

# Права человека и психиатрия в Российской Федерации

## ВВЕДЕНИЕ

Настоящим сборником Московская Хельсинкская группа (МХГ) продолжает серию публикаций по результатам профильного мониторинга по правам человека. После первой успешной инициативы по обследованию закрытых учреждений — мест заключения (осень 2002 г.) — мы обратились к сфере психиатрии. Информация по ситуации в психиатрических учреждениях еще менее доступна, чем в пенитенциарной системе, и потому необходимо пристальное внимание общества к этой проблематике.

Весной-летом 2003 г. МХГ, Независимой психиатрической ассоциацией России (НПА) и сетью региональных правозащитных организаций было проведено правозащитное мониторинговое исследование в психиатрических стационарах страны. Мы были уверены, что правозащитный мониторинг — оптимальный способ ввести тему положения пациентов психиатрических клиник в поле общественного интереса. Важным обстоятельством было то, что ранее комплексного вневедомственного обследования психиатрических стационаров не проводилось. Более того, положения закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» 1992 г. (далее — Закон о «О психиатрической помощи») о создании внутренней Службы защиты прав пациентов до сих пор не реализованы.

Между тем люди, страдающие психическими расстройствами — это специфически уязвимая группа, которая в силу своего психического состояния не может порой адекватно оценить не только необходимость лечения, но и потребность в правовой защите. Ограничения, налагаемые на пациентов психиатрических клиник, — вынужденная мера, необходимая для эффективности лечения. Но именно в этой ситуации в каждом конкретном случае налагаемая мера должна иметь реальное обоснование, а любое произвольное ограничение и тем более жестокое и унижающее достоинство обращение является совершенно нетерпимым. Речь идет в первую очередь о тех, кто был госпитализирован в недобровольном порядке, т.е. лечится в стационаре против своей воли.

Мониторинг был бы невозможен без экспертной и организационной поддержки НПА. НПА имеет большой опыт конструктивного взаимодействия с главными врачами российских психиатрических стационаров, который оказался востребованным для проведения мониторинга. Эксперты этой профильной правозащитной организации осуществили анализ собранного региональными правозащитниками материала и подготовили текст доклада. Окончательный вариант доклада, представленный в настоящем сборнике, является совместным продуктом МХГ и НПА.

Важным фактором успеха мониторинга стала поддержка со стороны Министерства здравоохранения РФ в лице руководителя отдела специализированной помощи А. С. Карпова и содействие главного психиатра России Б. А. Казаковцева. Был осуществлен изначальный замысел: мониторинг во всех регионах России был проведен по унифицированной схеме, подразумевающей комплекс специальных мероприятий.

Взаимодействие профильной, НПА, и крупной сетевой, МХГ, правозащитных организаций при активном участии Минздрава России и региональных департаментов здравоохранения стали той основой, которая способствовала успеху мониторинга. Активное сотрудничество МХГ с НПА в этом проекте заложило основу для последующего постоянного мониторинга лиц, страдающих психическими расстройствами.

Региональные организации установили контакты как с профильными правозащитными организациями (региональными членами НПА), так и с местными чиновниками, должностными лицами профильных учреждений. Была создана основа для самостоятельной работы правозащитных организаций в регионах по защите прав граждан, находящихся на лечении в психиатрических стационарах.

Ценность мониторинга также в том, что его проведение стимулировало самостоятельную гражданскую активность региональных общественных организаций и актуализировало тематику стационарной психиатрической помощи. Для многих стало очевидной необходимостью срочных мер по изменению государственной политики в области психиатрии, ее финансированию, а также созданию Службы по защите прав пациентов. Со стороны неправительственных организаций необходимо углубление мониторинговых проектов для того, чтобы четче выделить отдельные, наиболее остро стоящие проблемы и определить пути к их решению.

Информация, полученная в рамках данного мониторинга, отражает широкий спектр требующих решения вопросов в области психиатрической помощи и представляет собой материал, неистощимый для дальнейшего анализа. Для написания доклада была использована только часть сведений, необходимая для того, чтобы

ответить на поставленные вопросы о положении со стационарной психиатрической помощью в России.

В итоге был подготовлен доклад о ситуации с соблюдением прав пациентов и персонала психиатрических учреждений. Сборник также включает в себя анализ российского и международного законодательства, раздел тематических статей, посвященных проблемным аспектам и сферам внутри современной российской психиатрии. Благодаря усилиям НПА, которые привлекли к участию в сборнике экспертов, у нас появилась возможность хотя бы отчасти осветить темы, которые были вынесены за рамки проведенного мониторинга. В особенности, мы бы хотели обратить внимание на материалы о пациентах, отправленных на принудительное лечение по приговору суда, и тех, кто находится в психоневрологических интернатах.

\*\*\*

## **ДОКЛАД ПО РЕЗУЛЬТАТАМ МОНИТОРИНГА И ТЕМАТИЧЕСКИЕ СТАТЬИ**

ISBN5-98440-007-3 Московская Хельсинкская группа, 2004

*Ситуация в психиатрических клиниках в нашей стране попала в поле зрения правозащитников с середины 60-х гг. по понятной причине: государство использовало психиатрию как орудие против своих идеологических противников. Противниками считались все инакомыслящие, в том числе и правозащитники. Знаменитый диагноз «вялотекущая шизофрения» висел как дамоклов меч над каждым, кто решался на противостояние режиму в какой бы то ни было форме. Это печальное обстоятельство определило повышенный интерес правозащитников ко всему спектру проблем, связанных с психиатрией и положением пациентов психиатрических стационаров.*

*Через психиатрические больницы прошли и таким образом имели возможность исследовать ситуацию в этих учреждениях изнутри на собственном опыте известные правозащитники Александр Есенин-Вольпин, Владимир Буковский, Наталья Горбаневская, Петр Григоренко, Леонид Плющ, Валерия Новодворская, Виктор Файнберг, Вячеслав Игрунов и многие другие. Те из них, кто после освобождения из заточения в психиатрической больнице покинули Советский Союз, были тщательно обследованы известными психиатрами в разных странах, и все до одного были признаны психически здоровыми. Это вызвало громкий скандал в международном сообществе психиатров и привело к исключению Всесоюзного общества невропатологов и психиатров СССР из Всемирной психиатрической ассоциации.*

*Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» вселил надежду, что отечественная психиатрия больше не будет использоваться государством в политических целях. Но нерешенным остается целый спектр проблем, связанных с соблюдением прав пациентов психиатрических стационаров. В 2003 г. Московская Хельсинкская группа совместно с Независимой психиатрической ассоциацией России осуществили первый масштабный мониторинг положения в психиатрических стационарах России. Его результаты свидетельствуют о необходимости принятия неотложных мер для улучшения ситуации с соблюдением прав человека. Это касается права на свободу, достоинство личности, условий пребывания, качества лечения, реабилитации и т. д.*

*В будущем необходимы тематические исследования по отдельным наиболее важным проблемам. Так, правозащитников не могут не волновать случаи незаконной недобровольной госпитализации. Сегодня это либо отдельные злоупотребления должностных лиц, либо звенья уголовных преступлений (отъем бизнеса, мошенническое завладение квартирами и т. п.). Об этом правозащитникам известно из практики общественных юридических приемных, куда обращаются пострадавшие или их представители. Таких обращений много и, что особенно тревожно, их число из года в год возрастает. На неблагополучие в сфере контроля за недобровольным стационарным пребыванием указывают цифры, приведенные в Докладе по результатам мониторинга. Официально фиксируемый процент недобровольных госпитализаций значительно ниже того, который, в соответствии с мировым опытом, имеет место на практике (около 5% при обычных 15—20%).*

*Мониторинг, результаты которого представлены в настоящем сборнике — первый шаг к тому, чтобы привлечь общественное внимание и добиться от государства соблюдения прав человека применительно к сфере оказания психиатрической помощи.*

*Л. Алексеева*

## **ОСНОВНЫЕ ВЫВОДЫ МОНИТОРИНГА**

Проведенный летом 2003 г. мониторинг соблюдения прав человека в психиатрических стационарах России показал, что многие нормы Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее

оказании», впервые гарантировавшего пациентам права, соответствующие международным демократическим представлениям о достоинстве, безопасности и свободе человека, не соблюдаются.

В первую очередь, это касается судебного контроля за недобровольной госпитализацией. Вместо организации судебной процедуры ряд больниц получают согласие пациентов на лечение с помощью давления или введения в заблуждение и фактически фальсифицируют добровольность. Так, недобровольное стационарирование в 55% больниц — ниже 5% вместо естественных 15—20%, а добровольное лечение — в 64% больниц почти стопроцентное, что указывает на фальсификацию. В значительном количестве психиатрических больниц (далее — ПБ) судебные разбирательства по поводу недобровольного стационарирования проходят с нарушением сроков и процедуры (в отсутствие адвоката, законного представителя, а порой и самого пациента). Между тем в некоторых больницах (Архангельская, Владимирская, Кировская, Курганская, Оренбургская, Орловская, Смоленская, Тверская области, Республика Мордовия, г. Москва) правовой механизм заработал.

Положение пациентов психиатрических стационаров России не поддается однозначной оценке, которая была бы справедлива для всех регионов страны. Проведенный общероссийский мониторинг подтвердил наличие огромного разнообразия в регионах, которое обусловлено в первую очередь уровнем финансирования психиатрической службы. Большинство стационаров, за исключением специализированных, находятся на обеспечении местных бюджетов, чье наполнение напрямую зависит от экономической ситуации в регионе. В результате, финансирование по такому фундаментальному показателю, как, например, обеспеченность лекарствами, отличается в разных регионах более чем в три раза. 39% больниц не имеют даже гарантированного минимума психотропных и противосудорожных средств старого поколения, из-за чего больным приходится покупать большую часть лекарств самостоятельно.

Отметим, что мониторинг проводился в областных и краевых, а не периферических психиатрических больницах, где положение на порядок хуже. Как отметил главный врач Ставропольской краевой психиатрической больницы И. А. Былим: «Наша краевая больница финансируется хорошо, а семь периферических впадают нищенское существование, имея по 10 р. на питание, и годами ничего — на капитальный ремонт». Эта ситуация находит отражение и в официальных данных, в соответствии с которыми треть всех психиатрических стационаров страны с 2000 г. объявлена непригодной к эксплуатации в силу аварийного состояния. Самое удручающее положение отмечено в Алтайской республиканской больнице и Тверской областной больнице № 1, которые напоминают «город после бомбежки».

Недостаток финансирования, оказывающий существенное влияние на условия лечения и повседневного пребывания пациентов в стационаре, ощущается и в больницах в сравнительно благополучных с финансовой точки зрения регионах. Дело в том, что на 100% финансируются, как правило, только самые необходимые расходы (зарплата, питание, медикаменты), не связанные с кардинальным улучшением условий пребывания в стационаре, ремонтом и оснащением лабораторным и лечебным оборудованием. Между тем в 38% больниц имеющееся оборудование безнадежно устарело.

Больницы, не испытывающие затруднений в финансировании, являются исключением. Большинство стационаров находятся в ситуации грубого, не считающегося с законом недофинансирования, которое становится основной причиной унижающих человеческое достоинство условий содержания пациентов, неполноценного лечения и необеспеченности элементарных прав как пациентов, так и сотрудников стационаров.

Не соблюдается даже право на безопасность. Мониторинг выявил немало больниц, где отсутствуют Дез-камеры, а все необходимое для дезинфекции есть только в 27% психиатрических стационаров, в 7% больницах дезинфекцию проводить невозможно. Решения санэпидстанций не выполняются. Необходимая с точки зрения безопасности пациентов и персонала селекторная связь и сигнализация отсутствуют. Журналы мер физического стеснения ведутся только в 17% больниц, а журналы фиксации случаев агрессии — в 3% осмотренных стационаров. Ситуация с укомплектованностью младшим персоналом, от которого напрямую зависит безопасность пациентов, находится под контролем лишь в 9% больниц, но скорее в силу безработицы в регионе. В большинстве стационаров она просто катастрофична: острая нехватка санитаров сочетается с высокой текучестью кадров (до 30—40% в год), что крайне затрудняет процесс их обучения. В основе такого положения — ничтожная заработная плата в сочетании с тяжелыми условиями труда и непрестижностью профессии.

Существующее финансирование психиатрической помощи фактически не учитывает необходимости незамедлительного проведения капитального ремонта во многих психиатрических стационарах. При этом мониторинг засвидетельствовал, что 21% зданий психиатрических больниц находится в ветхом, неприемлемом для пребывания и лечения пациентов состоянии. Как правило, капитальный ремонт в этих зданиях не проводился с момента их строительства, а основная их часть построена до 1917 г. с учетом потребностей того времени. Например, давно непригодный пищеблок Удмуртской республиканской психиатрической больницы (ПБ), изначально рассчитанный на 250 человек, сейчас обслуживает 800 человек.

Положение усугубляется тем, что половина всех психиатрических больниц расположена в непригодных

для оказания психиатрической помощи помещениям. Например, Адыгейский областной психиатрический психо-неврологический диспансер (далее — ПНД) располагается в бывшей конюшне. Многие здания психиатрических стационаров — это бывшие казармы, тюрьмы и лагеря. О казарменном типе построек иной раз приходится говорить в буквальном смысле этого слова. Но и о павильонном типе, более предпочтительном с позиций современной психиатрии, — не всегда с плюсом, если речь идет о бывших концлагерях, как, например, Долгопрудненская психиатрическая больница. Не удивительно, что во многих больницах отсутствуют помещения для проведения отдыха и досуга, а свидания с родственниками проходят в столовой, коридоре или на лестничной клетке. В 68% больниц вопреки современным требованиям на окнах сохранились решетки, как отголосок репрессивной психиатрии. Значительная часть осмотренных отделений не имела никакого оформления, и лишь 6% оказались относительно уютными.

Многие больницы не могут обеспечить пациентам достаточное жизненное пространство и элементарные санитарно-гигиенические требования. В 34% исследованных больниц есть отделения, где на одного больного приходится менее 3 м<sup>2</sup>, а в 18% — менее 2,5 м<sup>2</sup>. Соответствие больничной норме отмечено лишь в 3% больниц. Вместо 25 — 30 коек на отделение за рубежом и 50 коек — оптимальных для современной России, преобладают отделения на 70—90 коек. Палаты содержат по 10—15 и более коек, в 8% больниц койки теснятся в коридорах, а в двух больницах (Брянской и Красноярской) сохраняются двухъярусные койки. В 10% больниц отмечен неприятный запах, что связано с износом канализационных тр. В трех осмотренных стационарах — Красноярской краевой ПБ № 3, городской ПБ Ростова-на-Дону (пос. Ковалевка) и Ярославской областной ПБ «Афонино» — канализация вообще отсутствует. В восьми больницах один унитаз приходится на 50 человек, а в Красноярской краевой больнице № 1 — на 78 человек. Лишь в семи больницах ситуация в этом отношении удовлетворительна. Перегородки в туалетах имеются только в 21% больниц, что обрекает большинство психически больных на унижительное положение. Закупку подгузников в большинстве больниц назвали «излишней роскошью». В силу тесноты и острой нехватки мебели, больным негде хранить личные вещи.

Безразличие государственной политики к людям с психическими расстройствами отчетливо проявляется в размере финансирования расходов на питание больных. 19% обследованных больниц получают менее 20 р. в день, что не позволяет обеспечить пациентам полноценное и разнообразное питание и вынуждает родственников докармливать больных. А в некоторых больницах пациенты обречены на полуголодное существование, которое только и возможно при выделяемых 10 р. в день на человека. Исходя из такого расчета, получает средства на питание больных Прохладненская районная психиатрическая больница Кабардино-Балкарии и Костромская областная психиатрическая больница — меньше 10 р. на человека. В других стационарах ситуация лучше, однако, почти повсеместно пища достаточно однообразная и невкусная.

В условиях постоянной нехватки финансовых средств благополучие каждого конкретного психиатрического учреждения в значительной мере зависит от личных качеств и активности администрации больницы. Принципиальное значение приобретает персональный фактор — прежде всего, главных врачей, но также регионального и муниципального руководства, всех работников психиатрической службы, каждого на своем месте.

Между тем врач-психиатр в России зарабатывает в 2,6 раз меньше рабочего строителя. Практически все врачи и персонал вынуждены работать на полторы ставки, обслуживая по 50—60 больных, что существенно снижает качество психиатрической помощи и уровень соблюдения прав пациентов. Однако в противном случае зарплата сотрудников психиатрической службы будет ниже прожиточного минимума. В 14% исследованных больниц психиатров меньше 50% от имеющихся ставок, что ведет к невозможности обеспечить квалифицированную психиатрическую помощь. В 16% стационаров отмечена серьезная нехватка медсестер (меньше 50%), в Орловской областной психиатрической больнице — всего 24%. Низкая заработная плата и тяжелые условия труда не позволяют привлекать на работу в больницы юристов, квалифицированных социальных работников, психологов, чьи профессиональные навыки крайне востребованы пациентами. Игнорируя предписания Закона, российское правительство уже более 10 лет не принимает законодательного акта, необходимого для страхования жизни и здоровья работников психиатрической службы.

Итак, мониторинг 2003 г. показал грубое невыполнение государством на всех уровнях своих обязательств, зафиксированных в Законе. Тщательно подготовленная Минздравом России и принятая правительством «Программа неотложных мер по развитию психиатрической помощи на 1995—1997 гг.» была профинансирована на 0,2%, что показывает реальную значимость для государства проблем психиатрической службы. После этого провала последующие 1998—2002 гг. не было никакой программы. Новая программа на 2003—2008 гг. посвящена паспортизации существующих психиатрических учреждений, которая уже проводилась в 1989 г. Известно, что такого рода задача выдвигается с целью заранее поставить себе зачет и, что еще хуже, продлить срок эксплуатации зданий подобно сроку годности просроченных лекарств.

Никакого протеста напоказ выставленному отношению властей к психиатрической службе и психическому здоровью граждан не последовало. Более того, заседавшая в Минздраве с 1998 г. комиссия по разработке законопроекта «О внесении дополнений и изменений в Закон «О психиатрической помощи...» вынесла на думские чтения в сентябре 2003 г. кулуарно измененный текст, в котором содержалась попытка снизить уровень гарантий финансирования с правового до правительственного. Вместо финансирования

психиатрической помощи «в размерах, обеспечивающих гарантированный уровень и высокое качество психиатрической помощи» законопроект предлагает ограничиться «программой государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, утвержденной Правительством РФ в установленном порядке» (ст. 17), а это фактически отказ от гарантий в то время, как мониторинг обнаружил грубое повсеместное нарушение не только права на достойные условия содержания и адекватное лечение, но нарушение даже фундаментальных прав на безопасность, добровольность и человеческое достоинство.

Человек, попавший в психиатрический стационар, часто оказывается отрезанным от внешнего мира, связь с которым фактически целиком зависит от лечащего врача и заведующего отделением. Пациенты вынуждены находиться в условиях, унижающих человеческое достоинство, а специалисты и персонал вынуждены работать в тяжелых и опасных условиях, получая нищенское вознаграждение за свой труд. Жизнь и здоровье врачей и персонала не застрахованы, а пациенты фактически лишены правовой защиты. Таким образом, мониторинг подтвердил срочную необходимость создания Службы защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, которая бы оперативно и гибко выправляла, по крайней мере, наиболее серьезные нарушения. Создание такой Службы предписывается статьей 38 Закона, но Министерство финансов РФ не выделяет средств, и статья, служащая внутренней гарантией исполнения всего закона, остается нереализованной. В тоже время сейчас во многих больницах цензурятся даже жалобы, что является прямым нарушением Закона.

В целом, приняв демократический закон, государство не обеспечивает условий для соблюдения провозглашенных прав. В результате гарантированная государством бесплатная медицинская, в т. ч. психиатрическая помощь, является профанацией, поскольку фактически государство перекладывает гарантированные им расходы на граждан и даже самих пациентов, которые нередко вынуждены оплачивать больничные расходы из собственных средств. В тоже время врачи и персонал больниц также оказываются в ситуации, когда их ответственность за безопасность и лечение пациентов, соблюдение и защиту прав больных не подкрепляется государственными гарантиями, когда врачи вынуждены большую часть времени заниматься поиском средств для поддержания в нормальном состоянии вверенных им учреждений, а не своими главными обязанностями — лечением больных.

## РЕКОМЕНДАЦИИ

В настоящее время правовое регулирование оказания психиатрической помощи осуществляется Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», действующим с 1 января 1993 г., Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г., а также отдельными статьями других законодательных актов. В течение последних пяти лет разрабатывался законопроект «О внесении изменений и дополнений в Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», который пытались представить на думские чтения осенью 2001 г. и осенью 2003 г., однако всякий раз переносили. Очередное рассмотрение назначено на весну 2004 г. При этом подавляющее число предлагаемых изменений и дополнений к Закону о психиатрической помощи исходит не из заботы о здоровье и правах пациента, а из приоритета удобства администрации, врачей и персонала, т.е. системы организации управления и обеспечения. Более того, в последней редакции законопроекта имеется ряд положений, которые могут привести к существенным ограничениям прав лиц, страдающих психическими расстройствами, к отмене принципиально важных с точки зрения фундаментальных прав человека гарантий. В связи с этим в представленных рекомендациях содержатся предложения как в отношении действующего Закона, так и разработанного законопроекта.

### **Рекомендации по совершенствованию действующего законодательства и доработки подготовленного законопроекта**

#### **I**

Необходимо в полной мере согласовать и включить в законопроект «О внесении изменений и дополнений в Закон «О психиатрической помощи...» утвержденные Генеральной Ассамблеей ООН 17 декабря 1991 г. «Принципы защиты психически больных и улучшения психиатрической помощи». Эти 25 принципов, подробно дифференцированных и точно сформулированных, не присутствуют в полной мере в действующей редакции Закона.

1. Из Принципа 11 ч. 11 в ч. 2 ст. 30 Закона, касающейся мер физического стеснения и изоляции, необходимо включить уточнение «строго необходимого» в отношении периода применения мер физического стеснения, а также добавить «квалифицированного» медицинского персонала. В ч. 2 ст. 30 необходимо включить требование о немедленном информировании представителя пациента о назначении и применении мер физического стеснения (изоляция). Таким образом, редакция статьи приобретает следующий вид: «Это не должно продолжаться дольше строго необходимого для этих целей периода при постоянном контроле

квалифицированного медицинского персонала. Представитель пациента, если это уместно, немедленно информируется о любых формах физического стеснения или изоляции».

Законопроект исключает требование об обязательной санкции врача на применение мер физического стеснения. Требуется сохранить это принципиально важное с точки зрения прав пациентов положение. Снятие санкции врача на физическое стеснение и изоляцию может привести к необоснованному применению этих мер в деятельности младшего медперсонала психиатрических стационаров и скорой помощи. Также необходимо указать, что «Перечень разрешенных для применения форм физического стеснения и изоляции утверждается Минздравом России». На данный момент Минздрав России только предоставляет свои рекомендации, но в Законе не сказано, что должен существовать специальный Перечень разрешенных мер.

2. Из Принципа 13 ч. 3 в ч.2 ст. 37 Закона необходимо включить запрет на использование принудительного труда. Таким образом, «Ни при каких обстоятельствах пациент не должен подвергаться принудительному труду. Пациент должен иметь возможность выбирать вид работы, который он желает выполнять, в рамках, соответствующих его потребностям и требованиям администрации учреждения». Из ч. 4 Принципа 13 следует добавить запрет на эксплуатацию труда пациента: «Труд пациента в психиатрическом учреждении не должен эксплуатироваться».

3. В соответствии с решением Европейского суда по делу Т. Ракевич, дополнить ст. 33 Закона о психиатрической помощи частью 4: «Недобровольно госпитализированное лицо может самостоятельно обратиться в суд с иском на недобровольную госпитализацию в течение всего периода нахождения в стационаре. Иск подается в суд по месту нахождения психиатрического учреждения и рассматривается в течение пяти дней с момента его подачи в помещении суда либо в психиатрическом учреждении. Участие в судебном заседании госпитализированного лица, его представителя, представителя психиатрического учреждения, прокурора обязательно».

## II

Исходя из многочисленных данных, в том числе проведенного мониторинга, о том, что безопасность пациентов в высокой мере зависит от соответствующего отбора младшего медицинского персонала, необходимо включить в ч.2 ст. 16 Закона пункт о том, что государство «обеспечивает заинтересованность в работе младшего медицинского персонала посредством использования ее в качестве формы альтернативной гражданской службы при условии прохождения специального профотбора». Необходимо сопроводить это соответствующим уточнением ФЗ «Об альтернативной гражданской службе»: «Поручить Правительству РФ включить в Перечень работ, профессий, должностей альтернативной гражданской службы должность санитаров психиатрического стационара». Это позволит в определенной мере обеспечить со стороны младшего медицинского персонала гуманное отношение, исключающее унижение человеческого достоинства, к пациентам психиатрических стационаров. В тоже время у главных врачей больниц может появиться возможность выбора при приеме на работу младшего медицинского персонала. Сейчас из-за повсеместной неукомплектованности стационаров младшим персоналом, главные врачи как правило не увольняют санитаров и принимают на работу без должного отбора.

## III

Одним из главных оснований принятия Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» явилась необходимость установления судебной процедуры в отношении всех недобровольных мер. Введение судебного механизма недобровольной госпитализации стало гарантией свободы и личной неприкосновенности для любого человека, которого попытались бы стационаровать без достаточных на то оснований. Этим преодолевается полицейская традиция отечественной психиатрии, т.е. представление, что главная задача психиатрии — защита общества и государства от психически больных, а не здоровье и защита психически больных от злоупотреблений. Исходя из этого, мы возражаем против некоторых положений законопроекта «Об изменениях и дополнениях в Закон «О психиатрической помощи...», значительно ухудшающих действующий Закон.

1. Согласно законопроекту, судебная процедура откладывается на десять дней, если комиссия врачей сочтет психическое расстройство кратковременным. В соответствии же с действующими нормами судебная процедура занимает до восьми дней (48 часов для комиссии врачей, 24 часа на ее заявление в суд и пять дней на вынесение судебного решения), что выглядит немногим меньше, чем предлагаемый законопроектом период досудебного стационарования. В действительности для больного, не дающего добровольного согласия на госпитализацию, чье психическое расстройство оказалось дольше десяти дней, это означает, что он будет находиться в стационаре недобровольно по усмотрению врачей не менее 16 дней (ч. 4 ст. 32).

2. В соответствии с законопроектом судебная процедура отменяется, если психически больной нуждается в лечении, но не способен дать на него осознанное согласие, хотя основания для недобровольной госпитализации отсутствуют, и он не признан недееспособным (ч. 5 ст. 11 законопроекта). Это позволяет

применять без санкции суда недобровольные меры в амбулаторной практике, ограничивая тем самым свободу выбора пациента.

3. Санкции судьи не требуется для освидетельствования беспомощных больных, если условия не позволяют обеспечить их необходимым наблюдением и уходом (ч. 2 ст. 24 законопроекта). Эта поправка была бы приемлема при уточнении: «в отношении одиноко проживающих», без него создается возможность для злоупотреблений со стороны родственников.

4. Обжалование решения суда о недобровольном освидетельствовании превращается в пустую декларацию, т.к. решение суда «вступает в законную силу с момента вынесения» (ч. 5 ст. 25 законопроекта).

5. Снимается запрет на проведение испытаний медицинских средств и методов лечения в отношении тяжелых психически больных, к которым не применяются принудительные меры медицинского характера. Согласие самого больного не требуется (ч. 7 ст. 11 законопроекта). Требуется лишь согласие Комитета по этике в области охраны здоровья граждан. При этом остаются неясным статус и структура Комитета, способ его формирования, его полномочия (является ли Комитет ведомственным, надзорным).

Право на тайну, информированность и конфиденциальность

1. Во втором предложении ст. 9 Закона необходимо изменить слова «могут быть предоставлены» на «предоставляются» и дополнить словами «в письменной форме», тем самым обязать администрации психиатрических учреждений предоставлять необходимые сведения пациенту или его законному представителю. Соответственно статья приобретает следующее содержание: «Для реализации прав и законных интересов лица, страдающего психическими расстройством, по его просьбе либо по просьбе его законного представителя им предоставляются сведения о состоянии психического здоровья данного лица и об оказанной ему психиатрической помощи в письменной форме». Сейчас пациенты оказываются в положении, когда сведения о них самих оказываются, в первую очередь, им недоступными.

В список лиц, с которыми, в соответствии с Законом (ст. 37 п. 3 ч. 2), пациентам можно встречаться наедине необходимо включить законных представителей больных. Соответственно «...встречаться с законным представителем, адвокатом и священнослужителем наедине».

#### **IV. Ограничение профессиональной деятельности**

Необходима новая редакция ч. 2 ст. 6, закрепляющая комплексный характер комиссии, составляющей перечень противопоказаний для занятия определенных видов деятельности и предписывающей опубликование его в СМИ для обсуждения до утверждения перечня в правительстве. Таким образом, «Перечень медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, составляется назначаемой Правительством РФ комиссией, состоящей из врачей-психиатров, государственных и негосударственных учреждений и организаций, психологов, социологов, экономистов, юристов, представителей Минтруда России, депутатов Государственной Думы. Проект Перечня публикуется в доступных средствах массовой информации для обсуждения и утверждается Правительством РФ».

#### **V. Служба защиты прав пациентов психиатрических стационаров (ст. 38)**

1. Требуется дополнить ст. 38 частью 3: «Служба учреждается Указом Президента РФ под эгидой Уполномоченного по правам человека Российской Федерации и действует на основе Положения, утверждаемого Президентом РФ. Руководитель Службы — заместитель Уполномоченного по правам человека в РФ. Служба финансируется из федерального бюджета». Создание Службы при Уполномоченном по правам человека в наибольшей мере соответствует правозащитным функциям Службы. Внесение конкретизирующих дополнений в Закон позволит ускорить процесс ее создания.

2. Целесообразно внести дополнения в ФЗ «Об Уполномоченном по правам человека в Российской Федерации» относительно создания Службы защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, с утверждением должности заместителя Уполномоченного, который выполняет обязанности руководителя Службы.

#### **VI. Права специалистов и персонала, участвующих в оказании психиатрической помощи**

1. Необходимо добиться срочной разработки и утверждения правительством РФ Положения о порядке и условиях государственного страхования врачей, иных специалистов, медицинского и другого персонала, участвующих в оказании психиатрической помощи. Поручение об этом было дано Верховным Советом РФ еще 2 июля 1992 г. во исполнение ст. 22 Закона о психиатрической помощи.

2. Целесообразно дополнить часть 1 статьей: «Врачи-психиатры, иные специалисты, участвующие в оказании психиатрической помощи подлежат обязательному страхованию на случай профессиональной ошибки, в результате которой причинен вред или ущерб здоровью гражданина, не связанный с небрежным или халатным выполнением работниками психиатрической службы своих профессиональных обязанностей». Это право отражено в п. 7 ч. 1 ст. 63 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, однако необходимо внести его и в Закон о психиатрической помощи. Это позволит пациентам психиатрической службы получать страховку в случае причинения вреда их здоровью, наступившего в результате профессиональной ошибки, которая может случиться с каждым специалистом.

## **VII. Права общественных объединений**

1. Законопроект в ч. 3 ст. 18 резко ограничивает права общественных объединений, т.к. только «лечебно-профилактическим учреждениям» предоставляется право защищать интересы больных, в т.ч. в суде. Необходимо сохранить нынешнюю редакцию ст. 18 Закона, предоставив учреждениям и профессиональным общественным объединениям врачей-психиатров право защиты интересов больных в суде (ч. 1, 2). Дополнить ст. 18 частью 3: «Учреждения, оказывающие психиатрическую помощь, и общественные объединения, согласно своим уставам, занимающиеся защитой прав граждан, вправе осуществлять защиту прав и законных интересов лиц, страдающих психическими расстройствами, в том числе в суде».

2. Следует дополнить ст. 18 частью 4: «Общественные объединения (общества, ассоциации) врачей-психиатров совместно с органами здравоохранения соответствующих уровней:

- принимают участие в выработке стратегии и тактики оказания психиатрической помощи населению на административных территориях их деятельности;
- принимают участие в аттестации специалистов, занятых оказанием психиатрической помощи населению;
- осуществляют контроль за соблюдением прав и законных интересов граждан при оказании психиатрической помощи;
- осуществляют контроль за соблюдением прав специалистов, оказывающих психиатрическую помощь».

3. Следует внести дополнение в ст. 286 ГПК РФ о том, что с заявлением в суд о признании лица дееспособным вправе обратиться не только опекун, орган опеки, член семьи, психиатрическое либо психоневрологическое учреждение, но и общественное объединение, как это было ранее.

## **VIII. Финансирование психиатрической помощи (ст. 17).**

Необходимо сохранить редакцию ст. 17 Закона о психиатрической помощи. Законопроект резко снижает уровень гарантий финансирования психиатрической помощи. Вместо финансирования психиатрической помощи «в размерах, обеспечивающих гарантированный уровень и высокое качество психиатрической помощи» законопроект предлагает ограничиться «программой государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, утвержденной Правительством РФ в установленном порядке». Это фактически отказ от гарантий, т.к. по опыту недавних лет финансирование государственной программы даже «неотложных мер» составляло 0,2%. Гарантии конституционных прав граждан могут содержаться только в законе, а не в постановлениях Правительства, которые являются подзаконными нормативными актами.

## **IX. Судебно-психиатрическая экспертиза**

Необходимо дополнить нормы о «Медицинской экспертизе» Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан:

1. В ст. 52 часть, касающуюся судебно-психиатрической экспертизы, целесообразно изложить в следующей редакции, закрепляющей за негосударственными профессиональными объединениями и научно-практическими профессиональными общественными объединениями право на производство судебно-психиатрической экспертизы: «Судебно-психиатрическая экспертиза производится в учреждениях государственной и муниципальной системы здравоохранения, а также в негосударственных экспертных организациях и научно-практических профессиональных общественных объединениях, где имеются соответствующие специалисты». Существующая редакция статьи пресекает саму возможность негосударственной судебно-психиатрической экспертизы.

2. В ст. 53 предусмотреть возможность проведения независимой психиатрической экспертизы для обеспечения состязательности экспертных заключений и мнений специалистов. В противном случае независимой судебно-психиатрической экспертизы по смыслу «Основ...» просто не существует.



3. До разработки Закона «О негосударственной судебно-экспертной деятельности», без которого осуществление независимой (состязательной) экспертной деятельности невозможно, необходимо внести в ст. 41 ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» следующие дополнения: в названии: «...лиц и организаций, не являющихся государственными судебными экспертами и государственными экспертными учреждениями; в текст: «...а также негосударственными организациями, имеющими в своем составе соответствующих специалистов».

4. Вернуться к нормам УПК РСФСР относительно возможности самостоятельного участия в деле лица, о котором ведется производство о применении принудительных мер медицинского характера (глава 51 УПК РФ). Предыдущий УПК предусматривал возможность обжалования решения судебно-следственных органов о невозможности лица по своему психическому состоянию участвовать в следственных действиях или в судебном разбирательстве. Дополнить главу 51 УПК РФ: «Участие больного в делах о применении принудительных медицинских мер в связи с совершенным общественно-опасным деянием обязательно. В случае невозможности доставки больного в судебное заседание, дело должно рассматриваться с участием больного по месту его пребывания, или — если это невозможно — судья до начала судебного разбирательства непременно должен лично посетить больного для вынесения своего мнения».

## **Х. Служба социального обеспечения**

Необходимо усилить государственный контроль и внедрить общественный контроль за соблюдением действующего законодательства администрацией и персоналом психоневрологических учреждений для социального обеспечения и специального обучения, в особенности за регулярными, не реже одного раза в год, освидетельствованиями лиц, проживающих в этих учреждениях с целью решения вопроса об их дальнейшем содержании в этом учреждении, а также о возможности пересмотра решений об их недееспособности (ст. 43 Закона о психиатрической помощи). Чрезвычайно актуальным является проведение мониторинга в психоневрологических и детских домах интернатах.

## **Рекомендации по изменению существующей практики**

1. Необходимо добиваться от Правительства осуществления невыполненной программы неотложных мер реформирования психиатрической службы 1995—1997 гг., предусматривающей строительство новых психиатрических стационаров, соответствующих современным требованиям, поскольку 1/3 капитального фонда психиатрических больниц признана непригодной к эксплуатации с 2000 г.
2. Необходимо обеспечить постоянный контроль за финансированием региональных психиатрических больниц и санкции за нарушение установленных в регионах норм по питанию и обеспечению медикаментами пациентов психиатрических стационаров, как наиболее уязвимой категории пациентов.
3. Предоставить главным врачам больниц большую свободу в распоряжении средствами: предоставить им возможность самостоятельно заключать договоры на поставки оборудования, продовольствия, медикаментов.
4. Усилить контроль за соблюдением сроков и порядка рассмотрения дел о недобровольной госпитализации.
5. В обязательном порядке оснастить стационары селекторной связью и сигнализацией, необходимым лабораторным и дезинфекционным оборудованием.
6. Уделять особое внимание оформлению интерьера палат и отделений, организации мест для хранения личных вещей пациентов, обеспечению необходимым инвентарем.
7. Обязать врачей психиатрических стационаров подробно обосновывать помещение пациента в наблюдательную палату в истории болезни. Довести до сведения главных врачей недопустимость помещения всех вновь поступивших пациентов в наблюдательную палату.
8. Усилить контроль по ведению журналов случаев агрессии и журналов по применению мер физического стеснения.
9. Минздраву РФ отменить рекомендованные к применению бланки согласия на госпитализацию и лечение, заменив их собственноручной записью пациента в истории болезни. Это позволит прекратить практику фальсификации добровольного согласия.
10. Минздраву РФ рекомендовать администрации психиатрических учреждений предоставлять пациентам

информацию об их правах и возможностях обращения за защитой своих прав в письменной форме.

11. Добиться выделения помещений для создания общежитий для людей с психическими расстройствами, утративших социальные связи, а в перспективе — строительства специально спроектированных зданий для таких общежитий.

12. Привлечь на работу врачей-специалистов и младший медицинский персонал предоставлением жилья для сотрудников психиатрических стационаров в наиболее проблемных с точки зрения комплектования кадрами регионах.

## **РАЗДЕЛ I. ЗАКОНОДАТЕЛЬНАЯ БАЗА ЗАЩИТЫ ПРАВ И СВОБОД ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

### **МЕЖДУНАРОДНАЯ ЗАЩИТА ПРАВ И СВОБОД ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

*С. В. Полубинская, кандидат юридических наук*

Конституция Российской Федерации позволяет международным правовым документам в области прав человека, в т. ч. и касающимся лиц с психическими расстройствами, иметь действие и эффективно применяться на территории нашей страны.

Статья 15 часть 4 Конституции устанавливает, что «общепризнанные принципы и нормы международного права и международные договоры Российской Федерации являются составной частью ее правовой системы». В этой норме признается приоритет международных договоров России, если в них содержатся иные правила, чем предусмотрено российскими законами. Тем самым определяется характер взаимодействия двух правовых систем — международно-правовой и российской. По сути, это означает, что деятельность всех органов государственной власти в России, их решения и процедурные правила не должны противоречить положениям международных договоров. Кроме того, формулировка указанной конституционной нормы открывает «возможность прямого действия и применения норм международного права органами власти, включая суды». Необходимые уточнения для применения норм международного права российскими судами содержит постановление Пленума Верховного суда РФ «О применении судами общей юрисдикции общепризнанных принципов и норм международного права и международных договоров Российской Федерации» от 10 октября 2003 г. № 5 .

Статья Конституции содержит ссылки на международные договоры и общепризнанные принципы и нормы международного права. Международным договором Российской Федерации является международное соглашение, заключенное Россией с иностранными государствами либо с международными организациями 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 (ст. 2 Федерального закона «О международных договорах Российской Федерации» от 15 июля 1995 г.) . К международным договорам России относятся и договоры, по которым она продолжает осуществлять международные права и обязательства СССР в качестве государства-продолжателя Союза ССР (ст. 1 того же Закона) . При рассмотрении российскими судами гражданских, уголовных или административных дел непосредственно применяется такой международный договор Российской Федерации, который вступил в силу и стал обязательным для России и положения которого не требуют издания внутригосударственных актов для их применения и способны порождать права и обязанности для субъектов национального права (ч. 1 и 3 ст. 5 Федерального закона «О международных договорах Российской Федерации») .

Международный договор относится к формальным источникам международного права, т. е. это «те правовые процедуры и методы создания норм, имеющих общее применение, которые юридически обязательны для тех, кому они адресованы» . Положения международных договоров бесспорно обязательны для соблюдения в отношениях между подписавшими их сторонами .

Что касается понятия общепризнанных принципов и норм международного права, то в теории международного права под ними обычно понимаются «нормы и принципы, получившие признание подавляющего большинства государств». Они могут иметь форму договора или международного обычая, и относятся к нормам общего международного права. Уже упоминавшееся постановление Пленума Верховного суда РФ от 10 октября 2003 г. № 5 под общепризнанными принципами международного права понимает «основополагающие императивные нормы международного права, принимаемые и признаваемые международным сообществом государств в целом, отклонение от которых недопустимо», а под общепризнанной нормой международного права — «правило поведения, принимаемое и признаваемое международным сообществом государств в целом в качестве юридически обязательного» (п. 1).

Так, в международном праве существуют многосторонние универсальные договоры, например, Устав Организации Объединенных Наций, Венская конвенция о праве международных договоров 1969 г., международные пакты о правах человека 1966 г., в которых как раз и содержатся общепризнанные принципы и нормы международного права, хотя в этих договорах они так не называются. К таким принципам и нормам относятся, например, принцип всеобщего уважения прав человека и принцип добросовестного выполнения международных обязательств.

Помимо общепризнанных принципов и норм и международных договоров международное право включает в себя и другие предписания, содержащиеся, в частности, в решениях (директивах, резолюциях и т. п.) и рекомендациях международных организаций и органов. Составной частью международного права являются и решения международных судебных органов. Однако ч. 4 статьи 15 Конституции Российской Федерации не включает их в российскую правовую систему, считая частью права страны лишь те международно-правовые принципы и нормы, которые имеют юридически обязательный характер.

Поэтому международно-правовые акты, не указанные в ч. 4 статьи 15 Конституции Российской Федерации, по своей юридической силе отличаются от общепризнанных принципов и норм международного права и международных договоров. Так, решения международных организаций и органов обязательны для их членов, но по существу они могут содержать «предложение к занятию определенной позиции, действиям или к воздержанию от них». Рекомендации же в строгом смысле слова не обладают обязательной юридической силой, но «могут быть весьма жесткими в политическом смысле и представляют собой бесспорное средство оказания политического давления». Важно отметить, что в рекомендациях отражается мнение большинства членов международной организации, и здесь речь может идти о выработке общих принципов, которые в дальнейшем могут трансформироваться в международный обычай или даже в норму договора.

Говоря о взаимодействии международного и национального права, надо отметить, что «нормы международного права обязывают государство в целом, а не отдельные его органы или должностных лиц». Но государство несет ответственность за их действия по реализации норм международного права и «не может ссылаться на положения своего собственного права или пробелы в своем праве в ответ на обвинение в нарушении им своих обязательств по международному праву». Также в связи с международными обязательствами существует общая обязанность государства привести свое национальное право в соответствие с ними.

Международные средства защиты прав человека занимают особое место в международном публичном праве. Решения международных судебных органов обязательны для государств, признающих их юрисдикцию и являющихся сторонами в споре. Обязательность судебного решения ограничена конкретным делом (ст. 59 Статута Международного суда). Кроме того, принимая решение по конкретному делу, любой международный судебный орган дает толкование существующему международному праву, и в этом смысле его решения выступают в качестве актов судебного толкования.

Традиционно эта правовая отрасль регламентирует по преимуществу отношения между государствами, а индивиды обладают лишь ограниченной правосубъектностью. Говорить об индивиде как субъекте международного права стало возможно с появлением и развитием международно-правовых норм и институтов, регламентирующих обеспечение и защиту прав человека. Подписанный 26 июня 1945 г. Устав ООН, в преамбуле которого государства-члены ООН подтверждают «веру в основные права человека, в достоинство человеческой личности», закрепляет такую функцию ООН как содействие «всеобщему уважению и соблюдению прав человека и основных свобод для всех, без различия расы, пола, языка и религии» (ст. 55). Это стало основой для создания целого ряда международно-правовых документов, регулирующих защиту прав человека и, в первую очередь, Всеобщей декларации прав человека (10 декабря 1948 г.), Международного пакта о гражданских и политических правах и Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах (19 декабря 1966 г.).

Всеобщая декларация не мыслилась как юридически обязательный документ, а рассматривалась лишь «как первый шаг в деле подготовки пакта, который будет иметь форму международного договора». Два Пакта и принятый одновременно с ними Факультативный протокол к Международному пакту о гражданских и политических правах можно рассматривать как «детальную кодификацию прав человека». В них закреплены традиционные гражданские и политические права (равноправие мужчин и женщин в пользовании этими правами; недискриминация по признаку расы, цвета кожи, пола, языка, религии, политических и иных

убеждений, национального или социального происхождения, имущественного положения, рождения или иного обстоятельства; право на жизнь; право на свободу и личную неприкосновенность и др.), а также право на труд, на справедливые и благоприятные условия труда, на социальное обеспечение и достаточный жизненный уровень для себя и своей семьи, на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья, на образование и т. д.

Заметим, что в отношении гражданских, политических и социально-экономических прав в Пактах используется разный язык. Если в отношении последних государства обязуются принимать «в максимальных пределах имеющихся ресурсов меры к тому, чтобы обеспечить постепенно полное осуществление признаваемых в... Пакте прав» (ст. 2), то гражданские и политические права государства обязуются «уважать и обеспечивать» всем, находящимся в пределах их территории и под их юрисдикцией (ст. 2).

В Международном Пакте о гражданских и политических правах предусматривается создание Комитета по правам человека, наделенного контрольными полномочиями (ст. 28). Государства-участники Пакта обязуются представлять Генеральному секретарю ООН доклады о мерах по претворению в жизнь прав, признаваемых в Пакте, которые далее направляются в Комитет для рассмотрения. В этой связи Комитет наделяется правом высказывать свои замечания государствам, а те в свою очередь могут представлять в Комитет свои соображения по этим замечаниям (ст. 40). Кроме того, государства посредством односторонних заявлений могут признать за Комитетом определенные полномочия в урегулировании споров, связанных с выполнением Пакта (ст. 41). Факультативный протокол к Пакту предоставляет гражданам право направлять в Комитет сообщения о том, что их права, изложенные в Пакте, были нарушены государством. Рассмотрение таких сообщений может завершиться направлением соответствующего уведомления государству, которое в течение шести месяцев представляет Комитету письменные объяснения или разъясняющие заявления (ст. 4 Факультативного протокола).

Названные выше международные документы содержат общие фундаментальные права, распространяющиеся на всех без исключения граждан. В то же время ряд документов, принятых ООН, имеет специализированное значение и в т. ч. касается лиц, страдающих психическими расстройствами. Это Конвенция против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания 1984 г., Конвенция о правах ребенка 1989 г., Декларация о правах умственно отсталых лиц 1971 г., Декларация о правах инвалидов 1975 г. и Принципы защиты лиц, страдающих психическим заболеванием, и улучшения здравоохранения в области психиатрии от 17 декабря 1991 г.

На сегодняшний день Принципы ООН содержат самый полный набор требований к обеспечению прав лиц, страдающих психическими расстройствами. Этот документ стал итогом работы, начатой в 1978 г. Комиссией ООН по правам человека и Подкомиссией по предотвращению дискриминации и защите меньшинств. В результате были сформулированы 25 принципов, касающихся лиц с психическими расстройствами, представляющих собой крайне уязвимую с точки зрения обеспечения прав человека группу населения.

Именно широта содержания Принципов ООН и придает этому документу, несмотря на его рекомендательный характер, исключительное значение. В отсутствие специальной конвенции или иного международного договора о правах лиц с психическими расстройствами именно Принципы ООН могут служить руководством по толкованию общих правовых норм применительно к данной группе, причем и в отношении содержания национальных законов о психическом здоровье (либо о психиатрической помощи), и практики их применения.

Принципы ООН применяются независимо от того, находятся ли люди в психиатрических учреждениях, или нет, поставлен ли им уже диагноз, либо этот вопрос находится в стадии рассмотрения (принцип 4 содержит определенные требования именно для последнего случая). Все эти лица подлежат защите от дискриминации, под которой понимаются «любые разграничения, недопущение или предпочтение, сводящее на нет или нарушающее равенство использования прав» (ч. 4 принципа 1). Дискриминацией не считаются специальные меры, предназначенные исключительно для защиты или развития прав лиц с психическими расстройствами, как и «любые разграничения, недопущение или предпочтение, предпринятые в соответствии с настоящими Принципами и необходимые для защиты прав человека в отношении лица, страдающего психическим заболеванием или иных лиц».

Принципы ООН содержат широкий перечень прав, которые должны быть обеспечены лицам с психическими расстройствами. Все права с известной долей условности могут быть разделены на три группы. В первую группу включаются так называемые гражданские или конституционные права, которыми пользуются все граждане соответствующего государства, независимо от состояния их психического здоровья. Вторая группа прав выделяется специально для этой категории граждан, поскольку лица с психическими расстройствами по причине наличия у них таких расстройств нередко страдают от плохого обращения с ними и ущемления их прав как в общественной жизни, так и при оказании психиатрической помощи. И наконец, третью группу составляют права, которыми наделяются именно пациенты психиатрических учреждений. Выделение этой группы необходимо, поскольку такие учреждения нередко являются закрытыми, со специальным режимом и потому требуют особого внимания с точки зрения защиты прав человека.

Предлагаемая классификация прав лиц с психическими расстройствами находит отражение и в Принципах

ООН. Так, в ч. 5 принципа 1 закреплено, что каждый человек, страдающий психическим расстройством, «пользуется правом на осуществление всех гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав, как это признано Всеобщей декларацией прав человека», международными пактами о правах и другими соответствующими документами, например, Принципами медицинской этики относительно роли медицинского персонала, особенно врачей, в защите заключенных и задержанных от пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения или наказания, принятых Генеральной Ассамблеей ООН 9 марта 1983 г. Подробно раскрываются права, которыми лица с психическими расстройствами должны пользоваться как уязвимая категория граждан. Сюда относятся права на наилучшую имеющуюся психиатрическую помощь, которая является частью системы медицинской и социальной помощи (ч. 1 принципа 1), гуманное и уважающее их человеческое достоинство отношение (ч. 2 принципа 1), защиту от экономической, сексуальной и иных форм эксплуатации, физических и прочих злоупотреблений (ч. 3 принципа 1). В эту же группу попадают право проживать и работать, по возможности, в обществе (принцип 3), право на помощь адвоката и личного представителя (принцип 18), право на подачу жалоб в порядке, установленном внутренним законодательством (принцип 21) и некоторые другие.

И наконец, в Принципах ООН формулируются стандарты, которые должны соблюдаться при любых соприкосновениях лиц с психическими расстройствами с медицинскими работниками. Установление психического расстройства должно осуществляться в соответствии с общепринятыми международными медицинскими стандартами, и диагноз не может быть основан на каких-либо иных обстоятельствах, кроме состояния психического здоровья индивида в момент постановки диагноза (принцип 4). Медицинское обследование не должно проводиться в нарушение порядка, установленного национальным законодательством (принцип 5). Пациенты же, у которых установлены психические расстройства, имеют право на получение медицинской и социальной помощи по возможности по месту жительства (принцип 7) в соответствии с теми же стандартами, которые применяются к другим больным (принцип 8), в наименее ограничительных условиях и с применением наименее ограничительных видов лечения (принцип 9). Принцип 11 подробно регламентирует согласие на лечение, включая случаи оказания психиатрической помощи в недобровольном порядке, а в принципе 13 устанавливаются требования к обеспечению прав пациентов и условиям их содержания в психиатрических учреждениях.

Порядок госпитализации, а также содержательные и процедурные основания для ее проведения в недобровольном порядке изложены в принципах 15 и 16. Каждый случай недобровольной госпитализации должен рассматриваться контрольным органом — судебным или иным независимым и беспристрастным органом, установленным и действующим в соответствии с национальным законодательством, которому также предоставлено право периодического пересмотра дел недобровольных пациентов «с разумным интервалом времени» (принцип 17). В этой связи пациенты имеют право на определенные процедурные гарантии, чтобы рассмотрение дел в контрольном органе было на самом деле всесторонним, а решения этого органа — в полной мере обоснованными (принцип 18).

Помимо предписаний, касающихся обеспечения прав лиц с психическими расстройствами, Принципы ООН имеют значение и для организации национальных служб, оказывающих психиатрическую помощь. Во-первых, в целом ряде принципов указывается, что каждое лицо с психическим расстройством в той степени, в какой это возможно, имеет право проживать и работать в обществе, а психиатрическая помощь ему должна оказываться по месту жительства (принципы 3 и 7), что означает соответствующую организацию медицинской и социальной помощи в стране. Во-вторых, подчеркивается, что психиатрическая помощь является частью национальной системы медицинской и социальной помощи, работающей по одинаковым стандартам с другими областями медицины, а психиатрическим учреждениям «должен быть доступен тот же уровень ресурсов, что и для любых других учреждений здравоохранения» (принципы 1, 8 и 14). Тем самым государствам рекомендуется так распределять финансовые и материальные ресурсы, чтобы психиатрия финансировалась одинаково с другими видами специализированной медицинской помощи. И наконец, лечение, направленное на сохранение и развитие личной автономии пациента (ч. 4 принципа 9), а также скорое возвращение пациента к жизни в обществе после лечения в психиатрическом учреждении (ч. 2 принципа 7) являются основой для новой идеологии современной психиатрии, отказавшейся от традиционного патернализма, свойственного этой области медицины.

В связи с принятием Принципов ООН Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) разработала ряд инструментов, которые облегчили бы понимание и внедрение положений этого документа. Это, во-первых, Инструкция по содействию реализации прав человека для лиц, страдающих психическими расстройствами и документ «Закон о психиатрической помощи: десять основных принципов». Инструкция была составлена для содержательной оценки условий, связанных с каждым из принципов, сформулированных ООН, и потому обращается «к вопросу основных гарантий качества, устанавливая таким образом тот базовый уровень, с которого политики и психиатрические работники могут оценивать программы психического здоровья местного, регионального и национального уровня». Задачей же второго документа являлось описание базовых правовых принципов «для области психического здоровья при минимально возможном включении факторов отдельной культуры или правовых традиций». Таким образом, эти инструменты ВОЗ могут использоваться в качестве справочных при оценке степени защищенности прав лиц, страдающих психическими расстройствами, а также состояния психиатрической службы в конкретной стране.

Кроме того, в 2001 г. был опубликован специальный документ ВОЗ, касающийся роли международных документов в области прав человека в защите прав лиц, страдающих психическими расстройствами, который является ценным источником информации для национального законодательства .

Помимо международного сообщества в целом защита прав и свобод человека, включая лиц с психическими расстройствами, осуществляется в рамках региональных международных организаций. В рамках Совета Европы были приняты два отдельных документа, аналогичные Международным пактам о правах ООН. Гражданским и политическим правам посвящена Конвенция о защите прав человека и основных свобод от 4 ноября 1950 г. , а экономические и социальные права регламентируются Европейской социальной хартией от 18 октября 1961 г. .

Европейская конвенция о правах человека предусматривает развитые механизмы защиты прав. В отличие от инструментов ООН она не требует предоставления государствами-участниками регулярных отчетов, но дает право частным лицам обращаться с жалобами. Действующий на основании Конвенции Европейский суд по правам человека выносит конкретные решения, имеющие правовое обоснование, тем самым создавая прецедентное право — в своих решениях Суд связан своими же решениями, вынесенными ранее.

Заметим, что Европейский суд не выступает в качестве «четвертой инстанции» для национальных судебных органов. Суд не может отменить решение, вынесенное национальным судом, не может вынести предписания в адрес национального законодателя. Он дает «толкование оспариваемых положений внутреннего законодательства и оценку правоприменительной практики исключительно с точки зрения их соответствия требованиям Конвенции» . Таким образом, по сравнению с другими международными органами, действующими в сфере защиты прав человека, именно Европейская конвенция «послужила основой формирования наиболее обширного и подробного свода судебных решений» в области прав человека, которые, конечно же, оказывают влияние и на решения национальных судебных органов государств — сторон Конвенции, и на законодательную политику в этих странах. Если Европейский суд признает факт нарушений положений Конвенции, то он обязывает государство прекратить нарушение и по возможности ликвидировать его последствия, а также принять меры для предотвращения новых аналогичных нарушений Конвенции. Ратификация Европейской конвенции и признание права частных лиц на подачу индивидуальных жалоб, а также признание обязательной юрисдикции Европейского суда по правам человека являются необходимыми условиями членства государства в Совете Европы. Приняв Федеральный закон «О ратификации Конвенции о защите прав человека и основных свобод и Протоколов к ней» от 30 марта 1998 г. , Россия взяла на себя обязательства по выполнению требований Европейской конвенции. Право российских граждан обращаться в Европейский суд с индивидуальными жалобами также гарантируется и ч. 3 статьи 46 Конституции России, в которой установлено, что «каждый вправе в соответствии с международными договорами Российской Федерации обращаться в межгосударственные органы по защите прав и свобод человека, если исчерпаны все имеющиеся внутри государственных средства правовой защиты». Отметим, что право на подачу индивидуальных жалоб является одним из наиболее эффективных механизмов защиты прав человека.

Кроме граждан государств, входящих в Совет Европы, Конвенция является основой правового статуса личности — человека и гражданина — в рамках Европейского Союза .

Европейская конвенция (в действующей редакции Протокола № 11) состоит из трех разделов, где последовательно излагаются права и свободы человека, признаваемые Конвенцией, регламентируется деятельность Европейского суда по правам человека и прочие вопросы, связанные с ее имплементацией. К Конвенции было принято одиннадцать протоколов, которые изменили порядок деятельности ее контрольных органов, в частности, Европейского суда и расширили перечень прав человека, гарантированный Конвенцией.

Перечень гарантированных Конвенцией прав практически совпадает с правами, признаваемыми на уровне ООН, но их формулировки являются более точными и детальными по сравнению с Всеобщей декларацией прав человека и международными пактами . Европейская конвенция не проводит различий в правоспособности подающих жалобы граждан. Таким образом, статья 25 распространяется на несовершеннолетних, на недееспособных по причине психического расстройства, на тех, кто отбывает наказание в виде лишения свободы. Практика Европейского суда показывает, что в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, чаще других нарушаются такие статьи Конвенции, как статья 3 (запрет пыток), статья 5 (право на свободу и личную неприкосновенность), статья 6 (право на справедливое судебное разбирательство) и статья 8 (право на уважение частной и семейной жизни).

Статья 3 Конвенции устанавливает, что «никто не должен подвергаться пыткам и бесчеловечному или унижающему достоинство обращению или наказанию» и защищает человеческое достоинство и личную неприкосновенность человека. По степени жестокости обращения Европейский суд различает три основных понятия: пытка (бесчеловечное обращение, имеющее целью получить какую-либо информацию или признание, или наказать); бесчеловечное обращение или наказание (такое обращение, которое намеренно влечет серьезные моральные или физические страдания и не может быть оправданным в данной ситуации); унижающее достоинство обращение или наказание (обращение, которое грубо унижает человека перед другими и принуждает его поступать против своей воли или совести) .

На практике Суд весьма осторожно подходит к признанию нарушений статьи 3, «оберегая в силу серьезности ее характера от возможности неуместного применения». Например, в деле Херцегвальфи против Австрии (1992), по которому заявитель — пациент психиатрического учреждения — жаловался на то, что его насильно кормят и дают лекарства, что он был изолирован на длительный период времени и фиксирован на специальной кровати с помощью наручников, Суд не признал нарушений статьи 3. Суд счел, что у него нет достаточных доказательств, чтобы опровергнуть утверждение правительства о наличии медицинской необходимости, на тот момент оправдывавшей такое обращение. При этом Суд отметил, что состояние неполноценности и беспомощности, типичное для пациентов психиатрических учреждений, требует повышенного внимания при рассмотрении вопросов о соблюдении положений Конвенции. В связи с чем Суд выразил обеспокоенность длительностью времени, в течение которого применялись наручники и специальная кровать .

Суд не признал нарушения статьи 3 и по делу Аертс против Бельгии (1998), по которому заявитель — заключенный и помещенный в психиатрическое отделение тюрьмы Лантин — жаловался на отсутствие необходимой психиатрической помощи, что привело к ухудшению его психического здоровья и потому представляет собой бесчеловечное или унижающее достоинство обращение. Соглашаясь с тем, что общие условия содержания заключенных в данном тюремном психиатрическом отделении были неудовлетворительными, и заключенные не получали эффективного лечения, Суд не установил по этому делу доказательств действительного ухудшения психического здоровья заявителя и указал, что условия нахождения в психиатрическом отделении не кажутся имеющими столь серьезные последствия для его психического здоровья, чтобы признать это подпадающим под статью 3 .

Необходимо отметить, что помимо статьи 3, некоторые аспекты права на личную (физическую и психическую) неприкосновенность регламентируются и в других документах Совета Европы. В частности, в Европейской конвенции по предупреждению пыток и бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания от 26 сентября 1987 г. и Конвенции о защите прав человека и человеческого достоинства в связи с применением биологии и медицины от 4 апреля 1997 г. .

Статья 5 Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод регламентирует право на свободу и личную неприкосновенность. Это право не является абсолютным и может быть ограничено в случаях, перечисленных в той же статье, где п. «е» разрешает «законное задержание лиц с целью предотвращения распространения инфекционных заболеваний, а также душевнобольных, алкоголиков, наркоманов или бродяг». Классическим делом, рассмотренным Судом по этой статье, является дело Винтерверп против Нидерландов (1979) . Прежде всего, в решении по этому делу сформулированы общие критерии в отношении того, что следует понимать под словом «душевнобольные» и каковы минимальные требования к содержанию и процедурным основаниям недобровольной госпитализации. В решении Суда отмечено, что «это термин, значение которого постоянно изменяется вместе с развитием исследований в области психиатрии; более гибкими становятся методы лечения, и меняется отношение общества к душевным заболеваниям, при этом в обществе растет понимание проблем душевнобольных. В любом случае п. 1(е) статьи 5, очевидно, не может рассматриваться как разрешение содержания под стражей лица только потому, что его взгляды или поведение не соответствуют нормам, преобладающим в данном обществе» . Далее, в решении подчеркивалось, что «законность» в отношении задержания «предполагает прежде всего соответствие внутреннему праву, а также ... цели ограничений, допускаемых статьей 5 п. 1(е)» и «охватывает как процессуальные, так и материально-правовые нормы». По мнению Комиссии по правам человека, с которым согласился Суд, «никто не может быть лишен свободы как «лицо, страдающее психическим расстройством», без медицинского заключения, устанавливающего, что его психическое состояние оправдывает обязательную госпитализацию» .

Используя это решение, Европейский суд по делу Варбанов против Болгарии (2000) признал факт нарушения ст. 5 Европейской конвенции, поскольку при недобровольной госпитализации заявителя не было достаточных доказательств наличия у него психического расстройства, госпитализация (задержание) не имела правовых оснований во внутреннем законодательстве, и действующий на тот момент болгарский Закон о здравоохранении не содержал достаточных гарантий против произвольного применения госпитализации (в частности, не требовал медицинского заключения как предварительного условия для этого) .

Отказ голландских властей возбудить уголовное преследование против гражданина, изнасиловавшего умственно неполноценную шестнадцатилетнюю девушку, на том основании, что такая жалоба должна была быть подана только самой потерпевшей, которая в данном случае не могла это сделать по причине психического расстройства, был расценен Европейским судом как нарушение статьи 8 Европейской конвенции. Суд указал, что «хотя целью статьи 8 и является в основном защита индивида от произвольного вмешательства со стороны государственных властей, она не просто обязывает государство воздерживаться от такого вмешательства: это негативное обязательство может дополняться позитивными обязательствами, неотъемлемыми от действительного уважения частной или семейной жизни... Эти обязательства могут включать в себя принятие мер, направленных на обеспечение уважения личной жизни даже в сфере отношений индивидов между собой» . В то же время Суд не усмотрел нарушения статьи 8 Конвенции в деле Нильсен против Дании, в котором тринадцатилетний подросток оспаривал свое помещение в психиатрическое отделение больницы по просьбе его матери . По мнению Суда, ребенок находился в том возрасте (на момент

госпитализации ему было 12 лет), когда решение принимается его родителями, хотя бы и против желания ребенка, исходя из презумпции, что родители действуют в интересах детей.

На уровне Европейского суда по правам человека не принято каких-либо документов, аналогичных Принципам ООН. И именно поэтому крайне важна деятельность Европейского суда для определения правового статуса лиц, страдающих психическими расстройствами, в государствах-членах Совета Европы. На сегодняшний день в Европейском регионе действуют Рекомендации Комитета министров № R(83)2, касающиеся правовой защиты лиц, страдающих психическими расстройствами, содержащихся как недобровольные пациенты и Рекомендации 1235 (1994) о психиатрии и правах человека. Первые из названных рекомендаций касаются лишь психиатрических пациентов, госпитализированных в недобровольном порядке, за исключением тех, кто проходит курс принудительного лечения по решению суда в связи с совершением общественно опасных деяний (ст. 97—104 УК РФ). Второй документ также обращается в основном к проблемам, возникающим при применении недобровольных психиатрических мер, но при этом указывает, что «пришло время для государств-членов Совета Европы принять правовые меры, гарантирующие уважение прав человека психиатрических пациентов» (п. 6 Рекомендаций 1235 (1994)). В этой связи Парламентская Ассамблея Совета Европы призывает Совет Министров принять новые рекомендации в этой области (п. 7 тех же Рекомендаций).

На основании Рекомендаций 1235 (1994 г.) в Комитете по биоэтике Совета Европы разрабатываются новые рекомендации по защите прав человека и достоинства лиц, страдающих психическими расстройствами, особенно тех, которые содержатся в психиатрическом учреждении как недобровольные пациенты. Этот документ будет принят Комитетом министров и предполагается, что он будет использоваться при подготовке или пересмотре законодательства в области психиатрической помощи, а также практики его применения в государствах-членах Совета Европы.

Если оценивать российский закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 2 июля 1992 г. с позиций международных стандартов в области прав человека применительно к лицам с психическими расстройствами, то надо отметить, что практически во всех своих положениях он этим стандартам соответствует. В Законе закреплены гарантии государства по обеспечению психиатрической помощью и социальной защитой лиц с психическими расстройствами, содержится перечень их прав, в т. ч. и во время нахождения на стационарном лечении (ст. 5 и 37), сформулированы в достаточной степени строгие основания для применения недобровольных психиатрических мер (ст. 23, 27 и 29), установлен судебный порядок принятия решений о недобровольной госпитализации и судебный порядок ее продления (ст. 33—36) и т. д. Необходимо указать, что положения Закона повлияли на содержание норм Уголовного кодекса РФ 1996 г., в котором также впервые в отечественном законодательстве установлен судебный контроль за сроками применения принудительных мер медицинского характера (ст. 102). Кроме того, в Гражданском процессуальном кодексе РФ, принятом в 2002 г., появилась глава 35, содержащая процедурные правила для недобровольного психиатрического освидетельствования и недобровольной госпитализации (ст. 302—306).

Соответствие российского Закона о психиатрической помощи 1992 г. международным стандартам в области прав человека обусловлено тем, что при его подготовке были внимательно изучены уже принятые к тому моменту Принципы ООН, положения которых и нашли отражение в Законе. Однако на практике Закон не всегда соблюдается либо не соблюдается в полной мере, что приводит к нарушениям прав лиц, страдающих психическими расстройствами. В этой связи основное внимание и специалистов, и общественности должно быть направлено на совершенствование именно правоприменительной практики, включая судебную, в т. ч. и с помощью использования возможностей, предоставляемых международным правом.

## **ПРАВА ГРАЖДАН С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ: ДЕ-ЮРЕ И ДЕ-ФАКТО**

*Ю. Н. Аргунова, советник юстиции, кандидат юридических наук, доцент*

Равенство прав и свобод человека и гражданина гарантируется государством независимо от каких бы то ни было обстоятельств. Лица, страдающие психическими расстройствами, так же как другие граждане, обладают всеми правами и свободами, предусмотренными Конституцией России, конституциями республик в составе РФ, законодательством РФ и республик.



Ограничение прав и свобод граждан, в т. ч. связанное с наличием психического расстройства, допустимо лишь в случаях, предусмотренных только федеральными законами РФ, и лишь в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства.

Правовое положение граждан с психическими расстройствами регулируется не только законодательством о здравоохранении, но и большинством отраслей российского законодательства: гражданским, гражданско-процессуальным, семейным, жилищным, трудовым, пенсионным, законодательством о выборах, об образовании, о социальной защите и социальном обслуживании, о воинской обязанности и военной службе, а также административным, уголовным, уголовно-процессуальным, уголовно-исполнительным законодательством, множеством отдельных законов и подзаконных актов и, конечно же, международно-правовыми актами.

К основополагающим законам в сфере здравоохранения следует отнести Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (далее Основы) и Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

В соответствии со ст. 17 Основ, государство гарантирует гражданам защиту от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у них каких-либо заболеваний. Статья 5 Закона о психиатрической помощи не допускает ограничение прав и свобод лиц с психическими расстройствами только на основе психиатрического диагноза, фактов нахождения под диспансерным наблюдением, в психиатрическом стационаре либо в психоневрологическом учреждении для социального обслуживания или специального обучения.

Основы определяют права граждан в области охраны здоровья, права отдельных групп населения, в т. ч. права граждан пожилого возраста и инвалидов, права пациента, права и обязанности медицинских работников, профессиональных медицинских ассоциаций. Именно в Основах приводится клятва врача, которую он дает при получении диплома о высшем образовании; определяются понятия лечащий врач, врачебная тайна, регламентируются случаи, когда сведения, содержащие врачебную тайну, могут быть предоставлены третьим лицам без согласия гражданина. В Основах подробно описывается, в частности, право граждан на информацию о состоянии своего здоровья, правило о получении информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

Закон о психиатрической помощи регулирует взаимоотношения гражданина и общества через призму психического здоровья гражданина. При реализации гражданином своих прав и свобод Закон запрещает требовать от гражданина предоставления сведений о своем психическом здоровье, а также принуждать к прохождению обследования у врача-психиатра, за исключением случаев, специально установленных законами РФ. Таким образом, в Законе закреплен общепринятый в мировой практике принцип добровольности обращения к психиатру. Все немногие исключения из него строго оговорены в ч. 4 ст. 11 ч. 4 и 5 ст. 23 и ст. 29. Они обусловлены, прежде всего, интересами самого больного. Их перечень является исчерпывающим.

Закон обеспечивает выполнение своих требований, устанавливая целую систему защиты — государственную, общественную и представительскую — прав личности при проведении психиатрического освидетельствования, внебольничного наблюдения и стационарного лечения. Законодательно предусматривается судебная процедура в рассмотрении случаев недобровольного оказания психиатрической помощи. Закон, таким образом, призван защитить от произвола и унижения человеческого достоинства каждого гражданина и в равной мере предназначен для должностных лиц, органов власти, прокурорских работников и судей.

Гражданским и гражданским процессуальным законодательством регулируются вопросы дееспособности; недействительности сделок, совершенных психически больными; ответственности за вред, причиненный гражданином, не способным понимать значения своих действий; признания недействительным завещания, составленного недееспособным; о праве нетрудоспособного больного на обязательную долю в наследстве; вопросы судебно-психиатрической экспертизы; участия в судебном заседании лиц с психическими расстройствами и др.

Семейный кодекс РФ регулирует вопросы о допустимости заключения браков с психически больными и действительности таких браков; об условиях и последствиях признания брака недействительным; порядке расторжения брака с лицом, признанным недееспособным; о праве больного на воспитание детей; об алиментных обязательствах и др.

Основными вопросами, касающимися прав психически больных в сфере жилищного законодательства, являются вопросы о признании граждан нуждающимися в улучшении жилищных условий; о праве некоторых категорий психически больных на первоочередное получение жилья, а также на дополнительную жилую площадь; о сохранении жилого помещения за больным, длительное время находящимся на лечении в психиатрическом стационаре или помещенным в психоневрологический интернат; о льготах по оплате жилья и коммунальных услуг и др.

В области трудового законодательства — это вопросы ограничения на выполнение отдельных видов профессиональной деятельности; определения нетрудоспособности; использование труда инвалидов и др.

Уголовное и уголовно-процессуальное законодательство регулирует вопросы невменяемости; уголовной ответственности лиц с психическими расстройствами, не исключающими вменяемости; отнесения к отягчающим наказанием обстоятельствам случаев привлечения к совершению преступления лица с тяжелым психическим расстройством; вопросы судебно-психиатрической экспертизы; применения принудительного наблюдения и лечения у психиатра; освобождения от наказания в связи с психическим расстройством; ответственности за незаконное помещение в психиатрический стационар; ведение дел в отношении лиц с психическими расстройствами и др.

Практика, однако, показывает, что наличие того или иного закона отнюдь не является гарантией его реального исполнения. Процесс реализации лицами с психическими расстройствами (или их представителями) своих прав наталкивается, зачастую, на непреодолимые препятствия. Многие причины этого явления характерны для всей правоприменительной деятельности и являются отражением состояния законности в целом. Причины «пробуксовывания» норм в сфере прав лиц с психическими расстройствами имеют и свою специфику.

Первая причина кроется в особенностях менталитета, который выражается в настороженном, недоброжелательном подчас отношении граждан и должностных лиц к людям с «психиатрическим диагнозом». Это приводит к игнорированию правовых норм о полном равенстве прав лиц с психическими расстройствами и всех остальных граждан.

Об этом свидетельствует повсеместная практика направления запросов в психиатрические лечебные учреждения о том, состоит ли то или иное лицо, желающее работать или учиться, подавшее жалобу в какую-либо инстанцию, на психиатрическом учете или нет, хотя термин «психиатрический учет» давно должен быть изъят из официальных документов, так как не используется в законодательстве. Тем самым лица, запрашивающие эти сведения, грубо нарушают ст. 8 Закона о психиатрической помощи. Психоневрологические диспансеры, часто также в нарушение Закона отвечающие на эти запросы, не задумываются о том, что ответ «на учете не состоит» укрепляет и углубляет в общественном сознании предрассудки в отношении психически больных вплоть до их, якобы, повышенной потенциальной опасности.

Такого рода запросы направляют работодатели по поводу лиц, чья профессия, будущее место работы и должность не предполагают необходимости предварительного психиатрического освидетельствования. Правило ст. 214 Трудового кодекса РФ о прохождении обязательного предварительного (при поступлении на работу) и периодического (в течение трудовой деятельности) медицинского осмотра (обследования) распространяется лишь на работников, осуществляющих отдельные виды деятельности, в т. ч. связанные с источником повышенной опасности (с влиянием вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов), а также работающих в условиях повышенной опасности. Постановлением Правительства РФ утвержден специальный Перечень медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности. Порядок прохождения такого освидетельствования определен другим постановлением Правительства. Работник проходит это освидетельствование по письменному направлению работодателя, в котором указываются вид деятельности и условия труда работника. После осмотра психиатром принимается решение о пригодности (непригодности) работника к выполнению именно того вида деятельности, которое указано в направлении работодателя. При этом ни о какой справке о нахождении гражданина под диспансерным наблюдением речи идти не должно.

Сохраняется неправомерная практика проверки военных билетов с выискиванием там отметок об освобождении от военной службы, в т. ч. шифров психических заболеваний, с последующим применением решений, относящихся исключительно к специфическим армейским условиям, для выводов о возможности их трудоустройства, обучения и т. п. в гражданских условиях.

Запросы аналогичного содержания о нахождении того или иного лица на учете в ПНД направляются и органами внутренних дел. При этом в запросе указывается «в связи с возникшей необходимостью», которая, однако, не расшифровывается, что является грубым нарушением п. 3 ч. 4 ст. 61 Основ, в соответствии с которым представление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством. Имеется в виду ситуация, когда пациент является участником гражданского или уголовного процесса. Важно, что на стадии до возбуждения уголовного дела такая информация затребована быть не может. В запросе на получение информации, содержащей врачебную тайну, должны быть подтверждены факты возбуждения уголовного дела или рассмотрения уголовного или гражданского дела в суде.

«Возникшая необходимость» у работников органов внутренних дел в получении таких сведений с расследованием уголовного дела, как правило, не связана. Один из сотрудников милиции, например, откровенно объяснил руководству ПНД, что ответ о нахождении лица на учете в диспансере необходим ему

для «закрытия дела об избиении этого гражданина», хотя к тому моменту факт причинения вреда здоровью уже был констатирован в бюро судебно-медицинской экспертизы, а в заявлении пострадавшего указывался и его конкретный обидчик.

Некоторые представители правоохранительных органов при обсуждении с ними вопросов о подобных нарушениях прав граждан с психическими расстройствами часто ссылаются на то, что к моменту принятия решения о наличии оснований к возбуждению уголовного дела по заявлению того или иного лица они должны уже знать о заявителе «все», иметь возможность убедиться, что изложенные в заявлении факты (например, о многократных кражах из квартиры, об уничтожении имущества) не являются следствием болезненного состояния заявителя, а, следовательно, вправе поинтересоваться на всякий случай не состоит ли заявитель под наблюдением в ПНД. В противном случае, если факты, указанные в заявлении о совершенном преступлении не подтвердятся, а окажутся проявлением болезненного состояния заявителя, уголовное дело придется прекращать, что руководством правоохранительных органов, мягко выражаясь, не поощряется. Вероятно, своя логика в этих рассуждениях и присутствует, однако такая практика не основана на законе.

У граждан с психическими расстройствами возникают и другие трудности по восстановлению нарушенных прав в случае обращения с заявлениями, жалобами, ходатайствами в правоохранительные органы. Проблемы в этом случае могут проистекать из особенностей ведомственного нормотворчества, инструкций, положений, ставящих лиц данной категории в незавидное положение.

Так, Инструкция о порядке рассмотрения и разрешения обращений и приема граждан в органах и учреждениях прокуратуры Российской Федерации, утвержденная приказом Генерального прокурора от 15 января 2003 г. № 3, предусматривает основания, по которым обращения граждан могут быть оставлены без разрешения и уведомления авторов. Это возможно, в частности, если «обращение по содержанию лишено смысла, а в материалах проверки предыдущих обращений имеется документ, свидетельствующий о психическом заболевании заявителя, не позволяющем ему адекватно оценивать происходящие события».

Очевидно, что разрешение обращения, лишённого смысла, не представляется возможным. При этом непонятно почему такое обращение должно отклоняться не сразу, а только при наличии предыдущих обращений. Ведь ссылка на некий документ, полученный в ходе проверки предыдущих обращений и свидетельствующий о психическом заболевании заявителя, не позволяющем ему адекватно оценивать происходящие события, вызывает множество вопросов: о какого рода (вида) документе идет речь (справке, заключении, решении суда, свидетельском показании); кем он может быть составлен; на основе каких проведенных исследований, фактов или данных; за какой период времени и в отношении каких таких «происходящих событий»; каковы критерии определения адекватности оценки лицом происходящего и может ли этот показатель быть юридически значимым наравне, например, с юридическим критерием недееспособности; и, наконец, на каком правовом основании данный документ запрашивался прокуратурой или, возможно, использовалось мнение привлеченного специалиста, основанное лишь на анализе текста обращения?

Кроме того, при отклонении обращения, возможно, следовало бы все же уведомить заявителя об оставлении его обращения без разрешения с указанием причины. Заявителю тем самым мог бы быть предоставлен шанс членораздельного изложения существа проблемы и сохранения, таким образом, возможности вновь обратиться к прокурору.

Единственно значимым «документом» в этой ситуации могло бы являться решение суда о признании заявителя недееспособным, так как это подразумевает, что защиту его интересов осуществляет его опекун. Однако на практике довольно часто встречаются случаи, когда недееспособный лишен заботы опекуна (опекун еще не назначен или преследует свои, зачастую меркантильные цели), да и органы опеки и попечительства не выполняют возложенных на них функций. Не зря в соответствии со ст. 45 ГПК РФ прокурор наделен правом обращения в суд с заявлением в защиту прав, свобод и законных интересов гражданина, если он по состоянию здоровья, возрасту, недееспособности не может сам обратиться в суд. Недееспособность лица, по нашему мнению, не является, таким образом, препятствием для его обращения в органы прокуратуры за защитой своих прав.

Легитимность всех других «документов» о неадекватности оценки лицом происходящих событий, вследствие чего его последующие обращения в прокуратуру должны оставаться без разрешения и уведомления, вызывает сомнения.

Во-первых, врач, а затем и прокурор на основании наличия у лица психического заболевания ограничивают его право на обращение за защитой своих законных интересов, что противоречит ч. 3 ст. 5 Закона о психиатрической помощи. Да и вид самого правоограничивающего документа не определен.

Во-вторых, в соответствии со ст. 37 и 39 Закона о психиатрической помощи все пациенты, находящиеся в психиатрическом стационаре, вправе подавать без цензуры жалобы и заявления в прокуратуру, а администрация психиатрического стационара, со своей стороны, обязана обеспечить условия для направления этих жалоб и заявлений в прокуратуру. Получается, что, одной рукой выполняя предписания

Закона о психиатрической помощи, врач в то же время другой рукой перекрывает больному путь к разрешению его обращения и даже уведомлению об оставлении обращения без разрешения.

В-третьих, в указанном «документе» дается оценка не того, насколько человек понимает значение своих действий и руководит ими, а как человек оценивает ситуацию вокруг.

В-четвертых, общеизвестно, что одни события лицо, страдающее психическим расстройством, может оценить вполне адекватно, а другие нет. Не говоря уже о том, что события, имевшие место в прошлом и тогда не адекватно оцененные больным, могут быть правильно восприняты им в настоящее время, например, вследствие ремиссии.

В-пятых, не следует забывать, что запрос прокурором сведений, составляющих врачебную тайну в данном случае заявителя, возможен лишь с согласия самого заявителя или его законного представителя. Негласное же (без согласия гражданина) освидетельствование заявителя врачом-психиатром при отсутствии оснований, указанных в Законе о психиатрической помощи, вообще недопустимо.

Работа с обращениями граждан, страдающих психическими расстройствами, является, безусловно, непростой, в т. ч. и для органов прокуратуры. Помощь в этом деле могло бы оказать взаимодействие прокуратуры с профессиональными правозащитными общественными объединениями (спросить у НПА), в частности с НПА России.

Игнорируются и другие права граждан с психическими расстройствами, даже прямо зафиксированные в Конституции России. В некоторых регионах существует практика, когда граждан, находящихся в психиатрических стационарах, не допускают к участию в голосовании на выборах, хотя в соответствии со статье 32 Конституции РФ лишены права избирать и быть избранными лишь граждане, признанные судом недееспособными, а также содержащиеся в местах лишения свободы по приговору суда. Так, в течение ряда лет избирательная комиссия Калининского района г. Санкт-Петербурга отказывает в праве на участие в выборах контингенту Санкт-Петербургской республиканской психиатрической больницы специализированного типа с интенсивным наблюдением. Такой же устный запрет со ссылкой на, якобы, имеющиеся инструкции и положения наложен избиркомом Советского района г. Казани, причем не только в отношении более чем тысячи больных, находящихся на принудительном лечении в Казанской республиканской психиатрической больнице специализированного типа с интенсивным наблюдением, среди которых недееспособных всего 5%, но и пациентов обычного психиатрического стационара другой психиатрической больницы республиканского уровня, расположенной в г.Казань. Видимо некоторые должностные лица привыкли считать граждан, страдающих психическими расстройствами, заведомо недееспособными без признания их таковыми судом.

К сожалению, главные врачи этих больниц не предприняли в свое время попыток оспорить решения избирательных комиссий, не потребовали от них оформить полученный отказ в письменной форме, который вряд ли был бы составлен ввиду своей явной противозаконности.

Вторая причина неисполнения и прямого нарушения правовых предписаний исходит из неуважения к закону, правового нигилизма работников различных органов и ведомств, не желающих знать и исполнять как Закон о психиатрической помощи, так и другие правовые акты. В результате имеют место необоснованные помещения воспитанников интернатов для детей-сирот в психиатрический стационар или психоневрологические интернаты; оформление без достаточных оснований учащихся в коррекционные классы общеобразовательных школ или вспомогательные школы; неправомерный отказ в социально-медицинском обслуживании на дому граждан пожилого возраста и инвалидов, страдающих психическими расстройствами в стадии ремиссии и т. д.

Гражданам с психическими расстройствами зачастую отказывают в праве непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья. Это предусмотрено ст. 31 Основ, но медицинские учреждения, как правило, не выдают копии медицинских документов пациентам, даже если психическое состояние пациента этому не препятствует. Настоящие баталии разыгрываются в психиатрических учреждениях при требовании гражданина предоставить ему копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья.

Ущемляются права граждан с психическими расстройствами в уголовном и гражданском процессе и прежде всего при производстве судебно-психиатрической экспертизы.

Стремясь монополизировать экспертную деятельность, руководство некоторых психиатрических учреждений, осуществляющих судебно-психиатрическую экспертизу, не исполняет определения судов о назначении экспертизы с участием экспертов, не являющихся сотрудниками данных учреждений, в частности, представителей НПА России, предпринимают активные действия по недопущению их участия в комиссии. Причем используется надуманная, не основанная на законе аргументация. Известны также попытки этих учреждений оспорить правомерность позиции суда, поручившего проведение амбулаторной экспертизы непосредственно врачам-психиатрам НПА с персональным включением каждого из них в состав комиссии.

Этими действиями нарушается ст. 79 ГПК РФ, в соответствии с которой проведение экспертизы может быть

поручено судебно-экспертному учреждению, конкретному эксперту или нескольким экспертам. При этом стороны, другие лица, участвующие в деле, имеют право просить суд назначить проведение экспертизы не только в конкретном судебно-экспертном учреждении, но и поручить ее конкретному эксперту.

Правом ходатайствовать о привлечении в качестве экспертов конкретных лиц либо о производстве судебной экспертизы в конкретном экспертном учреждении наделяются в соответствии со ст. 198 УПК РФ и подозреваемый, обвиняемый, потерпевший при назначении судебной экспертизы по уголовным делам.

Частыми являются случаи нарушения прав граждан с психическими расстройствами и со стороны суда. Таких лиц редко знакомят с определением суда о назначении экспертизы и заключением эксперта. Таким образом они лишаются возможности ходатайствовать перед судом о назначении повторной, дополнительной, комплексной экспертизы. Прежде всего это относится к тем, в отношении которых подано заявление о признании их недееспособными. Они, как правило, не приглашаются в судебное заседание, хотя их неспособность самостоятельно защищать свои права и законные интересы в процессе, присутствовать в зале суда экспертами не исследовалась и не устанавливалась. Такие граждане поэтому даже не знают, что лишены дееспособности. Эта же практика существует и в отношении лиц, признанных невменяемыми в отношении содеянного.

Нарушаются права граждан с психическими расстройствами и при призыве на военную службу. В армию нередко призываются граждане, негодные или ограниченно годные к военной службе по состоянию здоровья, в т. ч. лица, страдающие психическими расстройствами. По данным ЦВВК Минобороны России, около 40% досрочно уволенных из армии как не подлежащих призыву по состоянию здоровья составляют лица с психическими заболеваниями. Это самый высокий показатель среди всех больных, неправильно призванных.

Призывные комиссии не всегда проводят психолого-психиатрическое обследование призывников, не составляют письменные заключения для направления к месту службы. Имеют место случаи отсутствия в составе призывной комиссии психиатра, а также оценка психического состояния призывника лицами, не являющимися специалистами-психиатрами. В одном из регионов были выявлены случаи замены отсутствующих специалистов, в т. ч. психиатра, фельдшерами. Вина в данном случае ложится на органы местного самоуправления, не обеспечивающие комплектование медицинских комиссий. Такие факты в ходе прокурорских проверок были выявлены в Московской, Ивановской, Свердловской областях, Республике Татарстан. По данным прокуратуры Псковской области, из 20 отмененных решений областной призывной комиссии 17 были отменены по причине ненадлежащего медицинского заключения. Все призывники были возвращены из областного призывного пункта из-за непригодности к прохождению военной службы или направлены для прохождения обследования и лечения.

В Костромской области призыв граждан на военную службу в ряде случаев осуществляется даже не призывными комиссиями, а сотрудниками военкоматов, которые самостоятельно выносят решение о призыве граждан на военную службу, что позднее оформляется фиктивными протоколами заседаний призывной комиссии.

Продолжается порочная практика, когда любой ценой выполняется часто завышенный план призыва. По этой причине в войска нередко направляются лица с ярко выраженными психическими заболеваниями, сведения о которых находятся в личных делах призывников.

Обжалование решений призывных комиссий сопряжено, как правило, со значительными трудностями, которые создают военкоматы. Председатели призывных комиссий в нарушение п. 6 ст. 28 ФЗ «О воинской обязанности и военной службе» не сообщают о решении призывной комиссии и отказываются предоставить его копию, суды же без нее не принимают жалобы на незаконные действия призывной комиссии. Зачастую граждан вообще лишают возможности обжаловать решение призывной комиссии, призывая на военную службу на следующий день после его принятия. Известны случаи, когда сразу же после прохождения медосвидетельствования призывников направляли в войска.

Многочисленные случаи нарушений норм о врачебной тайне, как уже указывалось, могут быть обусловлены различными причинами. Среди них есть и причины, связанные именно с правовым нигилизмом тех, кто такие сведения собирает и распространяет. Это относится, в частности, к СМИ, которые бездумно демонстрируют свою осведомленность в вопросах психического здоровья тех или иных лиц, не подозревая, что за эти действия предусмотрена дисциплинарная, гражданско-правовая, административная и уголовная ответственность.

После каждой газетной публикации, содержащей подробные персональные данные о лице с указанием его психиатрического диагноза, мы вынуждены разъяснять авторам заметки, руководству издания неправомерность и пагубность такого рода журналистской работы. Руководство рубрики «Хроника происшествий» газеты «Московская правда» в наших доводах посчитало для себя действительно убедительным только упоминание о возможности привлечения виновных к ответственности за разглашение охраняемой законом тайны.

Одной из наиболее одиозных припоминается статья в газете «Метро», бесплатно распространяемой в Москве тысячам пассажиров. В ней журналистка рассказывала как в наркодиспансере, надев белый халат, она, с разрешения врача, принимала жалобы пациентов и, чтобы их не смущать, перебирала стопку историй болезни. Ее заинтересовали медицинские термины, которые затем врач ей подробно расшифровала в отношении каждого пациента. Как насмешку над законностью можно воспринимать название той статьи — «Не бойтесь наркологов и психиатров».

Третья причина обусловлена несовершенством самого законодательства.

Проблемы с соблюдением прав психически больных возникают, во-первых, в связи с коллизией норм. Так, некоторые положения Закона о психиатрической помощи находятся в противоречии с Основами Законодательства РФ об охране здоровья граждан, с ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» и др.

Например, в соответствии с Законом о психиатрической помощи основанием для помещения недееспособного лица в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения является решение органов опеки и попечительства, принятое на основании заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра. Однако ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» в качестве основания для такого помещения предусматривает лишь письменное заявление опекуна. Это правило, безусловно, менее предпочтительное, по существу создает лазейку для недобросовестных действий опекуна.

Противоречия имеются между Гражданским кодексом РФ и Гражданским процессуальным кодексом РФ. Как указывается в ст. 40 ГК РФ, решение о признании лица дееспособным может быть вынесено судом лишь по заявлению опекуна недееспособного или органа опеки и попечительства. В то время как в соответствии со ст. 286 и 45 ГПК РФ с таким заявлением вправе обратиться не только опекун и орган опеки и попечительства, но и член семьи подопечного, психиатрическое или психоневрологическое учреждение, прокурор. Вторгшись в процессуальные вопросы, ГК РФ сузил круг возможных заявителей, сократив тем самым и потенциальные возможности для защиты прав лиц с психическими расстройствами.

По ранее действовавшему ГПК РСФСР с таким заявлением в суд могли обратиться и общественные организации. Представляется, что изъятие последних из круга лиц, которые были наделены правом активной защиты прав недееспособных, является недостаточно обоснованным законодательным решением в новом ГПК.

Несоответствие обнаруживается даже и в самом ГК РФ. Так, согласно ст. 37 ГК опекун вправе совершить дарение имущества подопечного с предварительного разрешения органов опеки и попечительства. В то же время ст. 575 ГК вообще не допускает дарение от имени недееспособного его опекуном, за исключением обычных подарков, стоимость которых не превышает пяти минимальных размеров оплаты труда.

Довольно часто принимаемые подзаконные акты не соответствуют самим законам. Так, согласно п. 11 Положения о военно-врачебной экспертизе, утвержденной постановлением Правительства от 25 февраля 2003 г. № 123, медицинские организации обязаны сообщать в двухнедельный срок по запросам не только военно-врачебных комиссий, но и военкоматов, кадровых органов федеральных органов исполнительной власти, в которых предусмотрена военная служба, сведения о гражданах, состоящих на учете (наблюдении) по поводу психических расстройств, наркомании, алкоголизма, токсикомании, злоупотребления наркотическими средствами и другими токсическими веществами, состоящих на диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний, с указанием диагноза, а также представлять медицинские карты и другие медицинские документы, характеризующие состояние здоровья граждан, подлежащих постановке на воинский учет, призыву на военную службу, граждан, поступающих в военно-учебные заведения и граждан, пребывающих в запасе ВС РФ.

И никого из тех, кто призван обеспечивать законность в нашей стране, не смущает, что данное требование противоречит ст. 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, не допускающей предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина по данному основанию. В данном случае необходимо было бы либо внести дополнения в Основы, либо привести текст Положения в соответствие с Основами.

Во-вторых, реализация прав лиц с психическими расстройствами затрудняется из-за наличия пробелов в законодательстве. Отсутствует, в частности, должное правовое регулирование вопросов психосоматического лечения, наркологической помощи, стационарного психиатрического обследования граждан (в т. ч. в недобровольном порядке) при постановке на воинский учет и при призыве на военную службу. Статья 53 Основ, предоставляющая гражданам право на производство независимой медицинской экспертизы, не предусматривает возможности проведения независимой психиатрической экспертизы.

Долгожданное появление в ГПК РФ специальной главы 35, регламентирующей судебную процедуру рассмотрения дел о недобровольной госпитализации граждан в психиатрический стационар и недобровольном психиатрическом освидетельствовании в соответствии с Законом о психиатрической помощи,

наконец (через 10 лет действия закона), восполнило недостающее звено в цепочке принятия решения по данному вопросу и устранило разноречивую практику. Однако при этом разработчики нового ГПК забыли, что Федеральным законом «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» от 2 августа 1995 г. на суд была возложена функция принятия решения и о недобровольном помещении лиц с психическими заболеваниями в психоневрологические интернаты. Порядок рассмотрения таких дел так и остался нерегламентированным ГПК РФ.

В-третьих, ряд законодательных новелл сводится на нет ввиду их концептуальной непроработанности. Это в полной мере относится, например, к попытке введения в уголовное законодательство института ограниченной вменяемости. Норма об уголовной ответственности лиц с психическими расстройствами, не исключающими вменяемости (ст. 22 УК РФ), явившаяся следствием актуализации проблем преступности лиц с аномалиями психики, должна была заложить правовую основу для учета психических и психологических особенностей личности преступника, их влияния на выбор варианта поведения и его реализацию, стать базой для качественно нового уровня коррекции поведения и социальной реабилитации этих лиц. Однако этого не случилось. Не разработаны критерии учета ограниченной вменяемости, правила назначения наказания лицам, совершившим преступление в состоянии ограниченной вменяемости, вопросы отбывания наказания такими лицами, применения к ним амнистии. Не обеспечено ни в правовом, ни в организационном плане появление института амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра. Имеется некоторая нестыковка между ч. 1 и ч. 2 ст. 22 УК в вопросе о необходимости учета судом психического расстройства подсудимого.

Неготовность как психиатров-экспертов, так и судей к применению этой нормы вызвала противоречия в экспертной и судебной практике. Общее количество лиц, признаваемых судебно-психиатрической экспертизой подпадающими под действие ст. 22 УК, ежегодно достигает от 3,7 до 3,9 тыс. человек. В 75% случаев эксперты рекомендуют применение к ним наряду с наказанием принудительных мер медицинского характера. Однако количество осужденных, которым затем эти меры реально были назначены судом, оказывается ежегодно в 2,6—3,3 раза ниже. И связано это расхождение отнюдь не со взвешенностью позиции суда в отношении применения данной меры. Суды, зачастую, просто игнорируют в приговоре рекомендацию экспертов, испытывают затруднения в принятии собственных решений по этому вопросу, назначают без достаточных оснований повторные и дополнительные экспертизы. Если же суды все же следуют рекомендациям экспертов, то делают это формально без достаточной аргументации.

Эксперты же в своих актах не увязывают в должной мере психические особенности лица с фактом совершения им преступления. В одних регионах России норма об ограниченной вменяемости экспертами вовсе не применяется или применяется слишком часто. В других — всем ограниченно вменяемым рекомендуется принудительное лечение. В третьих — принудительное лечение этим лицам вообще не рекомендуется.

Четвертая причина неисполнения законов, касающихся прав лиц с психическими нарушениями, состоит в отсутствии механизма их реализации, а также необходимого финансирования. Именно с этой причиной органы социальной защиты населения связывают неисполнение в ряде регионов ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», вступившего в силу еще в 1995 г., в части разработки индивидуальных программ реабилитации инвалидов, которая должна производиться на основе решения Государственной службы медико-социальной экспертизы.

Из-за отсутствия финансирования осталась невыполненной и Федеральная целевая программа «Неотложные меры по совершенствованию психиатрической помощи (1995—1997)», создававшая условия для реализации Закона о психиатрической помощи. Около половины субъектов РФ подобные программы не принимали вообще, а остальные выполнили их лишь частично.

Идея создания предусмотренной Законом о психиатрической помощи службы защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, также пока не реализована. Зарубежный опыт функционирования таких служб не изучается.

У неисполняемости законов, касающихся прав граждан, в т. ч. наиболее социально уязвимых категорий, к которым относятся и лица с психическими расстройствами, требующие особой заботы и внимания, имеются и способствующие этому условия. Следует отметить крайне низкий в целом уровень правосознания и правовой культуры в России. Большая часть граждан слабо осведомлена даже о тех правах и способах их защиты, которые провозглашены Основным Законом страны. Граждане порой и не стремятся повысить свою информированность в этих вопросах, а тем более занять активную позицию в отстаивании своих прав. Главное, что в России, к сожалению, отсутствует традиция уважения прав и свобод человека и защиты нарушенных прав.

# **РАЗДЕЛ II. ПРАВА ПАЦИЕНТОВ И ПЕРСОНАЛА ПСИХИАТРИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРОВ В РЕГИОНАХ РОССИИ. Доклад по результатам мониторинга (Л. Н. Виноградова, Ю. С. Савенко, Н. В. Спиридонова)**

## **ОБЪЕКТ ИССЛЕДОВАНИЯ. ИНСТРУМЕНТАРИЙ. ПРОЦЕДУРА ИССЛЕДОВАНИЯ**

Во всех регионах России в качестве объектов мониторинга были выбраны крупные психиатрические больницы как наиболее показательные для изучения стационарной психиатрической помощи. Исключение составили те регионы, где отсутствуют психиатрические больницы (см. Приложение 2). В этом случае мониторы изучали возможности стационарирования и оказания неотложной психиатрической помощи.

Для проведения работ по мониторингу был проведен установочный семинар, в рамках которого мониторы прошли специальную подготовку по соблюдению прав пациентов психиатрических больниц. Общероссийский мониторинг проходил по унифицированной схеме, использующей специально разработанный инструментарий. Основу инструментария составляли анкеты для интервью и карты наблюдений (см. Приложение 1). Предполагалось провести три интервью: руководителя стационара (главного врача или его заместителя), заведующего отделением и медицинской сестры. Интервью руководителя учреждения содержало наибольшее количество вопросов, поскольку только руководитель мог сообщить общие сведения по больнице (в частности, данные по финансированию, укомплектованности кадрами, общей материально-технической базе, различным службам, обеспеченности медикаментами, продуктами питания и т. п.), которые нужно было учесть при анализе результатов мониторинга. Заведующий отделением был выбран как наиболее информированный представитель врачебного коллектива, который может рассказать о непосредственном осуществлении процесса лечения и соблюдения прав пациентов, а медицинская сестра — как представитель медицинского персонала, осуществляющего лечение и уход за больными и располагающего сведениями о различных деталях жизни отделения (нагрузка на медицинский персонал, меры безопасности, взаимоотношения с пациентами и т. п.) и пациентов (свидания, прогулки, курение, возможность каких-то самостоятельных действий и т. п.). Многие вопросы намеренно дублировались в интервью разных сотрудников больницы, что позволяло перепроверить полученные данные и оценить их достоверность.

Мы были вынуждены отказаться от интервьюирования пациентов. Опрос пациентов, для того, чтобы его результатам можно было доверять, нужно было проводить вне стен психиатрического учреждения. Необходимо было найти таких бывших пациентов, которые, с одной стороны, согласились на интервью, а с другой — могли сообщить достоверную информацию. Но те, кто лечится добровольно, обычно не стремятся сообщать об этом окружающим, в т. ч. отвечать на вопросы анкеты, пусть даже анонимно. А те, кто оказался в стационаре не по своей воле, часто настолько эмоционально заряжены, что не могут быть объективными. Кроме того, для того, чтобы интервьюировать пациентов с психическими расстройствами, нужен хотя бы минимальный опыт такой работы.

В связи с вышесказанным было решено при анализе результатов мониторинга воспользоваться данными последних опросов пациентов, имеющимися у НПА России за период 2000—2003 гг., и данными казанских психиатров, которые в 2002 г. провели анонимный опрос бывших пациентов с целью выяснить их пожелания по улучшению работы психиатрических больниц. Поскольку в НПА России обращаются, в основном, пациенты, помещенные в стационар недобровольно, и, соответственно, недовольные процессом лечения, а казанские психиатры провели целенаправленный опрос добровольно лечившихся пациентов, эти результаты явились взаимно дополнительными.

Помимо проведения интервью руководителя учреждения, заведующего отделением и медицинской сестры, мониторы должны были осмотреть по стандартизованным картам наблюдения: общую территорию больницы и расположенные на ней постройки; общепсихиатрические отделения (мужское и женское), где лечат пациентов со всеми видами психических расстройств; детское отделение, где проходят лечение дети в



возрасте до 14 лет; гериатрическое отделение, занимающееся лечением лиц пожилого и старческого возраста.

Общепсихиатрические отделения, как самые типовые, в наибольшей мере отражали положение с правами пациентов в каждом стационаре. Детское и гериатрическое отделения были выбраны, как специализированные отделения, пребывание в которых связано не только с лечением, но и обязательным получением дополнительных услуг, отражающих соблюдение прав пациентов. Детям необходимо обеспечить возможности развития и обучения, что связано с наличием игровых и учебных комнат, дополнительного инвентаря и учебных материалов, соответствующих специалистов и персонала. Людям пожилого и старческого возраста нужна дополнительная медицинская помощь в связи с наличием соматических заболеваний, а также различные ортопедические приспособления и дополнительные средства гигиены.

Полевой этап мониторинга проходил в апреле-мае 2003 года. Проведение мониторинга было бы крайне затруднено или фактически невозможно, если бы не письмо поддержки, подписанное руководителем отдела специализированной помощи Минздрава России А. С. Карповым, которое было адресовано руководителям местных органов управления здравоохранением и главным врачам психиатрических стационаров. Кроме того, участники мониторинга, приехавшие на семинар, получили документ, наделяющий их полномочиями выступать в качестве представителей НПА России, негосударственной профессиональной организации, устав которой предусматривает посещение психиатрических учреждений.

Тем не менее без длительного согласования с местными органами здравоохранения, проведение мониторинга в регионах было практически невозможно. Психиатрия остается закрытой областью российского общества. Необоснованная настороженность, недоверие к целям мониторинга со стороны главных врачей, местных чиновников создавало дополнительные препятствия для эффективного осуществления работ. Это убедительно показывает фактическую невыполнимость требований об общественном контроле за деятельностью психиатрической службы» Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (далее Закон о психиатрической помощи ).

Главные врачи по-разному отнеслись к проводимому мониторингу. Некоторые — настороженно и не слишком доброжелательно, ограничившись краткими, малоинформативными ответами на вопросы, и не дав никакой конкретной информации даже при дополнительных вопросах интервьюеров (Курская областная ПБ, Троицкая ПБ Республики Бурятия, Республиканская ПБ Мордовии, Казанская городская ПНБ им. Бехтерева Республики Татарстан, Республиканская клиническая ПБ Удмуртии). Другие, наоборот, были чрезмерно многословны, но часто рассказывали при этом о посторонних вещах, не имевших отношения к проводимому мониторингу, или сообщали внутренне противоречивые данные. Тем не менее во многих больницах мониторы встретили деловой прием (Калининградская городская ПБ, Костромская областная ПБ, Костромская специализированная ПБ с интенсивным наблюдением, Нижегородская городская клиническая ПБ № 1, Новгородская областная клиническая ПБ, Оренбургская областная ПБ № 1, Республиканская ПБ Карелии и многие др.). В окончательную обработку вошли данные по 93 психиатрическим стационарам из 61 субъекта Российской Федерации (см. Приложение 2).

Среди осмотренных 93 лечебных учреждений оказалась одна специализированная больница с интенсивным наблюдением для лиц, совершивших общественно-опасные действия и признанных невменяемыми, один детский психиатрический центр (на 70 коек), три психиатрических отделения в многопрофильных больницах, остальные — типовые психиатрические больницы, осуществляющие лечение населения прилегающих территорий. В некоторых регионах амбулаторная и стационарная психиатрическая служба составляют единую структуру, и такое лечебное учреждение является психоневрологическим диспансером со стационаром.

Среди обследованных психиатрических больниц значительно преобладали (55 против 33) крупные, с коечным фондом более 500 коек, что хорошо отражает структуру стационарной психиатрической службы России. Преобладание крупных стационаров, рассчитанных на одновременное лечение большого числа пациентов, превращает работу врачей в рутину, не позволяя в должной степени индивидуализировать процесс лечения и реабилитации. Это является устаревшим подходом в системе психиатрической помощи, от которого в большинстве стран давно отказались.

Первую группу составили девять больниц мощностью более 1500 коек. Среди них самые крупные в Башкортостане (Республиканская ПБ) — на 2100 коек, в Курской области (Курская областная ПБ) — на 1880 коек, в Московской области (Московская областная ПБ № 2) — на 1785 коек и в Москве (ПБ № 13) — на 1600 коек. В Республиканской клинической ПБ в Татарстане, Санкт-Петербургской ПБ № 1 им. Кащенко, Костромской областной ПБ и Московской ПБ № 4 количество пациентов не достигает расчетной мощности (2082 вместо 2300, 1450 вместо 1590, 1420 вместо 1550 и 1300 вместо 1510 соответственно), а в Самарской областной ПБ на момент исследования находилось всего 1380 пациентов при исходной мощности в 2010 коек. Во всех этих больницах (кроме московских и Республиканской клинической ПБ в Татарстане) созданы отделения для лечения психически больных, страдающих туберкулезом. Кроме того, практически все стационары проводят судебно-психиатрические экспертизы и осуществляют принудительное лечение пациентов, совершивших общественно-опасные действия и признанных невменяемыми.

Следующую группу составили 15 больниц с коечным фондом от 1000 до 1500 коек. Среди них также имеются такие, которые недогружены (например, Свердловская областная ПБ № 1 и Республиканская ПБ в Карелии), однако в большинстве больниц все койки заняты. Почти все эти больницы осуществляют лечение больных туберкулезом и психически больных, направленных судом на принудительное лечение, а также проводят судебно-психиатрические экспертизы.

Третья самая многочисленная группа — это психиатрические больницы, которые могут принять от 500 до 1000 пациентов. Таких оказалось 31, и это были областные и республиканские больницы субъектов Российской Федерации с большой численностью населения. Большинство из них также осуществляют принудительное лечение и проводят судебно-психиатрические экспертизы, а вот противотуберкулезные отделения есть лишь в десяти.

Восемь больниц имели мощность от 300 до 500 коек (среди них одна — для специализированного лечения с интенсивным наблюдением (в г. Кострома), и еще 25 могли принять не более 300 пациентов. Последние представляли собой городские и районные больницы, различные специализированные больницы (например, Республиканская психотуберкулезная ПБ в Марий Эл, областной детский психиатрический центр в Брянской области) или центральные психиатрические учреждения (часто психоневрологические диспансеры со стационаром) в регионах с небольшой численностью населения. В последнем случае эти больницы занимались проведением судебно-психиатрических экспертиз и принудительного лечения.

Кроме того, было осмотрено три психиатрических отделения в многопрофильных больницах (Коми-Пермяцкий и Ненецкий автономные округа и Республика Алтай).

Анализ результатов мониторинга требовал кропотливой работы. Многие данные перепроверялись с помощью информации из анкет, карт наблюдений. Так, данные об «уважительном и гуманном отношении, исключаящем унижение человеческого достоинства», извлекались из всего массива прочих данных, так как буквально во всем — от замусоренной территории и неполноценного питания до патерналистского стиля лечения и отсутствия конфиденциальности — проявляется неуважение к личности больного. Аналогичным образом к лечебным факторам относится не только набор медикаментов, но та же уважительность, добровольность, информированность и буквально все факторы среды, так как во всем содержится и терапевтический, а точнее социо- и психотерапевтический аспекты.

Последовательность разделов и подразделов настоящего доклада соответствует степени общности прав пациентов и одновременно — иерархии их значимости. Это фундаментальные права на жизнь, свободу и достоинство. За ними следуют разделы «Право на достойную среду» и «Право на адекватное лечение».

Предлагаемое подразделение связано с конкретными задачами мониторинга: выявить соблюдение сформулированных в Законе РФ «О психиатрической помощи...» и «Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» прав пациентов психиатрических стационаров и существующие в них пробелы, усовершенствовать инструментарий мониторинга, имея в виду превращение таких мониторингов в регулярную системную практику.

## **ПРАВА ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРОВ**

### **ПРАВА ПЕРСОНАЛА**

Одним из факторов, оказывающих принципиальное влияние на ситуацию с соблюдением прав пациентов, является положение врачей и персонала психиатрических клиник. Поскольку работа с психически больными

связана с большим количеством стрессовых факторов, а порой опасна для жизни, сотрудники психиатрических стационаров по закону имеют право на некоторые дополнительные льготы, страхование жизни, обеспечение безопасных и достойных условий труда, правовую защиту. Из практики известно, что хорошо защищенный специалист обычно лучше защищает права своих подопечных, чем тот, чьи права в свою очередь нарушены. Кроме того, учитывая крайне низкий в целом по России уровень соблюдения социально-экономических прав граждан, мы не можем обойти вниманием проблему адекватной и своевременной оплаты труда сотрудников психиатрических стационаров как работников бюджетной сферы, а также обеспечения их льготами, предусмотренными российским законодательством для жителей разных регионов России.

## **Зарплата**

В ходе мониторинга были получены сведения о том, что ставка врача-психиатра составляет в среднем по стране 1800—2000 р., что ниже прожиточного минимума. Причем в некоторых регионах (например, Архангельская область) размер ставки чрезвычайно мал и равен 1200 р., в других достигает 4500 р. (Хабаровский край) или 5500 р. (Магаданская область) в месяц и выше (Чукотский АО). Региональные различия в уровне ставок врачей обусловлены размером местных надбавок, которые зависят от особенностей и возможностей конкретного региона. Эти доплаты для работников психиатрической службы варьируют от 10% к ежемесячной ставке во Владимирской области и до 50% в Краснодарском крае. В Чукотском АО всем сотрудникам бюджетной сферы, в т. ч. сотрудникам психиатрической службы, доплачивается 1500 р. ежемесячно.

Средняя ставка медсестры не превышает 1500—1800 р., санитары — 600—800 р. в месяц. Очевидно, что при таком уровне оплаты труда, все сотрудники психиатрических учреждений работают более чем на одну ставку, тем самым, увеличивая свою нагрузку. Это снижает качество помощи и безопасность как больных, так врачей и персонала.

Руководители учреждений изыскивают особые формы оплаты труда, чтобы повысить реальные доходы своих сотрудников. Так, например, в некоторых больницах (Вологодская областная ПБ, Псковская областная ПБ № 1) практикуется, так называемый, бригадный подряд, когда «бригада» сотрудников получает деньги за определенную работу. В случае отсутствия кого-то из членов бригады (болезнь, учеба и т. п.), его работа распределяется между остальными, тем самым их зарплата увеличивается. В некоторых больницах регулярно выплачиваются премии.

Одним из самых распространенных способов повысить уровень оплаты труда сотрудников психиатрических стационаров является максимально возможное увеличение нагрузки. Врачи, работая ежедневно, увеличивают продолжительность рабочего дня, берут дополнительные ночные дежурства и увеличивают количество обслуживаемых пациентов. Медицинские сестры, у которых, в основном, сменная работа, в некоторых случаях выполняют еще и работу санитаров. Отметим, что санитаров остро не хватает в психиатрических стационарах, поэтому они повсеместно вынуждены работать сверх меры, за двоих-троих.

Тем не менее при всех дополнительных выплатах, реальный ежемесячный доход врача-психиатра в нескольких психиатрических больницах (9%) не превышает 3000 р. (Астраханская областная ПБ, Белгородская областная ПБ, Брянская областная ПБ № 3, Нижегородская городская ПБ № 1, Пензенская областная ПБ, Кузнецкая городская ПБ Пензенской области, Воткинский ПНД Республики Удмуртия, Ростовская городская ПБ (пос. Ковалевка), Смоленская муниципальная ПБ, Ставропольская краевая ПБ № 1). В ряде обследованных больниц также на неприемлемо низком уровне находятся доходы медсестры и санитары (Боброво-Дворская ПБ Белгородской области, Котельническая КПБ Кировской области, Данковская ПБ Липецкой области, Липецкая областная ПНБ, Псковская областная ПБ № 1, Республиканский клинический ПНД Адыгеи, Тверская областная ПБ № 1 им. Литвинова, Ярославская областная ПБ «Афонино»). Здесь медсестры зарабатывают не более 2400 р., а санитары — не более 1200 рублей.

В целом по стране по результатам проведенного мониторинга месячный доход врача-психиатра составил в среднем 4740 р., медсестры — 3070 р. и санитары — 1670 р. Наибольшие ежемесячные выплаты получают сотрудники Иркутского областного ПНД, Красноярской краевой ПБ № 1, Магаданского областного ПНД, Московских ПБ № 4 и № 13, Владивостокской городской ПБ Приморского края, Самарской областной ПБ, Санкт-Петербургской ПБ № 1 им. Кашенко, Хабаровской краевой ПБ № 2, Тюменской областной ПБ, Читинской областной ПБ № 2, Чукотского окружного ПНД. Однако и здесь, эти выплаты оказываются немногим больше 6000 рублей, что в 2—2,5 раза меньше чем получает в среднем по стране, например, рабочий строительной компании.

## **Нагрузка**

Низкий уровень оплаты труда, несмотря на местные надбавки, вынуждает, как было сказано выше, увеличивать нагрузку сотрудников психиатрических стационаров. Обычно врачи работают ежедневно с 9 до 18 часов и имеют несколько ночных дежурств, хотя рассчитанная ставка врача устанавливает

продолжительность рабочего дня в шесть часов. Один врач должен обслуживать 25 пациентов, а в реальности — 40, 50 и даже 75 человек: «В настоящий момент в нашем отделении 57 больных, и я один работаю, и медсестра одна и два санитаря», «врач работает с 8 до 16 или с 9 до 17, на одного врача положено 25 пациентов, но бывает до 40, на одну медсестру приходится 35 человек, а у дежурной ночью — 70, санитары работают сутками и на каждого — по 25—30 больных». Примерно такая же ситуация в Ульяновской областной ПБ № 1 им. Карамзина: «врач работает ежедневно с 8 до 16 плюс ночные дежурства по собственной заявке, на одного врача — от 30 до 60 пациентов; медсестра работает сутки через трое или с 8 до 16 каждый день, санитар также, нагрузка — от 30 до 40 пациентов». В Хабаровской городской ПБ им. проф. Галанта в 75-кочном отделении работают два врача, столько же — в Республиканской ПБ Башкортостана.

В не менее тяжелых условиях работают медсестры и санитары. Зачастую, они вынуждены не только одновременно обслуживать большое количество больных, но и сокращать перерывы между суточными сменами. «Медсестры работают день (с 8 до 20), в ночь (с 20 до 8 следующего дня), потом 2 дня отдыхают. Когда была укомплектованность, отдыхали по три дня. Многие тянулись сюда, потому что график устраивал. А сейчас только по 2 дня отдых. Нагрузка очень большая получается, и до отпуска еле доходят. На смену положено 2 медсестры и 3 санитарки. А у нас получается одна медсестра и две санитарки» (в отделении 75 пациентов). В Московской ПБ № 13 «медсестры и санитары работают сутки через двое, нагрузка очень большая, на ночь на 60 больных остается одна медсестра и два санитаря». Такой же график работы в Хабаровской городской ПБ им. Галанта и некоторых других психиатрических стационарах.

Для некоторых регионов остается актуальной проблема несвоевременной выплаты заработной платы сотрудникам бюджетной сферы, к которым также относятся врачи и персонал психиатрических стационаров. Так, в Кировской и Оренбургской области иногда случаются задержки выплат врачам и персоналу сроком до одного месяца.

### **Льготы**

Льготы работникам психиатрических служб определяются Трудовым кодексом Российской Федерации (ТК РФ), действующим с 1 февраля 2002 г., а также Федеральным законом «О трудовых пенсиях в Российской Федерации», вступившим в силу 1 января 2002 г.

Согласно этим документам для всех работников психиатрических учреждений, а также научных сотрудников, которые весь свой рабочий день работают с больными, установлен шестичасовой рабочий день, предоставляется дополнительный оплачиваемый отпуск помимо утвержденного ТК РФ ежегодного оплачиваемого отпуска (врачам-психиатрам, среднему и младшему медицинскому персоналу — 30 дней, врачам-диетологам — 12, лаборантам — 18 и т. п.), а также устанавливается повышенный размер оплаты труда (приказ Минздрава РФ от 15 октября 1999 г. № 377) с повышением по сравнению с тарифными ставками на 15—40% (в зависимости от конкретного вида деятельности и условий труда). Также льготы предусматривают право на досрочное назначение трудовой пенсии (мужчины с 55 лет, женщины с 50 лет). Кроме того, поскольку многие психиатрические больницы расположены в сельской местности, на их сотрудников распространяются дополнительные льготы, предусмотренные российским законодательством (например, 50% оплата коммунальных услуг и т. п.). Региональные и местные власти могут предоставлять сотрудникам психиатрической службы, как лицам, постоянно работающим в стрессовых условиях, дополнительные льготы на улучшение жилищных условий, бесплатное санаторно-курортное лечение, пребывание в пансионатах, домах отдыха и т. п.

Проведенный мониторинг показал, что сотрудники психиатрических стационаров пользуются всеми установленными для них российским законодательством льготами (сокращенный рабочий день, дополнительный отпуск, повышенный размер оплаты труда, досрочное назначение пенсии). В то же время в отдельных случаях не выполняются обязательные по закону гарантии по компенсации оплаты коммунальных услуг для сельских жителей. Так, в Смоленской областной ПБ положенная сотрудникам льгота по оплате коммунальных платежей местными властями не выплачивается, а в Ростовской областной ПБ (с. Пешково) упомянутая льгота необоснованно распространяется только на сотрудников, живущих в государственных квартирах.

Постоянная система дополнительного льготного обеспечения сотрудников психиатрических стационаров отсутствует. Набор имеющихся льгот, выявленный в ходе мониторинга, оказался крайне скудным и определялся, прежде всего тем, что необходимо для нормального обеспечения трудового процесса.

Для распространения дополнительных льгот психиатрические стационары не получают финансирования от местных властей, тем самым забота о сотрудниках психиатрической службы полностью возложена на руководство соответствующих учреждений, возможности которых сильно ограничены.

Руководство стационаров находит способы хотя бы в какой-то мере обеспечить работников дополнительными льготами. В первую очередь, больницы стараются организовать бесплатную или льготную доставку сотрудников на работу и с работы. Например, почти все больницы, расположенные за городом, используют для этого свой транспорт, а некоторые психиатрические стационары полностью или частично оплачивают

своим сотрудникам пользование городским транспортом (Московская ПБ № 13, Московская областная ПБ № 2). По информации, полученной от главных врачей, только в Прохладненской районной ПБ Кабардино-Балкарии, которая расположена далеко от крупных населенных пунктов, существуют серьезные проблемы с проездом сотрудников на работу и обратно.

Другие льготы установлены лишь в некоторых больницах. Во Владимирской областной ПБ № 4, Курганской областной ПБ и некоторых других организовано бесплатное или льготное питание для сотрудников. В Чукотском окружном ПНД и в Хабаровской краевой ПБ сотрудники регулярно получают молоко. В Смоленской муниципальной ПБ сотрудникам предоставлено право на внеочередную установку телефона и бесплатную медицинскую помощь. Челябинская областная ПБ № 1 выделяет своим медсестрам уголь или деньги на отопление. Иногда больницы полностью или частично оплачивают своим сотрудникам путевки в санатории и дома отдыха (Московская ПБ № 4, Челябинская областная ПБ № 2).

Наиболее серьезные проблемы связаны с обеспечением сотрудников жильем. Раньше многие больницы могли предоставить своим сотрудникам благоустроенное жилье и, благодаря этому, привлекали квалифицированные кадры. Теперь такие возможности резко сократились. Например, в 1994 г. Московская областная ПБ № 2 обеспечила бесплатным жильем всех своих сотрудников, но в настоящее время очередь на получение жилья и улучшение жилищных условий насчитывает более ста человек. Шадринская областная ПБ Курганской области в 1996 г. предоставила своим сотрудникам благоустроенное жилье, сейчас может обеспечить только общежитие. Тюменской областной ПБ не хватает средств (порядка 1 млн р.) для того, чтобы завершить строительство дома для сотрудников больницы. Между тем отсутствие жилья рядом с больницей особенно сказывается в тех случаях, когда стационары расположены далеко от города и ежедневные поездки отнимают слишком много времени.

В определенной степени такое бедственное положение с предоставлением жилья объясняется тем, что местные власти выделяют квартиры сотрудникам медицинских учреждений в последнюю очередь, а сотрудники психиатрической службы оказываются последними в списках медицинских работников. Так, в Челябинской областной ПБ № 2 с 1998 г. только пять человек получили квартиры за счет средств местного бюджета, в Краснодарской городской ПБ — двое. В Читинской области за много лет на Читинскую областную ПБ № 1 выделили 1 однокомнатную квартиру, на Читинскую областную ПБ № 2 — две.

Отсутствие муниципального жилья и низкий уровень оплаты труда иногда приводят к тому, что сотрудники больниц вынуждены подолгу жить в неблагоустроенных помещениях, лишенных необходимых удобств. Например, главный врач Кузнецкой городской ПБ Пензенской области в течение 18 лет живет в общежитии, а в Псковской областной ПБ № 1 несколько семей сотрудников продолжают жить в помещениях лечебно-трудовых мастерских, совершенно не приспособленных для жилья. При строительстве больницы им разрешили там временно разместиться, но обещанное жилье так и не было им предоставлено.

## **Безопасность**

В психиатрии особенно большое внимание должно уделяться вопросам охраны труда, устранения вредных и опасных факторов, безопасной организации рабочих мест. Для защиты от возможной агрессии больных, «администрация больницы должна обеспечить все двери всех отделений качественными вагонными замками. Для хранения ключей должно быть отведено определенной место, недоступное для больных» .

Некоторые заболевания, которые могут возникать у работников психиатрических учреждений в результате длительного контакта с психически больными и работы с психотропными препаратами, включены в Список профессиональных заболеваний, утвержденный Минздравом РФ и Госкомитетом санитарно-эпидемиологического надзора в 1995 г., и в случае потери трудоспособности причина считается профессиональной. Однако доказывать это часто приходится в суде, и сделать это совсем не просто. В случае, если суд признает, что потеря трудоспособности (полная или частичная) была связана с профессиональной деятельностью, органы здравоохранения должны выплачивать работнику пенсию по инвалидности, которая существенно превышает обычную. Понятно, что администрация стационара делает все возможное, чтобы не признавать заболевание профессиональным, проводимые экспертизы часто дают уклончивые ответы («может быть вызвано...»), а суды в спорных случаях обычно принимают решение в пользу организации, а не отдельного гражданина.

В соответствии с приложением к приказу Минздравмедпрома № 92 от 11 апреля 1995 г., «администрация обязана обеспечить персонал больницы санитарной одеждой, специальной одеждой и средствами индивидуальной защиты», «каждое отделение должно иметь комнату персонала, гардеробную и санузел для персонала», «в каждом отделении должна быть оборудована душевая для персонала», «санузел для персонала изолируется от санузла для больных». Для снижения риска возникновения аллергических заболеваний, связанных с работой с психотропными препаратами, «в процедурной для инъекций нейролептиков обязательно должен быть вытяжной шкаф». Существует множество нормативных документов, которыми необходимо руководствоваться в работе психиатрического стационара: от «Положения об организации работы по охране труда и технике безопасности в органах, учреждениях, предприятиях и

организациях системы Минздрава СССР (1982) до «Правил устройства и безопасной эксплуатации паровых и водогрейных котлов» (1988) и «Типовой инструкции по охране труда при работе в пищеблоках учреждений здравоохранения» (1986). В этих документах все досконально проработано. Но объем финансирования больниц не позволяет своевременно закупать необходимые средства, оборудование и пр.

Иногда финансовые трудности больниц приводит к ситуации, когда сотрудники вынуждены тратить собственные средства на спецодежду и инструментарий, необходимые для нормальной организации труда, и отвлекаться на не связанную с профессиональными обязанностями деятельность. Так, например, у Воронежской областной ПБ не хватает средств на медицинские халаты, и персоналу приходится покупать их самостоятельно, а в Ставропольской краевой ПБ № 2 и Ульяновской областной ПБ № 1 им. Карамзина сотрудников привлекают к текущему ремонту помещений, поскольку у больницы нет денег на такие расходы.

Финансовые трудности, препятствующие своевременному проведению текущего и капитального ремонта отделений, отсутствие приспособленных помещений лишают сотрудников некоторых больниц права на достойные условия труда. Например, в Астраханской областной ПБ комната отдыха для персонала требует срочного ремонта, а в обследованных отделениях Новокузнецкой городской ПБ Кемеровской области, Ростовской областной ПБ (с. Пешково), Смоленской областной клинической ПБ № 1 и Смоленской муниципальной ПБ комнаты отдыха вообще отсутствовали. В Боброво-Дворской ПБ Белгородской области туалет для персонала находится на улице, а душ — в прачечной, а в некоторых отделениях других психиатрических больниц (Новокузнецкая городская ПБ Кемеровской области, Курганская областная ПБ, Новгородская городская ПБ № 1, Кузнецкая городская ПБ Пензенской области, Ростовская областная ПБ (с. Пешково), Прохладненская районная ПБ Кабардино-Балкарии, Смоленская областная клиническая ПБ № 1, Челябинская областная ПБ № 2) персонал не имеет отдельного санузла, что создает значительные неудобства как для сотрудников, так и для пациентов.

Процедурные кабинеты, в основном, оборудованы в соответствии с имеющимися требованиями, однако, в некоторых из них нет горячей воды (психотуберкулезная больница Республики Марий Эл, Смоленская областная клиническая ПБ, Ростовская областная ПБ, Челябинская ПБ № 2, Ярославская областная ПБ «Афонино»), кафеля (в семи больницах), ультрафиолетовых ламп (Воронежская областная ПБ, Московская областная ПБ № 2, Челябинская ПБ № 2). В Смоленской областной клинической ПБ в процедурном кабинете отсутствует вытяжной шкаф, что создает угрозу возникновения аллергических заболеваний.

Но особенно удручает положение с сигнализацией и селекторной связью. В утвержденных Минздравом РФ Правилах устройства и эксплуатации психиатрических больниц этот вопрос детально проработан, поскольку он напрямую связан с безопасностью персонала. В больнице обязательно должна быть внутренняя связь между отделениями, административными и техническими службами в виде местной АТС или селекторной связи. Отделения должны быть оборудованы сигнализацией. «Сигнализация должна быть световой и звуковой... взаимная звуковая и световая сигнализация, при отсутствии селекторной, устраивается между кабинетом заведующего отделением и кабинетами врачей и старшей медицинской сестры; в ванной устанавливается звонок с сигналом для экстренного вызова персонала». Современные технологии делают возможной мобильную беспроводную дистанционную сигнализацию.

Звонки внутри отделений существуют лишь в трех обследованных психиатрических больницах — Красноярской краевой ПБ № 2, Данковской ПБ Липецкой области и в Республиканском ПНД Бурятии. В остальных стационарах какая-либо связь между различными помещениями отделения отсутствует, и в случае необходимости персонал вынужден кричать. В условиях недостатка персонала и отсутствия санитаров-мужчин, такая ситуация является недопустимой, поскольку создает угрозу жизни и здоровью персонала, пациентов. Отделения связаны между собой и с административными помещениями телефонной связью, и, в крайнем случае, вызывают охрану больницы. При этом отметим, что в обязанности сотрудников, охраняющих территорию больницы, не входит работа внутри больницы. Они не обучены работе с больными и своими действиями могут принести вред здоровью пациентов. При необходимости вызывают милицию.

Из всего сказанного ясно, что организация безопасности сотрудников осматриваемых психиатрических стационаров имеет грубые недостатки. Подтверждением этого являются случаи серьезных нападений больных на персонал, о которых стало известно в результате мониторинга.

## **Страхование**

В статье Закона о психиатрической помощи о гарантиях и льготах специалистам, участвующим в оказании психиатрической помощи (ст. 22), в частности, говорится, что они «подлежат обязательному государственному страхованию на случай причинения вреда их здоровью или смерти при исполнении служебных обязанностей». «При наступлении инвалидности страховая сумма выплачивается в размере от годового до пятилетнего денежного содержания...», а в случае смерти страховая сумма выплачивается наследникам в размере десятикратного годового содержания».

В соответствии с Постановлением Верховного Совета РФ, российское правительство должно было до 1

декабря 1992 г. (т. е. к моменту вступления в действие Закона о психиатрической помощи) «разработать и утвердить положение о порядке и условиях государственного страхования врачей, иных специалистов, медицинского и другого персонала, участвующих в оказании психиатрической помощи, а также правовые акты о льготах для этих лиц». С тех пор прошло более десяти лет, однако специальный законодательный акт по государственному личному страхованию работников психиатрической службы так и не был принят. В результате специалисты, участвующие в оказании психиатрической помощи, оказались не застрахованы от возможного причинения вреда их здоровью, связанного с их профессиональной деятельностью. Между тем их жизнь и здоровье подвергаются серьезной опасности.

В ходе мониторинга выяснилось, что во многих стационарах были случаи причинения серьезного вреда здоровью врачам или персонала. Так, в Калининградской областной ПБ в 2001 г. больной сломал медсестре нижнюю челюсть, в Республиканской ПБ Коми военнослужащий, проходивший обследование, нанес тяжелые телесные повреждения санитару, в Белгородской областной ПБ больной толкнул сотрудника, в результате чего тот сломал ногу, в Иркутском областном ПНД в 2002 г. больной нанес санитару серьезные раны острым предметом. В Кировской областной клинической ПБ им. Бехтерева в 2001 г. больная ударила врача, в результате чего произошла отслойка сетчатки глаза, и после 14 операций врач стала инвалидом второй группы. Во всех этих случаях государство не компенсировало пострадавшим вред, причиненный их здоровью.

В случае причинения вреда здоровью решение о выплате страховых сумм должно осуществляться 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». Однако для того чтобы получить компенсацию за причиненный вред, работник должен пройти длительную процедуру судебного разбирательства. Так, например, недавно врач Магаданского ПНД, получивший на рабочем месте серьезную травму от больного, не добился от администрации учреждения компенсации понесенного ущерба. Сейчас его иск по поводу выплаты страховых сумм разбирается в суде. Администрация понимает, что человеку нанесен ущерб, но, не имея денег на выплату соответствующей компенсации, пытается уйти от ответственности.

Некоторые стационары (11 из осмотренных 93), в первую очередь те, где имелись случаи причинения серьезного вреда здоровью, застраховали своих сотрудников в частных страховых компаниях от несчастного случая на рабочем месте. В Иркутском областном ПНД, например, 116 работников застрахованы в страховой компании «Металлургмедстрах». В Иркутской областной ПБ введено индивидуальное страхование сотрудников в зависимости от зарплаты, а в Магаданском областном ПНД все сотрудники застрахованы от травматизма и несчастных случаев на работе.

Однако у подавляющего большинства больниц нет средств на индивидуальное страхование сотрудников. Главный врач Псковской областной ПБ № 1 сказал, что в Саратовской области Областное собрание выделило на страхование сотрудников психиатрической службы специальные средства из областного бюджета, в других регионах это, к сожалению, не практикуется. Во Владимирской областной ПБ № 1 в случае нападения больных пострадавшему сотруднику оказывают материальную помощь и оплачивают его лечение. В других психиатрических стационарах и этого не предусмотрено.

Таким образом, следует признать, что право сотрудников психиатрических стационаров на получение компенсации, гарантированной государством в случае причинения вреда, потери трудоспособности или жизни, не выполняется. Сотрудники не застрахованы от возможных серьезных рисков своей профессии.

## **ГОСУДАРСТВЕННЫЙ И ОБЩЕСТВЕННЫЙ КОНТРОЛЬ**

Согласно закону РФ «О психиатрической помощи», контроль за деятельностью психиатрических стационаров осуществляют органы местного самоуправления, а также органы здравоохранения (как федерального, так и регионального) и органы социального обеспечения и образования. За соблюдением законности при оказании психиатрической помощи следят региональные органы прокурорского надзора, а также Генеральная прокуратура РФ.

Общественным объединениям, как профессиональным, так и непрофессиональным, дано право «осуществлять

контроль за соблюдением прав и законных интересов граждан... при оказании им психиатрической помощи» (ст. 46). Однако это право ограничено многими условиями. Так, например, право общественных объединений на посещение психиатрических и психоневрологических учреждений не только должно быть отражено в их уставах, но и «согласовано с органами, в ведении которых находятся психиатрические и психоневрологические учреждения», т. е. с органами здравоохранения. Кроме того, представители общественных объединений должны заранее «согласовать условия посещения с администрацией психиатрического учреждения» и дать подписку о неразглашении врачебной тайны. Последнее требование, которое, казалось бы, призвано защитить интересы пациента, в данном случае обычно с самого начала противоречит цели вмешательства общественных объединений — проверить ставшие им известными сведения о нарушении прав и законных интересов гражданина в психиатрическом стационаре и в случае подтверждения передать их в прокуратуру, суд, а иногда, по просьбе гражданина или его законного представителя, в средства массовой информации. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (ч. 3 ст. 61) допускают такие действия.

В отличие от государственных органов контроля общественное объединение может посетить психиатрическое учреждение только по просьбе (или с согласия) какого-то конкретного гражданина, находящегося в этом учреждении. Проверка общественными объединениями деятельности психиатрического учреждения в целом законом не предусмотрена.

По информации, полученной от главных врачей, в крупных республиканских, областных и краевых больницах достаточно часто проходят проверки органов прокуратуры, комитета здравоохранения, комитета по труду, местных финансовых органов, органов по борьбе с экономическими преступлениями, органов по борьбе с незаконным оборотом наркотиков, управления фармакопеи, представителей Уполномоченных по правам человека. Кроме того, обязательно один раз в два месяца приезжает СЭС, один раз в три месяца — Пожарный надзор, Энергонадзор, один раз в год — ГАИ. Те больницы, где есть детские отделения, иногда проверяет инспекция по делам несовершеннолетних, органы опеки и попечительства.

Небольшие больницы, особенно если они расположены в отдаленных районах, не столь часто подвергаются проверкам. Обычно — в связи с серьезными жалобами. Один из главных врачей в ответ на вопрос о проверках, сказал: «О нас уж несколько лет никто не вспоминает», что означает, что регулярный внешний контроль в этой больнице отсутствует.

Помимо внешнего контроля законом предусмотрен внутренний, который должна осуществлять Служба защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах (ст. 38 Закона о психиатрической помощи). Однако Служба эта до сих пор не создана, и в настоящее время единственным механизмом внутреннего контроля является расследования администрацией жалоб, поступающих от пациентов и их родственников.

В некоторых больницах ведется журнал всех жалоб и обращений. В случае поступления письменной жалобы, готовится письменный ответ, на устную жалобу отвечают в устной форме. Во многих больницах главные врачи сказали, что практически все поступающие жалобы необоснованны: «У нас нет жалоб, которые надо было бы разбирать. Если понадобится, то и комиссию создадим». Такое априорное отрицание оснований для жалоб свидетельствует о недостаточно внимательном отношении к нуждам пациентов и нарушению их прав. Там, где по жалобам проводят служебное расследование (как, например, в Новгородской областной клинической ПБ), выясняется, что пациенты жалуются по широкому кругу вопросов («жалобы носят в основном бытовой характер, но бывают и жалобы на недобровольную госпитализацию»), часто вполне обоснованно, и демонстрируют при этом достаточную осведомленность в своих правах. В некоторых больницах считают, что жалобы пациентов связаны с какими-то недоработками внутри стационара и стараются их устранить: «Ответ должен быть позитивным, чтобы избежать повторной жалобы».

Во многих регионах при местных органах здравоохранения созданы комиссии по разбору жалоб и обращений граждан в связи с оказанием психиатрической помощи (Воронежская область, Пермская область, Республика Мордовия, Удмуртия и т. д.), однако, о работе и существовании этих комиссий граждане плохо информированы, а иногда о них не знают и сами врачи психиатрических стационаров. В результате, работа ограничивается разбором двух-трех жалоб в год, которые, по мнению членов комиссий, являются необоснованными. Тем не менее в некоторых регионах комиссии работают достаточно эффективно, получая по 100—350 обращений в год (Пензенская, Тверская, Смоленская области, Республика Бурятия, Хабаровский край, Еврейская автономная область и др.) и удовлетворяя, порой, до 60% жалоб. Таким образом, «необоснованность» жалоб — это, скорее, предвзятое отношение членов комиссии, а не реальный факт. Там, где имеется желание совершенствовать работу психиатрической службы, работа с жалобами рассматривается как необходимая обратная связь и используется для реального улучшения положения пациентов.

О возможности гражданского контроля за соблюдением прав пациентов сотрудники психиатрических учреждений даже не задумываются, хотя в Законе содержится соответствующая статья (ст. 46 «Контроль общественных объединений за соблюдением прав и законных интересов граждан при оказании психиатрической помощи»). Так, например, на вопрос о проверках общественных организаций главный врач Республиканской ПБ Алании ответил: «Мы создали общество родственников...». Сотрудничество с общественными организациями также фактически не развито. Многие главные врачи говорили, что «психиатрическими



больницами никто не интересуется», «никто не обращался», «двери открыты», но при этом некоторые отметили, что необходимо «согласование с администрацией».

В последние несколько лет многие негосударственные организации стали заниматься защитой прав пациентов психиатрической службы, однако некоторые из них занимают при этом антипсихиатрическую позицию, не учитывают специфику психиатрических учреждений и своими действиями дезорганизуют работу психиатрических стационаров, а порой и наносят вред тем, кого «защищают». В этих условиях работники психиатрической службы обычно занимают позицию «запретить», «не пускать», и не пытаются искать пути взаимодействия с гражданскими организациями. От них согласны принимать только благотворительную помощь. Лишь в нескольких больницах (Московская ПБ № 4, Пермские областная и городская ПБ и т. д.) сообщили о постоянном сотрудничестве с негосударственными организациями.

Идея общественных проверок, гражданского контроля остается глубоко чуждой руководителям психиатрических больниц, да и почти всем сотрудникам психиатрической службы. Психиатрия по-прежнему остается очень закрытой сферой.

## **ФИНАНСИРОВАНИЕ КАК ОБЯЗАННОСТЬ ГОСУДАРСТВА И ОСНОВНАЯ ГАРАНТИЯ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ И ПЕРСОНАЛА**

Статьи 16 и 17 Закона «О психиатрической помощи», составляющие его второй раздел «Обеспечение психиатрической помощью и социальная защита лиц, страдающих психическими расстройствами», касаются соответственно «видов психиатрической помощи и социальной защиты, гарантируемых государством» и «финансирования психиатрической помощи».

Это фундаментальные статьи, формулирующие главную гарантию исполнения всего Закона в целом, — обязанность государства на всех его уровнях (от федеральных органов до органов местного самоуправления) обеспечивать лиц, страдающих психическими расстройствами, «всеми видами психиатрической помощи и социальной защитой», «неотложной психиатрической помощью», «консультативно-диагностической, лечебной, психопрофилактической и реабилитационной во внебольничных и стационарных условиях», «социально-бытовой помощью и содействием в трудоустройстве», «социально-бытовым устройством инвалидов, престарелых, а также уход за ними», «обучение инвалидов и несовершеннолетних», «правовыми консультациями», «всеми видами психиатрической экспертизы», «решением вопросов опеки», и т. д., посредством создания «всех видов учреждений, оказывающих внебольничную и стационарную психиатрическую помощь, по возможности по месту жительства пациентов», «лечебно-производственных предприятий для трудовой терапии...», «рабочих мест на предприятиях, в учреждениях и организациях», «общежитий для лиц, утративших социальные связи», «организует общеобразовательное и профессиональное обучение несовершеннолетних».

Особенностью этих двух статей является тот факт, что они одновременно презентуют обе общие модели правового регулирования. Во-первых, гражданам предоставляют юридически гарантированные права, во-вторых, властные структуры всех уровней обязаны предоставить предписанные законом услуги и нести ответственность за их выполнение.

Казалось бы, оба отмеченных обстоятельства должны были с самого начала центрировать внимание и усилия на неукоснительном соблюдении 16 и 17 статей как имеющих первоочередную значимость для всего Закона. Однако авторы научно-методического практического пособия 1994 г. акцентировали необходимость создания «Службы защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах» как гарантии соблюдения всего Закона, хотя эта служба только одна из целого ряда контролирующих инстанций, и само создание Службы зависит, прежде всего, от государственного финансирования. Авторы Комментариев к Закону (1997 и 2002) также не отметили центрального значения 16 и 17 статей. Таким образом, центральная по значимости гарантия — обязанность и ответственность государства, была по тем или иным причинам проигнорирована.

Результаты мониторинга с полной очевидностью показали фундаментальную роль неполноценности финансирования. Это, прежде всего, реальный бюджет больницы, определяющий условия содержания, питания и лечения больных, соблюдения их фундаментальных прав, создание общежитий для пациентов, утративших социальные связи, и рабочих мест, обновление капитального фонда, создание Службы защиты

прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, страхование персонала, оплату его труда и выплату компенсаций, обеспечение безопасности больных и персонала.

Источниками финансирования психиатрических больниц, согласно Основам законодательства РФ об охране здоровья граждан, являются средства бюджетов всех уровней, а также средства государственных фондов обязательного медицинского страхования граждан и целевых фондов, созданных для охраны здоровья граждан. Кроме того, финансирование психиатрических учреждений может осуществляться за счет средств различных предприятий и общественных объединений, доходов от ценных бумаг и кредитов, благотворительных пожертвований граждан и организаций, иных источников, не запрещенных законодательством страны.

На практике из этого перечня источников финансирования основным и часто единственным является бюджет местных органов государственной власти. Практически все исследованные больницы финансируются из региональных и местных бюджетов — областных, краевых, окружных и т. п. в зависимости от того, в чьем ведении они находятся. Только одна больница находится целиком на федеральном финансировании — это специализированная Костромская психиатрическая больница с интенсивным наблюдением, которая проводит принудительное лечение психически больных из разных регионов, совершивших серьезные правонарушения являющихся социально опасными. В этой больнице созданы особые условия, включающие усиленную охрану, она подчиняется непосредственно Минздраву России, и ее финансирование выгодно отличается от большинства других осматриваемых стационаров. Еще две больницы (Пензенская областная и Тульская городская) получают помимо местных бюджетных ассигнований средства из федерального бюджета, которые составляют 15 и 12,5% от их общего бюджета соответственно, а психиатрической больнице Еврейской автономной области выделили в 2002 г. 12 000 р. на федеральную целевую программу. В остальных больницах федеральное финансирование отсутствовало.

Некоторые городские и районные больницы имеют совместное финансирование от муниципальных и региональных органов власти, однако это далеко не всегда улучшает их финансовое положение. В целом, городские и районные психиатрические больницы в большей мере страдают от недофинансирования. Так, например, городская психиатрическая больница Нижнего Новгорода в 2002 г. получила из местного бюджета 50% необходимых ей средств, Ухтинская городская больница Республики Коми — 47%, а Кузнецкая городская психиатрическая больница Пензенской области — только 33%. В крайне тяжелом положении из-за недофинансирования находятся Шадринская психоневрологическая больница Курганской области, Новокузнецкая городская психиатрическая больница Кемеровской области, Кировская городская психиатрическая больница и Смоленская психоневрологическая больница. Практически не отличается ситуация с финансированием (около 50% и ниже) в Костромской, Курганской и Новгородской областных психиатрических больницах, оренбургских областных психиатрических больницах № 1 и 2, в Иркутском областном психоневрологическом диспансере, Волгоградской областной психиатрической больнице № 2, Республиканской клинической психиатрической больнице Татарстана (г. Казань), республиканских психоневрологических диспансерах Калмыкии и Бурятии.

Тем не менее в целом по стране ситуация с финансированием психиатрических учреждений за последние три года существенно улучшилась, а в отдельных регионах кардинально изменилась. Так, например, в Чукотском автономном округе в настоящее время финансирование осуществляется на 100%, и психиатрическая помощь населению оказывается на соответствующем уровне. С другой стороны, по-прежнему сохраняются регионы, где местные власти не только утверждают бюджет психиатрических больниц на 50—60% от рассчитанной больницей сметы, т. е. от того, что больнице необходимо, но даже и этих сумм не перечисляют. Так, например, Курганская областная психиатрическая больница в 2002 г. получила только 71% от средств, которые были утверждены в бюджете области, и в результате вынуждена кормить больных на 13,6 р. в день.

Фонды обязательного медицинского страхования в целом по стране не финансируют психиатрические учреждения, однако в некоторых регионах (например, Республика Коми, Республика Удмуртия, Приморский край, Астраханская область) главные врачи сообщили, что они получают из этих фондов средства на лекарства и питание больных, а в Самарской областной психиатрической больнице Фонд обязательного медицинского страхования является основным источником финансирования.

Одним из способов пополнения бюджета больниц является оказание платных услуг. Платные услуги довольно разнообразны, причем они предоставляются как пациентам больницы, так и населению (диагностика, лечение и различные физиопроцедуры, психотерапия, все виды наркологической помощи). Многие больницы имеют неплохое оборудование, которое стремятся использовать. Тем не менее платные услуги составляют не более 5% от бюджета больницы. 35 больниц оказывают платные услуги населению, а еще три пытаются поправить свое финансовое положение, сдавая в аренду имеющиеся у них не приспособленные для больных площади (Хабаровская городская ПБ им. проф. Галанта, Санкт-Петербургская ПБ № 7 им. Павлова и Владимирская областная ПБ № 4). У Республиканской клинической ПБ Татарстана состоит на балансе котельная, и больница отпускает теплоэнергию другой организации, добавляя в свой скудный бюджет некоторые средства.

Некоторые главные врачи говорили, что могли бы оказывать больше платных услуг, но не позволяют условия содержания в больнице. Главный врач Пермской областной ПБ сказал, что «многие готовы платить за сервис, но мы не можем его обеспечить». Некоторые больницы оборудовали небольшое число одно-, двухместных

палат интерьером, приближенным к домашнему (шторы на окнах, тумбочки, стол, стулья, настольные лампы, телевизор, отдельный санузел) и берут деньги за так называемые сервисные услуги. Фактически пациентов вынуждают платить за элементарные человеческие условия существования, т. е. за то, что государство должно обеспечить каждому бесплатно. Вырученные деньги идут на прибавку к зарплате и на покрытие срочных потребностей. Дело в том, что из бюджета финансируются, в первую очередь, так называемые «защищенные» статьи, к которым относится зарплата, питание и медикаменты. Деньги на приобретение белья, одежды, мебели и мягкого инвентаря, ремонт помещений могут не выделяться годами. Больницам приходится самостоятельно изыскивать средства на эти нужды.

В некоторых больницах созданы так называемые спонсорские счета, куда родственники могут переводить деньги. Иногда это происходит добровольно, иногда принудительно. Бывает, что родственники покупают для больницы какие-то нужные вещи, например, пижамы для больных или моющие средства. Некоторые заводы и фабрики могут помочь с ремонтом территории, обеспечить транспортом, стройматериалами. Хабаровский нефтеперерабатывающий завод помог краевой больнице заасфальтировать территорию, продуктовая фирма «Ронекс» ежемесячно выделяет на 15 тыс. р. фрукты и соки для детского отделения Читинской областной ПБ № 1, но практически ни одна больница не имеет постоянных спонсоров, которые существенно улучшали бы ее финансовое положение.

Результаты мониторинга очередной раз показали разительный контраст обеспечения прав пациентов на достойное содержание и полноценное лечение в психиатрических стационарах общей сети, финансируемой из местных бюджетов, и в психиатрических стационарах, осуществляющих принудительное лечение и финансируемых из федерального бюджета. Фактически, осуществление всех прав пациентов и работников службы психиатрической помощи непосредственно связаны с уровнем финансирования, и, несмотря на существенное улучшение положения пациентов психиатрических стационаров за последние два-три года, оно все еще остается за чертой допустимого. Больные уже не голодают, но остаются голодными. Они уже лечатся, но, как правило, на морально устаревшем уровне. Они уже нередко знают свои права, но все равно не могут их реализовать.

## **РАЗДЕЛ III. ПРОБЛЕМНЫЕ ОБЛАСТИ СОБЛЮДЕНИЯ ПРАВ ЧЕЛОВЕКА В ПСИХИАТРИИ. ТЕМАТИЧЕСКИЕ СТАТЬИ**

### **ТЕНДЕНЦИИ В ОТНОШЕНИИ К ПРАВАМ ЧЕЛОВЕКА В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ**

*Ю. С. Савенко, президент Независимой психиатрической ассоциации России*

В Советском Союзе право хорошо знали только ээки, население отличалось правовой безграмотностью и относилось к праву как ненужной декорации. Глубоко символично, что первым, кто положил начало кардинальному перелому в отношении к праву даже среди правозащитников, был первый политический диссидент, которому удалось освободиться в 1968 г. из психиатрической больницы, — крупный специалист в области семиотики, математической логики и топологии Александр Сергеевич Есенин-Вольпин. Это он сформулировал в советскую эпоху знаменитый правозащитный лозунг, который для властей был необорим как логический парадокс: «Выполняйте свои законы!» Всем нам остается следовать тем же путем, требуя от властей самим соблюдать Конституцию, законы и собственные инструкции.

Законодательная база защиты прав и свобод лиц, страдающих психическими расстройствами, в современной России — очень добротная, за короткий срок добившаяся грандиозного прогресса. Это касается, прежде всего, пакета законодательных актов в области медицинского права, принятых в 1993 г. Современное российское законодательство в области психиатрической помощи в высокой мере соответствует

международному. Таким образом, проблема состоит, прежде всего, в правоприменительной практике, которая формирует и укрепляет правосознание всех действующих в этом процессе сторон. К сожалению, эта практика и это сознание соответствуют до-«Веховским», т. е. это традиция нигилистического отношения к праву и в народе, и у интеллигенции и даже у самих власть придержащих. Последние активно начали использовать право чисто потребительски, т. е., подменять правление Закона правлением законами.

Возвращение в этих условиях к осознанию фундаментальной роли правового регулирования, неизбежности дальнейшего развития через такого рода регулирование, т. е. идея, провозглашенная Богданом Кистяковским в «Вехах» (1909), Питиримом Сорокиным в 1918—1920 гг., А. С. Есениным-Вольпиным в начале 60-х гг. и всеми нашими современными ведущими правоведом, например С. С. Алексеевым в его монографии «Восхождение к праву» в 2001 г., совпадают с глобальными мировыми тенденциями развития в этой области и подтверждают глубокую обоснованность такого рода выбора дальнейшего развития.

Права человека для психиатрии настолько фундаментальная категория, что без них психиатрия не смогла бы состояться как научная дисциплина. Только снятие цепей с психически больных и устранение полицейского чина с поста директора дома для умалишенных превращает его в лечебное учреждение. В Москве это произошло 160 лет назад, в 1832 г. И только с отменой рабства (крепостничества), в 1864 г. произошла передача психиатрических лечебниц органам местного самоуправления (земствам), российская психиатрия сумела достичь выдающихся успехов.

Можно сказать, что характер отношения к психически больным и характер обращения с ними в том или ином обществе в определенную эпоху — это уже социотерапия либо нечто ей противоположное. Но то и другое — это один и тот же аспект, одно и то же измерение. Социотерапия — это фактически самый древний и естественный способ терапии. Когда он исходит из примата и центрации психически больного — это терапия в общепринятом гуманистическом смысле этого слова. Когда же он исходит из примата и центрации общества, и тем более государства, — это санация или, говоря современным русским языком, — «зачистка» общества от психически больных, а заодно с ними — смутьянов, диссидентов и даже «белых ворон» — девиантов разного рода, посредством их интернирования, изоляции, или клеймения (стигматизации), например, постановкой на учет, либо вообще уничтожения для «очищения» и «оздоровления» коренной национальности. Не стоит забывать, как радикально меняется понятие социотерапии в зависимости от приоритетов общества. Такое описание от противного намного ярственнее передает смысл предмета описания, позволяет видеть в новом свете, более свежо и более полно. То, что называется «полицейской традицией в психиатрии» — это и есть охрана общества от психически больных как ее главная задача. В ее «мягких формах» часто не распознают ее подлинного активно антигуманистического обличья. К сожалению, это и есть наша отечественная российская традиция, что обосновали на огромном историческом материале такие выдающиеся ученые, как В. И. Вернадский (1914) и Т. И. Юдин (1951). И все же адекватнее будет сказать, что отечественная традиция — это с самого начала противоречивое целое полицейской традиции и неуклонной борьбы с ней лучшей и значительной части профессионального сообщества психиатров от отцов-основателей — Саблера, Балинского, Корсакова, практически воплотивших основные принципы нестеснения, на первом этапе до качественно нового и уже вполне современного уровня понимания существа «полицейской традиции» у Якобия (1898, 1900) на втором этапе. На третьем этапе, с конца 80-х гг. это переход от патернализма к партнерству, которое выросло из понимания Ясперсом коммуникации психиатра с больным. Это не только безусловное уважение к личности больного, но и признание за ним права, а это значит свободы выбора нового жизненного пути, так как болезнь, как пограничная ситуация, может — наряду со всем негативным в ней — взламывая шаблоны, подводить человека к принципиально новому пониманию мира и себя в этом мире. Дело врача — уберечь больного только от деструктивных и самодеструктивных поступков и решений.

Советская эпоха — это грандиозный по масштабам и радикальности социальный эксперимент над всем населением страны, попытка ликвидировать социальные инстинкты свободы и частной собственности и социальные институты семьи и религии. Психиатрическая служба приспособилась к тоталитарному режиму и достигла немалых успехов, однако в значительной мере за счет фактически бесправного положения больных, вплоть до широкого использования психиатрии в политических целях. В зависимости от политического курса радикально менялись ведущие научные школы в психиатрии.

Именно практика советской психиатрии, как наиболее широкомасштабная и получившая наибольшую огласку, породила в качестве контрреакции антипсихиатрическое движение. Его предтеча и идеолог — Мишель Фуко центрировал и абсолютизировал отношения власти и психиатрии, потребительское, манипулятивное использование психиатрии властью. Для тоталитарной власти это в самом деле в той или иной форме естественная, напрашивающаяся сама собой вещь. Поэтому и можно сказать, что отношение к психически больным и обращение с ними — это лицо общества, это его очень чувствительный индикатор, это критерий меры его тоталитарности на уровне повседневного само-собой-разумеющегося менталитета. Ведь психически больные — одна из наиболее уязвимых в правовом отношении категорий населения. Совершенно естественно, чтобы и законодательство в этой сфере было наиболее проработанным и легитимным в глазах общества и, прежде всего, бывших психически больных и их родственников. А это — если считать ситуационные реакции и всю пограничную психиатрию и наркологию — подавляющая часть населения страны.

Новая эпоха, начавшаяся под давлением международного сообщества еще при советской власти, в 1988 г.,

была традиционной для России «революцией сверху».

Оставаясь политизированной, психиатрия избавляется от идеологизированности, от отрыва от мировой науки, возвращается к сопоставимой с другими странами диагностике, и устремляется по пути правового регулирования. Вот только в том виде, того уровня развития, какого это правовое регулирование достигло в России.

Тенденции в отношении к правам человека в области психического здоровья можно выяснять по многим характеристикам. Мы выберем только несколько наиболее выразительных из событийного контекста. Это отношение к прошлому, к независимой экспертизе, к Закону, к общественному контролю.

I. Во-первых, чтобы продвигаться вперед, необходимо, как известно, знать путь, откуда и куда двигаться, от чего отталкиваться и к чему стремиться. В начале 90-х гг. директор Государственного центра им. Сербского Т. Б. Дмитриева принесла требовавшиеся тогда слова покаяния за беспрецедентное по масштабам использование психиатрии в политических целях в Советском Союзе для дискредитации, запугивания и подавления правозащитного движения, что осуществлялось, прежде всего, в этом учреждении. Это было сделано широковещательно за рубежом и очень камерно внутри страны — в Санкт-Петербургской газете «Час пик». Однако уже в 1996 г. юбилей Центра праздновался триумфально, а в 2001 г. в книге «Альянс права и милосердия» Дмитриева пишет, что никаких злоупотреблений в психиатрии не было, а если и были, то не больше, чем в хвалёных западных странах. В этом же году под гром аплодисментов на очередном юбилее Центра им. Сербского зал, подчиняясь призыву первого зам. министра здравоохранения Вялкова, встал, приветствуя реабилитируемого таким образом, вопреки международному бойкоту, акад. Г. В. Морозова, главного исполнителя позорной практики признания политических диссидентов психически больными.

Более того, в упомянутой книге Дмитриевой формулируется упрек старой и новой отечественной интеллигенции: зря проф. В. П. Сербский и др. не сотрудничали с департаментом полиции, ведь тогда бы не было ни революции, ни крови... Зря нынешняя интеллигенция оппонирует властям. И еще более того: Всеобщей декларации прав человека не хватает милосердия. Так, Дмитриева возвращается к небезуспешным политическим ухищрениям советских дипломатов в ООН растворить фундаментальные права человека в социально-экономических, а затем в коллективных и солидарных правах, т. е., «второго» и «третьего» поколений. Тем самым, фактически, перечеркивается еще и хрестоматийный демократический тезис Милтона Фридмана: «Общество, которое ставит равенство (в смысле равенства результатов) выше свободы, в результате утратит и равенство, и свободу». Каково милосердие, противопоставляемое фундаментальным правам человека на безопасность, свободу и человеческое достоинство, мы знаем по тому, как финансируется большинство психиатрических больниц, где даже питание в два раза хуже тюремного.

Итак, в оценке прошлого и в отношении к правам человека мы видим открытое возвращение к советскому курсу, который в свою очередь состоял в последовательном движении от уничтожения прав человека как «абстрактной», «буржуазной» категории, правомерной только в отношении пролетариата и беднейших слоев населения, фактически лишенных частной собственности как основы независимости, к уничтожению прав человека как односторонней центрации «чисто западной» ценности и, наконец, к упомянутому растворению и девальвации фундаментальных прав человека в социально-экономических и других правах.

II. Логическим следствием и подтверждением этого стало возвращение с 1995 г. технологий, отработанных в отношении политических диссидентов, против «нетрадиционных» религиозных организаций, спустя всего три года после того, как эти технологии были публично вскрыты на примере дела генерала П. Григоренко. В течение последних семи лет по всей стране проходили многочисленные судебные процессы, курируемые специально созданной в 1996 г. в Центре им. Сербского группой проф. Ф. В. Кондратьева по изучению деструктивного действия религиозных новообразований. Дело дошло до судебных исков фактически за колдовство. Когда была показана несостоятельность первоначальных исков «за причинение грубого вреда психическому здоровью и деформацию личности», их сменила формулировка «за незаконное введение в гипнотическое состояние» и «повреждение гипнотическим трансом», а затем и вовсе за «незаметное воздействие на бессознательном уровне», причем даже текстами, призывающими к отказу от употребления алкоголя и наркотиков. Увлечение иноверием воспринималось не как допустимое естественное чувство, а как следствие тайной злодейской технологии. Так обнаружилась самопроекция неизжитого тоталитарного сознания, для которого все регулируемо, управляемо, и собственная практика такого рода представляется универсальной. Получивший хождение термин «тоталитарные секты» не только безграмотен с религиозноведческой точки зрения, он как раз — плод тоталитарного сознания.

В других громких заказных судебных делах больше поражает полная бесцеремонность и беззастенчивость, попрание элементарных профессиональных принципов и приличий. Сценарий таких судебных дел явственным образом пишется заранее. В самом громком из серии исправно исполнявшихся заказных дел — деле полковника Буданова — ставшем по своему общественному значению делом Дрейфуса для современной России. Государственный Центр им. Сербского на протяжении всех трех последних экспертиз пытался отстоять позиции наших «ястребов», вопреки всем фактам, всем профессиональным принципам и критериям, вопреки совершенно простому и ясному для всей страны положению дел. Дело о похищении, изнасиловании и

убийстве 18-летней чеченской девушки пьяным полковником длилось три года. Изнасилование и состояние опьянения были сразу исключены из рассмотрения на основе манипулирования свидетелями и свидетельскими показаниями. Состояние в момент убийства трактовалось первоначально как сумеречное состояние сознания на этот момент, а после опровержения — как психоорганический синдром, т. е., хроническое патологическое состояние психики, а после опровержения этого диагноза — снова как состояние на момент убийства. Всякий раз трактовка носила совершенно произвольный характер, опираясь на показания самого обвиняемого. Атмосфера давления была настолько грубой, что почти невозможно оказалось найти желающих выступить экспертом с потерпевшей стороны. Мы видим в этом форму общественного протеста. Наша позиция была названа Дмитриевой по первому каналу ТВ «оплаченной ЦРУ».

Дело Буданова, при всей своей громкости и огромном общественном резонансе, не было разобрано ни в Центре им. Сербского, ни на одном заседании Российского общества психиатров. Государственная психиатрия обошла его глухим молчанием, полностью проигнорировала. Только «Независимый психиатрический журнал» в четырех выпусках (2002: 2, 3; 2003: 1, 3) представил первичные материалы этого дела с подробным обсуждением. Но для государственной судебной психиатрии дело Буданова не послужило уроком, из него не было сделано никаких практических выводов. Между тем эти выводы напрашиваются сами по себе: необходима реально независимая судебно-психиатрическая экспертиза. Она не сводится к персональной независимости членов экспертной комиссии, хотя даже это требование, зафиксированное в Законе «О государственной экспертной деятельности» не было выполнено. Членами экспертной комиссии в двух последних экспертизах по делу Буданова становились сотрудники экспертного учреждения, руководитель которого был заинтересован в подтверждении заключения предшествующей экспертной комиссии Центра им. Сербского, которое было признано несостоятельным. Более того, вопреки здравому смыслу и общепонятной логике, две ключевые для экспертной комиссии позиции, фактически предрешающие ее решение, были предоставлены в предпоследней экспертной комиссии опять-таки сотрудникам Центра им. Сербского — это врач-докладчик, готовящий экстракт из 42 томов дела и получающий возможность вольно или невольно, сознательно или бессознательно акцентировать и затушевывать те или иные детали, т. е., манипулировать исходной информацией; и составитель экспертной комиссии, имеющий возможность составить комиссию из гипердиагностов или гиподиагностов шизофрении или психоорганического синдрома, предопределяя, тем самым, решение комиссии. Этим режиссером за аморфной формулировкой: «Министерство здравоохранения РФ» была все та же директор Центра им. Сербского.

Не было выполнено и требование формировать экспертную комиссию из рядовых экспертов, а не лиц, занимающих высокое служебное положение и, тем самым, обремененных многочисленными взаимозависимостями. Вопреки этому, комиссия была составлена из руководителей всех основных центров государственной психиатрии: директора Московского НИИ психиатрии МЗ РФ, директора Всероссийского центра психического здоровья РАМН, директора Института наркологии и заведующего кафедрой психиатрии им. Корсакова (по старой памяти самой чтимой в стране) и даже бывшего в течение 32 лет директора Государственного центра им. Сербского акад. Г. В. Морозова, бойкотируемого мировым профессиональным сообществом.

Только в следующей, шестой по счету экспертизе, удалось добиться формирования экспертной комиссии из экспертов, заявленных всеми заинтересованными сторонами, т. е., по принципу, обеспечивающему состязательность. Это было непросто для суда, так как, новый закон о государственной экспертной деятельности был создан под монополизм государственного экспертного учреждения и его руководителя, совершенно не заботясь об основополагающем принципе состязательности. В результате, последняя экспертиза проводилась в зале суда.

Принятый в мае 2001 г. ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации», хотя и допускает негосударственную экспертизу, но фактически делает ее невозможной, поскольку сертификат судебного эксперта выдается только сотрудникам государственных экспертных учреждений. А судьи требуют предъявить такого рода свидетельства, полным монополистом выдачи которых является единственная в стране кафедра судебной психиатрии в системе Российской медицинской академии, которая располагается на базе Центра им. Сербского и возглавляется его директором, все той же Дмитриевой. Таким внешне легитимным образом фигура негосударственного эксперта фактически изгоняется, огосударствление судебно-экспертной службы и монополизм Центра им. Сербского делается полным. Никогда при советской власти это одиозное учреждение не располагало столь неограниченными возможностями государственной психиатрии.

В период первой оттепели Комитет высшего партийного контроля ЦК КПСС сформировал комиссию из ведущих отечественных психиатров во главе с проф. В. А. Гиляровским, по проверке Центра им. Сербского, тогда ЦНИИ судебной психиатрии им. Сербского, которая в своем заключении рекомендовала расформировать это учреждение в связи с отрывом от общей психиатрии, стремлением к монополизму, фальсификацией дел и грубым обращением с подэкспертными. Однако расформированной оказалась сама комиссия — время оттепели кончилось. Сейчас ситуация еще драматичнее.

Никем не оспаривавшийся высоко конструктивный опыт участия членов НПА России в экспертных комиссиях Центра им. Сербского был пресечен с 1997 г., когда директор этого учреждения стала министром

здравоохранения. С этого времени Центр перестал выполнять даже постановления судов, активно работая над приданием легитимности своему монополизму. Этот монополизм звучит в директивных формулировках экспертных заключений — «следует считать невменяемым (или вменяемым)», юридических безграмотных, но ставших примером для подражания. Предоставляемое законом эксперту право на независимую позицию и особое мнение остается такой же декларацией, как в советские времена. Единственный такой случай за последние 25 лет в Институте судебной психиатрии им. Сербского закончился вынужденным уходом с работы. Небезосновательный страх этого рода сохранился у многих, даже у автора известной монографии «Диагностические ошибки судебно-психиатрической практики (на примере Института судебной психиатрии им. Сербского)» Н. Г. Шумского.

Независимую экспертизу протаргует Независимая психиатрическая ассоциация России, понимая ее в первую очередь как состязательную экспертизу. Доклад на эту тему был зачитан в 2001 г. на ежегодных Кербиковских чтениях по судебной психиатрии и был высоко оценен в заключительном слове председателя проф. Б. Д. Шостаковича. В этом году проф. Шостакович вышел на пенсию и приглашения не последовало. Более того, Министерство юстиции РФ потребовало от НПА России вычеркнуть из ее устава независимую экспертизу как форму деятельности под угрозой лишения регистрации, хотя само этот устав в свое время зарегистрировало. Характерно, что наша пресс-конференция в Москве «Минюст против независимой экспертизы» проходила за час до пресс-конференции «Минюст регистрирует нацистов» относительно регистрации вопреки открытой нацистской деятельности и протестам общественности национально-державной партии. Все это совершалось во время проведения Гражданского Форума, где Президент демонстрировал хорошее понимание ситуации и давал обнадеживающие заверения, в отношении которых чиновники из Минюста остужали наш пыл: «Нам поступила другая установка, общественные организации будут значительно сокращены». Как показывают последние события, их информация оказалась более надежной. Тем не менее НПА России подала в суд на Минюст РФ, так как его требование невозможно обосновать действующим законодательством. И действительно, суд первой инстанции хотя и принял сторону Минюста, вот уже 10 месяцев не может сформулировать и прислать НПА обоснованный отказ, лишая возможности оспорить его в законном порядке.

Дело независимой (состязательной) экспертизы вопреки многочисленным примерам высокой эффективности во многих, в т. ч. громких, делах, не просто застопорилось, а вернулось к исходным рубежам. Впрочем, адекватнее сказать вместо «вопреки» — «благодаря». Нынешние властные структуры предпочитают одомашненную, ручную, дрессированную, послушную экспертизу, хотя и манипулировать, не считаясь ни с какими реалиями. Поэтому удобен монополизм своего карманного Центра им. Сербского, поэтому возобладала фигура государственного эксперта-флюгера, следующего сиюминутной внутривластной конъюнктуре в качестве единственной руководящей ценности. Куда это приводит, показало дело полковника Буданова. Никогда еще престиж и репутация психиатрической экспертизы не падала так низко. Но и власти получают сомнительную выгоду. Ведь она достигается ценой потери адекватной обратной связи с реальностью, вырождением профессионализма. Стилистика этих дел и технологий быстро входят в широкий оборот повседневных рутинных дел, прежде всего, квартирных, плодящих армию бездомных и безвестно исчезнувших граждан.

Очень характерна эволюция отношения к именованию «независимая», будь то экспертиза, ассоциация, позиция в дискуссии и т. п. — «от кого и от чего независимая?!» Если в начале 1990-х гг. возмущенные реплики такого рода имели интонацию: «А мы что зависимые что ли?», то с конца 1990-х гг. интонация поменялась на агрессивно-обличающую, наподобие той, что звучит в аудиториях новообращенных верующих: «А вы во что веруете?!» с подтекстом: если неверующий, ничего святого у тебя в душе нет.

Эта наступательная позиция представляет способ глухого камуфляжа острой проблемы двойной лояльности, требующей полной открытости. Эксперт должен быть независим от всего, кроме профессиональных ценностей, и это значит от административной вертикали, от собственных предвзятостей и от любых третьих соображений: идеологических, политических и т. п.

III. Не менее характерна эволюция отношения к Закону «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Принятый с 80-летним опозданием после первого проекта 1911 г., он сразу поставил отечественную психиатрию на передовой уровень, но — как очередная «революция сверху» — пришелся на неподготовленную почву, не вызрел естественным образом. В результате, он долго, трудно, неравномерно и неполно входил в жизнь. Спустя несколько лет неисполнения Закона врачи начали аттестовывать, включив в тестовые вопросы знание Закона. Комиссии Минздрава России, проверявшие исполнение Закона, выявили фактическую фальсификацию подписи больных о добровольном согласии на стационарирование, так как подпись давалась, как правило, в состоянии, когда больные не могли отдавать отчет в происходящем. Они подписывали, не глядя, либо подвергаясь разным формам давления. Врачи старались всячески минимизировать судебные процедуры, воспринимая их как лишнюю нагрузку. Так возникали различные способы имитации исполнения Закона.

Несмотря на фактически полное отсутствие гарантий исполнения, закон, тем не менее, заработал в целом ряде регионов страны. Этот Закон — главное демократическое завоевание отечественной психиатрии за последнее десятилетие. С его введением прежде чисто административное регулирование посредством ведомственных инструкций и приказов обогатилось более высокой формой — правовым регулированием.

Вопреки всем неувязкам это наиболее универсальная и эффективная форма регулирования.

Основным, качественно новым для российской психиатрии стали два нововведения Закона. Во-первых, обязательная судебная процедура при проведении всех недобровольных мер: освидетельствования, госпитализации, лечения (ст. 4 ч. 4, ст. 11 ч. 4 и 5, ст. 23 и 29). Это огромный, принципиально решающий шаг в сторону действенного утверждения права личности на свободу и личную неприкосновенность на случай психиатрического вмешательства.

Психиатр, который в прежние времена мог — и это считалось вполне пристойным — освидетельствовать человека в официальной или неформальной обстановке тайком, не представившись, теперь обязан назваться. И право каждого — согласиться или не согласиться на такое освидетельствование, согласиться пройти его у того или другого врача, выбрать другую форму помощи, то или другое лечение.

Прежняя врачебная тактика отличалась односторонней позицией традиционного патернализма: отечески опекающей, направляющей и руководящей. Но она автоматически предполагала послушное следование указаниям, т. е. безусловное доверие и подчинение. Фактически это отношение родителя с ребенком — несмышленишем, которого не то, что приходится, — требуется «водить за ручку». Но психиатрия, как в наиболее отчетливой форме антропологическая дисциплина, т. е. не ограничивающаяся одним телесным, биологическим в человеке, а занимающаяся им как целостной личностью, неизбежно выходит за узкие профессиональные рамки, обычные для других медицинских дисциплин. Психиатр вторгается в свободу симпатий и предпочтений человека, в свободу его выбора, в образ его жизни и деятельности. Естественно, что во всем этом за каждым должны сохраняться его суверенные права. Однако патерналистское сознание с его абсолютизацией профессионализма в тоталитарном обществе считало совершенно естественным прямо противоположное: врач выступал в роли фактически опекуна больного. При условии высокой этики, полной прозрачности, нагрузки, допускающей оптимальный объем и темп, необходимые для индивидуализации усилий, это воплощало гуманизм медицины. Однако в изменившихся условиях, прежде всего омассовления, дефицита времени, усугубляющейся формализации и одномерности господствующего сознания, абсолютизации каждым своего аспекта рассмотрения, потребовался новый принцип и механизм чтобы медицина и, прежде всего, психиатрия сохранила свой гуманный дух.

Это принцип партнерства и доктрина информированного согласия.

Глубокое философское обоснование принципа партнерства было дано К.Ясперсом на примере как раз коммуникации врача психиатра со своим больным. Ясперс открыл в этой коммуникации целый микрокосмос, раздвинув как горизонт философствования, так и саму его форму. Доктрина информированного согласия предполагает вовлечение больного в осмысленное сотрудничество в деле лечения с самостоятельным выбором определенной терапевтической тактики из нескольких альтернативных вариантов.

Вторым принципиально новым для отечественной психиатрии демократическим завоеванием Закона стало провозглашение полного равенства прав и свобод лиц с психическими расстройствами и всех остальных граждан, четкое указание, что «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 республик в составе Российской Федерации» (ст. 5). В соответствии с этим Закон запрещает требовать сведения о состоянии психического здоровья либо обращения, обследования и лечения психиатрами, если это не установлено законами РФ (ст. 8). Тем более, что все эти сведения составляют предмет врачебной тайны, охраняемой Законом (ст. 9). Указанные положения Закона были призваны положить предел широко распространенной и прочно утвердившейся практике требовать при поступлении на учебу, устройстве на работу, поездке за рубеж, получении водительских прав, обмене жилплощади и т. п. «принести справку из психоневрологического диспансера». Эти привычные требования, десятилетиями сопровождавшие жизнь миллионов людей, с 1 января 1993 г. стали незаконными, но их инерция сохраняется и 10 лет спустя все еще в широких масштабах. Однако решительно изменилась процедура получения таких справок. Если раньше это была справка «о несостоянии на психиатрическом учете», которая выдавалась регистратурой психоневрологического диспансера в соответствии с картотекой, то теперь — после того, как в 1989—1990 гг. с психиатрического учета было снято около 2 млн человек, — это справка «об отсутствии ограничений по психическому здоровью на занятие той или иной деятельностью», в соответствии с перечнем, утверждаемым Правительством РФ. Тем самым прежняя обезличенная шаблонно-конвейерная система сменилась индивидуальным подходом: справку выдает только врач.

К сожалению, после завершения работы комиссии по созданию Закона юридическая экспертиза в 1992 г. незаконным образом ухудшила его : министерствам и ведомствам было предоставлено право принимать правовые (а не только нормативные) акты о психиатрической помощи, а психиатрическим учреждениям было отказано в праве представлять права и законные интересы больных.

В 1998 г. в Минздраве России была создана комиссия по подготовке законопроекта «О внесении изменений и



дополнений в Закон РФ «О психиатрической помощи...», которая неуклонно вплоть до настоящего времени ухудшала Закон, возвращая вспять отечественную психиатрию. В 1999 г. комиссия предприняла попытку резко расширить границы статьи, дающей право на незамедлительную недобровольную госпитализацию. В формулировке, касающейся больных, представляющих «непосредственную опасность» для себя или окружающих, было предложено снять ключевое определение «непосредственную опасность», что делало статью резиновой. Для нас здесь важно подчеркнуть не столько сам отчетливо полицейский смысл этого предложения, сколько тот факт, что его поддержало большинство членов комиссии из лучших наших профессионалов-психиатров (И. Я. Гурович, В. П. Котов, В. Г. Ротштейн, В. А. Тихоненко). На наше возражение, что это противоречит приоритетам Конституции, последовала в самом деле все объясняющая реплика: «Конституцию можно переписать!». В результате открытого письма-протеста НПА России, поддержанного юристами, это изменение было снято. Однако при рассмотрении многих других статей каждый раз заново возникала та же самая дилемма: какого приоритета держаться при их рассмотрении — личности или государства? В комиссии преобладали «государственники», а самый активный из них представлял Государственный Центр им. Сербского. Это и предопределило тот факт, что законопроект «О внесении изменений и дополнений в Закон РФ «О психиатрической помощи...» отступил от многих демократических завоеваний.

В законопроекте существенно ограничена судебная процедура при проведении недобровольных мер, снята санкция врача на использование физического стеснения, снят запрет испытания медицинских средств и методов лечения на тяжелых психически больных, ограничиваются полномочия общественных организаций и т. п. После 2001 г. кулуарно внесено в законопроект еще одно грубое ухудшение: резко снижен уровень гарантий финансирования психиатрической помощи. Вместо того, чтобы выполнять свои обязательства, зафиксированные в Законе, власть руками послушной комиссии значительно сокращает их.

IV. Что касается отношения к общественному контролю в психиатрических стационарах, то здесь тенденции те же, что в области всех закрытых учреждений (пенитенциарных, детских, социального обеспечения и т. п.), а также психического здоровья (уровни суицидальности, наркотизации и т. п.), экологии и др. Это процесс постоянных попыток оттеснения, отторжения, игнорирования. Подобно устранению фигуры общественного защитника в судебном процессе, нависла реальная угроза правового закрепления резкого сокращения возможностей общественных организаций в сфере психиатрической помощи. С другой стороны, разработан законопроект «Об общественном контроле ...», создана секция «Психиатрия и права человека» в составе Экспертного Совета при Уполномоченном по правам человека Российской Федерации. Излагаемые в настоящей книге результаты мониторинга соблюдения прав пациентов психиатрических стационаров представляет первый опыт широкомасштабного общественного контроля в области психиатрии.

Итак, мы видим напряженную амбивалентную ситуацию по всем линиям развития. Следует учитывать исходное неравенство сил. Демократическим устремлениям противостоит 400-летняя традиция, которая воспитала даже оппозицию себе в своем духе: так называемый «большевизм на выворот». Однако это выражение несет в себе значительную долю провокационности. Оно пестует пустую иллюзию, что «большевизму» должна противостоять «зрелая демократия», тогда как последняя просто невозможна внутри страны с таким соседством и такой историей, как в России, без длительной совместной эволюции обеих членов этой полярной пары.

Подводя итог, можно сказать, что Россия с ее беспрецедентными социальными экспериментами на собственном народе доказала неборимость разнообразия природы, всегдашнюю потенцию для плюрализма, несостоятельность простых схем.

## **ПЕРВЫЙ ПРОЦЕСС ПО НЕДОБРОВОЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В РОССИИ В ЕВРОПЕЙСКОМ СУДЕ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА РОССИЙСКОЕ ПРАВОСУДИЕ**

*Л. Н. Виноградова, исполнительный директор Независимой психиатрической ассоциации России*

28 октября 2003 г. Европейский суд по правам человек в Страсбурге вынес решение по делу «Тамара Ракевич против России» — первому делу из России, связанному с психиатрией. Европейский суд решил, что в случае

Тамары Ракевич были нарушены параграфы 1 и 4 статьи 5 Европейской конвенции по правам человека, и обязал правительство Российской Федерации выплатить заявительнице три тысячи евро в качестве компенсации за причиненный ей моральный ущерб.

\* \* \*

26 сентября 1999 г. 42-летняя жительница Екатеринбурга Тамара Ракевич была недобровольно доставлена в городскую психиатрическую больницу № 26 бригадой «скорой помощи». «Скорую» вызвала ее подруга М., с которой они накануне вели жаркие споры по поводу толкования Библии. По словам подруги, Т. Ракевич была возбуждена, недоступна контакту, представляла опасность для себя и окружающих. Такие же записи сделали врачи «скорой помощи» и приемного покоя. Тамара утверждает, что никакой агрессии не выказывала.

Комиссия врачей, собравшаяся в течение 48 часов, признала стационарирование Т. Ракевич обоснованным, поставила предварительный диагноз «параноидная шизофрения» и направила документы в суд. Лечение было начато с первого же дня, хотя Т. Ракевич от него отказывалась.

Суд Орджоникидзевского района г. Екатеринбурга, который должен был в течение пяти дней в открытом судебном заседании рассмотреть заявление больницы и решить вопрос об обоснованности недобровольного лечения Ракевич, состоялся лишь 5 ноября, т. е., спустя почти 40 дней после стационарирования. Суд признал госпитализацию обоснованной и вынес решение о продолжении лечения. Решение суда было основано на заключении врачебной комиссии, с которым ни Т. Ракевич, ни ее адвокату не позволили ознакомиться. Суд учел также свидетельства коллег по работе, которые показали, что в последнее время с Т. Ракевич невозможно было сотрудничать, она постоянно писала жалобы, обвиняла сотрудников в предвзятом отношении. Главную свидетельницу поведения Ракевич в момент, непосредственно предшествующий стационарированию, ее приятельницу М., с которой она вела долгие религиозные споры, в суд не вызвали. Решение суда не было вручено ни Т. Ракевич, ни ее адвокату.

11 ноября Тамара Ракевич подала кассационную жалобу, в которой выражала свое несогласие с решением Орджоникидзевского суда. 24 декабря 1999 г. Свердловский областной суд отклонил кассационную жалобу Т. Ракевич, подтвердив, что стационарирование ее было обоснованным. Одновременно Свердловский облсуд признал, что основания для недобровольного лечения Ракевич отпали, однако это его решение не имело особого смысла, поскольку заявительница к тому времени уже была выписана из больницы.

В 2000 г. жалоба Ракевич, поданная в Европейский суд по правам человека благодаря помощи юристов региональной общественной организации «Сутяжник», была признана подлежащей рассмотрению, и Европейский суд начал переписку с ней и правительством РФ.

11 января 2002 г. Ракевич была освидетельствована по ее просьбе специалистами НПА России, которые на момент исследования не обнаружили у нее психотических расстройств, однако не смогли вынести свое мнение относительно обоснованности ее стационарирования 26 сентября 1999 г., поскольку не располагали медицинской документацией. На запрос, направленный с согласия Ракевич в Екатеринбургскую больницу № 26, главный врач М. А. Трешилов ответил, что «исходя из буквального толкования ст. 46 Закона о психиатрической помощи» он «не имеет права выслать выписку из истории болезни Т. Ракевич».

Надо сказать, что в запросе мы ссылались не только на ст. 46, дающую общественным организациям право осуществлять контроль за соблюдением прав и законных интересов граждан при оказании психиатрической помощи, но и на другие статьи Закона о психиатрической помощи и Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, в которых говорится о праве граждан непосредственно знакомиться со своей медицинской документацией, получать копии медицинских документов (ст. 31 Основ), а также о праве медицинского учреждения с согласия гражданина передавать сведения, составляющие медицинскую тайну, другим гражданам (ст. 61 Основ).

17 июня и 7 октября 2003 г. Европейский суд рассмотрел дело Ракевич и принял решение в пользу заявительницы.

\* \* \*

То, что случилось с Тамарой Ракевич, — во всех отношениях типично для России. Такие истории постоянно происходили по всей стране. Екатеринбург — первый город, где нашлись грамотные юристы, способные не только защищать права человека с психическими расстройствами внутри страны, но и организовать международную защиту.

В 1999 г. суды не соблюдали установленные законом сроки практически повсеместно. Не случайно первый специальный доклад Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации О. Миронова был посвящен соблюдению прав граждан, страдающих психическими расстройствами, и в нем, в частности, говорилось, что «больные зачастую находились в стационаре без санкции суда более месяца».

С тех пор ситуация значительно улучшилась. Однако, по результатам проведенного в мае-июне 2003 г. мониторинга соблюдения прав человека в психиатрических больницах РФ, по-прежнему есть регионы, где суды не соблюдают сроки рассмотрения дел по недобровольной госпитализации и проводят судебные заседания с грубыми нарушениями: в отсутствие прокурора, пациента и его законного представителя и т. п. Это Московская, Пензенская, Астраханская, Пермская области, Республики Карелия, Калмыкия, Бурятия, Краснодарский, Красноярский и Хабаровский края и др. По свидетельству некоторых главных врачей, напоминания судам о необходимости соблюдения сроков судебного разбирательства часто встречают грубый отпор: «Когда сможем, тогда и рассмотрим. Ваше дело лечить, и не вмешивайтесь».

Никому из недобровольно госпитализированных пациентов не вручают решение суда, таким образом, фактически лишают их возможности своевременного обжалования вынесенного решения. Ни госпитализированные граждане, ни их адвокаты не могут ознакомиться с медицинской документацией в подавляющем большинстве регионов страны. Врачи отказываются выдавать медицинские документы, ссылаясь на закон о психиатрической помощи (ст. 5 и 9), фактически увязывающий предоставление таких сведений с психическим состоянием пациента. По данным мониторинга, по крайней мере в 70% российских стационаров вся медицинская документация по-прежнему является тайной для пациента. Ее высылают только по запросу судебно-следственных органов и вышестоящих медицинских организаций.

Судебные разбирательства по недобровольной госпитализации обычно проходят стремительно: суды просто утверждают заключения врачей-психиатров о необходимости лечения и не только не вызывают свидетелей со стороны госпитализированного лица, но решают дело в отсутствие адвоката или законного представителя, а порой и самого пациента.

Случаи отказов судами психиатрическим стационарам в недобровольной госпитализации граждан по стране не превышают 1—2% от числа всех рассмотренных дел. Суды не хотят вникать в суть каждого дела и основывают свои решения целиком и полностью только на заключениях комиссий врачей-психиатров психиатрических клиник. Многие судьи фактически отказываются от всестороннего рассмотрения дел о недобровольной госпитализации, ссылаясь на отсутствие знаний в области психиатрии: «Мы все равно ничего в этом не понимаем, мы доверяем врачам». Между тем, согласно российскому законодательству, психиатр должен установить, есть ли у гражданина психическое расстройство и нуждается ли он в настоящее время в лечении. Вопрос о том, можно ли гражданина лечить недобровольно, — прерогатива суда, который должен состояться в первые семь дней после стационарирования.

\* \* \*

Судебное разбирательство в Европейском суде наглядно выявило пороки оформления недобровольной госпитализации в российской психиатрии. Представители правительства сосредоточились на доказывании того, что Ракевич была тяжело больна и в момент стационарирования представляла непосредственную опасность для себя и окружающих. Европейский суд принял доводы о болезни, не подвергая сомнению записи врачей, однако нашел в этом деле нарушения как российского, так и международного законодательства. Недобровольное содержание Ракевич в психиатрическом стационаре проводилось с нарушением ст. 34 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (сроки и процедура судебного разбирательства) и параграфа 4 ст. 5 Европейской конвенции по правам человека, требующего специального средства защиты права на свободу госпитализированного лица (в данном случае возможности Ракевич сразу после госпитализации обратиться в суд самостоятельно).

Очень характерными оказались ответы государства на претензии заявительницы. Так, признав нарушение сроков судебного разбирательства, Уполномоченный РФ при Европейском суде по правам человека П. Лаптев, заявил, что эта отсрочка не принесла никакого вреда здоровью пациентки. При этом здоровье трактуется как что-то чисто биологическое. Вопрос об ограничении свободы против воли человека не обсуждается. Объясняя, почему заявительнице и ее адвокату не представили возможность ознакомиться с заключением комиссии врачей-психиатров (которое было положено в основу судебного решения о недобровольном стационарировании и лечении), российские представители заявили, что эта информация могла усугубить ее состояние и что в силу своей болезни она не могла правильно истолковать эти сведения. Что касается требования заявительницы заслушать в суде свидетельницу М., то Лаптев, заявил, что в этом не было необходимости, поскольку «М. не является психиатром, и ее показания не добавят ничего существенного», — довод, игнорирующий необходимость для недобровольного стационарирования достаточных оснований не

только медицинского характера, но и обоснования опасности, беспомощности и т. п.

Вынесенное Европейским судом решение — хороший урок как для российской судебной системы, так и для психиатров. Хотя в данном случае виноват прежде всего суд, а не психиатры, фактически именно последних обвинили в том, что они незаконно лечили человека в течение нескольких недель. Обвинения были прежде всего в российских СМИ. Европейский суд конкретных виновников не указывал.

Кроме того, было показано, что наш российский закон, который некоторые психиатры ругают за излишний демократизм, не позволяющий им лечить пациентов, на самом деле далек от полного соответствия международным стандартам. Будучи инструментом индивидуальной защиты, Европейский суд обратил внимание на то, что российское законодательство не предоставляет лицу, недобровольно помещенному в психиатрическое учреждение, права самостоятельно обратиться в суд с вопросом о законности помещения в психиатрическую больницу. Согласно ч. 2 ст. 33 Закона, «заявление о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке подается в суд представителем психиатрического учреждения, в котором находится лицо». Пациенту такое право не предоставлено.

Судебной власти указали на то, что необходимо строго соблюдать установленные законом сроки, проводить судебные разбирательства как состязательный процесс сторон (несмотря на то, что одна из сторон страдает психическим расстройством), с соблюдением всех правил и обосновывать свои решения о недобровольной госпитализации, т. е., насильственном лишении человека свободы, подробными указаниями не только на болезнь пациента, но и на соответствие основаниям недобровольной госпитализации, изложенным в Законе о психиатрической помощи.

Недобровольная госпитализация Ракевич произошла в 1999 г. Как уже говорилось, в то время случай этот был абсолютно типичным. Нарушение сроков и процедуры судебного разбирательства встречаются и сегодня, однако уже есть регионы, где суды по недобровольной госпитализации проходят с соблюдением всех необходимых требований, с участием прокурора и адвоката или законного представителя пациента, заслушиванием свидетелей и т. п. И хотя количество отказов больницам в недобровольных госпитализациях не превышает 1—2% по стране, эта цифра начинает расти, что говорит о более внимательном отношении судов к рассмотрению дел по применению недобровольных мер в психиатрии.

Но все это касается случаев, где пациент возражает против госпитализации, и она оформляется как недобровольная с последующим направлением больницей заявления в суд. А как быть, если госпитализация оформлена как добровольная? Если пациент в приемном покое или позже в отделении подписал согласие на стационарирование и лечение? Между тем согласно результатам проведенного мониторинга, в большинстве психиатрических больниц России более 95% пациентов лечатся добровольно.

Вот один из типичных случаев такой «добровольной» госпитализации, произошедший в 2002 г. в Екатеринбурге, спустя три года после стационарирования Ракевич.

\* \* \*

Гражданин Самсонов (фамилия изменена), курсант Нижнетагильской школы МВД, 14 октября 2002 г. был без объяснений отстранен от занятий, а 17 октября 2002 г. доставлен в Свердловскую областную ПБ «на обследование». Представители школы МВД утверждали, что у Самсонова было неадекватное поведение, он требовал повышения по службе, говорил, что «слышит голос Бога», разговаривал с ним. Самсонов полагал, что причиной стационарирования явилось неприязненное отношение к нему руководства курса вследствие происшедшей драки, в которой он участвовал.

В больнице Самсонову в присутствии сопровождающих его лиц, а именно начальника санчасти и командира взвода, предложили подписать бумагу о согласии на стационарирование и лечение. Самсонов полагал, что его проверят и, убедившись, что он здоров, отпустят. Он не хотел оставаться в больнице, но сопровождающие его офицеры сказали, что он пробудет там два дня, необходимых для обследования, и Самсонов не мог не подчиниться приказам офицеров.

Сразу по приходу в отделение с Самсоновым побеседовал врач, и ему без объяснений стали делать уколы, от которых ему было плохо, сводило мышцы, он не мог есть, вставать и т. п. Самсонов просил изменить ему лечение, однако это было сделано не сразу. 21 октября в Свердловскую областную больницу прибыли родители Самсонова, которым сообщили о случившемся. В больнице родителям сказали, что у их сына имеются серьезные отклонения, и он нуждается в длительном лечении. При этом их не ознакомили ни с выводами врачебной комиссии, осматривавшей сына, ни с диагнозом, ни с необходимым лечением.

Родители от лечения сына в Свердловской больнице отказались и увезли его в Пермскую больницу, по месту постоянной регистрации, где провели необходимые исследования, а затем обратились в суд с жалобой на

действия врачей Свердловской областной психиатрической больницы.

Дело слушалось в Кудымкарском городском суде Коми-Пермяцкого автономного округа. К этому времени в Европейском суде уже прошли первые слушания по делу Ракевич, и российские суды стали более внимательно относиться к делам о применении недобровольных мер в психиатрии. Еще несколько месяцев назад рассмотрение такого дела в суде было практически невозможно, поскольку пациент дал согласие на лечение. В данном случае Кудымкарский суд внимательно изучил ситуацию, исследовал медицинскую документацию и допросил свидетелей, после чего 15 сентября 2003 г. вынес следующее решение:

1) «Дача согласия на госпитализацию Самсоновым, курсантом, давшим присягу, в присутствии двоих вышестоящих офицеров своей школы, судом расценивается как данное под принуждением и не отражающее волеизъявление самого Самсонова».

2) «... из объяснений Самсонова следует, что врач объяснила, что его обследуют два дня, а лечить не будут... объяснения Самсонова подтверждаются и записями в амбулаторной карте стационарного больного, в которой отсутствуют сведения о разъяснении его прав». В связи с этим, «суд считает, что согласие Самсоновым дано под влиянием заблуждения и в нарушение ст. 5 п. 3 Закона (получение информации о своих правах) ему не разъяснены его права».

3) «Как установлено в суде, Самсонову, чье сознание не помрачено и он ориентирован всесторонне, информация о характере его расстройства, целях, методах лечения, а также болевых ощущениях не предоставлена»

4) «Согласно ст. 12 Закона, лицо, страдающее психическим расстройством... имеет право отказаться от предлагаемого лечения или прекратить его. Как следует из объяснений Самсонова, ему было плохо после уколов, он просил не делать уколы, но ему их делали, вводили под руки, что подтверждается и записями в амбулаторной карте от 19 октября 2002 г., в которой отмечено, что Самсонов во время утренних назначений сказал, что таблетки выпьет, а уколы делать не будет. С помощью больных был приведен в процедурный кабинет, откуда еще несколько раз пытался уйти... При таких обстоятельствах суд считает, что Самсонов был помещен в Свердловскую областную клиническую больницу и находился на лечении с нарушением требований Закона «О психиатрической помощи...».

Кроме того, суд отметил, что «ответчиком не представлено доказательств необходимости экстренной госпитализации Самсонова, и в амбулаторной карте указано, что его сознание не помрачено, ориентирован всесторонне и правильно».

В результате суд постановил:

«Признать действия должностных лиц Свердловской областной клинической психиатрической больницы в отношении Самсонова незаконными и обязать выплатить компенсацию морального вреда» в размере 15 000 рублей.

Однако врачи не согласились с решением суда: ведь пациент был болен и дал согласие. Кассационная инстанция — Суд Коми-Пермяцкого автономного округа — оставил в силе определение

Кудымкарского районного суда, отметив что «не было необходимости в экстренной госпитализации Самсонова, поскольку его поведение не создавало непосредственную опасность для себя и окружающих, он не был беспомощным. Сознание не было помрачено, он был всесторонне и правильно ориентирован, а неотложная психиатрическая помощь могла быть оказана не в стационарных условиях».

Это справедливое решение суда, характеризующее его победу над собственной косностью, безусловно, самым непосредственным образом связано с делом Тамары Ракевич. Достаточно было Европейскому суду продемонстрировать образец судебного разбирательства случаев недобровольной госпитализации и указать российским судам на несовершенство их работы, как сразу выяснилось, что российские суды тоже могут быть объективными и беспристрастными и выносить справедливые решения в пользу пациентов. А вскоре Пленум Верховного Суда Российской Федерации в своем Постановлении от 19 декабря 2003 г. разъяснил судам, что при принятии решения следует учитывать «постановления Европейского Суда по правам человека, в которых дано толкование положений Конвенции о защите прав человека и основных свобод, подлежащих применению в данном деле».

Итак, дело Т. Ракевич очередной раз подтвердило, что европейские стандарты требуют жесткого судебного контроля за применением недобровольных мер в психиатрии. В России такой контроль пока недостаточно эффективен. Обращение в Европейский Суд — не самый быстрый, но действенный механизм защиты нарушенных прав, и российские правозащитники научились им пользоваться. В стране созданы десятки правозащитных организаций, специализирующихся на международной защите прав граждан. В них работают грамотные юристы, многие из которых прошли стажировку на Западе и хорошо разбираются в европейском законодательстве.

Сейчас Россия лидирует по количеству жалоб, поданных в Европейский Суд по правам человека, занимая второе место после Турции. И наверняка будет еще много дел, связанных с психиатрией. Особенно, если будет утвержден законопроект «О внесении изменений и дополнений в Закон РФ «О психиатрической помощи...», существенно ограничивающий использование судебной процедуры при применении недобровольных мер, и продолжится наступление на независимую экспертизу. Ведь все это лишает человека права на справедливую защиту в суде.

## **СОБЛЮДЕНИЕ ПРАВ ЧЕЛОВЕКА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ**

### **ПРАВА ЛИЦ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**

*В. Е. Пелипас, к. м. н., руководитель отделения социальных и правовых проблем наркологии Национального научного центра наркологии МЗ РФ И. О. Соломоницина, к. ю. н., старший научный сотрудник отделения социальных и правовых проблем наркологии Национального научного центра наркологии МЗ РФ*

Правовое положение больных наркологического профиля проделало в последнее десятилетие значительную эволюцию в направлении расширения объема прав, восстановления ранее утраченных прав, изменения баланса прав и обязанностей в пользу первых и приближения к статусу общесоматических больных. Поэтому рассмотрение особенностей актуального статуса наркологических больных наиболее целесообразно в контексте истории изъятия их прав и санкционирования в отношении них правовых ограничений в относительно недавнем советском прошлом.

К законодательным актам прошлых лет, определяющим основы правовых отношений в рассматриваемой сфере, следует отнести Конституцию СССР 1977 г., «Основы законодательства СССР о здравоохранении», принятые в 1969 г., Закон РСФСР «О здравоохранении» 1971 г., Указы Президиума Верховного Совета РСФСР «О принудительном лечении и трудовом перевоспитании больных наркоманией» (1972) и «О принудительном лечении и трудовом перевоспитании хронических алкоголиков» (1974).

«Основы законодательства СССР о здравоохранении» провозглашали право граждан на охрану здоровья и возлагали обязанность охранять здоровье населения на все государственные органы и общественные организации (ст. 3). Этим же законом хронический алкоголизм и наркомания были отнесены к заболеваниям, представляющим опасность для окружающих (наряду с карантинными инфекциями, лепрой, венерическими и некоторыми другими заболеваниями). Одновременно провозглашалось, что законодательством СССР и союзных республик могут устанавливаться случаи и порядок принудительного лечения и принудительной госпитализации лиц, страдающих этими заболеваниями.

В развитие этих положений статья 58 Закона РСФСР «О здравоохранении» предусматривала обязательное диспансерное наблюдение и лечение лиц, больных хроническим алкоголизмом или наркоманией, а в случае отказа от добровольного лечения — их принудительное лечение в так называемых лечебно-трудовых профилакториях (ЛТП) системы Министерства внутренних дел. Таким образом, в законодательстве тех лет была зафиксирована особая специфика гражданского и медицинского статуса наркологических больных.

Статья 42 Конституции СССР 1977 г. закрепила право граждан на охрану своего здоровья и обязанность охранять его государством вместе с общественными организациями.

Из этих законодательных актов последовательно вытекали соответствующие нормативные правовые документы. Особенностью регулирования правовых отношений в проблемной сфере было то, что они

разрешались главным образом органами исполнительной власти — постановлениями, инструкциями Совета Министров СССР и РСФСР, приказами министерств здравоохранения, внутренних дел и других ведомств, на которые ложилась в то время основная нагрузка в сфере алкогольной и антинаркотической политики.

В частности, правовое положение лиц, находящихся на принудительном лечении в ЛТП, было схоже с правовым положением лиц, отбывающих наказание за совершение уголовного преступления, а сам режим пребывания в ЛТП был близок к режиму исправительно-трудовых учреждений. Например, за незаконную передачу запрещенных предметов лицам, содержащимся в ЛТП, следственных изоляторах и исправительно-трудовых учреждениях, предусматривалась уголовная ответственность равной строгости. Побег из ЛТП, равно как и с пути следования туда, приравнивался по тяжести общественной опасности к побегу уголовного преступника с места ссылки и грозил наказанием в 1 год лишения свободы. В отношении лиц, содержащихся в ЛТП, как и в отношении осужденных к лишению свободы правонарушителей, действовала схема упрощенного бракоразводного процесса.

Первоначально в ЛТП должны были направляться больные алкоголизмом и наркоманией, «уклоняющиеся от лечения, или продолжающие пьянствовать после лечения, нарушающие трудовую дисциплину или правила социалистического общежития», несмотря на принятые к ним меры дисциплинарного, общественного или административного воздействия. В дальнейшем большинство перечисленных квалифицирующих признаков из нормативно-правовых документов исчезло, и направление в ЛТП грозило любому лицу с диагнозом «хронический алкоголизм» или «наркомания», формально уклоняющемуся от добровольного лечения.

Фактически ЛТП были трудовыми лагерями — с военизированной охраной, режимом исправительного учреждения и принудительным трудом. ЛТП служили средством изоляции наркологических больных, а нередко и лиц, злоупотребляющих ПАВ без явлений зависимости, от остального общества, а также источником дешевого труда.

Согласно Инструкции МВД 1987 г. о работе ЛТП, в трудовых книжках лиц, освобождаемых из ЛТП, делалась запись о времени их нахождения там. Хотя Инструкцией предусматривалось, что условия труда в ЛТП регулируются законодательством о труде, в отношении лиц, лечившихся там, делались серьезные изъятия из трудового законодательства. Например, на содержащихся в ЛТП не распространялось законодательство о трудовом договоре, отпусках, дисциплинарных взысканиях, порядке разрешения трудовых споров, уплате взносов на социальное страхование. Как и при отбывании уголовного наказания, закон предусматривал возможность сокращения срока пребывания в ЛТП, но она не распространялась на лиц, повторно направленных в ЛТП.

Существенным ограничением прав наркологических больных было лишение их возможности обжаловать решение суда о направлении в ЛТП, о продлении или сокращении срока пребывания там в судебном порядке. Участие адвоката в делах о направлении в ЛТП не предусматривалось. Не было также оговорено, что данные решения суда могут быть опротестованы в порядке надзора.

Эффективность такого лечения была крайне низкой. Подавляющее большинство лиц, прошедших через ЛТП, начинали снова злоупотреблять алкоголем или наркотиками в первые три месяца после освобождения. Многие из них попадали в ЛТП повторно и по несколько раз. Проводившиеся исследования показали, что пребывание в ЛТП значительно ускоряло и усугубляло процесс десоциализации больных наркологического профиля (распад семьи, потеря жилья, работы, криминализация поведения, судимости и др.) по сравнению с теми из них, кто избежал попадания в это учреждение.

Со второй половины 70-х гг. прошлого века эти учреждения стали массовыми. К 1987 г. через «трудовое перевоспитание» в них прошли 1,5 млн лиц, злоупотреблявших ПАВ. В 1989 г. в СССР было 314 ЛТП с общим лимитом наполнения (число мест) около 300 тыс. человек. В конце 80-х гг. на фоне демократических процессов, происходивших в обществе, в ЛТП стали случаться массовые отказы больных от выхода на работу, разгромы цехов, поджоги барачных корпусов. За один 1989 год в ЛТП произошли 200 бунтов, в т. ч. 20 — с захватом заложников и прорывом больных за ограждение.

\* \* \*

В 1979 г. Минздравом СССР была утверждена Инструкция «О порядке сообщения сведений о психическом состоянии граждан». Этой Инструкцией запрещалось сообщение кому-либо подобных сведений о психических больных и их диагнозах, за исключением следственных и судебных органов, психиатрических учреждений. Такое положение соответствовало обязанности медицинских работников сохранять врачебную тайну. Однако в Инструкции отмечалось, что она распространяется на больных хроническим алкоголизмом, токсикоманиями, наркоманиями только в случаях, когда больные критически относятся к своему состоянию, имеют твердые установки на лечение и аккуратно выполняют все врачебные назначения. Следовательно, при невыполнении больными этих условий врачи освобождались от обязанности сохранения врачебной тайны. Таким образом,

нравственный и служебный долг врача ставился в зависимость от поведения больного. Если учесть, что нескритичность к своему состоянию является специфическим симптомом наркологического заболевания (анозогнозия), то практически никто из больных, обратившихся за помощью в наркологическую службу, не мог рассчитывать на сохранение врачебной тайны. Уже одно это ставило больных алкоголизмом и наркоманией в положение больных «второго сорта».

Инструкция «О порядке выявления и учета лиц, допускающих немедицинское потребление наркотических или других средств, влекущих одурманивание, оформления и направления на принудительное лечение больных наркоманией», утвержденная совместно Минздравом СССР и МВД СССР в 1988 г., допускала возможность обжалования обоснованности установления диагнозов «наркомания», «токсикомания» в вышестоящий орган здравоохранения. Что касается возможности обжалования диагноза в суд, то об этом в то время и речи быть не могло.

Широкое распространение в те же годы получила концепция дешевой, самокупаемой, так называемой «промышленной наркологии», активно насаждавшей практику «трудового перевоспитания» наркологических больных, не совершивших правонарушения, в течение пребывания (до трех-шести месяцев) в стационарах при промпредприятиях в ущерб реальной медико-психологической и социальной помощи больным и их семьям.

В какой-то степени наличие наркологического заболевания могло повлиять на возможность осуществления гражданином политических прав, в частности, права избирать. Так, в соответствии с пунктом 3 статьи 32 Конституции СССР, активного и пассивного избирательного права были лишены граждане, содержащиеся в местах лишения свободы. При совершении преступления лицом, состоявшим на учете в наркологическом диспансере, обычно назначалось принудительное лечение от алкоголизма или наркомании, которое в основном проводилось в местах лишения свободы. Поэтому, указанным лицам было предопределено уголовное наказание в виде лишения свободы. Лицо же не имеющее наркологического диагноза при прочих равных условиях могло быть подвергнуто более мягкому и даже условному наказанию, остаться на свободе и сохранить свои избирательные права. Таким образом, наркологическое заболевание фактически обуславливало лишение избирательных прав при совершении преступления.

Следует также сказать, что больные наркологического профиля не имели прав на получение листа временной нетрудоспособности по основному заболеванию, не говоря уже об инвалидности, получение которой в связи с наркологическим диагнозом и в настоящее время невозможно.

В целом анализ нормативной базы советского периода, касающейся наркологических больных, свидетельствует не столько о намерении реализовать их законное право на охрану здоровья, сколько о стремлении оградить общество от больных. Больной приравнивался к правонарушителю, изолировался, подвергался исправлению и перевоспитанию с помощью «трудотерапии». Борьба с алкоголизмом и наркоманией зачастую принимала форму борьбы с больными, которые провозглашались социально-опасными «элементами», а методы лечения служили средством пресечения их возможного асоциального поведения.

В постсоветское время были предприняты попытки демократизировать подходы к рассматриваемой сфере общественных отношений. Возобладало мнение, что унижение человеческого достоинства, сужение правового статуса гражданина на основании болезни, лишение его правовой защиты не могут быть оправданы задачами борьбы с наркологическими заболеваниями. Постулировалась необходимость руководствоваться взвешенными принципами регулирования взаимоотношений общества и наркологических больных, в частности отказаться от представлений о возможности «наказания» за болезнь и насильственного лечения, как противоречащих не только правовым, но и этическим ценностям.

Конституция Российской Федерации 1993 г. провозгласила (ст. 41) безоговорочное право каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь. При этом было предусмотрено бесплатное оказание медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях. Эти положения касаются и наркологических больных. О путях реализации гарантированных прав граждан дают представление последующие нормативные акты.

Так, в 1993 г. Верховным Советом РФ была утверждена «Концепция государственной политики по контролю за наркотиками в Российской Федерации». Этот документ, не будучи законом, по существу не менял правового положения наркологических больных, но он декларировал намерения и пожелания высших органов власти на определенные изменения. При этом в Концепции очевидны гуманистические стремления. В частности, отмечалась необходимость соблюдения сбалансированного применения принудительных и воспитательных мер, подчеркивалось предпочтение косвенного и опосредованного воздействия на потенциальных потребителей наркотических средств, стремление к постепенному изменению социально-культурных стереотипов. В качестве меры по восстановлению здоровья наркологических больных предлагалось образовать государственный фонд социальной поддержки и реабилитации наркоманов. Для лиц, совершивших малозначительные деяния, связанные с наркотиками, рекомендовалось лечение вместо наказания. Ничего из этого не было реализовано.

Шагом вперед в этом же направлении явился Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав



граждан при ее оказании», действующий с 1 января 1993 г. Закон декларирует обширный перечень прав психических больных, в частности добровольность обращения за психиатрической помощью; получение информации о своих правах; сохранение врачебной тайны; необходимость письменного согласия на лечение; право на отказ или прекращение лечения и другие. Соблюдение этих прав гарантировалось правом лица на обжалование действий по оказанию ему психиатрической помощи в суд, в вышестоящий орган или прокуратуру.

Формально этот закон не имеет отношения к наркологии; в нем нет упоминания о наркологических больных, наркологическом стационаре, враче психиатре-наркологе; закон никакими правами наркологических больных не наделяет и не регламентирует оказание наркологической помощи. Поэтому применение его для регулирования правовых отношений в сфере оказания наркологической помощи с формально юридической точки зрения неправомерно. Однако судебные прецеденты и лечебная практика, как наркологическая, так и психиатрическая, говорят о том, что этот закон применяется де-факто с момента его принятия, причем как закон прямого действия. Это связано в значительной степени с тем, что разделение наркологической и психиатрической помощи на практике во многих случаях невозможно. Естественно, что в случаях, когда оказание наркологической помощи сопряжено с оказанием психиатрической помощи или перерастает в нее (в частности, при психотических состояниях), на больных распространяются безоговорочно все положения закона об их правах, а также о возможностях и пределах оказания недобровольной наркологической помощи (госпитализация, недобровольное освидетельствование, задержка в стационаре и проч.).

Права больных, предусмотренные законом «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» целиком вобрали в себя принятые в июле 1993 г. «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (далее — Основы), содержащие полный перечень прав граждан в этой сфере. Очень важной в Основах является статья 17, которая гарантирует гражданам защиту от любых форм дискриминации по признаку наличия заболевания. Это положение практически сводило на нет многие ранее установленные нормы в отношении наркологических больных.

Согласно Основам правовое положение лица при оказании ему медицинской помощи определяется, в частности, правами: на сохранение в тайне информации о состоянии его здоровья и диагнозе; на добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство и отказ от него; на получение информации о состоянии своего здоровья; на пользование услугами адвоката, а также на обращение к вышестоящим должностным лицам либо в суд в случае нарушения каких-либо его прав и проч. Принципиально важно, что Основами регламентированы все возможные исключения из правила сохранения врачебной тайны и случаи применения недобровольного медицинского вмешательства (опасность для окружающих, тяжелая психическая патология и общественно опасное деяние).

Больным алкоголизмом или наркоманией Основами не придан особый правовой статус, и поэтому все положения, содержащиеся в этом законе, относятся к ним так же, как и к другим категориям больных. Вместе с тем, до настоящего времени не решен вопрос о том, войдут ли алкоголизм, наркомания и токсикомания в утверждаемые Правительством перечни социально-значимых заболеваний либо заболеваний, представляющих опасность для окружающих. Для этих категорий больных Основами (статьи 41, 42) предусмотрены определенные виды и объемы медико-социальной помощи. Однако указанные перечни все еще не составлены. Возможно, это связано с тем, что в названных статьях Основ для лиц, страдающих социально-значимыми и опасными для окружающих заболеваниями, установлены льготы при оказании медико-социальной помощи, в т. ч. льготы в предоставлении жилья для страдающих заболеваниями, опасными для окружающих. Есть основания полагать, что в обозримой перспективе предоставление льгот наркологическим больным на практике реализовано не будет.

С введением в действие Основ были отменены все противоречащие им ранее изданные нормативные акты в этой области. Кроме того, в июле 1993 г. Верховным Советом РФ было принято Постановление «О порядке введения в действие Закона РФ «Об учреждениях и органах, исполняющих уголовные наказания в виде лишения свободы», которым была предусмотрена ликвидация системы ЛТП с 1 июля 1994 г.

Таким образом, к середине 90-х гг. в российском законодательстве отсутствовали какие-либо правовые основания к назначению и применению в отношении больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией прежних репрессивных мер в виде изоляции в лечебно-трудовые профилактории и обязательного диспансерного учета, предполагавшего целый ряд правовых ограничений и бесцеремонное вторжение в частную жизнь больных.

Однако, несмотря на все достоинства рассмотренных правовых актов 1993—1994 гг., их прогрессивность по сравнению с предшествующим российским законодательством, они, к сожалению, не способствовали детальному пересмотру всей нормативной базы, касающейся наркологических больных. Никаких правовых гарантий защиты прав наркологических больных, их уравнивания в правах с другими больными — психиатрического или хотя бы сомато-неврологического профиля — не было создано. Ситуация неопределенности в этом смысле была законсервирована и в таком виде сохраняется до настоящего времени. Точка невозвращения к репрессивной политике еще не пройдена.

В этой связи нельзя не остановиться на затянувшейся дискуссии о необходимости дополнить Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» положениями о его распространении на оказание наркологической помощи либо принять специальный закон о наркологической помощи.

Сторонники первого подхода справедливо, с нашей точки зрения, настаивают на единстве и неразрывной связи психиатрии и наркологии. Группа наркологических заболеваний относится к экзогенным психическим расстройствам и именно в таком качестве является неотъемлемой частью психиатрии. Наркология пользуется теми же методами и средствами диагностики и лечения, что и психиатрия. Подготовка специалистов по наркологии ведется на основе базовых знаний по психиатрии. Четких клинических критериев разделения наркологических и психиатрических заболеваний не существует, поскольку синдром зависимости сам по себе является психическим расстройством, а у больных наркологического профиля всегда в той или иной степени выраженности отмечаются психопатологические расстройства (аффективно-волевые, когнитивные, невротические, патохарактерологические, поведенческие и проч.). Наркологические заболевания, как и многие психические болезни, носят системный, процессуальный и прогрессивный характер. Неблагоприятно протекающие наркологические заболевания включают регистр психотических состояний, острых или хронических, а исходом их становится тяжелая психическая патология (деградация личности, энцефалопатия, слабоумие), инвалидизирующая больного.

Неразрывность психиатрии и наркологии, психиатрических и наркологических заболеваний находит свое естественное отражение в структуре учебников и руководств по психиатрии всех известных национальных школ, а также во всех известных классификациях психических расстройств, включая «Международную классификацию болезней» ВОЗ, принятую Минздравом России, в которой алкоголизм, наркомания и злоупотребление ПАВ с вредными последствиями рассматриваются в классе психических заболеваний и поведенческих расстройств. Что касается разделения психиатрической и наркологической служб (выделение наркологической службы из психиатрической) в Российской Федерации с 1976 г., то произошло это не по каким-то принципиальным основаниям, а по причинам организационно-методического характера и преследовало лишь цели улучшить управление психиатрической помощью населению и стимулировать развитие наркологии в условиях роста распространенности алкоголизма.

Все это говорит о целесообразности регламентации наркологической помощи в рамках Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав личности при ее оказании». Наркологической помощью реально существует как бы в трех ипостасях: общепсихиатрической, узко наркологической и общесоматической, но это вовсе не значит, что правовые отношения, возникающие при оказании ему медицинской помощи должны описываться тремя разными законами; например, утром (похмельный синдром) — законом о наркологии, днем (соматические жалобы) — законом о здравоохранении, а вечером (предделириозное состояние) — законом о психиатрии.

Противники «психиатрического подхода» к наркологической помощи ссылаются обычно на два разных, противоречащих друг другу аргумента.

Согласно одному из них, наркологическая патология за исключением психотических случаев в массе своей лишена психиатрической специфичности, поэтому наркологическая помощь вполне может регулироваться общемедицинским законодательством — «Основами» и, возможно, другими федеральными законами, принятыми в их развитие. Такая позиция, отказывающаяся от специфичности, полностью противоречит медико-биологическим основам формирования зависимости, игнорирует клиническую картину наркологических заболеваний и потому не выдерживает критики.

Согласно другому аргументу, наркологическая патология и особенности оказания наркологической помощи именно в силу своей специфики не совпадают в полной мере со сферой действия Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Поэтому необходимо разработать отдельный закон о наркологической помощи. Причем, говоря об особой специфичности наркологического контингента больных, обычно подразумевают социальную составляющую наркопатологии, — поведенческие расстройства и повышенную делинквентность.

Этот аргумент также несостоятельный. Специфика наркологии, именно психиатрическая (то, что объединяет ее с психиатрией), — анозогнозия у больных, неизбежность патернализма в отношении значительной части больных, необходимость применения в определенных случаях понуждения и принуждения к лечению, высокий риск делинквентного поведения (впрочем не выше, чем в некоторых других группах психической патологии). Поиски какой-то другой специфики наркологического контингента или новой его идентичности — это скрытая ностальгия по бессмысленному и расточительному репрессивному законодательству в отношении наркологических больных, поиск его теоретического обоснования, стремление к игнорированию гражданских прав больных, и в конечном счете отказ от концепции алкоголизма и наркомании (токсикомании) как болезни.

Необходимость распространения юрисдикции Закона «О психиатрической помощи...» на наркологических

больных связана с тем, что Закон не только предлагает научно обоснованные клинико-социальные критерии оказания недобровольной психиатрической помощи, но также подробно регламентирует порядок недобровольной госпитализации под углом зрения защиты прав больных. Дело не в отказе от недобровольности как таковой применительно к наркологическому контингенту, а в строгом законодательном регулировании всех недобровольных мер и контроле за их применением, что представляется нам первостепенным вопросом защиты прав наркологических больных. И в этом отношении психически больные сегодня значительно лучше защищены, чем больные наркологического профиля, права которых ни в одном законодательном акте специально не оговорены.

Однако перспектива внесения соответствующих дополнений и изменений в Закон «О психиатрической помощи...» сегодня представляется маловероятной. Законодатель проделал в этом вопросе определенную эволюцию. Если в начале 90-х гг., например, на момент принятия УК РФ, он не различал психиатрию и наркологию, то в настоящее время он, скорее, склонен широко разводить эти понятия. По крайней мере попытка в 2002 г. включить в текст переработанного варианта Закона указание о распространении его юрисдикции на лиц с психическими расстройствами, вызванными злоупотреблением психоактивными веществами, не вызвало понимания ни в аппарате Правительства, ни у законодателей.

Следующей вехой в истории формирования современного правового статуса наркологических больных явился Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах», вступивший в действие с апреля 1998 г. Трудно переоценить роль этого закона в установлении правовых основ государственной политики в сфере регулирования легального оборота наркотических средств и психотропных веществ и противодействия их нелегальному обороту. Однако в сфере защиты прав больных наркоманией этот закон сыграл, скорее, негативную роль. По сравнению с Основами это был объективно шаг назад. В ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» включена глава 7 «Наркологическая помощь больным наркоманией», содержащая всего 4 статьи, что конечно нельзя считать достаточным, тем более, что некоторые нормы имеют к тому же отсылочный характер.

Вызывают критику и конкретные правовые нормы, содержащиеся в законе. Прежде всего возврат в правовое поле нормы о принудительном лечении. Пунктом 3 статьи 54 предусматривается назначение по решению суда принудительных мер медицинского характера больным наркоманией, находящимся под медицинским наблюдением и продолжающим потреблять наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача или уклоняющиеся от лечения. В норме указано, что такие меры предусмотрены российским законодательством, однако, как известно, такой подход еще не получил своего отражения в законодательстве. С учетом того, что названное положение длительный период остается не обеспеченным, можно сделать вывод, что законодатель поспешил закрепить свою позицию, которая входила в противоречие с правами больных на добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от него, гарантированными в Основах, чем выразил свое отношение к правам наркологических больных.

Пункт 1 статьи 54 закона говорит о гарантиях оказания больным наркоманией наркологической помощи, в которую включены обследование, консультирование, диагностика, лечение и медико-социальная реабилитация. Однако до настоящего времени эта норма не обеспечена соответствующим финансированием, и значительная часть больных наркоманией, даже в государственных и муниципальных наркологических учреждениях, получают помощь на платной основе, особенно в сфере реабилитационных услуг.

В пункте 2 статьи 55 того же Закона указано, что лечение больных наркоманией проводится только в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения. Целесообразность такого ограничения сомнительна, так как пунктом 1 этой же статьи учреждениям частной системы здравоохранения разрешены диагностика наркомании, обследование, консультирование и медико-социальная реабилитация больных наркоманией, что неразрывно связано с лечением.

Сторонники запрета на лечение наркомании для частных структур ссылаются на положение о бесплатной медицинской помощи для граждан, страдающих социально-значимыми или представляющими опасность для окружающих заболеваниями, предусмотренные упоминавшимися выше статьями 41, 42 Основ. Но такие ссылки не соответствуют действительности в полной мере, поскольку, как отмечалось, перечень таких заболеваний не утвержден. Только с его утверждением и включением в него наркологических заболеваний можно сослаться на определенные льготы при оказании медицинской помощи.

Кроме того, в запрете частнопрактикующим врачам лечить больных наркоманией усматривается определенное ущемление права этих больных на медицинскую помощь. Говорить о полном объеме обеспечения этого права можно только в случае, если государственная и муниципальная системы здравоохранения гарантируют больным наркоманией своевременную, эффективную, исчерпывающую медицинскую помощь. В условиях, когда такой помощи не предоставляется, больной вынужден обращаться к частнопрактикующим врачам, чьи услуги, с учетом указанного запрета, оплачиваются в повышенном размере (так называемая «плата за риск»). С другой стороны, указанный запрет нарушает право больного на выбор врача и лечебного учреждения, привязывая его к определенным государственным или муниципальным учреждениям и практикуемым в них методикам лечения.

В соответствии с пунктом 6 ст. 31 закона «О наркотических средствах и психотропных веществах» запрещено лечение наркомании наркотическими средствами и психотропными веществами. Это создает значительные трудности в лечении некоторых больных наркоманией, например, в случаях наркомании у новорожденных или тяжелых многолетних форм наркоманий, а также обрекает некоторых больных на ненужные, противоречащие психиатрической деонтологии (врачебной этики) страдания в ходе лечения. В данном случае речь также идет об ограничении права больных на медицинскую помощь. Кроме того, законодательный запрет на применение наркотиков в лечении больных наркоманией отсекает значительную группу больных от заместительной терапии, широко применяемой во всем мире и поддерживаемой ВОЗ и другими авторитетными международными организациями как эффективное средство профилактики ВИЧ-инфицирования. Можно по-разному относиться к применению наркотиков в лечении больных наркоманией, можно критиковать и воздерживаться от соответствующих методов, однако нельзя не признать, что законодательный запрет не лучший способ разрешения научных медицинских споров.

Следует упомянуть также о статье 50 указанного закона, которая предусматривает «установление наблюдения за ходом социальной реабилитации» лиц, совершивших преступления, связанные с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров — веществ, используемых для приготовления наркотиков. Речь идет о запрете для таких лиц посещать определенные места, ограничении их пребывания вне дома после определенного времени суток, выезда в другие местности без разрешения органов внутренних дел. В сущности это административный надзор, который распространяется и на больных наркоманией, освобожденных из заключения. Для них, по-видимому, следовало бы предусмотреть какие-то исключения из общих правил с тем, чтобы режим административного надзора не противоречил их медико-социальной реабилитации.

Действующее уголовное законодательство не предусматривает ответственности за незаконное потребление наркотических веществ, однако дискуссия об актуальности этой меры не прекращается. Отражением этого явилась статья 40 ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах», в которой прямо говорится о запрете в РФ потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача. В статье не предусматриваются конкретных санкций за нарушение этого запрета, но ее можно рассматривать в качестве подтверждения тенденции к криминализации немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ. Эта тенденция недавно частично реализовалась, о чем будет сказано ниже.

К сожалению, продолжают преобладать представления о том, что в деле предупреждения наркологических заболеваний наибольшей эффективности можно достичь силовыми мерами. Вместе с тем, очевидно, что силовая политика порождает равное противодействие, в результате чего не удается создать благоприятных условий для обеспечения прав граждан, в т. ч. наркологических больных, на охрану здоровья.

К таким силовым мерам по обеспечению права на охрану здоровья можно отнести предусмотренный новым Кодексом РФ об административных правонарушениях (2002 г.) запрет на потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача (статья 6.9). Фактически эта норма является принуждением к лечению, поскольку в ней предусмотрено освобождение от административного наказания в случае добровольного обращения для лечения в лечебно-профилактическое учреждение. Если такого решения больным не принято, то он понесет наказание, которое можно считать наказанием за болезнь, в виде большого штрафа или ареста на срок до 15 суток. Получается, что за употребление наркотиков можно понести административное наказание.

Кодексом об административных правонарушениях предусматривает также административная ответственность за распитие алкогольной и спиртосодержащей продукции либо потребление наркотических средств или психотропных веществ в общественных местах (статья 20.20). Здесь можно вспомнить заключение Комитета конституционного надзора СССР, принятое еще в 1990 г. По мнению Комитета привлечение к ответственности за потребление психоактивных веществ противоречит конституционным принципам, поскольку ни конституцией, ни международными актами не предусматривается обязанность человека беречь свое здоровье и она не может обеспечиваться мерами принудительного характера. В заключении было прямо сказано, что «употребление наркотиков само по себе не должно рассматриваться в качестве административного правонарушения или преступления».

В отечественном законодательстве имеются и другие нормативно-правовые акты, которые содержат отдельные положения, ограничивающие права наркологических больных. В основном это касается гражданских, экономических, социальных прав граждан.

Основы раскрывают содержание права граждан на медицинскую помощь, в частности, через предусмотренные статьей 30 права пациента и не содержат изъятий из этих прав для наркологических больных. В соответствии со статьей 30 Основ пациент имеет право на сохранение в тайне информации о состоянии своего здоровья и диагнозе, что корреспондируется с положениями статьи 61 Основ о врачебной тайне. В соответствии со статьей 9 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав при ее оказании» при оказании психиатрической помощи также сохраняется врачебная тайна.

Требование врачебной тайны не всегда соблюдаются. В соответствии с перечнями медицинских и

медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности лица с диагнозом алкоголизм, наркомания, токсикомания не допускаются до ряда профессий. А это в свою очередь невозможно без нарушения врачебной тайны и сообщения соответствующего диагноза при приеме на работу. Перечень медицинских психиатрических противопоказаний последний раз был утвержден Постановлением Совета Министров РФ № 377 от 28 апреля 1993 г.

По этому вопросу имеется судебная практика. Так, решением Верховного Суда РФ от 22 февраля 2000 г. был признан законным пункт 8 «Положения о порядке проведения обязательных предварительных, при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров на федеральном железнодорожном транспорте», утвержденного Приказом МПС РФ 29 марта 1999 г. Обращаясь в суд заявитель оспаривал правомерность содержания указанного пункта, согласно которому лица, поступающие на работу или учебу в учреждения железнодорожного транспорта, представляют справки об отсутствии зарегистрированных заболеваний из психоневрологического и наркологического диспансеров. Суд счел, что указанное положение рассчитано на безопасность движения железнодорожного транспорта и отказал в удовлетворении жалобы.

Полагаем, что наличие диагноза в соответствующих перечнях, запрещающих больным работать по тем или иным специальностям, не должно быть достаточным основанием для отказа в приеме на работу. Возможности больного выполнять определенные виды работ должна устанавливать не врачебная, а компетентная комплексная комиссия. Запрещение работы должно следовать за невозможностью ее выполнить, а не по факту поставленного диагноза.

С соблюдением врачебной тайны тесно сопряжена выдача листков временной нетрудоспособности. В настоящее время это разрешено, но порядок выдачи таких листков не соответствует части 4 статьи 49 Основ, в которой говорится, что при оформлении листка нетрудоспособности сведения о диагнозе заболевания с целью соблюдения врачебной тайны вносятся с согласия пациента, а в случае его несогласия указывается только причина нетрудоспособности.

Однако пунктом 2.10 Инструкции о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан, утвержденной Приказом Минздравмедпрома РФ от 19 октября 1994 г. № 206 и Постановлением Фонда социального страхования РФ от 19 октября 1994 г. № 21, предусмотрено, что «в случаях, когда заболевание или травма, ставшие причиной временной нетрудоспособности, явились следствием алкогольного, наркотического, ненаркотического опьянения, листок нетрудоспособности выдается с соответствующей отметкой о факте опьянения в истории болезни (амбулаторной карте) и в листке нетрудоспособности».

Это положение было оспорено в Верховном Суде Российской Федерации как незаконное. В своем решении от 27 марта 2002 г. суд отметил, что указанный пункт Инструкции в части, предписывающей при оформлении листка нетрудоспособности устанавливать, является или нет заболевание (травма) следствием алкогольного, наркотического, ненаркотического опьянения, не соответствует статье 49 Основ, поскольку обязывает при экспертизе временной нетрудоспособности определять обстоятельства, не связанные с такой экспертизой и с оказанием медицинской помощи. Вместе с тем, по мнению суда, выдача листка нетрудоспособности с соответствующей отметкой о факте опьянения, а это влияет на выплату пособия по временной нетрудоспособности, действующему законодательству не противоречит. В этой части суд оставил в силе пункт 2.10 Инструкции, признав его незаконным и недействующим только в части слов «когда заболевание или травма, ставшие причиной временной нетрудоспособности, явились следствием алкогольного, наркотического, ненаркотического опьянения». Таким образом, суд пренебрег указанными выше положениями Основ о внесении диагноза в листок нетрудоспособности только с согласия больного. Налицо фактическая дискриминация по признаку заболевания.

Врачебную тайну нарушает также существующее с советского времени правило об информировании органов внутренних дел о больных, обратившихся за помощью в наркологический диспансер. В ряде региональных нормативных актов оно получает сейчас новое развитие, в частности в Постановлении Правительства Москвы 1998 г. «О мерах по предупреждению распространения наркомании среди несовершеннолетних» было дано указание органам внутренних дел и Комитету здравоохранения утвердить инструкцию о порядке взаимного обмена информацией между учреждениями здравоохранения и органами внутренних дел города Москвы о несовершеннолетних, употребляющих наркотические средства, психотропные и иные одурманивающие вещества, а также о взрослых наркоманах, имеющих несовершеннолетних детей.

Согласно статье 69 Семейного кодекса хронический алкоголизм или наркомания является основанием для лишения больного родительских прав. Такие дела разрешаются судом при наличии медицинского заключения. Лица, лишённые родительских прав, в соответствии со статьей 71 Семейного кодекса теряют все права, основанные на факте родства с детьми, а также в соответствии со статьей 98 Жилищного кодекса могут быть выселены из жилого помещения без предоставления другого, если их совместное проживание с детьми, признано невозможным. Взамен выселения такие лица также могут быть обязаны судом обменять занимаемое помещение на другое.

Из приведенных положений усматривается, что лишение родительских прав обусловлено наличием

соответствующего диагноза. Закон не раскрывает других обстоятельств, сопряженных с наркологическим заболеванием, которые должны свидетельствовать о необходимости применения указанной меры. Полагаем, что лишение родительских прав должно быть обосновано, прежде всего, неисполнением родителями своих обязанностей по отношению к ребенку, о чем необходимо указание в законе. Для подтверждения факта пренебрежения наркологическим больным родительскими обязанностями должна проводиться комплексная экспертиза, устанавливающая объективное положение вещей. В случае, если наркологический больной находится в длительной ремиссии, а его диагноз не снят по каким-либо формальным основаниям, он не должен подвергаться риску лишения родительских прав только по факту наличия наркологического диагноза.

Состояние алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения влияет на реализацию больным, страдающим наркологическим заболеванием, трудовых прав. Так, в соответствии с частью 1 статьи 76 Трудового кодекса работодатель обязан отстранить или не допускать работника к работе, если он появился на работе в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения. Кроме того, даже однократное появление на работе в указанном состоянии является грубым нарушением трудовых обязанностей и в соответствии с подпунктом «б» пункта 6 части 1 статьи 81 Трудового кодекса может послужить основанием для расторжения трудового договора по инициативе работодателя. В первом случае должен быть квалифицирующий признак — степень опьянения, определяющая неспособность выполнить работу. Во втором — нужна повторность, систематичность, а не однократность.

В соответствии со статьей 1078 Гражданского кодекса дееспособный гражданин не отвечает за причиненный им вред, если он совершил это в таком состоянии, когда он не мог понимать значение своих действий или руководить ими. Однако пункт 2 названной статьи предусматривает, что причинитель вреда не освобождается от ответственности, если сам привел себя в такое состояние, в котором не мог понимать значение своих действий или руководить ими, употреблением спиртных напитков или наркотических средств. Возникновение таких состояний в связи с употреблением психоактивных веществ, когда фактически речь идет о невменяемости, с большей вероятностью возможно именно у наркологических больных. Исключение указанной категории лиц из общего принципа невиновности можно считать дискриминационным.

\* \* \*

Таким образом, с 90-х гг. законодательство России, относящееся к оказанию наркологической помощи, подходы к правовому статусу этой категории больных претерпели значительные изменения в направлении гуманизации и демократизации. Однако после очевидных подвижек процесс затормозился. Продолжает сохраняться целый ряд ограничений прав наркологических больных. Некоторые из них, вплоть до формулировок, заимствованы из законов советского периода. С того же времени продолжает действовать ряд ведомственных нормативных актов.

Фактически оказание наркологической помощи больным наркологического профиля законодательно не урегулировано. Отсутствует даже общепринятый понятийный аппарат. Отдельные правовые нормы, касающиеся правового статуса наркологических больных «разбросаны» по всему законодательному полю. При этом существуют очевидные противоречия между отдельными законодательными актами в вопросе наделения наркологических больных определенными правами, и эти противоречия не снимаются. Ряд гарантированных прав не реализуются, некоторые из них просто декларативны, ничем не обеспечены.

Несмотря на очевидную психиатрическую специфику наркологического контингента психиатрическое законодательство его отторгает. В результате в области регулирования правоотношений, возникающих при оказании наркологической помощи, возникает правовой вакуум и правовой нигилизм, чреватый реставрацией репрессивного законодательства прежних лет.

На сегодняшний день наркологические больные являются одной из наименее защищенной в правовом отношении группой населения не только потому, что их права нигде специально не зафиксированы, но также потому, что их правовое положение, в сущности остается на периферии общественного сознания.

## **ОСОБЕННОСТИ ПРАВОВОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В РОССИЙСКОМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ**

*Б. Н. Алмазов, д. пед. н, к. м. н., профессор Уральской юридической академии, председатель Российской ассоциации педагогической реабилитации детей и подростков*

Приступая к изложению заявленной темы, мы вынуждены сделать оговорку, необходимую чисто стилистически. А именно, напомнить, что в нашей стране строительство правового поля и социального пространства в движении к демократической модели общества идет разными темпами. Идеи законодателя, реализуемые привычными способами, доходят до общества в измененном виде. Поэтому, акцентируя внимание на правовых аспектах, мы время от времени будем отвлекаться на комментарии с позиций социальной реальности.

## 1. К истории вопроса

В дореволюционной (до 1917) России, как и в Европе тех лет, психиатрическая помощь детям регламентировалась общими правилами здравоохранения, пока усилиями передовой врачебной общественности (В. М. Бехтерев, П. П. Кащенко, Г. И. Россолимо и др.) теоретически и организационно не были обоснованы три главные направления работы: лечение больных, обучение умственно отсталых, воспитание дефективных (как тогда называли психически аномальных). С тех пор по ним осуществляется расстановка сил и научных интересов детских психиатров. Советский период тотального планирования бесплатной медицины и социального обеспечения внес свою лепту в реализацию гуманистических идей и придал развитию детской психоневрологии известную специфику.

В лечебной деятельности возникла проблема психиатрического учета из-за норм нагрузки на врача — главного и непререкаемого приоритета плановой медицины. Дело в том, что число больных детей, имея в виду долю детского населения в популяции и уровень болезненности в этом возрасте, на врачебном участке в несколько раз меньше, чем у «взрослого» психиатра, а это значит, что детский психоневролог должен был получить привилегии в стандартах оплаты труда. Такого покушения на идею равенства по-бюрократически советская система не могла допустить в принципе. Она установила норму нагрузки 600—700 детей на участкового врача, и тому пришлось искать выход из создавшегося положения.

Дополнительно к тем 100—150 детям, которых родители приводили на лечение в порядке обращаемости, пришлось приписывать контингент вспомогательных школ, где ученики во врачебной помощи не нуждались, но для отчетных данных по диагнозу подходили. Детские психиатры активно включились в работу медико-педагогических комиссий, и постепенно между ними и учителями сложился некий альянс, в рамках которого согласованная диагностика обеспечивала плавный рост заявок на количество мест в образовательных учреждениях вспомогательного профиля.

Из опыта работы Российской ассоциации педагогической реабилитации детей и подростков.

В одном из городов России с 30-тысячным населением медико-педагогическая комиссия ежегодно диагностировала у первоклассников более 30 случаев олигофрении. Когда же за дело взялись психологи, и от учителей потребовали достаточные и достоверные доказательства неспособности к обучению в их обычных классах, число умственно отсталых сократилось до 10—15 в год.

Расширительная диагностика олигофрении, явно не совпадающая с жизненным опытом населения, привела к тому, что факту обучения во вспомогательной школе перестали придавать значение. Умственно отсталых начали призывать на военную службу в нестроевые части, а статистика подтверждала, что не менее 60% носителей диагноза «дебильность» не испытывали существенных проблем социальной адаптации.

Естественно, настало время, когда психиатрическая диспансеризация отстающих в учебе возмутила общественное мнение, и детским психиатрам пришлось перестроиться на работу с трудновоспитуемыми детьми. К тому же в 80-е гг. изменилась политика государства по отношению к подрастающему поколению.

При советской власти школа не завершала воспитательного процесса, так как ее преемниками были мощные и дорогостоящие институты формирования личности: профессионально-техническое училище и армейский коллектив. Никто всерьез не собирался вводить в дело многомиллионные армии юношей или обеспечивать работой миллионы станочников ежегодно. Главная задача, и это не скрывалось, состояла в воспитании человека коммунистической формации. Ее решали упорно, последовательно и довольно успешно. Однако ресурсы иссякли, и государство вынуждено было свернуть профессиональное обучение до объемов, необходимых производству, а армию переориентировать на решение боевых задач. На обочине воспитательного пространства оказалось много юношей и девушек, для которых школа стала последней

инстанцией общественного воспитания. Над системой образования нависла угроза работы с трудновоспитуемыми детьми, требующей серьезных навыков реабилитационной педагогики. И хотя поначалу руководство системы образования пыталось ускользнуть от наваливающейся ответственности с помощью деклараций вроде «школа воспитывать не обязана», «забаррикадироваться» в своих стенах не удалось и пришлось искать партнеров, в число которых попали и детские психиатры.

Здесь необходимо вспомнить, что сотрудничество врачей с учителями уже приносило весьма сомнительные плоды, когда после пролетарской революции под влиянием иллюзий, что система может действовать в интересах общества, социальной поддержкой «дефективных» занимались три наркомата: просвещения, здравоохранения и юстиции. Педология была отраслью науки, обещающей гуманное решение проблем аномального детства. Однако не прошло и десяти лет, как правительство запретило любые формы педологической деятельности «в связи с допущенными злоупотреблениями». Возрождение интереса к психической средовой адаптации детей и подростков с психическими отклонениями началось с науки, когда работами О. В. Кербикова, А. Е. Личко, Г. К. Ушакова и др. была подготовлена теоретическая база нового этапа педагогической патопсихологии. И вновь, как полвека назад, практика внесла свои коррективы.

Психиатр оказался перед дилеммой: менять стиль работы, учиться педагогике и идти в образовательное учреждение, где пациент не исчезает из поля зрения после консультации, либо оставаться в кабинете, ограничиваясь медицинским заключением, результатами которого учителя будут пользоваться по собственному усмотрению. Второй способ пополнения диспансерной группы был проще для психиатров и предпочтительней для учителей, которые не приветствуют вмешательство в свою работу специалистов другого профиля.

Как ни прискорбно, но приходится констатировать, что психиатры не только открыли специализированные кабинеты и отделения в больницах, куда педагоги, а следом за ними военкоматы и милиция, стали направлять тех, кто плохо себя ведет, но и обосновали такую практику концептуально.

Под школьной дезадаптацией мы понимаем несоответствие статуса ребенка условиям и требованиям школьного обучения.

Выбор реабилитационного подхода состоит не в усовершенствовании режимно-охранительных мер, а в том, чтобы создать систему терапевтической реабилитации детей с проблемами школьной адаптации. Почему дезадаптированные дети являются группой риска по факту криминальной активности? Причина кроется в особенностях психопатологической картины психического недостатка. Это... личностная незрелость, несформированность в выборе целей и приоритетов, повышенная агрессивность.

Из доклада Н. В. Вострокнутова,  
руководителя отдела социальной психиатрии  
детей и подростков Государственного научного центра  
социальной и судебной психиатрии им. Сербского

Такое видение проблемы, когда охрана понимается не как защита, а как что-то вроде конвоя, а нестыковка с требованиями школы, переживающей жесточайший методологический кризис, как психопатология, — наша ментальность, с которой нельзя не считаться, оценивая правовое поле социальной поддержки детей с психическими расстройствами, аномалиями и недостатками.

## 2. Реформаторские намерения законодателя

Многолетняя привычка распоряжаться народным достоянием по собственному усмотрению сформировали специфичную лексику управления и теперь, когда государство сокращает территорию контролируемого социального пространства, полагаясь на механизмы общественного самоуправления, иллюзии прежнего могущества сквозят в языке законодателя. Запретительный тон при отсутствии реальных исполнителей сочетается с разрешением гражданам позаботиться о себе за собственный счет, что придает нормативным формулировкам своеобразную иррациональность.

Несовершеннолетние с недостатками физического и психического развития... могут содержаться в учреждениях социальной защиты за счет благотворительных фондов, а также за счет родителей или лиц, их заменяющих.

из «Основ законодательства Российской Федерации по охране здоровья граждан»

Если к сказанному прибавить, что нарождающееся муниципальное право пока что ищет пропорции между ролями независимого распорядителя на своей территории и просителя средств и разрешений у вышестоящего



начальства, при знакомстве с нынешним законодательством бывает трудно понять, кто и за что отвечает от лица государства, когда социально неприспособленным людям (и детям) нужно надеяться на местное начальство, а в каких случаях кроме семьи и общества им никто не собирается помогать.

Нечеткость формулировок в сочетании с неразберихой ведет к тому, что законодатель зачастую удовлетворяется аутистическим исполнением желаний вместо четких представлений о ближайших и отдаленных задачах социальной политики.

О центральной идее реформы

Основопологающей идеей, определяющей контуры строящегося правового поля, безусловно, является переход от государственного содержания структуры по оказанию социальной помощи, воспользоваться услугами которой могут лишь те, кому досталось место в очереди, к «именному государственному обязательству» в отношении конкретного человека, защищенному правом обращения в суд при отказе исполнительной власти его исполнить.

Это означает ломку глубоко укоренившихся традиций. Ведь в таких обстоятельствах системе нужно приравниваться к обществу и вполне может оказаться, что в ней больше сотрудников, чем требуется (интернаты и детские дома поначалу весьма болезненно отреагировали на отток детей в приемные семьи, успокоившись лишь тогда, когда поняли, что семья в широком смысле слова им еще не конкурент). Система централизованного распределения вообще развивается только в плане расширения и никогда не сокращается по собственной инициативе. Так что, исходя из здравого смысла, следовало ожидать появления некой инстанции, наделенной полномочиями предоставлять человеку право на «именное государственное обязательство» по социальной поддержке и определять ее объем и содержание. И далее, следуя нормальной логике, отнести деятельность этой комиссии к компетенции законодательной власти, которая устанавливает долю бюджета, направляемого на социальные нужды, и призвана указывать власти исполнительной, кому и сколько из бюджета отпустить. А суду поручить защищать граждан от возможного злоупотребления их правами.

Здесь нелишне напомнить, что социальное право до последних лет считалось в нашей стране буржуазным пережитком, недостойным советского человека, да и сейчас вместо основ законодательства действует некое «право социального обеспечения».

Направления законодательной мысли

С учетом сказанного выше мы проследим развитие основной идеи по тем видам деятельности, где право детей с психическими расстройствами реально охраняется.

В медицине освидетельствование, взятие на диспансерный учет, помещение в стационар регламентируется законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», где указано, что до 15-летнего возраста за ребенка принимают решение родители или лица, их заменяющие. При возникновении конфликта между ними по вопросу необходимости психиатрического вмешательства, решение может быть принято органом опеки и попечительства или судом в порядке, установленном Семейным кодексом для разрешения конфликтов по вопросам воспитания детей. Для медицинского учреждения согласия между родителями не требуется, и условием оказания помощи является обращение одного из них.

При помещении ребенка в психиатрический стационар кроме просьбы родителей или их согласия, ребенка надлежит освидетельствовать комиссией врачей, которая обязана подтвердить необходимость лечения в больнице (ст. 31 Закона о психиатрической помощи). При помещении ребенка в учреждение социального обеспечения родители сохраняют право действовать по собственной инициативе до достижения ребенком 18-летнего возраста.

Психиатрическая помощь детям оказывается бесплатно. Она финансируется из фондов здравоохранения и медицинского страхования.

В работе с тяжело больными детьми превалирует установка отойти от призрака и инвалидизации к восстановлению жизненной активности и социальной адаптации. Среди взрослых она реализуется поощрением взаимопомощи, созданием лечебно-производственных предприятий, квотированием рабочих мест, организацией комплексного обслуживания больных с включением в бригаду, наряду с врачом, психолога и социального работника. В какой-то мере такая тенденция распространяется и на несовершеннолетних подросткового возраста.

Больше всего проблем в сфере обучения и воспитания. Здесь акцент делается не на привлечении педагогов в лечебные учреждения, хотя и такой вариант предусмотрен ст. 12 Закона «Об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья», а на включение врачей в деятельность педагогов, социальных работников и партнеров по работе с подрастающим поколением. Естественно, при этом возникает много чисто технических и процедурных вопросов: о квалификации врача, его нормах нагрузки, возможностях профессионального роста, обеспечении средствами для лечения и профилактики и т. п. Пока они

законодательно не утверждаются, а отдаются в разработку правительству. Законодательство лишь подтверждает желательность такого направления деятельности.

Педагогические, медицинские, социальные работники, ... которые несут ответственность за работу по воспитанию, образованию, охране здоровья, социальной защите ребенка ... могут участвовать в мероприятиях по обеспечению защиты прав и законных интересов ребенка в органах здравоохранения, труда и социального развития, правоохранительных и других органах, занимающихся защитой прав ребенка.

Ст. 7 Закона «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации»

Со своей стороны, правительство, утверждая положения об учреждениях реабилитационного характера, действующих в системе Министерства образования и Министерства социальной защиты населения, санкционирует привлечение врачей к деятельности этих учреждений, но без подробностей и уточнений.

В зависимости от содержания и основных направлений деятельности в штате учреждения могут предусматриваться должности... врачей-специалистов, медицинской сестры и других.

Ст. 27 Типового положения об образовательном учреждении для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи.

Медицинские работники центра, непосредственно занятые социально-медицинским обслуживанием, пользуются льготами, установленными для медицинских работников государственных учреждений здравоохранения.

Ст. 17 Примерного положения о социально-реабилитационном центре для несовершеннолетних

Органы здравоохранения не препятствуют другим ведомствам привлекать врачей в свой штат, но и не торопятся создавать для руководства этой уже немалой когортой специалистов систему профессиональной подготовки, методического руководства, организационной поддержки. И, хотя доля медицины в «именных государственных обязательствах» еще довольно расплывчата, процесс взаимопроникновения врачей в образовательное пространство и педагогов в социально-медицинское размывает границы прежнего межведомственного соперничества, так что дети имеют реальную надежду на помощь при возникновении проблем средовой адаптации на почве психической недостаточности.

В образовании стержневым понятием является «специальный подход», провозглашенный законом «Об образовании» и закрепленный законом «Об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья», принятый, как сказано в преамбуле последнего, «в целях создания законодательной базы для удовлетворения потребностей лиц с ограниченными возможностями здоровья в получении образования, адаптации и интеграции в общество».

Согласно этим законам, законодатель стремится уйти от принципа комплектования образовательных учреждений специализированного типа по признаку схожего дефекта к «совместному обучению лиц с ограниченными возможностями здоровья и лиц, не имеющих таких ограничений», посредством создания специальных условий, право на которые закрепляется в «именном государственном обязательстве», «устанавливающим обязанности органов государственной власти Российской Федерации или ее субъекта осуществлять в соответствии с нормативами финансирование образования лиц с ограниченными возможностями здоровья при обучении их в образовательных учреждениях всех типов и видов независимо от форм освоения образовательных программ».

Родителям остается обратиться в инстанцию, которая выдает соответствующие предписания, пройти обследование ребенка и отнести «обязательство» в ту муниципальную школу, которая работает на территории их проживания. При возникновении конфликтов суд готов подтвердить соответствующие обязанности властей.

Но, во-первых, статус распределителя «обязательств», т. е. психолого-медико-педагогической комиссии не очень ясен. Она «создается из расчета в среднем одна комиссия на 10 000 детского населения (около 50—60 тыс. населения — Б. А.), но не менее, чем одна на территории каждого субъекта Российской Федерации» (примерно 1—8 млн чел.). «Порядок создания и типовые положения о психолого-медико-педагогических комиссиях устанавливаются Правительством Российской Федерации». Другими словами, законодатель не намерен вмешиваться в процедуру выдачи «именных государственных обязательств», полагаясь на правительство, которое, следуя букве закона, «обязано их осуществлять». Недаром в тексте закона употребляется возвратный глагол «создается» без указания как это делается. Возвратные глаголы в законе —

вообще сомнительная вещь, они означают, что депутаты плохо представляют себе правовую основу вводимого понятия и полагаются на его уточнение по мере накопления судебной практики.

Во-вторых, «финансирование образовательных учреждений, в которых обучаются лица с ограниченными возможностями здоровья, осуществляется учредителем, а также (подчеркнуто мною. — Б. А.) за счет средств федерального бюджета или субъекта Российской Федерации». Такая ссылка к учредителю, т. е. муниципалитету, вводит в заблуждение любого администратора, который должен точно знать, будет ли казна оплачивать расходы по «именному государственному обязательству» или ему нужно рассчитывать только на себя, поскольку доля других источников финансирования может оказаться чисто символической.

В-третьих, «надзор за исполнением законодательства о специальном образовании осуществляют органы прокуратуры», что вроде бы логично, так как надзор за соблюдением законов входит в прямые обязанности прокуратуры, но поскольку порядок обращения в суд не определен (в общем порядке, при посредстве органов опеки и попечительства, с участием комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав и т. п.), остаются сомнения, могут ли дети с психическими отклонениями надеяться на судебную защиту своих интересов.

Как видим, закон пока далек от жизни. Он обозначает безусловно прогрессивные намерения, но их воплощение еще некоторое время будет всецело зависеть от инициативы на местах, где работает привычная схема: для олигофренов — вспомогательная школа; для детей с задержками психического развития — коррекционные классы; для психически неустойчивых — образовательные учреждения с психолого-педагогической и медико-социальной помощью. Способы комплектования основаны на согласии родителей и рекомендации административной комиссии при наличии мест в конкретном учреждении.

В социальной работе говорить о какой-либо основополагающей идее не приходится. Государство просто реагирует на кризисную ситуацию по мере возможности, отложив далеко идущие намерения на более или менее отдаленное будущее.

Сравнительно проще складывается ситуация в социальном обеспечении инвалидов с детства. Там функционирует отлаженная структура учреждений, нацеленных на призрение тех, кто не имеет возможности жить в семье. Это дома инвалидов и больницы для тяжелобольных, а также интернаты, где лечение или коррекция сочетаются с обучением. Родители или лица, их заменяющие, когда ребенок содержится в семье, получают льготы на одного из взрослых, облегчающие уход и воспитание инвалида. Люди, работающие в данной сфере, стремятся по возможности адаптировать ребенка к жизни в обществе с учетом сохранившихся способностей, но их усилия выражают, скорее гражданскую позицию, нежели правовую установку. Во всяком случае, средства на их инициативы поступают, главным образом, от благотворительных фондов и общественных организаций.

Гораздо больше проблем у детей, чьи психические отклонения не требуют лечения или содержания в специализированном учреждении, а трансформируются в расстройства социальной адаптации с отклонениями в поведении. В свое время Э. Крепелин заметил, что умственно отсталые люди, лишившись по тем или иным причинам поддержки семьи, «неизбежно оказываются между проезжей дорогой, работным домом и тюрьмой». XX век к такой перспективе добавил и психически неустойчивых, которые, по словам Э. Фромма, склонны бежать от свободы на обочину жизни в самые примитивные обстоятельства. И если в нашей стране пресловутый казарменный социализм, давая каждому право на пропитание с условием трудиться под угрозой уголовного наказания, удерживал социальную адаптацию психически неполноценных людей в более или менее приемлемых рамках, сейчас ситуация изменилась. Социальное отчуждение начинается в непозволительно раннем возрасте и ведет к маргинализации задолго до того, как человек оказывается способен на свободный выбор социальной позиции.

Кризис идеи состоит в том, что государство, провозглашая непривычные для народа и себя лозунги «каждый сам за себя, один Бог за всех», «свобода это конкуренция», «школа воспитывать не обязана» и т. п., не может поступить с обществом как с «колодником, вытолкнутым в степь». Оно хотело бы сбросить на плечи семьи и общества социальные заботы, но вынуждено реально оценивать их возможности и сохранять некоторые устаревшие институты социальной поддержки вопреки взятому курсу на преобразование уклада жизни. К рассматриваемой нами теме имеют прямое отношение три направления усилий.

Первое — защита права ребенка на воспитание в семье, если он по тем или иным причинам лишился родительского попечения. До недавнего времени сирот воспитывало, главным образом, государство, позволяя семье, если она хотела взять чужого ребенка, только опеку до совершеннолетия или усыновление с предоставлением ребенку прав кровного родственника. Естественно, столь серьезный шаг сопровождался и ощутимыми ограничениями. В частности, наличие психических расстройств у ребенка исключало возможность покинуть стены казенного дома. Современный Семейный кодекс ввел понятие «приемная семья», куда можно отдавать ребенка на время по договору, заключаемому с органом местного самоуправления. И хотя здесь тоже имеются известные ограничения по здоровью, они гораздо меньше, что позволяет детям с психическими отклонениями надеяться на улучшение своей судьбы (о сопротивлении системе государственного призрения возможности ее растворения в институте семьи мы уже говорили выше, когда обсуждали перспективы реформаторских намерений в целом).

Второе — борьба с беспризорностью методами социальной поддержки, когда, образно говоря, требуется неотложная социальная помощь, способная удержать ребенка в стенах приюта на то время, пока не будут решены вопросы передачи его в семью или интернат.

Само по себе появление приютов в структуре государственных учреждений было явлением необычным, так как формы их работы свойственны благотворительным организациям, но таковых в нашей стране не имелось и государству пришлось заниматься филантропией. Реакция на их создание была абсолютно прогнозируемой. Школа и семья восприняли их как возможность избавиться от забот по воспитанию трудных детей с пресловутым «дефицитом привязанностей». И хотя Семейный кодекс (ст. 122, 123) в категоричной форме требовал предпринимать все меры для устройства ребенка в семью в кратчайшие сроки, угрожая ответственностью руководителям реабилитационных учреждений, приюты остаются в роли тех, за чью спину можно спрятаться нерадивым взрослым, не желающим заниматься кропотливой работой по социализации «трудных» детей. Сегодня приюты являются пунктом скорой помощи, где ребенок находится, порой, несколько месяцев, и никто не занимается его реабилитацией.

Закон «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» обозначил намерение рационально распределить ответственность за социальную поддержку тех, кто остался без надзора и родительского попечения. Однако часто в правоприменительной практике рекомендательный тон законодателя истолковывается как возможность уклоняться от участия в общем деле. В результате механизмы социального принуждения к беспризорным с использованием специализированных воспитательных учреждений работают более или менее стабильно, тогда как социальная поддержка остается на уровне самых примитивных способов благотворительности от имени государства. Будем надеяться, что через некоторое время общество будет в состоянии взять на себя приютское дело, и тогда беспризорники с психическими отклонениями смогут рассчитывать на разностороннюю помощь. Пока же им остается мириться с тем, что есть.

Третье — вернуть в школы неконкурентоспособных прогульщиков из числа подростков, которых не устраивает роль «неприветствуемого системой».

Таких детей довольно много, и сегодня их направляют в специализированные учебные учреждения, прежде всего в интернаты для детей с психическими отклонениями. Между тем они нуждаются в реабилитационной педагогике, опирающейся на сильные стороны индивидуальности в ущерб нормативным требованиям всестороннего развития. Здесь нужны серьезные усилия для достижения скромных результатов и посредственных оценок, что современной системе образования с ее установками на «государственный заказ» и «предоставление услуг» просто неинтересно. И вроде бы сам собой напрашивается вывод, что работать с такими детьми должны специалисты, которые не забывают о своих выпускниках тотчас после завершения учебы, а обязаны интегрировать молодого человека в жизнь, предупредить его маргинализацию, удержать от разочарований в себе и обществе. Т. е. органы социальной защиты населения, принадлежащие муниципалитетам. Однако этого не происходит. Существующие структуры находятся в руках органов образования. Возникает своеобразная коллизия, когда требования закона адресованы тем, кто хотел бы уклониться от них (система образования), а не тем, кто в них заинтересован (система социальной защиты населения).

Решение проблемы должно быть, по логике законодателя, в руках муниципалитета, который призван направлять средства туда, где они нужнее, но на сегодняшний день такие задачи ему не по силам. Глава администрации и мэр по большей части лишь предоставляют территорию для работы учреждений федерального и регионального подчинения, но не руководят их работой. И хотя в этом направлении заметен прогресс, образовательные учреждения для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи в связи с недостаточной восприимчивостью к традиционным методам обучения и воспитания, остаются в системе образования.

\* \* \*

В полицейской работе нужно считаться с общей доктриной государственного принуждения к нарушителям правил общежития, на фоне которой отдельные прогрессивные намерения обретают более или менее конкретные очертания.

Советская исправительно-трудовая система, основанная на коллективном массовом принудительном труде, соответствовала поставленным задачам, так как по сути продолжала образ жизни, присущий народу, только в более жестких требованиях. Недаром наказание психически нездоровым, но вменяемым людям назначалось на общих основаниях. И хотя в уголовном кодексе упоминались лечебно-воспитательные учреждения для несовершеннолетних правонарушителей, на практике в них не было необходимости. Более того, изоляция в условия, где труд был средством социальной адаптации, использовалась и по другим видам делинквентного

поведения. Наркоманов направляли в лечебно-трудовой профилакторий Министерства внутренних дел, а бродяг и злостных прогульщиков — в специальные профессионально-технические училища закрытого типа.

В новых обстоятельствах, когда образ жизни в социуме и в условиях заключения стали сильно отличаться, государству пришлось от концепции исправления переходить к концепции перевоспитания. Соответственно, индивидуальные отличия, в т. ч. и психопатологические, стали играть важную роль в выборе тактики правоприменения.

Прежде всего нужно отметить, что государство не стало превращать колонии для малолетних преступников в воспитательные лагеря вместо утраченных производственных училищ или нестроевых (строительных) воинских коллективов, хотя органы исполнения наказания явно обозначили намерения взять на себя эту роль для сохранения действующих структур и их возможного расширения. Основная задача перевоспитания была возложена на общество в целом под руководством территориальных инспекций по исполнению наказаний. Это побудило к созданию лечебно-воспитательных учреждений не за колючей проволокой, а непосредственно в социуме. Постановлением правительства Российской Федерации от 25 апреля 1995 г. № 420 «О специальном учебно-воспитательном учреждении для детей и подростков с девиантным поведением» были предусмотрены «специальные общеобразовательные школы для детей и подростков с отклонениями в развитии, совершивших социально опасные деяния» открытого типа в системе Министерства образования. В них следует принимать как несовершеннолетних правонарушителей — по решению суда, так и асоциально ведущих себя детей и подростков — по согласию родителей, подтвержденному заключением административной комиссии. Опыт работы показал, что в такого рода учреждениях социально-медицинская реабилитация и даже поддерживающая терапия имеют первостепенное значение.

Тем самым, милиция (подразделения по делам несовершеннолетних органов внутренних дел) получила реальную возможность социального устройства самой трудной категории детей и подростков — тех, у кого психические недостатки сочетаются, как говорили предки, с «небрежным и развращающим воспитанием, крайним невежеством и бедностью».

\* \* \*

В судебной практике тоже наметились изменения, вызванные намерением выделить ювенальную юстицию в отдельную сферу деятельности. И это понятно, так как объем задач, связанных с профилактикой злонамеренного использования психических недостатков несовершеннолетних, установлением способности ко вменению по факту психического развития, направлением в специализированное лечебно-воспитательное учреждение, защитой права на «именное государственное обязательство», разрешением споров при назначении опеки и усыновлении, давно превысил уровень, на котором судья общей практики не испытывает затруднений в оценке доказательств. Здесь нужны не только специалисты, готовые объяснить суду особенности детской и подростковой психологии и психопатологии, но и подготовленные участники процесса. Фактически они есть: инспектор органа опеки и попечительства, прокурор и инспектор внутренних дел, ответственные за защиту прав несовершеннолетних, администрация учреждений здравоохранения и образования, наделенная правом выступать в интересах своих пациентов и воспитанников. Остается лишь установить нормы производства по делам, отнесенным к компетенции ювенального суда. Скорее всего, это дело вполне обозримого будущего.

### 3. Защита общих прав ребенка с психическими расстройствами

В изложении мы будем придерживаться Конвенции ООН о правах ребенка, ратифицированной Верховным Советом СССР 13 июня 1990 г., предпосылая каждому разделу цитату из ее текста с указанием статьи.

Право на жизнь и здоровье «Государства-участники обеспечивают в максимально возможной степени выживание и здоровое развитие ребенка» (ст. 6).

Факт психического расстройства, диагностированный в соответствии с национальной классификацией заболеваний, дает право на получение медицинской помощи бесплатно в полном объеме. За ней до 15-летнего возраста обращаются родители, а позже подросток вправе самостоятельно регулировать свое отношения с органами и учреждениями здравоохранения. За детей-олигофренов родители или лица, их заменяющие, принимают решение до 18-летнего возраста.

Право на социальное обеспечение «Государства-участники признают за каждым ребенком право пользоваться благами социального обеспечения» (ст. 26).

Дети-инвалиды по психическому заболеванию могут быть помещены в учреждения социального обеспечения на полное государственное обеспечение. Умственно отсталые обучаются в интернатах вспомогательных образовательных учреждений. В тех случаях, когда семья воспитывает ребенка-инвалида дома, один из родителей получает льготы, компенсирующие затраты на его воспитание и содержание.

Право на надлежащее воспитание «Государства-участники обеспечивают, чтобы ребенок не разлучался со своими родителями» (ст. 9).

Право ребенка на воспитание в семье особо оберегается Семейным кодексом Российской Федерации. Для детей с психическими расстройствами не установлено каких-либо особых предписаний, но в тех случаях, когда родители тяготеют к совместному проживанию с психически больным ребенком, за ними остается право обратиться к государству с просьбой о помещении его в учреждение социального обеспечения.

«Ребенок, который временно или постоянно лишен своего семейного окружения... имеет право на особую защиту и помощь, предоставляемые государством» (ст. 20).

Детские учреждения для социальных сирот в нашей стране имеют давние и устойчивые традиции. В них предусмотрены социально-медицинские способы реабилитации особенно в приютах, оказывающих временную помощь и содержащих ребенка до его устройства в семью или интернат. Для детей с психическими расстройствами специальных учреждений социальной реабилитации не предусмотрено.

«Государства-участники признают право каждого ребенка, который, как считается, нарушил уголовное законодательство ... на такое обращение, которое способствует развитию у него чувства достоинства и значимости...» (ст. 40).

Для несовершеннолетних с психическими расстройствами, совершивших правонарушение, не предусмотрены какие-либо специализированные учреждения, но лечебно-воспитательный стиль обращения все активнее внедряется в практику работы реабилитационных центров открытого типа.

Право на образование «Государства-участники признают право ребенка на образование» (ст. 28, 29, 30).

Способность к обучению, зависящая от природы, диктует необходимость разных вариантов (специальных подходов) образования. Для олигофренов существует дефектологическая служба и своя программа социализации. Педагогическая реабилитация тех, кто затрудняется в усвоении традиционных методов обучения и воспитания, еще не обрела своей доктрины. Среди педагогов доминирует стремление сводить таких детей в коллективы по признаку схожего дефекта и облегчать программу обучения. Законодатель принял установку на их интеграцию в естественную школьную среду. На сегодняшний день еще не ясно, какая тенденция возобладает.

Право на труд «Государства-участники признают право ребенка на защиту от экономической эксплуатации и от выполнения любой работы, которая может... наносить ущерб здоровью и физическому, умственному, духовному, моральному и социальному развитию» (ст. 32).

К сожалению, в нашей стране на текущий момент стихийное участие несовершеннолетних в нерегулируемых трудовых отношениях затрагивает наименее защищенные слои населения. Выпускники вспомогательных школ и учреждений для детей с задержками психического развития не имеют гарантий социального устройства. Работодатели не обязаны выполнять какие-либо обязательства по социальной адаптации неприспособленных подростков, что делает последних очень вероятными жертвами эксплуатации, поскольку они часто не способны самостоятельно отстаивать свои права в трудовых отношениях.

Право на защиту от насилия «Государства-участники принимают все необходимые законодательные, административные, социальные и просветительские меры с целью защиты ребенка от всех форм физического или психического насилия, отсутствия заботы или небрежного обращения» (ст. 19).

Психически неполноценные дети и подростки чаще их нормально развивающихся сверстников становятся жертвами небрежного обращения в неблагополучных семьях, отторжения в организованных коллективах и неблагоприятных социальных воздействий. Однако факт их беспомощности и беззащитности учитывается

лишь уголовным законодательством как обстоятельство, отягчающее наказание преступника В других случаях ущемления интересов они не имеют специальной правовой защиты.

Право на защиту от незаконного употребления наркотических средств, психотропных веществ «Государства-участники принимают все необходимые меры, включая законодательные... с тем, чтобы защитить детей от незаконного употребления наркотических средств и психотропных веществ» (ст. 19).

Дети наркоманы и токсикоманы являются пациентами наркологической службы системы здравоохранения, в обязанности которой входит не только оказание медицинской помощи, но «выявление, постановка на учет, мониторинг», т. е. функции социальной профилактики. Вместе с тем, уголовное и административное законодательство карают любые формы вовлечения несовершеннолетних в употребление психоактивных веществ или деятельность, связанную с их незаконным оборотом.

\* \* \*

Даже столь лаконичный перечень основных прав ребенка показывает, что дети с психическими расстройствами, будучи изначально хуже адаптированы к условиям жизни, защищены не всесторонне. По сути, они обладают более или менее определенной правосубъектностью лишь в тех случаях, когда подлежат некому отчуждению от социума.

Социальная поддержка в обычных обстоятельствах, когда ребенок и его родители испытывают затруднения в реализации своих прав и свобод, законом не регламентируются. Сострадание к обделенным природой остается в сфере этики и морали. И это правильно.

Другое дело, когда нужно вмешиваться в обыденные отношения людей, где роль психического недостатка, во-первых, недостаточно очевидна, а во-вторых, завуалирована, как говорили предки «сумасбродным поведением». Действительно, было бы глупо жаловаться в суд на то, что сверстники насмеяются над твоим беспокойным и несообразительным ребенком или учителя не хотят замечать его присутствия в классе, хотя для психологии несовершеннолетнего эти раны могут значить больше, чем посягательства на личные права взрослого человека, зафиксированные в законе. Регулировать правовыми механизмами воспитание не только сложно, но и нецелесообразно. Педагогика основана на доверии. Так что законодатель ограничивается тем, что создает условия, остальное принадлежит культуре и цивилизации, об уровне развития которых, как известно, можно судить по отношению людей к своим и чужим психическим недостаткам.

4. Специальная правосубъектность несовершеннолетних по факту психического расстройства или отклонения

«Право на особую заботу... о которой подана просьба лицами, обеспечивающими заботу о ребенке... имеет целью обеспечение неполноценному ребенку эффективного доступа к услугам в области образования, профессиональной подготовки, медицинского обслуживания, восстановления здоровья, подготовки к трудовой деятельности и доступа к средствам отдыха таким образом, который приводит к наиболее полному вовлечению ребенка в социальную жизнь и достижению развития его личности» (ст. 23).

Суть этого положения конвенции можно уложить в упрощенную формулу: просящим при наличии должных оснований нужно выделять средства из бюджета. Такой подход не вызывает сомнений в смысле гуманистических начал, но применительно к психопатологии нуждается в некоторых уточнениях.

Во-первых, психические расстройства далеко не всегда осознаются родителями как повод для обращения за помощью, так что психиатрическая помощь должна быть в известной мере активной. Во-вторых, не каждый хочет, чтобы его ребенка считали психически неполноценным, так что психиатрическая помощь должна быть не тягостной. В-третьих, к состраданию государства родители обращаются зачастую тогда, когда к тому вынуждают заметные расстройства адаптации ребенка, а не заранее, если бы психиатрическая помощь была превентивной. В-четвертых, давление среды на неполноценного ребенка вместо заботы о нем не является предметом наказания со стороны государства.

Тем самым «особая забота» больше зависит от административного управления, чем от правовой защиты, на долю которой приходится лишь устанавливать некие контуры, внутри которых государству приходится принимать решения в пользу психически неполноценных людей.

Меры против дискриминации в образовании

Законодательство о защите прав детей категорически запретило любые предварительные испытания

психических возможностей ребенка при поступлении в муниципальную школу на территории ее обслуживания. Исключение сделано лишь для образовательных учреждений, выполняющих государственный заказ на обучение одаренных детей. Это вынуждает администрацию школ искать приемлемые для родителей варианты «специальных подходов», которые не разрушали бы взаимодействия ребенка с коллективом, обеспечивали интеграцию в социальную среду, а органы образования — формировать инфраструктуру районов с учетом потребностей населения, а не интересов самой школы.

#### Обязательное участие врача в работе реабилитационного центра

Типовые положения о реабилитационных центрах для детей и подростков в системе образования, социальной защиты населения, комитетов по делам молодежи, семьи и детства, утвержденные российским правительством, предусматривают обязательное наличие врача в штатном расписании, что пока не является непременным условием лицензирования, но уже сейчас учитывается при утверждении устава соответствующего учреждения. И хотя прямого указания на профессиональную принадлежность врача нет, логично предположить, что ему обязательно придется заниматься вопросами средовой адаптации детей с психическими расстройствами, поддерживающим лечением и психотерапией.

#### Освобождение от уголовного наказания по факту психической неполноценности

Уровень психического развития (способность в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность инкриминируемых действий или руководить ими) как показатель вменяемости по возрасту, строго говоря, не связан с наличием психических расстройств. Тем не менее установка на субъективный характер вины расширяет доказательную базу защиты в сфере индивидуальных, в т. ч. и психопатологических особенностей личности. Во всяком случае роль психолого-психиатрической экспертизы в ювенальном суде значительно расширится.

#### Оформление социальной поддержки в виде «индивидуальной программы реабилитации ребенка»

Необходимость выдавать на руки родителям ребенка «именные государственные обязательства» пока обозначена только на бумаге, но есть все основания считать, что в обозримом будущем это будет прямая обязанность исполнительной власти, а может быть и законодательной. Тем самым дети, нуждающиеся в социальной поддержке, в т. ч. и в связи с психическими расстройствами или отклонениями, будут получать документ, который сам по себе обладает организующей силой. Он задает определенный порядок работы, способ реализации гуманистической установки. Пока что он не детализирован в экономическом плане, но это и не обязательно. Вопросы финансирования будут прояснены позже, когда будет накоплен достаточный опыт работы, а предсказывать сроки внедрения более сложных, чем государственная филантропия, технологий социальной поддержки было бы легкомысленно.

#### Выводы

Когда меняется уклад жизни общества, права человека соблюдаются настолько, насколько глубоки эти перемены. И больше всего страдают не юридические схемы, которые могут выглядеть вполне фундаментально, а традиции, основанные на этике, от которых больше всего зависит милосердное отношение к социально неприспособленным людям. Вот и в нашей стране гарантии прав детей с психическими расстройствами на социальную защиту и поддержку обнаруживают свою декларативность по мере движения реформ от слов к делу. Можно условно выделить три уровня этого явления.

Первый — социальное обеспечение больных и инвалидов осталось неизменным в правовых формулировках, имеющих многовековые традиции. На деле стало недоставать места всем нуждающимся, особенно из числа тех, кто тяготеет содержанием и воспитанием больного ребенка, будучи вынужден зарабатывать на жизнь, но к законодательству как таковому это прямого отношения не имеет.

Второй — административная традиция воплощения коммунистической идеи общественного потребления сопротивляется демократическим устремлениям законодателя. Социально неприспособленные психически неполноценные дети вынуждены ждать, когда муниципалитеты приобретут право реального самоуправления и ликвидируют межведомственную чересполосицу централизованного распределения, при которой ни о каких «именных обязательствах» не может быть и речи.

Третий — переход милосердия в плоскость нравственных обязанностей требует времени, в течение которого дети с психическими недостатками будут испытывать на себе тяжесть равнодушия и оставаться под давлением «небрежения» общественного воспитания.



# ПРОБЛЕМЫ СОБЛЮДЕНИЯ ПРАВ ЧЕЛОВЕКА В ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ИНТЕРНАТАХ И ДЕТСКИХ ДОМАХ-ИНТЕРНАТАХ

*Н. Ф. Дементьева, д. м. н., зав. отделом Федерального научно-практического центра медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов Министерства труда и социального развития РФ*

## **Психоневрологические интернаты**

Психоневрологические интернаты или дома-интернаты для больных хронически текущими заболеваниями входят в общую систему психиатрической помощи в стране и одновременно являются учреждениями социальной защиты населения.

Психоневрологические интернаты (ПНИ) в значительной степени отличаются от психиатрических стационаров системы здравоохранения — как по основным целям и задачам, так и по структуре контингента и всей организации работы и укладу жизни больных. Сюда направляют людей, которые по своему психическому состоянию неспособны жить в семье, в обществе в силу утраты либо недоразвития способностей к самообслуживанию, самообеспечению и продуктивному общению. Находящиеся здесь больные не лечатся, а «проживают». Здесь практически не существует понятия «выписка». В сущности, люди поступают в психоневрологические учреждения, чтобы остаться в них навсегда, до естественного конца.

Ситуация «проживания» предполагает особую организацию быта больных, который сочетает в себе элементы больничного учреждения, с одной стороны, и общежития, с другой, а также вовлечение больных в трудовую деятельность.

В России около 400 психоневрологических интернатов, и в настоящее время их остро не хватает. В некоторых регионах страны пациенты ждут места в психоневрологическом интернате по несколько месяцев и даже лет. Наиболее многочисленной группой, проживающих в интернатах, являются больные со снижением интеллекта (олигофрения, различного вида деменции), которые составляют более половины всех обитателей психоневрологических интернатов (всего 68,9%).

При этом больные олигофренией — это в основном молодые люди, поступившие в ПНИ из детских домов-интернатов для детей с дефектами умственного развития (43%), семей (25%), психиатрических больниц (20,76%) и других учреждений. Причиной поступления больных из детских домов-интернатов является достижение совершеннолетия (18 лет), а в случаях поступления из семьи — невозможность обеспечить уход в домашних условиях. По достижении 18 лет выпускника детского дома-интерната обследует медико-социально-педагогическая комиссия. Если комиссия принимает решение, что молодой человек может проживать самостоятельно, его должны выписать из интерната с предоставлением жилья. Во всех остальных случаях происходит перевод в психо-неврологический интернат для взрослых.

Самостоятельное проживание человека с недостаточным интеллектуальным развитием, проведшего несколько лет в интернате и не имеющего навыков самостоятельного проживания, невозможно без специальной подготовки и поддержки. Недостаточность реабилитационных программ в детских домах-интернатах и практически полное отсутствие реабилитационных центров пост-интернатного обучения приводит к невозможности реализации права молодых людей на самостоятельную жизнь, обучение и трудоустройство. При этом «умственная отсталость», установленная в детских домах-интернатах, порой связана не столько с реальным снижением интеллектуальных возможностей, сколько с так называемой педагогической запущенностью, отсутствием должного обучения и воспитания в дошкольном и школьном возрасте.

\* \* \*

В психоневрологических интернатах больные проживают 15—20 лет и более. Тяжелые психические расстройства, характерные для обитателей психоневрологических интернатов, делают большинство из них неспособными самостоятельно отстаивать свои права и адекватно реагировать на различные нарушения. Интеллектуальная несостоятельность в совокупности с условиями пребывания в психоневрологических интернатах препятствуют реализации пациентами ПНИ своих гражданских прав и свобод.

В соответствии с теорией права первооснова субъективных прав заключена в свободном волеизъявлении и уважении этой воли, в претворении своей воли в жизнь. Лица, страдающие хроническими психическими

заболеваниями не в состоянии реализовать свою волю (она или патологически изменена — дефицитарна, или отсутствует), и таким образом, в повседневной жизни оказываются лишенными права.

В связи с этим, до тех пор пока само общество не примет мер по правовой защите и охране прав пациентов ПНИ, невозможно говорить о соблюдении их прав. Психоневрологические учреждения особенно нуждаются в государственном и общественном контроле за соблюдением прав проживающих в них граждан. Однако государственный контроль часто оказывается недостаточным, а общественный практически полностью отсутствует.

Общегосударственные гарантии уважения воли и свободы граждан, страдающих психическими заболеваниями инвалидов, требуют, чтобы их защита носила стабильный и полный характер, адекватно соотносящийся с фактической потребностью конкретного лица и реальными возможностями государства. Однако фактически большинство гарантий оказывается нереализованным, и нарушение прав психически больных, проживающих в психоневрологических учреждениях социального обслуживания, имеются на всех этапах их жизненного пути.

Нарушения возникают уже при направлении в психоневрологические интернаты. Согласно Федеральному Закону «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» помещение лиц, страдающих хроническими психическими заболеваниями и нуждающимися в постоянном уходе и наблюдении, в стационарные психоневрологические учреждения социального обслуживания производится на основании их личного письменного заявления, а в случае признания их недееспособными — заявления их законных представителей. Оформление необходимых документов на прием (помещение) в психоневрологическое учреждение осуществляют социальные работники территориальных органов социальной защиты населения. При этом ст. 8 Закона «О социальном обслуживании...» обязывает социального работника предоставить гражданину полную, достоверную и исчерпывающую информацию по конкретному типу учреждения, а также тех правовых последствий, которые возникают в связи с фактом помещения лица в психоневрологическое стационарное учреждение. О предоставленной информации, ее содержании социальный работник обязан сделать собственноручно запись на личном заявлении и акте материально-бытового состояния лица, оформляющегося в стационарное учреждение. Таким образом, социальный работник должен установить и подтвердить факт свободного, осознанного и информированного согласия лица на поступление в психоневрологический интернат. Дело это весьма непростое и требует значительного количества времени и умения, которые не всегда есть у социальных работников. В результате, в значительном количестве случаев информирование носит весьма поверхностный характер, а полученное согласие является следствием заблуждения или принуждения со стороны родственников.

Кроме того, Закон «О социальном обслуживании...» предусматривает возможность помещения граждан пожилого возраста и инвалидов, страдающих психическими заболеваниями, в психоневрологические учреждения без их согласия или без согласия их законных представителей. Решение о таком помещении в ПНИ может быть принято судом по представлению органов социальной защиты населения, если человек лишен ухода и поддержки со стороны родных и близких и при этом неспособен самостоятельно удовлетворять свои жизненные потребности. Однако и в самом ФЗ, и в новом ГПК РФ отсутствует регламентация участия судебных органов в рассмотрении подобных дел, в связи с чем суды часто решают такие дела без внимательного рассмотрения и в отсутствие лица, о помещении которого в психоневрологическое учреждение ходатайствуют органы социальной защиты. Такое положение грубо нарушает права лиц, страдающих хроническими психическими заболеваниями, на справедливое судебное разбирательство и может приводить к необоснованному ограничению их свободы. Кроме того, такая норма противоречит Закону о психиатрической помощи, который не допускает недобровольное помещение граждан в психоневрологические учреждения.

Согласно Закону о психиатрической помощи, помещение дееспособных граждан в психоневрологические учреждения осуществляется на основе их личного заявления, а недееспособных — по решению органа опеки, которое принимается на основании решения врачебной комиссии с участием врача-психиатра. Опекун лишен права решать вопрос о помещении данного лица в стационарное психоневрологическое учреждение социального обслуживания, он вправе лишь поставить этот вопрос перед органами опеки и попечительства. Такая норма в большей мере предохраняет недееспособное лицо от недобросовестных действий опекуна.

Помещение недееспособного (совершеннолетнего) лица на государственное обеспечение в стационарное психоневрологическое учреждение социального обслуживания связано с предоставлением ему гарантированного государством перечня социальных услуг, в т. ч. и обязанность администрации учреждения исполнять возложенные на нее функции опекунов в отношении лиц, нуждающихся в опеке (ст. 21 «Обязанности администрации стационарного учреждения социального обслуживания» Федерального Закона «О социальном обслуживании...», ст. 7 «Представительство граждан, которым оказывается психиатрическая помощь» Федерального Закона «О психиатрической помощи...»). В связи с этим орган опеки и попечительства, принимая решение о помещении недееспособного лица в психоневрологическое учреждение, обычно освобождает прежнего опекуна от выполнения опекунских обязанностей и возлагает их на администрацию учреждения социального обслуживания. В отдельных случаях, с учетом интересов опекаемого, органы опеки и попечительства могут сохранить функции опеки за конкретным лицом, осуществлявшим ее ранее. К сожалению, имеющиеся у правозащитных организаций сведения указывают на

то, что опекуны часто стремятся сохранить функции опеки при помещении недееспособного в интернат в корыстных целях (занятие жилой площади, незаконное использование имущества опекаемого и др.).

Администрация интерната обязана следить за тем, как опекун выполняет свои опекунские обязанности (посещает ли он своего подопечного, заботится ли о нем, как тратит его деньги и т. п.) и регулярно сообщать об этом органу опеки и попечительства. В случае ненадлежащего выполнения опекуном своих обязанностей орган опеки и попечительства может принять решение о передаче опекунских обязанностей администрации интерната. Такое правило, казалось бы, должно способствовать профилактике и предотвращению использования опеки в корыстных целях, однако на деле нарушения прав недееспособных происходят часто, что связано с отсутствием должного контроля за действиями опекунов.

\* \* \*

Важнейшим аспектом организации жизни пациентов психоневрологических учреждений является вовлечение их в трудовую деятельность, что регламентируется нормативно-правовым документом, в котором особо подчеркивается, что вовлечение граждан в лечебно-трудовую деятельность осуществляется на добровольной основе с учетом состояния здоровья, интересов, желаний и на основании заключения врача стационарного учреждения (для инвалидов — в соответствии с рекомендациями медико-социальной экспертизы). Пункт 15 этого Постановления подчеркивает, что «Принуждение граждан к лечебно-трудовой деятельности не допускается».

На практике в учреждениях, где проживают пациенты с тяжелыми хроническими психическими расстройствами, постоянно возникают расхождения юридического и клинического подходов к понятию «принуждение». Дело в том, что больные хроническими психическими заболеваниями на отдаленных этапах течения болезни часто утрачивают волевые ресурсы психики, теряют побудительные мотивы деятельности, в т. ч. и трудовой. Восстановление утраченных трудовых и других социальных навыков возможно только в условиях усиленно рекомендательного, настоятельного и условно принудительного образа действия реабилитолога. Правозащитники порой оценивают такой подход как нарушающий право человека на свободный выбор, как принуждение пациентов к труду. Однако врачи считают, что такое «принуждение» необходимо в целях восстановления или приобретения новых трудовых навыков.

Для организации трудовой терапии в психоневрологических интернатах имеется сложившаяся материально-техническая база, представленная лечебно-трудовыми мастерскими (ЛТМ), подсобным сельским хозяйством и спеццехами. Однако полнота представленности всех указанных вариантов в психоневрологических интернатах неравномерна: сегодня лишь небольшая часть психоневрологических интернатов (11,4%) имеют ЛТМ, подсобное сельское хозяйство и спеццеха; значительная часть учреждений (57,5%) имеет ЛТМ и подсобное хозяйство. В существенно меньшем количестве интернатов (24,8%) действует только подсобное сельское хозяйство и совсем редко — только ЛТМ или только спеццеха (4,6% и 0,7% соответственно).

Лечебно-трудовые мастерские представляют собой основную базу для организации лечебно-трудовой деятельности больных. Главным моментом здесь является производительный труд, позволяющий больному увидеть результат и получить за него вознаграждение. Наиболее распространенные виды работ в ЛТМ — швейные (в 74,4% ПНИ), столярные (41,8%) и картонажные (13,8%). С учетом местных условий, обеспечивающих получение сырья и сбыт продукции, встречаются также сборочные, столярные, сапожные виды работ, плетение корзин и др. Работая в ЛТМ, больные всегда зарабатывали очень немного (в силу укороченного рабочего дня, низкой производительности труда, выполнения низкооплачиваемой работы и т. п.), но для многих участие в трудовой деятельности было потребностью.

С 1992 г. с изменением социально-экономической ситуации в стране лечебно-трудовые мастерские перестали получать сырье и заказы от местной промышленности. В результате инвалиды, находящиеся в ПНИ, оказались незанятыми. Нарушение права на труд негативно сказалось как на клинических, так и на социально-психологических показателях: увеличилась частота конфликтов среди инвалидов, возросло число психопатоподобных проявлений (побеги, кражи), усилилась алкоголизация. Новые условия в стране требуют скорейшего пересмотра устаревшей нормативно-правовой базы, организации лечебно-трудовых мастерских на иных основаниях.

Помимо ЛТМ трудовая деятельность больных ПНИ осуществляется в следующих формах: 1) обслуживание учреждения (хозяйственно-бытовая деятельность), 2) вне интерната (в составе выездных бригад на полевые работы и строительные объекты), 3) на штатных должностях в интернате и за его пределами. Хозяйственно-бытовая деятельность больных, находящихся в ПНИ, состоит в поддержании чистоты и порядка в комнатах и вспомогательных помещениях, ухода за тяжело больными и т. п. Эта деятельность не оплачивается и должна осуществляться строго на добровольной основе. Однако в условиях острой нехватки младшего персонала, «добровольный» труд часто превращается в «принудительный», и больные

используются в качестве санитаров. Врачи называют это «трудотерапией».

Возможности работы людей, проживающих в ПНИ, по своей специальности как внутри интерната, так и за его пределами, в последние годы катастрофически сократились. Трудности трудоустройства касаются и других категорий населения, но для лиц с дефектами интеллектуального развития участие в трудовой деятельности является необходимой частью лечебно-реабилитационного процесса. Таким образом, они фактически утрачивают свое право на реабилитацию.

\* \* \*

Психически больные имеют право на интеллектуальное развитие, совершенствование социального опыта и приобретения трудовых и профессиональных навыков. Для обучения лиц с умственными недостатками необходимы специально разработанные программы обучения социально значимым профессиям с учетом степени интеллектуального дефекта.

В учреждениях системы социальной защиты существует постоянная потребность в осуществлении ремонта зданий, мебели, кухонной утвари, белья, обуви и т. д. Это обстоятельство определяет необходимость обучения молодых инвалидов профессиональным навыкам штукатура-маляра, столяра, сапожника, швеи и др. с последующим правом трудоустройства в этих учреждениях. Существующие программы трудового обучения инвалидов с недостаточностью интеллектуального развития должны реализовываться в определенное время по специально разработанным методикам, иметь временную протяженность. Ограниченные интеллектуальные возможности пациентов делают особенно важным принцип непрерывности, постоянства обучающего воздействия.

Однако персонал психоневрологических интернатов нередко рассматривает молодых инвалидов как дешевую рабочую силу, как необходимых для физической работы людей. В реальной жизни нередко возникают ситуации, когда процесс обучения прерывается вмешательством вспомогательного персонала под влиянием сиюминутной необходимости выполнения больными хозяйственных работ в учреждении (разгрузка продуктов, уборка территории и т. д.). Таким образом, нарушаются права больных на систематическое обучение, что отрицательно сказывается на результатах реабилитации.

Решение этой проблемы возможно лишь при условии обучения персонала уважительному отношению к людям с психическими расстройствами, строгому соблюдению их прав.

\* \* \*

Инвалиды вследствие психических расстройств и лица с умственными недостатками, как и все остальные категории граждан, проживающие в государственных учреждениях социального обеспечения, имеют право на достойную среду обитания, полноценную организацию быта и проведения досуга.

Между тем средств на улучшение условий проживания в психоневрологических учреждениях не выделяется, и людям, проживающим там, приходится находиться в условиях, которые не способствуют восстановлению нарушенной социализации. Это однообразие обстановки, монотонность быта, отсутствие интересной занятости, дефицит общения со здоровым окружением, зависимость от персонала.

Серьезной проблемой устройства психоневрологических интернатов является несоблюдение установленных нормативов жилой площади, приходящейся на одного больного. Согласно нормативно-правовым документам санитарная площадь составляет 7 м<sup>2</sup>, однако во многих учреждениях эта площадь не превышает 4—5 м<sup>2</sup> на каждого больного. Ситуация усугубляется еще и тем, что в ряде учреждений больные проживают по восемьдесят человек в комнате, что является не только правовой, но и психологической проблемой в учреждениях с длительным, многолетним проживанием больных в однообразных условиях.

Для устранения такой негативной ситуации необходимо проектирование и строительство новых современных зданий, которые отвечали бы потребностям инвалидов с психическими расстройствами, позволяли бы им осуществлять равные права и возможности в соответствии с международными стандартами. Однако сегодня в России строительство психоневрологических интернатов практически не ведется, и надежд на улучшение ситуации в скором будущем нет.

Реабилитация молодых пациентов, проводимая в психоневрологических интернатах, нацелена в перспективе на социальную интеграцию инвалидов, право на которую имеет каждый человек. Однако для ее осуществления недостаточно овладения трудовыми навыками и достижения высокого уровня социализации. Необходимо обеспечить условия для интегрированных в общество инвалидов: предоставить им жилую площадь, подобрать рабочее место (трудоустройство) и осуществлять консультативную помощь при овладении ими новыми должностными обязанностями.

Ситуация, при которой люди с психическими расстройствами по заключению врачей могли бы быть выписаны из психоневрологического учреждения, но по известным обстоятельствам не могут, представляет собой нарушение прав инвалидов.

Наиболее частая причина вынужденного отказа в выписке — отсутствие жилья и невозможность решить жилищную проблему. Граждане, проживающие в психоневрологическом интернате, сохраняют право на занимаемое ими ранее государственное или муниципальное жилье в течение 6 месяцев с момента поступления в учреждение социального обслуживания, а если в жилых помещениях остались проживать члены их семей — в течение всего срока пребывания в этом учреждении. Таким образом, в наиболее благоприятной ситуации оказываются те, у кого имеются родственники, готовые принять прошедшего социально-трудовую реабилитацию инвалида в семью и помогать ему в трудоустройстве и первичной адаптации на рабочем месте. В этом случае человеку обеспечено жилье, здоровое окружение, помощь в социальной и трудовой адаптации, а значит продолжение социализации и предоставление равных со всеми гражданами прав.

Человек, потерявший жилье в связи с поступлением в ПНИ, в случае улучшения состояния здоровья и появления возможности самостоятельного проживания, имеет право на внеочередное обеспечение жильем. Однако ожидание положенного жилья в сегодняшней социально-экономической ситуации растягивается на многие годы и в результате порой просто теряет смысл. При отсутствии жилья остается возможность трудоустроиться за пределами интерната (в качестве дворников, грузчиков, санитарок-уборщиц и т. д.) при условии проживания в этом учреждении. Будучи трудоустроенным на внешних объектах, человек получает возможность общаться со здоровым окружением, приобретать навыки производственных отношений, расширять социальный опыт, т. е. имеет место частичная социализация. В ряде случаев лица с ограниченными интеллектуальными возможностями, овладев производственными навыками в рамках обслуживающего труда, переводятся на постоянное жительство в дома-интернаты общего профиля, работают на штатных должностях. Хотя они и находятся в этом случае преимущественно среди здорового окружения, сама ситуация в доме-интернате не располагает возможностями для накопления социального опыта, что сдерживает их социально-психологическое развитие и препятствует дальнейшей интеграции в общество.

Для такой категории инвалидов рекомендованы специализированные общежития, в которых они могут проживать на общих основаниях и вместе с тем пользоваться помощью психолога, социального педагога, так как нуждаются в постоянном психокоррекционном воздействии. В законодательстве Российской Федерации прописано, что государством гарантируется создание общежитий для лиц, страдающих психическими расстройствами, утратившими социальные связи. И хотя создание специализированных общежитий для лиц с ограниченными интеллектуальными возможностями имеет не только социально-психологическую целесообразность, но и экономически выгодно (не требуется медицинский и расширенный вспомогательный персонал, сами инвалиды оплачивают пользование жильем и электроэнергией и т. д.), число их в России исчисляется единицами.

Трудоустройство психически больных, проживавших в ПНИ, также представляет существенные трудности. Даже те, которые были выписаны после прохождения курса реабилитации и овладения профессиональным навыками в семью, часто имеют ограниченные возможности для реализации своего права трудоспособности либо в домашнем хозяйстве, либо на приусадебном участке. Это связано как с отсутствием рабочих мест для инвалидов по психическому заболеванию, так и с тем обстоятельством, что достигнутый уровень овладения ими социальным опытом не всегда отвечает требованиям полной интеграции в общество.

В этой связи целесообразно продолжение реабилитации данной категории граждан в специально созданных реабилитационных центрах для людей с ограниченными интеллектуальными возможностями. В этих учреждениях инвалиды получают возможность трудового обучения по специально разработанным программам с рекомендациями последующего трудоустройства с учетом условий и характера труда. Положение о таком учреждении было утверждено еще в 1990 г., однако их развитие по-прежнему находится в зачаточном состоянии, что существенно ограничивает реализацию прав людей с психическими расстройствами на соответствующее обучение и трудоустройство.

Вопросы правового порядка возникают и при выписке больных из психоневрологического стационарного учреждения социального обслуживания. Согласно закону о психиатрической помощи (ст. 44), выписка из психоневрологического учреждения для социального обеспечения производится по личному заявлению лица при наличии заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра о том, что по состоянию здоровья лицо способно проживать самостоятельно, а в случае выписки недееспособного лица — по заявлению родственников или законного представителя, обязующегося осуществлять уход. Наличие в последнем случае решения органа опеки и попечительства для выписки не требуется.

Подобным же образом прописан порядок выписки из учреждения в примерном Уставе государственного (муниципального) стационарного учреждения социального обслуживания системы социальной защиты населения. Однако следует учитывать, что при выписке недееспособного лица из ПНИ ему должен быть назначен новый опекун, для чего необходимо соответствующее решение органов опеки и попечительства.

Несогласованность имеющихся правовых норм в отношении недееспособных, сложности получения положительного решения врачебной комиссии о возможности самостоятельного проживания и соблюдения необходимых условий по наличию помещения для проживания приводят к тому, что случаи выписки из психоневрологических учреждений носят единичный характер. Попав в ПНИ, пациенты обычно проживают там всю свою жизнь.

Таким образом, психоневрологические интернаты как часть сети психиатрических учреждений в стране, практически выполняют лишь одну функцию — дают возможность проживания больным с длительно текущими психическими заболеваниями и интеллектуальной недостаточностью, обеспечивают их социально-бытовое устройство. Права проживающих в психоневрологических учреждениях социального обслуживания граждан на интеграцию в общество, самостоятельное проживание, собственную семью, трудоустройство, обучение и т. п. практически повсеместно и постоянно нарушаются.

### **Детские дома-интернаты**

На начало 2002 г. в Российской Федерации зарегистрировано 658,1 тыс. детей-инвалидов. Среди основных заболеваний, приводящих к инвалидности, 20,3% составляют психические расстройства и расстройства поведения, из которых 72,1% приходится на долю умственной недостаточности и аномалий развития .

Для детей, воспитывающихся в семьях, открыты социально-реабилитационные центры и отделения реабилитации при центрах социального обслуживания. 29 тысяч детей-инвалидов с психическими расстройствами воспитывается в специальных домах интернатах. На начало 2001 г. в России насчитывалось 155 детских домов-интернатов для детей с недостаточным интеллектуальным развитием.

Дети и подростки, воспитывающиеся в специализированных домах-интернатах, сильно отличаются по степени интеллектуальной недостаточности. Некоторые из них способны овладеть лишь элементарными санитарно-гигиеническими навыками и навыками хозяйственно-бытового труда в рамках самообслуживания, другие овладевают, помимо хозяйственно-бытовых, и более сложными навыками в рамках производительного труда, и, наконец, третьи способны усвоить не только трудовые, но и более сложные, «профессиональные» навыки.

В домах-интернатах осуществляется трудовое обучение подростков с учетом их возможностей, предусматривающее подготовку грузчиков, дворников, мойщиц посуды, подсобных рабочих в прачечной, санитарок-уборщиц, швей, вспомогательных рабочих сельскохозяйственного труда по уходу за животными, огородничеству и т. д. В некоторых специализированных детских учреждениях подростки с интеллектуальной недостаточностью овладевают и более сложными профессиональными навыками: штамповщика, резьбонарезчика, сварщика, плотника и др. Однако возможности последующего трудоустройства в соответствии с приобретенной специальностью в настоящее время сильно ограничены, и подростки вынуждены находиться в условиях фактической изоляции от внешнего мира.

Длительное пребывание детей с интеллектуальной недостаточностью в условиях закрытого учреждения, в условиях однообразной бытовой обстановки, дефицита общения и недостатка развивающей информации, оказывает на них негативное влияние, усугубляя их социальную незрелость и делая их еще более социально незащищенными. Это особенно касается подростков с легкой степенью интеллектуальной недостаточности, круг интересов которых и жизненные запросы выходят за пределы реальных возможностей, дома-интерната и не могут быть удовлетворены в силу отсутствия соответствующих условий.

Для решения проблемы трудовой и социальной реабилитации и реализации права детей-инвалидов на последующую самостоятельную жизнь необходим более дифференцированный подход к содержанию детей с разной степенью интеллектуальной недостаточности и совершенствование системы реабилитации лиц с интеллектуальной недостаточностью. Соответствие условий детского дома-интерната и уровня интеллектуального дефекта ребенка решает медико-психолого-педагогическая комиссия. Фактически она

решает судьбу ребенка, определяя, может ли он обучаться в общеобразовательной школе или его следует поместить в интернат для детей с интеллектуальной недостаточностью. Решение этого вопроса зависит не только от степени интеллектуального дефекта ребенка, но и от ситуации в семье и других социально-экономических факторов. Недостаточное разнообразие специализированных интернатов для детей с интеллектуальными недостатками нередко приводит к ситуации, когда медико-психолого-педагогическая комиссия в силу социальных причин вынуждена направлять детей с относительно легкой задержкой психического развития в специализированные учреждения социального обеспечения для детей с выраженными интеллектуальными дефектами, нарушая тем самым право ребенка на реабилитацию.

Для решения проблемы реабилитации лиц с интеллектуальной недостаточностью необходимо создание учреждений принципиально нового типа — реабилитационных центров, в которых должны быть предусмотрены различные формы содержания больных и различные программы обучения в зависимости от ранее приобретенных навыков и степени интеллектуального дефекта. В результате обучения в реабилитационном центре подростки с интеллектуальной недостаточностью смогут усвоить профессиональные навыки грузчика, дворника, санитарки-уборщицы, швеи, штукатурка-маляра, сапожника и др., а по окончании учебы могут быть трудоустроены в домах-интернатах, лечебно-профилактических учреждениях и других объектах народного хозяйства. Сегодня эта проблема нерешена и не в последнюю очередь из-за отсутствия педагогических кадров, владеющих навыками работы с лицами с интеллектуальной недостаточностью и умеющими вести занятия в соответствии с конкретными программами.

Проблема реабилитации подростков с интеллектуальной недостаточностью непосредственно связана с возможностью их интеграции в общество. Установлено, что из числа подростков, выписанных из специализированных детских домов-интернатов, лишь 34% трудоустроены в соответствии с приобретенными навыками в специально созданных условиях. Применительно к этой группе лиц можно говорить о полной реализации права на реабилитацию и полной интеграции в общество.

Среди лиц с интеллектуальной недостаточностью, переведенных по достижении 18-летнего возраста в психоневрологические интернаты, только 20,4% трудоустроены, и условия трудоустройства неравноценны: некоторые (8%) работают в тех же учреждениях (детском и психоневрологическом), другие (12,4%) трудоустроены на штатных должностях в домах-интернатах для престарелых и инвалидов и в других учреждениях. Применительно к этой последней группе можно говорить о частичной интеграции в общество. Находясь в течение рабочего дня в здоровом окружении, пользуясь транспортом, посещая магазины, учреждения бытового назначения, они расширяют свой социальный опыт, получают возможность приобщения к социальным ценностям. Вместе с тем, в этих случаях нельзя говорить о полной реализации права людей с интеллектуальной недостаточностью на реабилитацию. Для этих людей необходимо создание специальных условий проживания типа специализированных общежитий, групповых домов западного типа, в которых должен быть создан оптимальный режим с минимальной опекой и доминирующим самоуправлением и самообслуживанием. По существу речь идет об учреждениях промежуточного, переходного типа от традиционных домов-интернатов к интеграции в общество. Сегодня такие учреждения в России практически отсутствуют.

Одним из ключевых вопросов, возникающих в отношении лиц с интеллектуальной недостаточностью, воспитывавшихся в специальных домах-интернатах, является вопрос о переводе их в психоневрологический интернат (для взрослых) по достижении совершеннолетия.

В 18-летнем возрасте подросток становится полностью дееспособным и сам может решать свою дальнейшую судьбу. Решения органов опеки и попечительства о его помещении и пребывании в психоневрологическом стационаре социального обслуживания «теряют» свою юридическую силу. Исключение составляют те случаи, когда человек вследствие имеющегося у него психического расстройства не может понимать значения своих действий или руководить ими. Такие люди должны быть в установленном законом порядке признаны недееспособными.

По достижении 18-летнего возраста молодые люди, находящиеся в детских стационарных психоневрологических учреждениях для пациентов с интеллектуальной недостаточностью, в обязательном порядке осматриваются врачебной комиссией, в составе которой имеются врач-психиатр, педагог, а также иные специалисты (врачи, психолог и др.), способствующие полной и всесторонней оценке психосоматического состояния здоровья и состояния интеллекта обследуемого лица.

В своем заключении комиссия должна ответить на вопрос о том, какова у обследуемого тяжесть психического расстройства; нуждается ли он (она) в стационарном психоневрологическом учреждении социального обслуживания или он может проживать в неспециализированном — не психоневрологическом учреждении социального обслуживания; может ли он (она) продолжить обучение в условиях общеобразовательной или специальной системы образования; может ли самостоятельно проживать и самообеспечивать себя; а также — что особенно важно — имеются ли основания для постановки перед судом вопроса о признании обследуемого недееспособным.

Если комиссия пришла к заключению, что обследуемый не понимает значение своих действий и не может руководить ими, он в установленном законом порядке признается недееспособным и переводится в

психоневрологический интернат для взрослых, администрация которого принимает на себя функции опекуна.

Если комиссия считает, что обследуемый может осуществлять самообслуживание и вести самостоятельный образ жизни, он должен быть выписан из интерната с предоставлением жилья. Согласно ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов», «дети-инвалиды, проживающие в стационарных учреждениях социального обслуживания... по достижении 18 лет подлежат обеспечению жилыми помещениями вне очереди органами местного самоуправления по месту нахождения данного учреждения либо по месту прежнего жительства по их выбору, если индивидуальная программа реабилитации предусматривает эту возможность».

Низкие эффективность и индивидуализация реабилитационных программ, действующих в детских домах-интернатах для лиц с интеллектуальной недостаточностью, в сочетании с отсутствием реабилитационных центров, которые могли бы оказать помощь и поддержку в самостоятельной жизни их выпускникам, делают практически невозможным их самостоятельное проживание по достижении совершеннолетия. Не последнюю роль здесь играют трудности с предоставлением жилья.

Если основания для признания лица недееспособным отсутствуют, а вопрос о самостоятельном проживании не стоит, молодой человек должен быть переведен либо в ПНИ для взрослых, либо в интернат общего типа. Перевод в другое учреждение социального обслуживания (психоневрологического или общего профиля) осуществляется на основе личного заявления, отражающего добровольное информированное согласие. Администрация учреждения обязана информировать человека о его правах в период пребывания в учреждении (ст. 21 «Обязанности администрации стационарного учреждения социального обслуживания» Федеральный Закон «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов»). Согласие, данное под влиянием угрозы, обмана или заблуждения не является добровольным и, следовательно, должно быть признано недействительным.

В реальности практически все дети, находящиеся в специализированных домах-интернатах для лиц с интеллектуальной недостаточностью, по достижении 18-летнего возраста автоматически переводятся в психоневрологические учреждения социального обслуживания для взрослых. Вероятно, администрация полагает, что наличие тяжелого психического расстройства делает их неспособными осознанно выразить свою волю на основе информированного согласия. К тому же такой порядок перевода лиц, страдающих психическими расстройствами и достигших совершеннолетия, из детских стационарных психоневрологических учреждений социального обслуживания (детских домов-интернатов для глубоко умственно отсталых детей), во взрослые, изложен в примерном Уставе государственного (муниципального) стационарного учреждения социального обслуживания системы социальной защиты населения (п. 6.10), утвержденного приказом Министерства труда и социального развития Российской Федерации от 4 ноября 1997 г. № 283. Согласно Уставу, «воспитанники, достигшие 18-летнего возраста и неспособные к труду, в соответствии с заключением специализированной МСЭК и решением педагогического совета переводятся в психоневрологические стационарные учреждения социального обслуживания...» Никакого добровольного информированного согласия не требуется. И хотя данный порядок (изложенный в Уставе) не соответствует ни Федеральному закону «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», ни Гражданскому кодексу Российской Федерации, ни Гражданско-процессуальному Кодексу РСФСР, ни Конституции Российской Федерации, именно им руководствуются многие руководители детских домов-интернатов при переводе лиц с психическими расстройствами в психоневрологические учреждения социального обслуживания для взрослых. Тем самым в массовом порядке нарушаются права молодых людей с психическими расстройствами. В психоневрологическом интернате для взрослых они, скорее всего, будут проживать всю свою жизнь, фактически лишены права на обучение, трудоустройство, семью, полноценное общение, разнообразие окружающей жизни и т. п.

## **ПРИЛОЖЕНИЯ**

### **ПРИЛОЖЕНИЕ 1.**



## ПРИЛОЖЕНИЕ 2. СПИСОК ПСИХИАТРИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРОВ, ВОШЕДШИХ В МОНИТОРИНГ

1. Астраханская областная ПБ	Астраханская область
2. Архангельская областная клиническая ПБ № 1	Архангельская область
3. Белгородская областная ПБ	Белгородская область
4. Боброво-Дворская ПБ Белгородской области	Белгородская область
5. Брянская областная ПБ № 3	Брянская область
6. Владимирская областная ПБ № 1	Владимирская область
7. Владимирская областная ПБ № 4	Владимирская область
8. Волгоградская областная ПБ № 2	Волгоградская область
9. Вологодская областная ПБ	Вологодская область
10. Воронежская городская ПБ	Воронежская область
11. Областная ПБ Еврейской АО	Еврейская АО
12. Иркутская областная клиническая ПБ	Иркутская область
13. Иркутский областной ПНД	Иркутская область
14. Калининградская городская ПБ	Калининградская область
15. Калининградская областная ПБ	Калининградская область
16. Калининградская областная ПБ	Калининградская область
17. Новокузнецкая городская ПБ	Кемеровская область
18. Котельничская КПБ	Кировская область
19. Областная клиническая ПБ им. Бехтерева	Кировская область
20. Психиатрическое отделение окружной больницы	Коми-Пермяцкий АО
21. Костромская областная ПБ (с. Никольское)	Костромская область
22. Костромская специализированная ПБ с интенсивным наблюдением	Костромская область
23. Краснодарская городская ПБ	Краснодарский край
24. Краснодарская краевая ПБ	Краснодарский край
25. Красноярская краевая ПБ № 1	Красноярский край
26. Красноярская краевая ПБ № 2	Красноярский край
27. Красноярская краевая ПБ № 3	Красноярский край
28. Курганская областная ПБ	Курганская область
29. Шадринская ПНБ	Курганская область
30. Курская областная ПБ	Курская область
31. Данковская ПБ	Липецкая область
32. Липецкая областная ПНБ	Липецкая область

33. Магаданский областной ПНД	Магаданская область
34. Московская ПБ № 4	г. Москва
35. Московская ПБ № 13	г. Москва
36. Центральная Московская областная клиническая ПБ № 1	г. Москва
37. Московская областная ПБ № 2	Московская область
38. Психоневрологическое отделение окружной больницы	Ненецкий автономный округ
39. Нижегородская городская ПБ № 1	Нижегородская область
40. Нижегородская областная ПБ № 1	Нижегородская область
41. Новгородская областная клиническая ПБ	Новгородская область
42. Оренбургская областная ПБ № 1	Оренбургская область
43. Оренбургская областная ПБ № 2	Оренбургская область
44. Орловская областная ПБ	Орловская область
45. Пензенская областная ПБ	Пензенская область
46. Кузнецкая городская ПБ	Пензенская область
47. Пермская областная ПБ	Пермская область
48. Пермская городская ПБ	Пермская область
49. Владивостокская городская ПБ	Приморский край
50. Приморская краевая ПБ № 1	Приморский край
51. Псковская областная ПБ № 1	Псковская область
52. Республиканский клинический ПНД	Республика Адыгея
53. Республиканская ПБ Северной Осетии-Алании	Республика Северная Осетия-Алания
54. Республиканская ПБ Башкортостана	Республика Башкортостан
55. Республиканский ПНД Бурятии	Республика Бурятия
56. Троицкая ПБ	Республика Бурятия
57. Психиатрическое отделение Горно-Алтайской республиканской больницы	Республика Алтай
58. Республиканский ПНД Кабардино-Балкарии	Республика Кабардино-Балкария
59. Прохладненская районная ПБ	Республика Кабардино-Балкария
60. Республиканский ПНД Калмыкии	Республика Калмыкия
61. Республиканская ПБ Карелии	Республика Калмыкия
62. Республиканская ПБ Коми	Республика Коми
63. Ухтинская городская ПБ	Республика Коми
64. Республиканская психотуберкулезная больница Марий Эл	Республика Марий Эл
65. Республиканская ПБ Мордовии	Республика Мордовия
66. Казанская городская ПНБ	Республики Татарстан
67. Республиканская клиническая ПБ Татарстана	Республики Татарстан

68. Республиканская клиническая ПБ Удмуртии	Республика Удмуртия
69. Воткинский ПНД	Республика Удмуртия
70. Республиканский ПНД Хакассии	Республика Хакассия
71. Ростовская городская ПБ (пос. Ковалевка)	Ростовская область
72. Ростовская областная ПБ (с. Пешково)	Ростовская область
73. Самарская областная ПБ	Самарская область
74. Санкт-Петербургская ПБ № 1 им. Кащенко	г. Санкт-Петербург
75. Санкт-Петербургская ПБ № 7 им. Павлова	г. Санкт-Петербург
76. Свердловская областная ПБ № 1	Свердловская область
77. Смоленская областная клиническая ПБ № 1	Смоленская область
78. Смоленская муниципальная ПБ	Смоленская область
79. Ставропольская краевая ПБ № 1	Ставропольский край
80. Ставропольская краевая ПБ № 2	Ставропольский край
81. Тверская областная ПБ № 1 им. Литвинова	Тверская область
82. Тверская областная ПБ № 2 (с. Леонтьевское)	Тверская область
83. Тульская городская ПБ	Тульская область
84. Тюменская областная ПБ	Тюменская область
85. Ульяновская областная ПБ № 1 им. Карамзина	Ульяновская область
86. Хабаровская краевая ПБ № 2	Хабаровский край
87. Хабаровская городская ПБ им. Галанта	Хабаровский край
88. Челябинская областная ПБ № 2	Челябинская область
89. Читинская областная ПБ №	Читинская область
90. Читинская областная ПБ № 2	Читинская область
91. Чукотский окружной ПНД	Чукотский автономный округ
92. Ярославская областная клиническая ПБ	Ярославская область
93. Ярославская областная ПБ «Афонино»	Ярославская область

### **ПРИЛОЖЕНИЕ 3. БОЛЬНИЦЫ, ГДЕ ПАЦИЕНТЫ НЕ МОГУТ ПОЛУЧИТЬ ВЫПИСКИ ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ**

1. Архангельская областная клиническая ПБ № 1
2. Белгородская областная ПБ — только результаты обследования
3. Боброво-Дворская ПБ Белгородской области
4. Брянская областная ПБ № 3
5. Волгоградская областная ПБ № 2

6. Вологодская областная ПБ
7. Воронежская городская ПБ
8. Воронежская областная ПБ
9. Иркутская областная клиническая ПБ
10. Иркутский областной ПНД
11. Калининградская городская ПБ
12. Калининградская областная ПБ
13. Новокузнецкая городская ПБ Кемеровской области
14. Котельническая КПБ Кировской области
15. Костромская областная ПБ (с. Никольское)
16. Краснодарская городская ПБ
17. Краснодарская краевая ПБ
18. Красноярская краевая ПБ № 1, если имеется соматическое заболевание, могут дать памятку с информацией об используемых лекарствах при лечении.
19. Красноярская краевая ПБ № 2
20. Красноярская краевая ПБ № 3
21. Данковская ПБ Липецкой области
22. Липецкая областная ПНБ
23. Магаданский областной ПНД
24. Московская ПБ № 4
25. Московская ПБ № 13
26. Московская областная ПБ № 2
27. Центральная Московская областная клиническая ПБ № 1
28. Новгородская областная клиническая ПБ
29. Оренбургская областная ПБ № 1
30. Оренбургская областная ПБ № 2
31. Орловская областная ПБ
32. Кузнецкая городская ПБ Пензенской области
33. Владивостокская городская ПБ Приморского края
34. Приморская краевая ПБ № 1
35. Псковская областная ПБ № 1
36. Республиканский клинический ПНД Адыгеи
37. Республиканская ПБ Алании
38. Республиканская ПБ Башкортостана

39. Республиканский ПНД Бурятии
40. Троицкая ПБ Республики Бурятия
41. Психиатрическое отделение Горно-Алтайской республиканской больницы
42. Республиканский ПНД Кабардино-Балкарии
43. Прохладненская районная ПБ Кабардино-Балкарии
44. Республиканский ПНД Калмыкии
45. Республиканская ПБ Карелии
46. Республиканская ПБ Коми
47. Ухтинская городская ПБ Республики Коми
48. Республиканская ПБ Мордовии
49. Республиканская клиническая ПБ Удмуртии
50. Воткинский ПНД Республики Удмуртия
51. Республиканский ПНД Хакасии
52. Ростовская городская ПБ (пос. Ковалевка)
53. Ростовская областная ПБ (с. Пешково)
54. Свердловская областная ПБ № 1
55. Смоленская областная клиническая ПБ № 1
56. Смоленская муниципальная ПБ
57. Ставропольская краевая ПБ № 1
58. Ставропольская краевая ПБ № 2
59. Тверская областная ПБ № 1 им. Литвинова
60. Тверская областная ПБ № 2 (с. Леонтьевское)
61. Тюменская областная ПБ
62. Ульяновская областная ПБ № 1 им. Карамзина
63. Челябинская областная ПБ № 2
64. Читинская областная ПБ № 1
65. Читинская областная ПБ № 2
66. Чукотский окружной ПНД
67. Ярославская областная клиническая ПБ
68. Ярославская областная ПБ «Афонино»

## **ПРИЛОЖЕНИЕ 4. БОЛЬНИЦЫ, НАРУШАЮЩИЕ ТРЕБОВАНИЕ ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ ПРИСУТСТВИИ ГРАЖДАНИНА НА СУДЕБНОМ ЗАСЕДАНИИ ПО ПОВОДУ ЕГО НЕДОБРОВОЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ**

1. Боброво-Дворская ПБ Белгородской области
2. Калининградская городская ПБ
3. Костромская областная ПБ (с. Никольское)
4. Краснодарская краевая ПБ
5. Красноярская краевая ПБ № 1
6. Московская областная ПБ № 2
7. Оренбургская областная ПБ № 2
8. Пермская областная ПБ
9. Владивостокская городская ПБ Приморского края
10. Санкт-Петербургская ПБ № 1 им. Кащенко
11. Смоленская областная клиническая ПБ № 1
12. Смоленская муниципальная ПБ
13. Троицкая ПБ Республики Бурятия
14. Республиканский ПНД Калмыкии
15. Республиканский ПНД Кабардино-Балкарии
16. Тверская областная ПБ № 1 им. Литвинова
17. Тверская областная ПБ № 2 (с. Леонтьевское)
18. Ульяновская областная ПБ № 1 им. Карамзина
19. Хабаровская краевая ПБ № 2

## **ПРИЛОЖЕНИЕ 5. БОЛЬНИЦЫ, НЕ ОБЕСПЕЧЕННЫЕ ЮРИСТАМИ**

1. Белгородская областная ПБ
2. Красноярская краевая ПБ № 2
3. Костромская областная ПБ (с. Никольское)

4. Нижегородская городская ПБ № 1
5. Кузнецкая городская ПБ Пензенской области
6. Республиканский ПНД Бурятии
7. Троицкая ПБ Республики Бурятия
8. Ростовская городская ПБ (пос. Ковалевка)
9. Ростовская областная ПБ (с. Пешково)
10. Смоленская муниципальная ПБ, Тверская областная ПБ № 2 (с. Леонтьевское)
11. Ульяновская областная ПБ № 1 им. Карамзина
12. Ярославская областная ПБ «Афонино».

## **ПРИЛОЖЕНИЕ 6. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ СРОКА ЭКСПЛУАТАЦИИ ЗДАНИЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ**

<b>Год строительства</b>	<b>Стены</b>	<b>Перекрытия</b>	<b>Первоначальное назначение</b>	<b>Срок службы, лет</b>
До 1917	Кирпичные, железобетонные	Кирпичные, железобетонные	Усадьба, административное здание	200
До 1917	Кирпичные, железобетонные	Кирпичные, железобетонные	Прочие	100
До 1917	Кирпичные, железобетонные	Деревянные	Любое	снос
После 1917	Кирпичные, железобетонные	Кирпичные, железобетонные	Любое	100
После 1917	Кирпичные, железобетонные	Деревянные	Любое	75
После 1917	Деревянные (брус, бревно)	Деревянные	Любое	75
После 1917	Деревянные (щитовые)	Деревянные	Любое	20
После 1917	Глинобитные, саманные	Каркасно-саманные	Любое	15
1960-е	Панельные	Железобетонные	Любое	50
1970—1980-е	Панельные	Железобетонные	Любое	80

## ПРИЛОЖЕНИЕ 7. БОЛЬНИЦЫ, ОБЕСПЕЧЕННЫЕ МЕДИКАМЕНТАМИ

(В приводимых оценках обеспеченности больниц лекарствами мы исходили не только из существующих в данном регионе норм, но в большей степени ориентировались на оценку врачей, которая отражает соотношение имеющегося ассортимента и количества и потребности учреждения в соответствии с контингентами больных.)

1. Архангельская областная клиническая ПБ № 1 (ситуация удовлетворительная, точных данных нет)
2. Брянский детский психиатрический центр (100%, есть новые препараты)
3. Брянская областная ПБ № 3 (ситуация удовлетворительная, точных данных нет)
4. Воронежская областная ПБ (ситуация удовлетворительная, точных данных нет)
5. Областная ПБ Еврейской АО (100%, есть запас на 1 год, есть новые препараты).
6. Калининградская ОПБ № 1 (32 р., хороший ассортимент, 40% новых препаратов)
7. Калининградская городская ПБ (30,9 р., есть новые препараты)
8. Данковская ПБ Липецкой области (95%, есть новые препараты)
9. Липецкая областная ПБ (100%, хороший ассортимент, есть новые препараты)
10. Московская ПБ № 4 (49,4 р. — в 2002 г., 65 р. — в 2003, есть новые препараты)
11. Московская ПБ № 13 (90%, 54 р., есть новые препараты)
12. Нижегородская областная ПБ № 1 (100% основных, есть новые препараты)
13. Пермская городская ПБ (35,7 р.), медикаменты в достатке в конце года
14. Республиканский ПНД Адыгеи (90—100%, есть новые препараты)
15. Республиканская ПБ Карелии (100%, 36 р., есть новые препараты)
16. Республиканская психотуберкулезная больница Марий Эл (95%, есть новые препараты)
17. Республиканская клиническая ПБ Удмуртии (ситуация удовлетворительная, точных данных нет)
18. ПНД в Воткинске (Удмуртия) (ситуация удовлетворительная, точных данных нет)
19. Ростовская областная ПБ (с. Пешково) (100%, 35,8 р., есть новые препараты)
20. Самарская областная ПБ (основных — 100%, новых — 50%, есть все лекарства нового поколения)
21. Тверская областная ПБ № 1 (100%)
22. Тюменская областная ПБ (100%, новых достаточно), оформлены договоры с фирмами Бельгии и Дании)
23. Хабаровская краевая ПБ (90%, новых препаратов 15%)
24. Хабаровская городская ПБ им. Галанта (100%, есть новые препараты)
25. Чукотский областной ПНД (100%, есть новые препараты)



## **ПРИЛОЖЕНИЕ 8. БОЛЬНИЦЫ, ПЛОХО ОБЕСПЕЧЕННЫЕ МЕДИКАМЕНТАМИ**

1. Астраханская областная ПБ (50% от необходимого, на одного пациента выделяется 19,75 р. в день на лекарства)
2. Владимирская областная ПБ № 1 (49%, новых препаратов недостаточно)
3. Волгоградская областная ПБ № 2 (41% от необходимого, дефицит новых препаратов)
4. Вологодская областная ПБ (14 р. на лекарства на одного пациента, 20% от необходимого, дефицит новых препаратов)
5. Котельническая КПБ Кировской области (14—15% от необходимого, дефицит новых препаратов — за счет больницы их получает только 5% пациентов)
6. Кировская областная ПБ (50% от необходимого, пациенты сами покупают медикаменты)
7. Психиатрическое отделение окружной больницы Коми-Пермяцкого АО (дефицит всех препаратов, отсутствуют новые препараты)
8. Костромская областная ПБ (20% от необходимого, в день на одного больного выделяется 5,66 р. на лекарства (2002), 6,67 р. (2003), не хватает препаратов старого поколения, ограничено количество антидепрессантов)
9. Краснодарская краевая ПБ (50% от необходимого)
10. Красноярская краевая ПБ № 1 (41% от необходимого, новые препараты выделяются только детям и первично заболевшим больным)
11. Красноярская краевая ПБ № 2 (38%, новых препаратов крайне мало)
12. Красноярская краевая ПБ № 3 (30% от необходимого, новые препараты отсутствуют)
13. Курганская областная ПБ (50% от необходимого)
14. Шадринская ПНБ Курганской области (50% от необходимого, в день на одного больного выделяется 12,4 р. на лекарства)
15. Психоневрологическое отделение окружной больницы Ненецкого АО (дефицит препаратов как старого, так и нового поколения)
16. Нижегородская городская КПБ № 1 (10% от необходимого, новые препараты отсутствуют, медикаменты закупаются родственниками пациентов)
17. Новгородская областная клиническая ПБ (46% от необходимого, новые препараты крайне мало)
18. Орловская областная ПБ (50% от необходимого, ограничено количество новых препаратов)
19. Оренбургская областная ПБ № 1 (45% от необходимого, ограничено количество новых препаратов)
20. Кузнецкая городская ПБ Пензенской области (33% от необходимого, новые препараты отсутствуют)
21. Пермская областная ПБ (22 р. в день, новых очень мало)
22. Владивостокская городская ПБ Приморского края (50% от необходимого, новые препараты отсутствуют,

медикаменты покупают родственники пациентов)

23. Приморская краевая ПБ № 1 (20% от необходимого, новые препараты отсутствуют)
24. Республиканский ПНД Бурятии (21% от необходимого, дефицит новых препаратов)
25. Прохладненская районная ПБ Кабардино-Балкарии (29% от необходимого, отсутствуют новые препараты)
26. Республиканский ПНД Калмыкии (7,4% от необходимого, отсутствуют новые препараты, медикаменты покупают родственники)
27. Республиканская ПБ Коми (25—40% от необходимого)
28. Ухтинская ПБ Республики Коми (отсутствуют новые препараты)
29. Республиканская ПБ Мордовии (16% от необходимого, крайне ограниченное количество новых препаратов, медикаменты покупают больные)
30. Республиканская клиническая ПБ Татарстана (33% от необходимого, новых препаратов недостаточно)
31. Смоленская областная клиническая ПБ (дефицит медикаментов как старого, так и нового поколения)
32. Смоленское ЛТУ «Психиатрическая больница» (40% от необходимого, отсутствуют новые препараты, не хватает корректоров)
33. Ставропольская краевая ПБ № 2 (из медикаментов в наличии только жизненно важные)
34. Читинская областная ПБ № 1 (5 р. в день выделяется на лекарства одному пациенту, отсутствуют новые препараты)
35. Ульяновская областная ПБ № 1 (30% от необходимого, ограниченное количество аминазина и галоперидола (основные препараты старого поколения), медикаменты покупают родственники)
36. Ярославская областная ПБ (40—50% от потребности, ограниченное количество новых препаратов)

## **ПРИЛОЖЕНИЕ 9. БОЛЬНИЦЫ, НЕ ОБЕСПЕЧЕННЫЕ ПОЛНОЦЕННЫМ ОБОРУДОВАНИЕМ**

1. Астраханская областная ПБ — рентген-аппарат устарел, не всегда есть рентгеновская пленка и лабораторные реактивы;
2. Брянский областной детский психиатрический центр — отсутствует рентген-аппарат;
3. Брянская областная ПБ № 3 — отсутствует рентген-аппарат и требуется стоматологическое кресло;
4. Вологодская областная ПБ — оборудование устарело;
5. Владимирская областная ПБ № 4 — оборудование списано, но продолжает использоваться;
6. Калининградская городская ПБ — оборудование устарело;
7. Костромская областная ПБ — устарело оборудование и нет дорогих реактивов для лаборатории;
8. Краснодарская городская ПБ — рентген-аппарат устарел;
9. Липецкая областная ПНБ № 1 — устарело лабораторное оборудование;

10. Московская областная ПБ № 2 — нужен аппарат-УЗИ;
11. Нижегородская областная ПБ № 1 — рентген-аппарат и лабораторное оборудование устарели;
12. Оренбургская областная ПБ № 1 — оборудование устарело;
13. Оренбургская областная ПБ № 2 — оборудование устарело;
14. Орловская областная ПБ — аппарат-УЗИ и рентген-аппарат часто выходят из строя;
15. Пензенская областная ПБ им. Евграфова — устарел рентген-аппарат;
16. Пермская областная ПБ — требуется аппарат-УЗИ;
17. Республиканская ПБ Карелии — устарело лабораторное оборудование;
18. Республиканская ПБ Коми — рентген-аппарат отсутствует;
19. Республиканская психотуберкулезная больница Республики Марий Эл — рентген-аппарат устарел;
20. Республиканская ПБ Мордовии — рентген-аппарат устарел;
21. Казанская городская ПНБ Республики Татарстан — плохо оборудованы лаборатория и кабинет функциональной диагностики;
22. Санкт-Петербургская ПБ № 1 им. Кащенко — лабораторное оборудование и рентген-аппарат устарели;
23. Смоленская областная ПБ - не хватает реактивов для лабораторных исследований;
24. Тверская областная ПБ № 2 — отсутствует рентген-аппарат;
25. Ульяновская областная ПБ № 1 им. Карамзина — устарело оборудование, часто отсутствует рентген-пленка и реактивы;
26. Хабаровская краевая ПБ- отсутствует рентген-аппарат;
27. Хабаровская городская ПБ им. Галанта — устарел рентген-аппарат;
28. Читинская областная ПБ № 1 — отсутствует рентген-аппарат;
29. Ярославская областная клиническая ПБ — отсутствует рентген-аппарат;
30. Ярославская областная ПБ «Афонино» — отсутствует лаборатория.

## **ПРИЛОЖЕНИЕ 10. БОЛЬНИЦЫ, В КОТОРЫХ РАЗРАБОТАНЫ ПРОГРАММЫ АРТ-ТЕРАПИИ**

1. Владимирская областная ПБ № 1
2. Вологодская областная ПБ
3. Областная ПБ Еврейской АО
4. Калининградская городская ПБ (художественный кружок)

5. Калининградская областная ПБ № 1
6. Костромская областная ПБ
7. Краснодарская городская ПБ (художественный кружок)
8. Краснодарская краевая ПБ
9. Красноярская краевая ПБ № 1
10. Красноярская краевая ПБ № 2
11. Красноярская краевая ПБ № 3
12. Шадринская ПНБ Курганской области
13. Липецкая областная ПНБ № 1
14. Центральная Московская областная клиническая ПБ № 1
15. Московская областная ПБ № 2
16. Московская ПБ № 4
17. Московская ПБ № 13
18. Нижегородская областная ПБ № 1 (самодеятельность)
19. Новгородская областная .клиническая ПБ (театральный кружок)
20. Кузнецкая городская ПБ Пензенской области
21. Псковская областная ПБ № 1
22. Республиканская ПБ Башкирии (художественные мастерские)
23. Республиканский ПНД Бурятии
24. Психиатрическое отделение Горно-Алтайской республиканской больницы
25. Республиканская ПБ Мордовии
26. Воткинский ПНБ Республики Удмуртия
27. Санкт-Петербургская ПБ № 1 им. Кащенко (театральный кружок, художественные мастерские)
28. Санкт-Петербургская ПБ № 7 им. Павлова
29. Тверская областная ПБ № 1
30. Тверская областная ПБ № 2
31. Хабаровская городская ПБ им. Галанта
32. Читинская областная ПБ № 2 (хореографический кружок)
33. Ярославская областная клиническая ПБ (театральный кружок)
34. Ярославская областная ПБ «Афонино» (театральный кружок)

## ПРИЛОЖЕНИЕ 11. КРАТКИЙ ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЙ СЛОВАРЬ

**Антидепрессанты** — лекарства, которые помогают улучшить настроение, снять депрессию.

**Аутоагрессия** — агрессивные действия, направленные на самого себя.

**Вязки** — широкие прочные ремни из мягкой ткани, применяющиеся для привязывания пациентов к кровати, креслу, носилкам и т.п.

**Госпитализм** — психические расстройства, возникающие в связи с длительным пребыванием в больнице (утрата интереса к труду, страх и нежелание выписаться из больницы, снижение коммуникативных навыков и т.п.).

**Депрессивный синдром** — совокупность симптомов, основным из которых является болезненно пониженное настроение.

**Добровольность труда** — использование труда больных, в том числе во время трудотерапии, по их согласию. Труд без принуждения.

**Идеи отношения** — болезненное убеждение в том, что человек является предметом особого интереса и внимания, что многое из происходящего вокруг как-то с ним связано, что все имеет к нему отношение; является проявлением тяжелого психического расстройства.

**Камзол, смирительная рубашка** — специальная одежда из мягкой ткани для ограничения движений пациента.

**Кочная мощность** — количество коек в больнице.

**Корректоры** — лекарства, позволяющие снизить неприятные побочные действия нейролептиков.

**Меры физического стеснения** — меры по ограничению свободы движений.

**Меры фиксации** — вязки, камзол, смирительная рубашка, пеленание.

**Наблюдательная палата** — палата, где содержатся больные в тяжелом состоянии и в которой постоянно находится пост медицинского персонала.

**Недобровольное лечение** — лечение без согласия пациента или его законного представителя, оформляется решением суда. Применяется в случаях, оговоренных Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

**Нейролептики** — лекарства, применяемые для лечения тяжелых психических расстройств (бред, галлюцинации, грубые расстройства поведения, психомоторное возбуждение).

**Нозологическая принадлежность** — отнесение имеющихся болезненных проявлений к определенному классу психических расстройств (установление диагноза психического заболевания или расстройства).

**Параноидальный бред** — ложное, не соответствующее действительности убеждение больного в том, что окружающие хотят причинить ему вред (бред преследования, обкрадывания, отравления, воздействия и т.п.); не поддается разубеждению; является проявлением тяжелого психического расстройства.

**Пеленание** — заворачивание пациентов в простыню.

**Пограничные расстройства** — расстройства личности и психические расстройства, находящиеся на границе между болезнью (психозом) и нормой.

**Принудительное лечение** — лечение, применяемое по определению судов, к лицам, совершившим противоправные действия и признанным невменяемыми.

**Расчетная мощность** — набор имеющихся в больнице отделений и количество коек, определяемые в соответствии с численностью и составом населения прилегающих территорий.

**Соматические заболевания** — все болезни тела, кроме психических

**Терапия занятостью** — заполнение времени пациента какими-либо делами, посильными пациенту, активизирующими его и отвлекающими от болезненных переживаний; обязательным является игровой и творческий элемент деятельности. Терапия занятостью призвана оказывать благотворное влияние на процесс лечения.

**Транквилизаторы** — успокаивающие средства, часто применяемые при пограничных состояниях — снимают тревогу, напряжение, страхи.

**Трудотерапия** — вовлечение пациента в трудовую деятельность, способствующее его выздоровлению. Трудовая деятельность должна осуществляться добровольно, быть достаточно сложной и интересной и наполненной индивидуальным смыслом.

**Фармакопея** — свод лекарственных средств, применяемых в России. Утверждается в соответствии с российским законодательством.

**Фармакотерапия** — лечение с помощью лекарств.

**Фиксированные пациенты** — пациенты, к которым применены меры физического стеснения, фиксации. Обычно применяется фиксация мягкими вязками к кровати.

**Экспертные койки** — койки, выделенные для пациентов, находящихся в больнице с целью прохождения того или иного вида экспертиз (трудовая, военная, судебная).

## ПРИЛОЖЕНИЕ 12. СЕТЬ ПРАВОЗАЩИТНОГО МОНИТОРИНГА

Регион	Координатор	Организация
Агинский-Бурятский АО	Дамдинов Цырендоржи Цыбендоржиевич	Региональное общественное движение «Развитие»
Алтайский край	Блем Андрей	Алтайская краевая правозащитная организация «Бастион»
Амурская область	Морар Олег Михайлович	Региональная общественная организация «Амурский центр прав человека»
Архангельская область	Габидулин Рауф Салимович	Архангельское отделение общероссийского общественного движения «За права человека»
Астраханская область	Степанова Татьяна Васильевна	Астраханская областная общественная организация «Комитет содействия защите законных прав человека»
Белгородская область	Щеглова Татьяна Александровна	Шебекинская местная общественная организация «Гражданское согласие»
Брянская область	Комогорцева Людмила Кимовна	Брянская областная благотворительная общественная организация «Правозащитная ассоциация»
Владимирская область	Дулов Максим Сергеевич	Региональная правозащитная общественная организация «Владимирский центр помощи»

		и защиты»
Волгоградская область	Наумов Станислав Валерьевич	Нижеволжская региональная правозащитная организация «Гражданское общество и экологическая безопасность»
Вологодская область	Лындрик Владимир Степанович	Вологодская региональная правозащитная общественная организация «Свобода»
Воронежская область	Гнездилова Ольга Анатольевна	Межрегиональная правозащитная группа
Еврейская АО	Рынкova Евгения Наумовна	Ассоциация «Эгида» по защите прав и свобод человека и гражданина в Еврейской автономной области
Ивановская область	Вальков Сергей Владимирович	Общественно-политическая организация «Ивановское областное общество прав человека»
Иркутская область	Ставров Леонид Петрович	Автономная некоммерческая организация «Гражданский контроль за соблюдением прав и свобод граждан и организаций»
Кабардино-Балкарская Республика	Кетов Альберт Хамидович	Республиканская общественная правозащитная организация «Правовед»
Калининградская область	Долгополов Борис Николаевич	Калининградская региональная общественная организация «Защита прав и свобод человека и гражданина»
Калужская область	Котляр Татьяна Михайловна	Обнинская региональная правозащитная группа
Камчатская область	Гончар Виктор Андреевич	Общественная организация «Камчатский региональный правозащитный центр»
Карачаево-Черкесская Республика	Панов Владимир Георгиевич	Карачаево-Черкесское региональное общественно-политическое движение «Возрождение»
Кемеровская область	Пыль Юрий Степанович	Межрегиональная общественная независимая организация по правам человека «Правовое общество»
Кировская область	Пименов Александр Михайлович	Общественная организация «Кировский региональный правозащитный центр»
Коми-Пермяцкий АО	Клещина Лариса Дмитриевна	Коми-Пермяцкая региональная общественная организация «Правозащитный центр „Пера-Богатырь — право на безопасность»»
Корякский АО	Добробаба Елена Владимировна	ООО КФ «Восточный проект „Камчатка»»
Костромская область	Терехова Нина Олеговна	Костромское областное общественное экологическое движение «Во имя жизни»
Краснодарский край	Тишинский Владимир Александрович	Региональная общественная организация «Краснодарский правозащитный центр»
Красноярский край	Горелик Александр	Красноярский региональный орган

	Соломонович	общественной самодеятельности «Общественный комитет по защите прав человека»
Курганская область	Исакаев Габдулла Гафиуллович	Курганское областное общественное движение «За честные выборы»
Курская область	Иванов Ярослав Владимирович	Межрегиональная общественная организация «Центрально-Черноземный исследовательский центр по правам человека»
Ленинградская область	Масарский Рудольф Абрамович	Благотворительная автономная некоммерческая организация «Центр правовой помощи им. Гарольда и Сельмы Лайт»
Липецкая область	Родионов Василий Иванович	Липецкая областная общественная организация «Липецкое общество прав человека»
Магаданская область	Жуков Павел Борисович	Магаданская областная общественная организация «Фонд регионального развития»
Москва	Петрова Елена	Институт прав человека
Московская область	Беленкина Нина Михайловна	Московская Хельсинкская группа
Мурманская область	Пайкачева Ирина Владимировна	Кольская ассоциация женщин-юристов
Ненецкий АО	Тоскунина Тамара Николаевна	Некоммерческая организация «Фонд Минлей („Железная птица»)»
Нижегородская область	Таганкина Нина Александровна	Региональная общественная организация «Нижегородское общество прав человека»
Новгородская область	Давыдовская Нэлла Георгиевна	Новгородская региональная общественная организация «Региональный центр прав человека»
Новосибирская область	Савченко Яков Евгеньевич	Новосибирская городская общественная организация «Центр правозащитной деятельности и правовой информации»
Омская область	Яценко Наталья Николаевна	Центр правовой защиты
Оренбургская область	Кочкин Валерий Анатольевич	Оренбургская правозащитная организация «Твои права»
Орловская область	Каткова Вероника Вячеславовна	Общественное благотворительное учреждение Институт общественных проблем «Единая Европа»
Пензенская область	Бычков Валерий Александрович	Пензенское региональное отделение общероссийского общественного движения «За права человека»
Пермская область	Вьюжанин Василий Николаевич	Межрегиональная общественная организация «Уральский центр поддержки



		негосударственных организаций»
Приморский край	Косилов Кирилл Владимирович	Центр правовой информации работников авиационной отрасли г. Владивостока
Псковская область	Доновская Надежда Павловна	Псковское региональное общественное движение «Вече»
Республика Адыгея	Цветков Олег Михайлович	Майкопская городская общественная организация «Южно-Российский независимый институт социальных исследований»
Республика Алтай	Веселовская Ольга Владимировна	Общественная экологическая организация «Клуб „Хранители Озера»»
Республика Башкортостан	Потнин Константин Петрович	Общественный фонд «Международный стандарт»
Республика Бурятия	Кислов Евгений Владимирович	Общественная организация «Республиканский правозащитный центр»
Республика Дагестан	Юнусов Абдурахман Гаджиевич	Газета «Хроника недели»
Республика Ингушетия	Саратова Хеда Багаевна	Региональная общественная организация «Пресс-центр»
Республика Калмыкия	Атеев Семен Николаевич	Региональная общественная организация «Калмыцкий правозащитный центр»
Республика Карелия	Павлова Надежда Георгиевна	Региональная общественная организация «Карельский союз защиты детей»
Республика Коми	Сажин Игорь Валентинович	Сыктывкарская общественная организация «Мемориал»
Республика Марий-Эл	Пайдоверова Надежда Михайловна	Общественная организация «Правозащитный центр Республики Марий-Эл»
Республика Мордовия	Гуслянников Василий Дмитриевич	Общественная организация «Мордовский республиканский правозащитный центр»
Республика Саха	Сергеева Ирина Николаевна	Сибирский консультационный центр гуманитарного образования, социально-политических исследований и правовой информации
Республика Северная Осетия	Плиев Алан Григорьевич	Центр социальных исследований владикавказского «Пресс-клуба»
Республика Татарстан	Манасыпов Фарит Сабитович	Ассоциация правозащитных организаций Республики Татарстан
Республика Тыва	Переляева Августа Николаевна	Тувинское республиканское общественное правозащитное движение
Республика Хакасия	Ищенко Александр Владимирович	Хакасский республиканский общественный правозащитный благотворительный фонд «Наше право»
Ростовская область	Великоредчанин Станислав Чеславович	Ростовская региональная общественная организация «Христиане против пыток и детского рабства»

Рязанская область	Иванова София Юрьевна	Рязанское историко-просветительское, правозащитное и благотворительное общество «Мемориал»
Самарская область	Чернова Татьяна Анатольевна	Самарский общественный фонд инновационных технологий в образовании и обучении «СОФИТ»
Санкт-Петербург и Ленинградская область	Аракелян Антуан Гургенович	Санкт-Петербургский гуманитарно-политологический центр «Стратегия»
Саратовская область	Никитин Александр Дмитриевич	Саратовская региональная общественная организация инвалидов-чернобыльцев «Саратовский правозащитный центр „Солидарность»»
Сахалинская область	Куперман Марк Александрович	Общественная организация «Общественный правозащитный центр Сахалинской области»
Свердловская область	Беляев Сергей Иванович	Общественное объединение «Сутяжник»
Смоленская область	Бахметова Татьяна Гильевна	Смоленский благотворительный фонд «Добросердие»
Ставропольский край	Семененко Александр Федорович	Общественная некоммерческая организация «Ставропольский региональный правозащитный центр»
Таймырский (Долгано-Ненецкий) АО	Варнаков Артур Вячеславович	Таймырский правозащитный центр
Тамбовская область	Коновалов Дмитрий Дмитриевич	Тамбовская общественная организация «Содружество молодых юристов»
Тверская область	Шарипова Валентина Алексеевна	Тверское региональное отделение российского историко-просветительского, благотворительного и правозащитного общества «Мемориал»
Томская область	Кандыба Николай Вениаминович	Томский исследовательский центр по правам человека
Тульская область	Куренков Виктор Иванович	Городская общественная организация «Тульский правозащитный центр»
Тюменская область	Постников Вади Васильевич	Тюменское региональное отделение общероссийского общественного движения «За права человека»
Удмуртская Республика	Кокорин Александр Михайлович	Местная общественная организация «Инициатива»
Ульяновская область	Баханова Елена Викторовна	Ульяновское региональное отделение российского историко-просветительского, благотворительного и правозащитного общества «Мемориал»
Усть-Ордынский АО	Камышев Виталий Иннокентьевич	Иркутский общественный благотворительный фонд «Надежда»

Хабаровский край	Бехтольд Александр Федорович	Хабаровское региональное отделение общероссийского общественного движения «За права человека»
Ханты-Мансийский АО	Кузьмина Евгения Владимировна	Сургутский филиал тюменского регионального историко-просветительского, правозащитного и благотворительного общества «Мемориал»
Челябинская область	Севастьянов Алексей Михайлович	Челябинская городская молодежная общественная организация «Правосознание»
Чеченская Республика	Эжеев Имран Абдулсаламович	Межрегиональная общественная организация «Общество российско-чеченской дружбы»
Читинская область	Глазырина Ирина Петровна	Автономная некоммерческая организация «Забайкальский центр эколого-экономических исследований и программ»
Чувашская Республика	Айвенова Надежда Петровна	Общественная организация «Комитет по защите прав человека»
Чукотский АО	Литовка Валентина Владимировна	Чукотское общественное региональное экологическое объединение «Кайра-клуб»
Эвенкийский АО	Веденков Владимир Степанович	Региональная общественная организация «Красноярский краевой правозащитный информационный центр»
Ямало-Ненецкий АО	Берзина Людмила Юрьевна	Общественная организация «Ямало-Ненецкий региональный правозащитный центр»
Ярославская область	Неттова Нина Татаркановна	Ярославская региональная общественная организация «Центр по защите прав человека «Дорога свободы»