платы и других доходах семьи за последние три месяца перед обращением с заявлением о помещении гражданина в интернат. При направлении в интернат несовершеннолетних инвалидов дополнительно представляется копия постановления главы муниципального образования о закреплении за ними жилой помощи¹.

Кто имеет право внеочередного принятия в психоневрологический интернат?

Таким правом пользуются инвалиды и участники Великой Отечественной войны, труженики тыла, а также инвалиды боевых действий².

¹ Закон Московской области «О социальном обслуживании населения в Московской области», статья 12.

² Там же.

Статья 43.

Права лиц, проживающих в психоневрологических учреждениях для социального обеспечения или специального обучения, и обязанности администрации этих учреждений

(1) Лица, проживающие в психоневрологических учреждениях для социального обеспечения или специального обучения, пользуются правами, предусмотренными статьей 37 настоящего Закона.

(2) Обязанности администрации и персонала психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения по созданию условий для реализации прав лиц, проживающих в нем, устанавливаются статьей 39 настоящего Закона, а также законодательством Российской Федерации о социальном обеспечении и об образовании.

(3) Администрация психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения обязана не реже одного раза в год проводить освидетельствования лиц, проживающих в нем, врачебной комиссией с участием врача-психиатра с целью решения вопроса об их дальнейшем содержании в этом учреждении, а также о возможности пересмотра решений об их недееспособности.

Может ли персонал психоневрологических учреждений для социального обеспечения или специального обучения ограничивать права находящихся в них лиц?

В психиатрических больницах системы учреждений здравоохранения заведующий отделением или главный врач в некоторых случаях может ограничить отдельные права больных, перечисленные в части третьей статьи 37 Закона (ведение переписки без цензуры, получение почтовых отправок и их отправка, пользование телефоном, прием посетителей, пользование предметами первой необходимости и собственной одеждой). Но это в первую очередь относится к пациентам психиатрических больниц, которые были госпитализированы в недобровольном порядке, или находятся на принудительном лечении по определению суда в связи с совершенным правонарушением. Что же касается проживающих в психоневрологических стационарных учреждениях

социального обслуживания, то подобные ограничения для этих лиц должны быть скорее исключением, чем правилом.

Распространяются ли на лиц, проживающих в психоневрологических интернатах, нормы о согласии на лечение, о праве отказаться от лечения, праве на сохранение в тайне медицинской информации и ряд других медицинских прав, которые предусмотрены для больных, лечащихся в психиатрических больницах?

Да, эти права и нормы в полной мере распространяются и на проживающих в психоневрологических интернатах системы органов социальной защиты.

К нам в психиатрический кабинет иногда обращаются медицинские работники психоневрологического интерната с просьбой выписать льготные рецепты на новые психотропные препараты для находящихся в интернате больных. Имеем ли мы на это право?

Для больного, находящегося в интернате (общего типа или психоневрологического) это учреждение является местом его постоянного жительства. И если интернат находится на территории, обслуживаемой ПНД, то его обитатели, как постоянно проживающие в данном районе, имеют право обращаться в диспансер, посещать психиатра, получать его консультацию и лечение, в том числе и на льготных основаниях. Но для этого требуется реальное обращение пациента интерната в диспансер, с заведением на него амбулаторной карты, осмотром психиатра, который и решает вопрос об оказании необходимой, в том числе и лекарственной помощи. Выписывать же льготные рецепты жителям интерната в заочном групповом порядке, по представлению медицинских работников или администрации интерната, без осмотра больного и записи его результатов в амбулаторной карте, психиатр ПНД не имеет права.

Сохраняется ли за проживающими в психоневрологических интернатах право на их жилье?

За теми, кто помещен в психоневрологические интернаты, право на занимаемые ими жилые помещения в домах государственного, муниципального и общественного жилищного фондов сохраняется в течение

шести месяцев. Если же в этих жилых помещениях остались проживать члены семьи пациента, то жилые помещения сохраняются за ним на весь срок проживания в психоневрологическом учреждении.

Если у ребенка-инвалида, находящегося в психоневрологическом учреждении, психическое состояние улучшается настолько, что он может самостоятельно обслуживать себя, может ли он рассчитывать на получение жилья для самостоятельного проживания?

Такой пациент имеет право на внеочередное получение жилья от органов местного самоуправления.

Может ли администрация психоневрологического интерната принуждать находящихся в нем лиц к труду без его оплаты?

Нет, не могут. Лица, находящиеся в психоневрологических интернатах могут осуществлять трудовую деятельность добровольно, на условиях трудового договора. Их труд должен быть оплачен в соответствии с его количеством и качеством, им должен предоставляться ежегодный оплачиваемый отпуск продолжительностью 30 календарных дней. Если же пациенты психоневрологического интерната привлекаются к лечебно-трудовой деятельности, то ее продолжительность не должна превышать четырех часов в день, а за участие в такой трудовой деятельности им выплачивается вознаграждение в размере 75% стоимости выполненных работ.

Существуют ли сроки пребывания в психоневрологических интернатах, или поступившие туда оказываются там пожизненно?

Время пребывания пациента в психоневрологическом интернате определяется его психическим состоянием и течением болезни. Поэтому обязанность администрации интерната – не реже одного раза в год проводить освидетельствование проживающих в нем лиц, чтобы решить вопрос об их дальнейшем пребывании в учреждении, а для недееспособных – о возможности пересмотра решения об их недееспособности. Проживающие в психоневрологическом интернате должны находиться там только до тех пор, пока они нуждаются в уходе, бытовом или медицинском обслуживании или в специальном обучении.

Кто производит освидетельствование проживающих в психоневрологическом интернате для решения вопроса о необходимости продолжения пребывания там?

Освидетельствование проводится врачебной комиссией с участием врача-психиатра, создаваемой приказом руководителя учреждения. При освидетельствовании несовершеннолетних в возрасте до 18 лет в состав такой комиссии обязательно должны входить еще и психолог и педагог.

Статья 44.

Перевод и выписка из психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения

(1) Основанием для перевода лица из психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения в аналогичное учреждение общего типа является заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра об отсутствии медицинских показаний к проживанию либо обучению в специализированном психоневрологическом учреждении.

(2) Выписка из психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения производится:

по личному заявлению лица при наличии заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра о том, что по состоянию здоровья лицо способно проживать самостоятельно;

по заявлению родителей, иных родственников или законного представителя, обязующихся осуществлять уход за выписываемым несовершеннолетним в возрасте до 18 лет либо за лицом, признанным в установленном законом порядке недееспособным.

Можно ли перейти из психоневрологического интерната в интернат общего типа и каковы условия и порядок такого перехода?

Главным условием для решения вопроса о переводе лица, страдающего психическим расстройством и находящегося в психоневрологическом интернате или вспомогательной школе, является состояние его психического здоровья. Если пациент не нуждается больше в психиатрической медицинской помощи, уходе и наблюдении, но все же само-

стоятельно проживать не может и требует общего постоянного ухода, то его следует перевести в интернат общего типа. Для осуществления подобного перевода необходимо письменное заявление пациента и заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра. В таком заключении должно быть указано на отсутствие медицинских показаний к проживанию или к обучению в психоневрологическом учреждении. Для несовершеннолетних в возрасте до 18 лет перевод в общеобразовательное учреждение осуществляется на основании заключения медико-педагогической комиссии, куда должны включаться педагог, психолог и врач-психиатр. Вывод комиссии должен быть мотивирован, а ее решение может быть обжаловано в соответствии со статьей 47 Закона.

РАЗДЕЛ V

КОНТРОЛЬ И ПРОКУРОРСКИЙ НАДЗОР ЗА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ПО ОКАЗАНИЮ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Статья 45.

Контроль и прокурорский надзор за оказанием психиатрической помощи

(1) (Эта часть утратила силу с 1 января 2005 г. - Федеральный закон от 22.08.2004 № 122-ФЗ).

(2) Контроль за деятельностью федеральных психиатрических и психоневрологических учреждений осуществляют уполномоченные федеральные органы исполнительной власти, за деятельностью психиатрических и психоневрологических учреждений, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации, - уполномоченный федеральный орган исполнительной власти и органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Контроль за деятельностью психиатрических и психоневрологических учреждений осуществляется в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации *(Часть в редакции Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ).*

(3) Надзор за соблюдением законности при оказании психиатрической помощи осуществляется Генеральным прокурором Российской Федерации, прокурорами субъектов Российской Федерации и подчиненными им прокурорами *(в редакции Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ, вступил в силу с 1 января 2005 г.).*

Кто контролирует деятельность психиатрических и психоневрологических учреждений?

Существуют психиатрические и психоневрологические учреждения, которые непосредственно подчинены федеральному правительству (федеральным министерствам и ведомствам). Их деятельность контролирует, главным образом, Министерство здравоохранения и социального

развития РФ. Другая, значительно большая часть психиатрических и психоневрологических учреждений подчинена министерствам и ведомствам правительств субъектов РФ. Они образуют соответствующие подразделения в своем составе и устанавливают необходимые порядок и правила.

В чем заключается прокурорский надзор за осуществлением деятельности по оказанию психиатрической помощи?

Прокуроры осуществляют надзор за соблюдением законности. Прокурор имеет право посещения психиатрических или психоневрологических учреждений по служебному удостоверению в любое время, опрашивать лиц, подвергнутых мерам принудительного характера, знакомиться с документами, требовать от администрации создания условий, обеспечивающих права находящихся в учреждении лиц. При обнаружении нарушений закона прокуроры вносят представления об их устранении, возбуждают уголовные дела или производство об административных правонарушениях, обращаются в суд за защитой прав и охраняемых законом интересов граждан.

Может ли прокурор освободить из психиатрической больницы или из психоневрологического интерната незаконно находящегося там человека?

Да, может. Прокуроры освобождают своими постановлениями лиц, незаконно подвергнутых задержанию в психиатрических учреждениях. Постановления и требования прокурора по этим вопросам подлежат безусловному исполнению. Прокурор (или его заместитель) обязан также немедленно освободить своим постановлением каждого, кто без законных оснований содержится на принудительном лечении либо помещен на судебно-психиатрическую экспертизу.

Статья 46.

Контроль общественных объединений за соблюдением прав и законных интересов граждан при оказании психиатрической помощи

(1) Общественные объединения врачей-психиатров, иные общественные объединения в соответствии со своими уставами (положе-

ниями) могут осуществлять контроль за соблюдением прав и законных интересов граждан по их просьбе или с их согласия при оказании им психиатрической помощи. Право посещения психиатрических и психоневрологических учреждений должно быть отражено в уставах (положениях) этих объединений и согласовано с органами, в ведении которых находятся психиатрические и психоневрологические учреждения.

(2) Представители общественных объединений обязаны согласовать условия посещения с администрацией психиатрического или психоневрологического учреждения, ознакомиться с правилами, действующими в нем, выполнять их и подписать обязательство о неразглашении врачебной тайны.

В какой форме производится согласование с органами управления психиатрическими и психоневрологическими учреждениями их посещения представителями общественных организаций?

Закон не устанавливает формы согласования положений Устава с органом, в ведении которого находятся указанные учреждения. На практике это может быть подпись руководителя с печатью соответствующего органа на Уставе или письменное согласие, направленное общественной организацией и администрации лечебного учреждения. Закон не требует предварительного согласования с этими органами при регистрации Устава. Но, поскольку администрация лечебного учреждения для решения вопроса о допуске представителей общественного объединения должна знать, чем занимается это объединение, она должна ознакомиться с содержанием его Устава. В связи с этим целесообразно рабочее согласование Устава с администрацией психиатрического или психоневрологического учреждения до утверждения его собранием учредителей.

Каков порядок посещения психиатрических или психоневрологических учреждений представителями общественных объединений?

Представители общественного объединения при обращении к администрации психиатрического или психоневрологического учреждения должны иметь документы, удостоверяющие их личности и принадлежность к общественному объединению. Они должны ознакомиться с

правилами, действующими в учреждении и дать письменное обязательство о неразглашении врачебной тайны.

Относятся ли к врачебной тайне выявленные при посещении психиатрического или психоневрологического учреждения недостатки в оказании психиатрической помощи?

Врачебной тайной являются сведения о конкретных пациентах психиатрических и психоневрологических учреждений, раскрывающие их личность и состояние их здоровья. Не являются тайной сведения о хозяйственной деятельности администрации, сведения общего характера о применяемых методах лечения, иные сведения о степени соответствия закону деятельности лечебного заведения в той части, в какой она касается соблюдения прав и законных интересов граждан.

Какую ответственность могут нести руководители психиатрических или психоневрологических учреждений, препятствующие работе представителей общественных объединений?

Создание необоснованных препятствий для представителей общественных объединений является поводом для применения к руководителям психиатрических или психоневрологических учреждений мер дисциплинарного воздействия.

РАЗДЕЛ VI

ОБЖАЛОВАНИЕ ДЕЙСТВИЙ ПО ОКАЗАНИЮ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Статья 47.

Порядок и сроки обжалования

(1) Действия медицинских работников, иных специалистов, работников социального обеспечения и образования, врачебных комиссий, ущемляющие права и законные интересы граждан при оказании им психиатрической помощи, могут быть обжалованы по выбору лица, приносящего жалобу, непосредственно в суд, а также в вышестоящий орган (вышестоящему должностному лицу) или прокурору.

(2) Жалоба может быть подана лицом, чьи права и законные интересы нарушены, его представителем, а также организацией, которой законом или ее уставом (положением) предоставлено право защищать права граждан, в месячный срок, исчисляемый со дня, когда лицу стало известно о совершении действий, ущемляющих его права и законные интересы.

(3) Лицу, пропустившему срок обжалования по уважительной причине, пропущенный срок может быть восстановлен органом или должностным лицом, рассматривающим жалобу.

Кто имеется в виду под названием «медицинский работник»?

Медицинскими работниками называют врачей и средний медицинский персонал (работников со средним медицинским образованием).

Кто имеется в виду под названием «иные специалисты»?

Под «иными специалистами» понимаются работники психиатрических учреждений, не имеющих психиатрической квалификации (например, психолог, специалист по социальной работе, специалист по трудовому обучению, педагог и др.).

Какова служебная иерархия в медицинских психиатрических учреждениях и какова подчиненность этих учреждений?

В психиатрических учреждениях ведением и лечением больного непосредственно занимается лечащий врач. По отношению к лечащему врачу вышестоящим должностным лицом является заведующий отделением. Заведующими отделениями руководят заместители главного врача по медицинской части, а ими – главный врач. Главный врач подчинен соответствующему органу здравоохранения (муниципальному, региональному или республиканскому). Органы здравоохранения подчинены соответствующей администрации (города, района, субъекта Федерации, или правительству страны). Кроме того, нижестоящие органы здравоохранения подчинены вышестоящим (например, управление здравоохранения района или города – управлению здравоохранения субъекта Федерации и т.д.) Такова линия административного подчинения. Есть еще линия организационно-методического руководства и подчинения. В этом отношении медицинскими работниками психиатрических учреждений руководят главные психиатры органов управления здравоохранения города, района (группы районов), области, а уже ими – главный психиатр Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Должность главного психиатра внештатная. Еще одна линия подчинения, касающаяся врачей-психиатров – общественная. Они объединены в самостоятельные общества (ассоциации), одна из задач которых - профессиональная и этическая оценка деятельности врачей, выполнение ими профессиональных и этических норм.

Кто ведает деятельностью врачей-психиатров и психиатров-наркологов, занимающихся частной практикой?

Действия врачей-психиатров и психиатров-наркологов, занимающихся частной практикой, могут быть обжалованы в том органе, который ведает выдачей лицензий на занятия медицинской деятельностью. В настоящее время этим занимаются органы управления Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития.

Можно ли обжаловать действия (или бездействие) врачебных комиссий?

Да, можно. Каждый врач, принимавший участие в работе комиссии и подписавший ее заключение, несет персональную ответственность за принятое им решение.

Что может быть признано уважительной причиной пропуска срока обжалования действий медицинских работников?

В соответствии со ст. 5 Закона РФ от 27 апреля 1993 г. № 4866-1 «Об обжаловании в суд действий и решений, нарушающих права и свободы граждан» уважительной причиной пропуска срока подачи жалобы считаются любые обстоятельства, затруднившие получение информации об обжалованных действиях (решениях) и их последствиях.

Статья 48.

Порядок рассмотрения жалобы в суде

(1) Жалобы на действия медицинских работников, иных специалистов, работников социального обеспечения и образования, а также врачебных комиссий, ущемляющие права и законные интересы граждан при оказании им психиатрической помощи, рассматриваются судом в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации и настоящей статьей (в редакции Федерального закона от 22.08.2004 г. № 122-ФЗ, вступил в силу с 1 января 2005 г.).

(2) Участие в рассмотрении жалобы лица, чьи права и законные интересы нарушены, если позволяет его психическое состояние, его представителя, лица, чьи действия обжалуются, или его представителя, а также прокурора является обязательным.

(3) Расходы, связанные с рассмотрением жалобы в суде, несет государство.

В какой суд может быть направлена жалоба на действия медицинских работников?

Жалоба подается по усмотрению гражданина в суд по месту его жительства или в суд по месту нахождения соответствующего медицинского учреждения или органа управления здравоохранением. Если вопрос касается права военнослужащего и его претензий к военному органу или учреждению (например, военно-врачебной комиссии), то жалоба может быть подана в соответствующий военный суд.

Как обжаловать действия врачей-психиатров в суде?

Жалоба должна быть подана только в письменном виде и выглядит следующим образом:

В _____ районный (городской)
суд _____ области (края, республики)
от _____

(Ф.И.О., адрес)

Жалоба

на заключение врача о наличии психического заболевания

В _____ 200__ г. я проходил (а) обследование в психиатрическом диспансере _____ района.

Обследование проводил врач-психиатр _____
(фамилия и инициалы)

По результатам обследования врачом-психиатром был поставлен диагноз о наличии у меня психического заболевания _____

(указать, какого заболевания)

С поставленным диагнозом о наличии у меня психического заболевания

я не согласен по следующим мотивам _____

(указать основания и имеющиеся доказательства

неправильности диагноза)

В соответствии со ст. 47 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 2 июля 1992 г.

прошу:

Признать заключение врача-психиатра о наличии у меня психического заболевания _____ необоснованным.

Назначить судебно-психиатрическую экспертизу.

Приложение:

1. Имеющиеся письменные доказательства (справки, выписки из истории болезни и др.)
2. Копия жалобы.

Подпись

Дата

Такая жалоба рассматривается судом в течение десяти дней. При рассмотрении жалобы обязательно участие:

1. Лица, чьи права и законные интересы нарушены (если позволяет его психическое состояние). Если его психическое состояние не позволяет ему присутствовать в судебном заседании, жалоба рассматривается только с участием его представителя;
2. Представителя указанного лица;
3. Лица, чьи действия обжалуются, или его представителя;
4. Прокурора.

По результатам рассмотрения жалобы суд выносит одно из следующих решений:

а. Если суд признает жалобу обоснованной, то он принимает решение об обязанности лица, нарушавшего права и законные интересы при оказании психиатрической помощи, устранить в полном объеме допущенное нарушение прав и свобод гражданина или препятствие к осуществлению гражданином его прав и свобод.

Решение суда направляется для устранения допущенного нарушения закона руководителю органа государственной власти, органа местного самоуправления, должностному лицу, государственному или муниципальному служащему, решения, действия (бездействие) которых были оспорены, либо в вышестоящий в порядке подчиненности орган, должностному лицу, государственному или муниципальному служащему в течение трех дней со дня вступления решения суда в законную силу. В суд и гражданину должно быть сообщено об исполнении решения суда не позднее чем в течение месяца со дня получения решения;

б. Суд отказывает в удовлетворении жалобы, если установит, что оспариваемое решение или действие принято либо совершено в соответствии с законом в пределах полномочий медицинских работников, иных специалистов, работников социального обеспечения и образования, а также врачебных комиссий или права либо свободы гражданина не были нарушены.

Все расходы, связанные с рассмотрением жалобы в суде, несет государство¹.

¹ А.А. Рождествина. «Комментарий к Закону РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (постатейный). КонсультантПлюс, 2006.

Статья 49.

Порядок рассмотрения жалобы в вышестоящем органе (вышестоящим должностным лицом)

(1) Жалоба, поданная в вышестоящий орган (вышестоящему должностному лицу), рассматривается в десятидневный срок с момента обращения.

(2) Решение вышестоящего органа (вышестоящего должностного лица) по существу жалобы должно быть мотивированным и основанным на законе.

(3) Копия решения вышестоящего органа (вышестоящего должностного лица) в трехдневный срок после рассмотрения жалобы по существу направляется или вручается заявителю и лицу, чьи действия обжалуются.

(4) Решение вышестоящего органа (вышестоящего должностного лица) может быть обжаловано в суд в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации *(в редакции Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ, вступил в силу с Января 2005 г.)*.

Каков порядок обжалования действий врачей-психиатров в вышестоящем органе (вышестоящему должностному лицу)?

Если права и законные интересы были нарушены врачом-психиатром, то по отношению к нему вышестоящим должностным лицом будет являться заведующий отделением или главный врач психиатрического заведения.

Письменное обращение гражданина должно содержать фамилию, имя, отчество, адрес, изложение существа вопроса, указание на нарушенный, по мнению заявителя, закон, дату и личную подпись. Обращения, не содержащие сведений о лице (фамилию и его местонахождение (адрес)), признаются анонимными и оставляются без разрешения.

Каков порядок обжалования действий врачей-психиатров в прокуратуру?

Порядок рассмотрения жалоб граждан в органах прокуратуры регулируется Приказом Генпрокуратуры РФ от 15 января 2003 г. № 3 «О введении в действие Инструкции о порядке рассмотрения и разре-

шения обращений и приема граждан в органах и учреждениях прокуратуры Российской Федерации». Жалоба, заявление или обращение могут быть поданы самим гражданином, права которого нарушены, или его представителем, а также по просьбе гражданина надлежаще уполномоченным представителем общественной организации, трудового коллектива. По каждому обращению в Генеральной прокуратуре, Главной военной прокуратуре, прокуратурах субъектов Российской Федерации, приравненных к ним военных и других специализированных прокуратурах, прокуратурах городов, районов, военных, иных специализированных прокуратурах может быть выполнено одно из следующих действий:

- принятие к производству;
- передача на разрешение в нижестоящие органы прокуратуры;
- направление в другие органы;
- приобщение к ранее поступившей жалобе.

Жалобы могут быть оставлены без разрешения и уведомления авторов, когда:

- обращение является анонимным;
- *обращение по содержанию лишено смысла, а в материалах проверки предыдущих обращений имеется документ, свидетельствующий о психическом заболевании заявителя, не позволяющем ему адекватно оценивать происходящие события¹;*

- имеется решение о прекращении переписки.

Решение об оставлении без разрешения жалобы (обращения) принимается начальником управления, отдела (на правах управления), старшим помощником прокурора субъекта Российской Федерации, проку-

¹ Наличие этого положения (пункт 4.12) в Инструкции, утвержденной приказом Генпрокуратуры, вызывает глубокое сожаление и беспокойство. Оно воскрешает времена, когда душевнобольные были лишены возможности защитить свои права только потому, что в документах надзирающих органов имелась бумага с короткой записью «переписка нецелесообразна». Составители данной Инструкции забыли (или не знали), что психическое состояние у больных меняется, что у них наступают ремиссии (послабления болезни) или даже выздоровление. А письмо явно болезненного характера, написанное в обострении, и попавшее в документы прокуратуры, навсегда может лишить человека возможности рассмотрения его жалобы, когда состояние его душевного здоровья изменится к лучшему. Данный пункт Инструкции представляет собой грубейшее нарушение гражданских прав душевнобольных.

роном города, района, военным или специализированным прокурором по рапорту исполнителя.

Прекращение переписки с заявителем возможно в случаях, если:

- повторное обращение не содержит новых доводов и данных о нарушении закона, а изложенное ранее полно и объективно проверялось и ответ дан правомочным должностным лицом органа прокуратуры;
- в обращении имеются нецензурная брань, выражения, оскорбляющие честь и достоинство других лиц, а заявитель ранее предупреждался о том, что при поступлении подобных обращений переписка с ним может быть прекращена.

По итогам разрешения жалоб и заявлений граждан, военнослужащих, парламентских запросов, запросов и обращений членов Совета Федерации, депутатов Государственной Думы, депутатов представительных (законодательных) органов власти субъектов Российской Федерации может быть принято одно из следующих решений:

- удовлетворено - приняты меры к полному или частичному восстановлению прав и законных интересов заявителя;
- повторное удовлетворенное - обращение, в котором обжалуются ответы соответствующей прокуратуры и по которому принималось решение об отказе в удовлетворении ранее поданного обращения. При этом первичное решение отменяется;
- отклонено - требования заявителя, изложенные в обращении, признаны необоснованными;
- разъяснено - по обращению, в котором не содержалось просьб об удовлетворении каких-либо требований или ходатайств, разъяснены вопросы правового характера;
- иное направление - обращение направлено в 5-дневный срок для разрешения в другую прокуратуру или другое ведомство по принадлежности.

По окончании проверки заявителю, по его просьбе, предоставляется возможность ознакомиться с документами и материалами, непосредственно затрагивающими его права и свободы (с прекращенными производством уголовными делами, материалами об отказе в возбуждении уголовного дела, надзорными производствами по жалобам и т.п.), в той мере, в которой это не противоречит требованиям соблюдения государственной или иной охраняемой законом тайны, законным интересам других лиц.

Обращения граждан считаются разрешенными и снимаются с контроля, если поставленные в них вопросы рассмотрены, приняты необходимые меры, даны исчерпывающие ответы в соответствии с действующим законодательством и отправлен письменный ответ.

Как исчисляются сроки подачи жалобы?

Правила исчисления сроков для подачи жалобы определены в Гражданском процессуальном кодексе Российской Федерации (ч. 3 ст. 107). Течение процессуального срока начинается на следующий день после даты или наступления события, которыми определено его начало. Процессуальный срок, исчисляемый месяцами, истекает в соответствующее число последнего месяца срока. В случае, если окончание срока, исчисляемого месяцами, приходится на такой месяц, который соответствующего числа не имеет, срок истекает в последний день этого месяца.

В случае, если последний день процессуального срока приходится на нерабочий день, днем окончания срока считается следующий за ним рабочий день.

Срок подачи жалобы истекает в тот час, когда в суде, в органах прокуратуры, иной организации по установленным правилам заканчивается рабочий день или прекращаются соответствующие операции. В случае, если жалоба была сдана в организацию почтовой связи до двадцати четырех часов последнего дня срока, срок не считается пропущенным.

Срок на обжалование может быть восстановлен органом или должностным лицом, рассматривающим жалобу, если он был пропущен по уважительной причине¹.

Имеет ли право гражданин, подавший жалобу, присутствовать при ее рассмотрении?

Закон не содержит требований об обязательном присутствии гражданина или его представителя при рассмотрении жалобы в административном порядке. Но если гражданин или его представитель будут настаивать на рассмотрении такой жалобы в их присутствии, то нет оснований для отказа в удовлетворении этой просьбы.

¹ А.А. Рождествина. «Комментарий к Закону РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (постатейный). КонсультантПлюс, 2006.

Как должен действовать гражданин, не получивший своевременного ответа на свою жалобу?

Не получив своевременного ответа на свою жалобу, гражданин вправе обратиться в вышестоящую инстанцию или в суд.

Статья 50.

Ответственность за нарушение настоящего Закона

Уголовная ответственность за нарушение настоящего Закона устанавливается законодательством Российской Федерации. Административная и иная ответственность за нарушение настоящего Закона устанавливается законодательством Российской Федерации и субъектов Российской Федерации (в редакции Федерального закона от 22.08.2004 г. № 122-ФЗ, вступил в силу с Января 2005 г.).

Какая уголовная ответственность установлена за нарушение данного закона?

Уголовная ответственность за нарушение данного Закона предусмотрена Уголовным кодексом Российской Федерации.

Статья 124 УК РФ предусматривает ответственность за неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, если это повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью больного. Так, в одном из городов Московской области врач-психиатр выявил у одного из больных обострение психического расстройства, определяющее его опасность для окружающих. В связи с тем, что стационарирование такого больного было возможно только с помощью работников милиции, врач передал соответствующую информацию в ОВД, но там отнеслись к этому без внимания и не приняли мер к госпитализации пациента. В результате он совершил убийство. Виновные в этом работники милиции были привлечены к уголовной ответственности по ст. 124 УК РФ.

Статья 128 УК РФ устанавливает ответственность за незаконное помещение в психиатрический стационар. При этом незаконное помещение лица в психиатрический стационар, совершенное лицом с использованием своего служебного положения либо повлекшее по нео-

сторожности смерть потерпевшего или иные тяжкие последствия, влечет более строгую ответственность.

Статья 235 УК РФ определяет ответственность за занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью лицом, не имеющим лицензии на избранный вид деятельности, если это повлекло по неосторожности причинение вреда здоровью человека.

Статья 137 УК РФ устанавливает ответственность за незаконное соби́рание или распространение сведений о частной жизни лица, составляющих его личную или семейную тайну, без его согласия либо распространение этих сведений в публичном выступлении, публично демонстрирующемся произведении или средствах массовой информации. При разглашении врачебной тайны лицо несет ответственность по ч. 2 ст. 137 УК РФ.

Иные статьи Уголовного кодекса Российской Федерации напрямую не устанавливают ответственности за нарушение данного Закона, но указывают на привлечение к ответственности лиц, оказывающих психиатрическую помощь. Это статьи, касающиеся умышленного или неосторожного причинения вреда здоровью (тяжкого, средней тяжести, легкого вреда здоровью), - ст. ст. 111 - 118 УК РФ, оставление в опасности (ст. 125 УК), злоупотребления должностными полномочиями (ст. 285 УК РФ), превышения должностных полномочий (ст. 286 УК РФ), получения взятки (ст. 290 УК РФ), халатности (ст. 293 УК РФ) и другие действия, причиняющие вред личности, ее правам и интересам, охраняемым уголовным законом.

Какая гражданско-правовая ответственность установлена для медицинских работников за нарушение настоящего Закона?

Гражданско-правовая ответственность предусмотрена главой 59 Гражданского кодекса Российской Федерации. Она состоит, прежде всего, в возмещении вреда, причиненного здоровью. Порядок возмещения вреда, причиненного жизни или здоровью гражданина, определен в ст. ст. 1084 - 1094 Гражданского кодекса Российской Федерации. По общему правилу, вред, причиненный личности, подлежит возмещению в полном объеме лицом, причинившим вред. При причинении гражданину увечья или ином повреждении здоровья возмещению подлежит утраченный потерпевшим заработок (доход), который он имел либо опреде-

ленно мог иметь, а также дополнительно понесенные расходы, вызванные повреждением здоровья. Сюда могут быть включены расходы на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, протезирование, посторонний уход, санаторно-курортное лечение, приобретение транспортных средств, подготовку к другой профессии, если установлено, что потерпевший нуждается в этих видах помощи и ухода и не имеет права на их бесплатное получение.

Подлежит ли возмещению моральный вред, причиненный действиями медицинских работников?

Моральный вред подлежит возмещению независимо от возмещения материального вреда. Компенсация морального вреда осуществляется в денежной форме.

В течение какого времени можно требовать возмещения причиненного вреда?

Вред, причиненный жизни и здоровью потребителя, подлежит возмещению исполнителем в течение 10 лет с момента получения услуги.

Кому предъявляется иск о возмещении вреда?

Иск о возмещении вреда предъявляется медицинскому учреждению. Убытки учреждения, причиненные ему в связи с возмещением ущерба потребителю, по регрессному требованию возмещаются виновным врачом или иным медицинским работником.

Какая административная ответственность установлена для медицинских работников за нарушение настоящего Закона?

Административная ответственность за нарушение данного Закона предусмотрена ст. 6.2 Кодекса об административных правонарушениях Российской Федерации (КоАП РФ) - занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью лицом, не имеющим лицензию на данный вид деятельности.

Возможна ли дисциплинарная ответственность за нарушение Закона?

За нарушение Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» возможно применение и дисциплинарного взыскания. Оно налагается за совершение дисциплинарного проступка в виде неисполнения или ненадлежащего исполнения работником по его вине возложенных на него трудовых обязанностей.

Общие правила применения дисциплинарных взысканий определены в ст. 193 Трудового кодекса Российской Федерации, согласно которой до применения дисциплинарного взыскания работодатель должен затребовать от работника объяснение в письменной форме. В случае отказа работника дать указанное объяснение составляется соответствующий акт. Отказ работника дать объяснение не является препятствием для применения дисциплинарного взыскания.

Дисциплинарное взыскание применяется не позднее одного месяца со дня обнаружения проступка, не считая времени болезни работника, пребывания его в отпуске, а также времени, необходимого на учет мнения представительного органа работников.

Приказ (распоряжение) работодателя о применении дисциплинарного взыскания объявляется работнику под расписку в течение трех рабочих дней со дня его издания. В случае отказа работника подписать указанный приказ (распоряжение) составляется соответствующий акт.

Если в течение года со дня применения дисциплинарного взыскания работник не будет подвергнут новому дисциплинарному взысканию, то он считается не имеющим дисциплинарного взыскания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Со времени принятия Закона прошло уже 17 лет. Он в целом показал свою жизненность и работоспособность, а главное – нужность и больным, и их родственникам, и тем, кто работает в психиатрии. Основной проблемой оказывается «необязательность» его соблюдения. Что касается рядовых участников психиатрической службы – уже накапливается судебная практика по делам, связанным с нарушениями данного Закона со стороны врачей-психиатров и других психиатрических работников. Но, к сожалению, это не касается властных структур. Например, они до сих пор безнаказанно игнорируют или прямо нарушают ряд положений Закона, требующих штатного обеспечения и финансирования психиатрических учреждений, как говорится в Законе, «в размерах, обеспечивающих гарантированный уровень и высокое качество психиатрической помощи». До сих пор государством не создана служба защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах. Этот перечень можно продолжать. Самое важное – нет механизма строгого, регулярного контроля исполнения Закона. А при избирательности применения и при отсутствии эффективного контроля исполнения любой, даже самый великолепный закон мертвеет. Хотелось бы, чтобы Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» жил. И жил долго.

Евтушенко Валерий Яковлевич

ЗАКОН РФ
«О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
И ГАРАНТИЯХ ПРАВ ГРАЖДАН
ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ» В ВОПРОСАХ И ОТВЕТАХ

Ответственный редактор проф. В.С.Ястребов

Компьютерная верстка: О.В. Шамрина

ISBN 978-5-9977-0001-0

Подписано в печать 17.11.2009 г. Формат 60x90 1/16.
Печать офсетная. Бумага офсетная.
Печ. л. 19,25. Тираж 1000. Заказ № 917.

Отпечатано в ОАО «Орехово-Зуевская типография».
г. Орехово-Зуево, Моск. обл., ул. Дзержинского, д. 1