

**Законодательство российской федерации в области психиатрии. Комментарий к закону РФ о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании, ГК РФ и УК РФ**

*(издательство спарк, 2002, текст взят <http://www.lawmix.ru/>)*

**ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
В ОБЛАСТИ ПСИХИАТРИИ  
КОММЕНТАРИЙ К ЗАКОНУ РФ "О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ  
И ГАРАНТИЯХ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ", ГК РФ И УК РФ  
(В ЧАСТИ, КАСАЮЩЕЙСЯ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ)**

Издание второе, исправленное и дополненное

Под общей редакцией академика РАМН,

доктора медицинских наук,

профессора Т.Б. Дмитриевой

Научные редакторы:

заслуженный юрист Российской Федерации,

доктор юридических наук, профессор С.В. Бородин

заслуженный врач Российской Федерации,

доктор медицинских наук, профессор В.П. Котов

Авторы комментария

К Закону РФ "О психиатрической помощи  
и гарантиях прав граждан при ее оказании":

Бородин С.В., засл. юрист РФ, главный научный сотрудник ИГП РАН, докт. юр. наук, проф. - предисловие, алфавитно-предметный указатель (совместно с Котовым В.П.), статьи 1, 3, 13, 50;

Гурович И.Я., зам. директора Московского НИИ психиатрии Минздрава РФ, докт. мед. наук, проф. - статьи 10, 15, 28 - 32, 36, 38, 40;

Егорова О.А., председатель Московского городского суда - статьи 33 - 35 (совместно с Салищевой Н.Г.);

Коган Л.И. - статьи 41 - 44 (совместно с Полубинской С.В.);

Котов В.П., засл. врач РФ, руководитель отдела ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.

Сербского, докт. мед. наук, проф. - предисловие, Постановление ВС РФ о порядке введения в действие

Закона, алфавитно-предметный указатель (совместно с Бородиным С.В.), статьи 6, 16, 23 - 25;

Полубинская С.В., старший научный сотрудник ИГП РАН, канд. юр. наук - преамбула, статьи 2, 5, 18 - 20 (ч. 1), статьи 41 - 44

(совместно с Коганом Л.И.);

Салищева Н.Г., старший научный сотрудник ИГП РАН, канд. юр. наук, доцент - статьи 33 - 35 (совместно с Егоровой О.А.), 47, 48 (совместно с Шишковым С.Н.), 49;

Себенцов А.Е. - статьи 4, 8, 45, 46;

Тихоненко В.А., засл. врач РФ, руководитель отделения ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.

Сербского, докт. мед. наук, проф. - статьи 11, 12, 20 (ч. ч. 2, 3), 21, 26, 27;

Шишков С.Н., ведущий научный сотрудник ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского,

канд. юр. наук, доцент - статьи 7, 9, 14, 48 (совместно с Салищевой Н.Г.);

Ястребов В.С., засл. врач РФ, руководитель Центра по изучению систем поддержки психического здоровья НЦПЗ РАМН, докт. мед. наук, проф. - статьи 17, 22, 37, 39.

К статьям ГК и УК РФ, связанным с применением

Закона РФ "О психиатрической помощи и гарантиях

прав граждан при ее оказании":

Левшина Т.Л. - старший научный сотрудник Института законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве РФ - статьи 29 и 30 ГК РФ.

Бородин С.В., Котов В.П., Полубинская С.В. - статья 81;

Бородин С.В., Котов В.П. - статьи 21 - 23, 97, 98, 99, 102 - 104;

Котов В.П., Полубинская С.В. - статьи 100, 101;

Полубинская С.В. - статья 128 УК РФ.

Руководитель авторского коллектива - засл. юрист РФ, докт. юр. наук, проф. С.В. Бородин.

**Список принятых сокращений**

БНА - Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти

в ред. - в редакции

Ведомости ВС РСФСР - Ведомости Верховного Совета РСФСР

Ведомости ВС СССР - Ведомости Верховного Совета СССР

Ведомости РСФСР - Ведомости Съезда народных депутатов РСФСР и Верховного Совета РСФСР

Ведомости РФ - Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета

Российской Федерации

Вопросы расследования преступлений - Вопросы расследования преступлений: Справочное пособие / Под общ. ред. И.Н. Кожевникова; Науч. ред. А.Я. Качанов. 3-е изд., перераб. и доп. М.: Спарк, 2000.

ГК - Гражданский кодекс Российской Федерации

ГПК - Гражданский процессуальный кодекс РСФСР

РГ - Российская газета

с изм. и доп. - с изменениями и дополнениями

САПП - Собрание актов Президента и Правительства Российской Федерации

Сборник постановлений Пленумов по гражданским делам - Сборник постановлений Пленумов Верховных Судов СССР и РСФСР (Российской Федерации) по гражданским делам. М.: Спарк, 2001.

Сборник постановлений Пленумов по уголовным делам - Сборник постановлений Пленумов Верховных Судов СССР и РСФСР (Российской Федерации) по уголовным делам. М.: Спарк, 2000.

СЗ РФ - Собрание законодательства Российской Федерации

СК - Семейный кодекс Российской Федерации

СП РФ (РСФСР) - Собрание постановлений Правительства Российской Федерации (РСФСР)

УК - Уголовный кодекс Российской Федерации

УПК - Уголовно-процессуальный кодекс РСФСР

## Предисловие

В процессе оказания гражданам психиатрической помощи возникают правовые отношения, нуждающиеся в законодательном регулировании. Определяющим в этих отношениях является то обстоятельство, что психические расстройства нарушают социальное функционирование личности, а нередко полностью лишают ее способности к принятию осознанных решений и целенаправленному поведению, в результате чего оно может стать даже опасным. В силу этого психиатрическая помощь в ее разных видах издавна связана с возможным ограничением личной свободы пациента и применением различных недобровольных мер. Вместе с тем психическая болезнь, ограничивающая полноценное функционирование личности в обществе, требует определенной социальной защиты лиц, страдающих психическими расстройствами, предоставления им привилегий и льгот (некоторыми из них пациенты традиционно пользуются в нашей стране). Сотрудники психиатрических учреждений, принимающие участие в оказании психиатрической помощи, тоже нуждаются в предоставлении им определенных прав по применению специфических видов психиатрической помощи, а также в мерах защиты, связанных с особо трудными и опасными условиями деятельности, в некоторых привилегиях по сравнению с другими медицинскими работниками.

В нашей стране ранее не было закона, регулирующего деятельность психиатрической службы и правовое положение лиц, страдающих психическими расстройствами. Известно, что попытки разработки такого закона предпринимались в дореволюционной России, но в связи с начавшейся Первой мировой войной закон не был принят.

В советское время деятельность психиатрических учреждений регулировалась в основном ведомственными инструкциями Минздрава СССР, которые в печати не публиковались и общественности не были известны. Отсутствие законодательного регулирования и закрытость психиатрических учреждений создавали условия для правового произвола при оказании психиатрической помощи, для использования психиатрии в немедицинских целях. С этим были связаны и обвинения, на наш взгляд, не всегда обоснованные, отечественных психиатров в злоупотреблениях <\*>.

<\*> Подробнее по данному вопросу см.: Право и психиатрия. Проблемы, мнения, перспективы / Сост. С.В. Полубинская; Науч. ред. С.В. Бородин. М., 1991.

В 1987 г. была создана межведомственная комиссия для разработки проекта законодательного акта об оказании психиатрической помощи населению. В нее входили представители Минздрава, правоохранительных ведомств, Института государства и права РАН, Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского. Комиссией было подготовлено Положение об условиях и порядке оказания психиатрической помощи, утвержденное Указом Президиума Верховного Совета СССР от 5 января 1988 г. и введенное в действие 1 марта 1988 г. Хотя указанный документ охватывал недостаточно широкий круг вопросов, связанных с деятельностью психиатрической службы, он все же позволил проверить на практике ряд нововведений, направленных на расширение и защиту прав и законных интересов лиц, страдающих психическими расстройствами, получить данные о необходимости пересмотра некоторых заложенных в него положений и процедур. Опыт работы показал обоснованность и выполнимость основных требований Положения, а также достаточную подготовленность сотрудников психиатрических и психоневрологических учреждений к их адекватному применению на практике. Вместе с тем, отмечалось в критических выступлениях в печати, в нем были недостаточно защищены права лиц, страдающих психическими расстройствами, допущены некоторые противоречия, общие места; отдельные принципиально правильные положения, например о помощи адвоката, о судебном обжаловании, носили декларативный характер, поскольку не имели соответствующего материального и процедурного подкрепления.

Для устранения отмеченных недостатков было принято решение о подготовке нового нормативного акта -

закона, регулирующего правовые проблемы психиатрии. В его основу лег проект, который был разработан в Институте государства и права РАН и опубликован <\*>. Особое внимание авторы уделили дальнейшему усилению правовых гарантий лиц, получающих психиатрическую помощь, уточнению критериев применения недобровольных видов такой помощи. Вначале работа над проектом велась на базе Института им. В.П. Сербского коллективом специалистов, созданным Минздравом СССР. Затем проект был передан в рабочую группу Верховного Совета СССР, которой руководил депутат А.Е. Себенцов. Подготовка законопроекта была завершена после распада СССР рабочей группой Верховного Совета РСФСР во главе с депутатом Л.И. Коганом. В состав группы входили специалисты (юристы и психиатры), включая и представителей Независимой психиатрической ассоциации, принимавшие активное участие в работе на всех этапах подготовки законопроекта. Участники этой группы в основном и являются авторами предлагаемого Комментария. Необходимо добавить, что на разных этапах готовности законопроект обсуждался на форумах общественности, преимущественно психиатрической (совещании главных психиатров, пленуме Правления Всесоюзного общества психиатров, пленуме Правления Российского общества психиатров), публиковался в "Медицинской газете" (дважды), "Журнале невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова". Результаты этих обсуждений и отклики на публикации были учтены и использованы при подготовке проекта Закона.

<\*> См.: Право и психиатрия: Сборник. М., 1991. С. 369 - 382.

2 июля 1992 г. Закон Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" <\*> был принят Верховным Советом, а затем подписан Президентом РФ.

<\*> Далее, где это возможно по тексту, - Закон.

Основной смысл Закона состоит в стремлении сделать психиатрическую помощь гуманной и демократичной, по возможности сблизить и даже уравнивать ее в правовом отношении с другими видами медицинской помощи. Вместе с тем Закон исходит из того, что специфический характер психических расстройств делает необходимым и оправданным в некоторых случаях применение мер психиатрической помощи независимо и даже вопреки выраженному в данный момент желанию пациента. Показания к применению таких мер должны быть четко очерчены, круг пациентов максимально сужен, а сами меры строго регламентированы.

Закон направлен на решение четырех основных задач: 1) защиту прав и законных интересов граждан при оказании психиатрической помощи от необоснованного вмешательства в их жизнь; 2) защиту лиц, страдающих психическими расстройствами, от необоснованной дискриминации в обществе на основе психиатрического диагноза, а также фактов обращения за психиатрической помощью; 3) защиту общества от возможных опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами; 4) защиту врачей, медицинского персонала и иных специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи, предоставление им льгот как работникам, действующим в особо опасных, тяжелых условиях, а также обеспечение независимости врача-психиатра при принятии решений, связанных с оказанием психиатрической помощи, от возможного влияния третьих лиц, включая представителей администрации и органов управления.

Для решения этих задач Законом устанавливается ряд специальных норм и процедур. Среди них особо следует выделить: судебный порядок решения вопросов о психиатрическом освидетельствовании (в определенной части случаев) и госпитализации в психиатрическую больницу без согласия лица или его законного представителя; создание специальной независимой службы защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах; гарантии права на социальное страхование и социальное обеспечение лицам с психическими расстройствами, совершившим общественно опасные действия и находящимся на принудительном лечении по решению суда; введение обязательного государственного страхования специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи, на случай причинения вреда их здоровью и др.

В силу недостаточной определенности понятия "психическое заболевание", "душевнобольной" и производные от них не употребляются в Законе. В качестве родового собирательного понятия, охватывающего всех людей, нуждающихся в психиатрической компетенции, в Законе применена формула "лица, страдающие психическими расстройствами", поскольку она включает в себя и собственно психически больных, и лиц с пограничными нервно-психическими расстройствами, и пациентов с так называемыми психосоматическими заболеваниями или симптоматическими нарушениями психики при общесоматических <\*> заболеваниях. Дифференциация этого обширного контингента с целью определения показаний к тем или иным видам психиатрической помощи, в том числе осуществляемой в недобровольном порядке, проводится с помощью дополнительных критериев, учитывающих степень и глубину расстройств, уровень социальной адаптации и т.п., что обеспечивает возможность принятия индивидуальных решений.

<\*> Соматический - термин, применяемый для обозначения разного рода явлений в организме человека, связанных с телом, в отличие от психических.

Как общую норму Закон устанавливает принцип добровольности оказания различных видов психиатрической помощи, уравниваемой в большинстве случаев с общемедицинской. В Законе определяются и специфические для лиц, страдающих психическими расстройствами, показания к применению некоторых видов помощи в недобровольном порядке (психиатрическое освидетельствование,

госпитализация в психиатрический стационар, медикаментозное лечение, установление диспансерного наблюдения и др.). В различных разделах и статьях устанавливаются клинические и социальные критерии для применения недобровольных мер психиатрической помощи. Эти критерии отличаются от ранее применявшихся как по своему содержанию, так и по точности формулировок. Несмотря на различия в деталях, они имеют ряд общих черт, которые сводятся к следующему.

Непременным требованием для применения каких-либо мер без согласия лица является наличие у него тяжелого психического расстройства, под которым понимаются состояния острого или хронического психоза, а также глубокого психического дефекта. Хотя эти признаки не являются вполне достаточными для обязательного психиатрического вмешательства, их констатация, обычно свидетельствующая о неспособности лица самостоятельно принимать осознанные решения, касающиеся состояния его психического здоровья, говорит о правомерности при наличии дополнительных оснований применения тех или иных мер психиатрической помощи в недобровольном порядке.

О каких же дополнительных основаниях может идти речь? Несмотря на различный характер оснований при разных видах психиатрической помощи, они могут быть объединены в три основные группы, наиболее четко обозначенные в ст. ст. 23 и 29 Закона: 1) опасность больного для самого себя или для окружающих, которая квалифицируется как непосредственная; 2) беспомощность, трактуемая как неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, под которыми следует понимать самообслуживание, поддержание необходимого санитарного состояния в отношении самого себя и своего жилища, обеспечение себя питанием, жильем, одеждой; 3) угроза существенного вреда здоровью пациента вследствие прогрессирования заболевания, если он будет оставлен без лечения и других видов психиатрической помощи. Перечисленные признаки в основном соответствуют признакам, содержащимся в законодательстве других стран, отвечая требованиям документов Организации Объединенных Наций. В зависимости от преобладания тех или иных компонентов отмеченных клинических и социальных критериев могут быть применены различные виды недобровольной психиатрической помощи, изменена процедура их применения. Так, опасность для себя или для окружающих расценивается обычно как признак, требующий немедленного вмешательства психиатра, тем более экстренного и энергичного, чем более непосредственный характер носит эта опасность. В то же время беспомощность больного, возможность причинения ущерба его здоровью вследствие неоказания психиатрической помощи трактуются обычно как обстоятельства, допускающие отсроченность психиатрической помощи даже при ее недобровольном применении. В силу этого в одних случаях процедура принятия решения о применении психиатрической помощи максимально упрощена и допускает самостоятельные действия врача-психиатра по немедленному освидетельствованию и госпитализации пациента, которые лишь в последующем контролируются и санкционируются в судебном порядке; в других - решение врача-психиатра об освидетельствовании может быть реализовано только после получения соответствующей судебной санкции. Естественно, что в Законе трактовка приведенных критериев, как и их практическое применение, не конкретизирована в полной мере. Поэтому в практической психиатрической деятельности определенную роль должны играть инструкции и положения органов здравоохранения, изданные в развитие Закона, а также методические материалы, основанные на опыте работы по новой системе. Некоторые из названных материалов приведены в Приложении к настоящему Комментарию, на другие - даются подробные ссылки. Введение механизма судебной защиты привело к увеличению количества дел, возбуждаемых в рамках гражданского судопроизводства по жалобам граждан на действия специалистов, принимавших участие в оказании психиатрической помощи, как правило, по поводу применения тех или иных видов психиатрической помощи без их согласия, а также по поводу установления ограничений на отдельные виды деятельности. Необходимо отметить, что в соответствии со ст. 47 Закона обжалованию подлежат действия специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи, ущемляющие права или законные интересы граждан. По смыслу этой статьи предметом рассмотрения суда не может быть диагноз психического заболевания как таковой. Закон не рассматривает диагноз как фактор, способный ущемить права или законные интересы граждан. Диагноз заболевания, являющийся сугубо профессиональной категорией и представляющий собой необходимый этап обследования и квалификации состояния пациента, осуществляемых любым врачом с целью принятия тех или иных медицинских мер, не имеет самостоятельного правового значения и не может быть произвольно изъят из субъективного процесса клинического мышления. Другое дело, когда на основании установленного врачом или комиссией врачей диагноза предпринимаются какие-либо действия, ограничивающие свободу личности, ущемляющие ее права и законные интересы. Суд, рассматривая иск по поводу этих действий, будет вынужден затронуть и вопрос диагноза, но только как одну из предпосылок к их совершению. При этом суд, не обладающий специальными познаниями в области психиатрии, может прибегнуть к судебно-психиатрической экспертизе. Таким образом, существенно расширяется круг вопросов, подлежащих компетенции судебно-психиатрических экспертов. Здесь наиболее вероятны вопросы об обоснованности: проведенного психиатрического освидетельствования; госпитализации в психиатрическую больницу без согласия лица или его законного представителя; недобровольного содержания в психиатрической больнице; проведения лечения без согласия пациента; установления диспансерного наблюдения; ограничений в выполнении отдельных видов профессиональной деятельности или деятельности, связанной с источником повышенной опасности. В связи с этим для полноценного функционирования Закона необходимо систематически принимать меры по дополнительной подготовке экспертов-психиатров к квалифицированному решению указанных вопросов. Увеличение количества и изменение характера вопросов, подлежащих судебному

рассмотрению, по-видимому, должны найти отражение в готовящемся Гражданском процессуальном кодексе и, возможно, потребуют создания специализированных судов.

Организация Объединенных Наций, в частности Комитет по правам человека, придает большое значение разработке национального законодательства по вопросам психического здоровья населения во всех странах-членах ООН и его унификации. Генеральная Ассамблея ООН в 1991 г. приняла Принципы защиты лиц, страдающих психическим заболеванием, и улучшения здравоохранения в области психиатрии (Резолюция Генеральной Ассамблеи ООН N 46/119 от 17 декабря 1991 г.). С этими Принципами согласуется и комментируемый Закон, в котором они конкретизированы и развиты в соответствии с традициями и особенностями правовой системы нашей страны. Конкретизация и развитие прав пациентов, оказывающихся в сфере применения психиатрической помощи, получили отражение в ст. ст. 5, 37, 38, 43 рассматриваемого Закона. Лицам, находящимся в психиатрических стационарах и психоневрологических учреждениях, предоставлены все права граждан России, которые по понятным причинам вынужденно ограничены их психическим состоянием в той степени, в какой не могут осуществляться без ущерба для пациента и для общества. В Законе предусмотрены и такие права, которые обеспечивают сохранение человеческого достоинства лица, страдающего психическим расстройством, и удовлетворение его непосредственных повседневных потребностей. Наконец, Закон предусматривает создание специальной службы защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах (она, к сожалению, еще не функционирует).

В Законе не только декларируются современные правила обращения с лицами, страдающими психическими расстройствами, что само по себе немаловажно, но и содержатся гарантии и механизмы применения этих положений на практике. Именно этому будут способствовать: четко зафиксированные в Законе права лиц, страдающих психическими расстройствами (ст. ст. 5, 37); представительство граждан, которым оказывается психиатрическая помощь (ст. 7); независимость врача-психиатра при оказании психиатрической помощи (ст. 21); требование о том, что недобровольное освидетельствование может быть проведено только по решению судьи или суда (ст. ст. 25, 32), а все существенные решения для лица, страдающего психическим расстройством, принимаются врачами-психиатрами коллегиально (ст. ст. 20, 31, 40); создание независимой службы защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах (ст. 38); установление порядка контроля органов местного самоуправления, вышестоящих органов управления здравоохранением (ст. 45), а также общественных объединений врачей-психиатров (ст. 46) за деятельностью учреждений и лиц, оказывающих психиатрическую помощь; обжалование прокурору и в суд незаконных действий медицинских работников, оказывающих психиатрическую помощь (ст. 47). Ряд других норм Закона также способствует созданию гарантий и действенного механизма исполнения его требований.

Давая общую характеристику Закону, отметим, что он состоит из краткой преамбулы и шести разделов, включающих 50 статей.

В первом разделе излагаются наиболее общие и принципиальные положения, касающиеся добровольности психиатрической помощи, прав лиц, страдающих психическими расстройствами, понятия врачебной тайны и мер по ее сохранению при оказании психиатрической помощи, требования согласия на лечение и права на отказ от него, а также некоторые другие.

Во втором разделе освещены вопросы обеспечения психиатрической помощью, гарантированной всем нуждающимся в ней гражданам. Здесь приводятся ее основные виды и меры по социальной защите лиц, страдающих психическими расстройствами, которые должны быть приняты государственными органами управления и органами местного самоуправления, определяются источники финансирования психиатрической помощи.

В третьем разделе говорится о субъекте психиатрической помощи, в качестве которого могут выступать учреждения и лица, получившие на это специальное разрешение. Устанавливаются права и обязанности врача-психиатра, утверждается его независимость, подчеркивается, что в своей деятельности он обязан руководствоваться врачебным долгом и ответственностью исключительно перед законом. Важным положением этого раздела является признание работы персонала, участвующего в оказании психиатрической помощи, деятельностью в особых условиях труда с предоставлением соответствующих привилегий и введение обязательного государственного страхования на случай причинения вреда их здоровью или смерти при исполнении служебных обязанностей.

Центральное положение в Законе занимает четвертый раздел, посвященный отдельным видам психиатрической помощи и порядку ее оказания. В качестве основных видов психиатрической помощи в Законе рассматриваются психиатрическое освидетельствование, лечение в психиатрическом стационаре, амбулаторное лечение, включая и диспансерное наблюдение, помещение в психоневрологические учреждения для социального обеспечения и специального обучения; по-видимому, недостаточное внимание уделяется лишь профилактике психических расстройств. В данном разделе детально регламентирован порядок оказания всех видов помощи, в том числе в недобровольном порядке, а также права лиц, страдающих психическими расстройствами, и гарантии их обеспечения.

Пятый и шестой разделы посвящены соответственно обеспечению контроля и прокурорского надзора, а также порядку обжалования в суд действий по оказанию психиатрической помощи. Наряду с прокурорским надзором и контролем суда, вышестоящих органов управления здравоохранением предусматривается и контроль общественных объединений за соблюдением прав и законных интересов граждан при оказании им психиатрической помощи. При этом определен порядок осуществления такого контроля и права указанных объединений. Установлено, что обжаловать действия по оказанию психиатрической помощи может само

лицо, чьи права ущемлены, его представитель, а также организация, которой предоставлено такое право. Жалоба может быть подана непосредственно в суд, в вышестоящий орган или прокурору. Установлен порядок рассмотрения жалоб, а также ответственность за нарушения настоящего Закона.

Такова обобщенная характеристика основных положений Закона.

В целом есть основания считать, что с принятием Закона положение дел с оказанием психиатрической помощи населению по ряду параметров изменилось в лучшую сторону. Не только появилась законодательная база, устанавливающая общий и единый порядок деятельности психиатрических учреждений, но и снизилось число пациентов, которым психиатрическая помощь того или иного вида оказывается в недобровольном порядке. Недобровольная помощь применяется более обоснованно и дифференцированно. Улучшилась информированность пациентов и их близких о принципах деятельности психиатрической службы, правах и обязанностях ее представителей, о льготах, предоставляемых лицам, страдающим психическими расстройствами, возможности наложения на них отдельных ограничений, о гарантиях их прав и законных интересов. Сняты какие-либо ограничения, которые раньше автоматически вытекали из факта обращения в психиатрическое учреждение или диагноза психического расстройства. Несколько расширились возможности психиатрических учреждений в оказании пациентам социальной и правовой помощи за счет введения в их штат в соответствии с требованиями Закона юристов и социальных работников. Все это привело к ослаблению напряженности и недоверия населения к психиатрической службе.

Вместе с тем выявились и определенные недостатки и трудности, связанные с применением Закона, в частности: несовершенство некоторых формулировок, например, касающихся требования о письменном согласии на лечение определенным методом; трудности, связанные с обеспечением участия представителя больного в процедуре судебного рассмотрения вопроса об обоснованности недобровольной госпитализации; непроработанность вопроса оказания психиатрической помощи в местах лишения свободы; невозможность соблюдения некоторых процедурных моментов, связанных с комиссионными решениями в отдаленных местах, где нет достаточного количества психиатров. Отдельные требования Закона оказались до сих пор не выполненными в связи с организационными трудностями. Так, не удалось создать службу защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, в результате чего требование Закона об особом внимании к соблюдению прав этих лиц до сих пор полностью не реализовано. Особо следует подчеркнуть, что не выполняется норма об обязательном государственном страховании врачей и другого психиатрического персонала на случай причинения вреда их здоровью при исполнении служебных обязанностей, следствием чего является недостаточная защищенность работников, несущих основную нагрузку при оказании психиатрической помощи. Обнаружились и некоторые негативные тенденции в исполнении Закона, связанные с субъективными факторами, в частности иногда имеют место попытки избежать должного оформления недобровольной госпитализации путем неполной регистрации таких случаев или даже отказать в помощи таким пациентам.

Иногда комментируемый Закон пытаются оценить с точки зрения его влияния на улучшение психического здоровья населения. Такая постановка вопроса, во всяком случае на ближайшие годы, представляется некорректной. Надо учитывать, что на состояние психического здоровья населения оказывают влияние многие факторы социального и экономического плана, среди которых правовой аспект играет далеко не главную роль. Что касается состояния психического здоровья населения в настоящее время, то оно характеризуется отрицательными показателями. В специальном докладе Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации о соблюдении прав граждан, страдающих психическими расстройствами <\*>, указывается, что за последнее десятилетие число инвалидов вследствие психических расстройств возросло более чем на треть и составляет около 700 тыс. человек. Большинство из них являются инвалидами I и II групп. В 1998 г. на диспансерном наблюдении в медицинских учреждениях состояло около 4 млн. человек. Значительно увеличилось число больных, утративших жилье и социальные связи.

<\*> См.: Доклад о деятельности Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации в 1999 г. М., 2000. С. 236 - 287.

По мнению Уполномоченного по правам человека, основными причинами роста психических заболеваний являются неблагоприятная социально-экономическая обстановка в стране, социальная незащищенность, безработица, межнациональные и этнические конфликты, вынужденная внутренняя и внешняя миграция и другие факторы, которые способствуют развитию стрессовых и непсихотических состояний. Сюда же следует отнести несогласованность действий и решений органов исполнительной власти федерального и регионального уровней в области психопрофилактики и психогигиены. Ситуация усугубляется нехваткой специалистов-психологов, социальных работников, юристов, неэффективностью существующей социально-психологической службы, осуществляющей предупреждение эмоционально-стрессовых расстройств граждан. В нарушение законодательства не обеспечивается информационно-психологическая безопасность населения. В средствах массовой информации продолжается реклама алкогольных напитков, скрытая пропаганда жестокости и насилия. В ряде регионов пациенты не получают необходимого лечения из-за отсутствия достаточного количества современных психотропных средств.

В связи со сложившейся в России ситуацией необходимы более четкая деятельность психиатрической службы, повышение ответственности ее сотрудников за выполнение требований Закона, чему может способствовать (наряду с другими мерами) и издание данного более развернутого и доступного комментария к нему.

Задача Комментария 1997 г. состояла прежде всего в том, чтобы попытаться разъяснить многие новые для российской правовой системы положения, связанные с оказанием психиатрической помощи населению. Однако обнаружились некоторые упущения и неполнота, объясняемые объективными и субъективными причинами; в настоящее время имеется реальная возможность устранить эти недостатки.

С 1 января 1997 г. введен новый Уголовный кодекс РФ, который содержит ряд уголовно-правовых норм, касающихся так или иначе вопросов и положений, содержащихся в Законе "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании". Мы имеем в виду ст. ст. 21 (о невменяемости), 22 (об уголовной ответственности лиц с психическим расстройством, не исключающим вменяемости), 81 (об освобождении от наказания в связи с болезнью), 97 - 104 (о принудительных мерах медицинского характера), 128 (о незаконном помещении в психиатрический стационар). В данном издании также предлагается комментарий к названным статьям УК. Опыт показал, что необходимо рассмотреть проблемы дееспособности лиц, страдающих психическими расстройствами, которым оказывается психиатрическая помощь, чтобы обеспечить комплексность данного издания Комментария. В связи с этим в книгу включены комментарий к ст. ст. 29 и 30 ГК РФ с соответствующими ссылками на Гражданский процессуальный кодекс РСФСР и Семейный кодекс РФ.

Достоинство данного издания Комментария состоит в том, что он написан юристами и психиатрами. Совместное рассмотрение в одной работе вопросов права и психиатрии, увязанных между собой жизнью, придает Комментарию комплексный характер и делает его более удобным для пользования.

Достоинством данного издания является и широкое использование при разъяснении различных положений Закона и УК новых законодательных актов, постановлений Правительства Российской Федерации, определений судебных коллегий, постановлений Президиума и Пленума Верховного Суда РФ, принятых в развитие комментируемого Закона и Уголовного кодекса, а также приказов Минздрава РФ, других министерств и ведомств, введенных в действие или принятых после 2 июля 1992 г. и регулирующих различные направления оказания психиатрической помощи гражданам. Среди таких документов необходимо назвать:

- Закон РФ от 27 апреля 1993 г. N 4866-1 "Об обжаловании в суд действий и решений, нарушающих права и свободы граждан" с изм. и доп., внесенными Федеральным законом от 15 ноября 1995 г. (14 декабря 1995 г.) N 197-ФЗ (Ведомости РФ. 1993. N 19. Ст. 685; СЗ РФ. 1995. N 51. Ст. 4970);

- Постановление Правительства Российской Федерации от 28 апреля 1993 г. N 377 "О реализации Закона Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" с изм. и доп. (САПП РФ. 1993. N 18. Ст. 1602);

- Постановление Правительства Российской Федерации от 25 мая 1994 г. N 522 "О мерах по обеспечению психиатрической помощью и социальной защите лиц, страдающих психическими расстройствами" (СЗ РФ. 1994. N 6. Ст. 606), которым утверждены Положения: об учреждениях, оказывающих внебольничную и стационарную психиатрическую помощь; о лечебно-производственных государственных предприятиях для проведения трудовой терапии, обучения новым профессиям и трудоустройства на этих предприятиях лиц, страдающих психическими расстройствами, включая инвалидов; об общежитиях для лиц, страдающих психическими расстройствами, утративших социальные связи;

- Постановление Правительства Российской Федерации от 20 апреля 1995 г. N 383 "О федеральной целевой программе "Неотложные меры по совершенствованию психиатрической помощи (1995 - 1997 годы)" (СЗ РФ. 1995. N 18. Ст. 1665);

- Приказ Минздрава России от 11 января 1993 г. N 6 "О некоторых вопросах деятельности психиатрической службы" (БНА. 1993. N 7), которым в связи с принятым Законом внесены поправки в приказы и инструкции Минздрава РФ, связанные с оказанием психиатрической помощи населению;

- совместный Приказ Минздрава РФ и МВД РФ от 30 апреля 1997 г. N 133/269 "О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами" и утвержденная им Инструкция "Об организации взаимодействия органов здравоохранения и органов внутренних дел Российской Федерации по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами";

- Методическое письмо Минздрава России от 23 июля 1999 г., согласованное с Верховным Судом РФ, Генеральной прокуратурой РФ, МВД РФ, "О порядке применения принудительных и иных мер медицинского характера в отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния (статья 21 и часть 1 статьи 81 Уголовного кодекса Российской Федерации)", в котором разработана методика практического применения основных положений Закона о психиатрической помощи и Уголовного кодекса 1996 г., касающихся осуществления принудительного лечения психически больных, совершивших общественно опасные действия <\*>;

<\*> В письме от 10 мая 2001 г. N 2510/4817-01-25 Минздрав РФ просит считать недействующим данное Методическое письмо в связи с Указанием Минюста РФ от 2 апреля 2001 г. N 07/3213-ЮД на то, что оно содержит правовые нормы. По мнению авторов, многие положения этого письма, утратившего силу официального документа, в части, не связанной с правовыми нормами, могут быть использованы в практической работе в качестве методического пособия.

- Кодекс профессиональной этики психиатра, принятый Пленумом Правления Российского общества психиатров 19 апреля 1994 г., в котором нашли отражение и развитие основные морально-этические принципы деятельности психиатрической службы, вытекающие из духа Закона о психиатрической помощи.

Из названных документов особого внимания заслуживала федеральная целевая программа "Неотложные меры по совершенствованию психиатрической помощи" <\*>, однако из-за отсутствия финансирования она почти полностью оказалась невыполненной.

-----  
<\*> См.: Собрание законодательства Российской Федерации. 1995. N 18. Ст. 1665. Полное наименование других источников, использованных в Комментарий, и место их публикации, как правило, указываются в тексте самого Комментария.

Авторы второго издания Комментария к Закону получили возможность полно использовать нормативные акты, связанные с оказанием психиатрической помощи населению (для этого ими были изучены материалы отдела кодификации Верховного Суда РФ, Министерства здравоохранения РФ, Института государства и права РАН, а также информационно-поисковая система нормативных актов """).

В целях более эффективной защиты прав граждан, страдающих психическими расстройствами, Уполномоченный по правам человека в Российской Федерации в упомянутом специальном докладе предлагает разработать и принять ряд неотложных мер по улучшению финансирования учреждений, оказывающих помощь гражданам, страдающим психическими расстройствами, по совершенствованию законодательной базы, правоприменительной практики и преодолению ведомственной разобщенности, по воссозданию системы реабилитации и реадaptации вышеуказанных лиц; по укреплению материально-технической базы психиатрической службы; по увеличению численности и повышению качества подготовки кадров для работы в психиатрических учреждениях; по дальнейшему развитию службы скорой психиатрической помощи, а также суицидологической и логопедической служб; по усилению государственного и общественного контроля за соблюдением прав граждан, нуждающихся в психиатрической и психотерапевтической помощи.

Представляется, что повышение уровня деятельности различных звеньев психиатрической помощи может быть достигнуто за счет совершенствования практического исполнения соответствующих законов, организационно-методической работы с сотрудниками психиатрических учреждений, а также путем совершенствования самого законодательства. В связи с этим авторы были бы признательны читателям Комментария за возможные пожелания и предложения (сделанные в любой форме) по внесению изменений в Закон о психиатрической помощи, которые в дальнейшем могли бы быть представлены по соответствующим каналам в Государственную Думу Федерального Собрания России. Полагали бы, что совершенствование Закона должно осуществляться по следующим основным направлениям:

- приведение основных положений Закона в соответствие с новыми законодательными актами, принятыми после его введения в действие (Гражданский кодекс РФ, Уголовный кодекс РФ и др.);
- исключение из Закона некоторых требований, главным образом формального характера, оказавшихся труднореализуемыми в конкретных условиях различных местностей;
- отказ от чрезмерной законодательной регламентации конкретных действий сотрудников психиатрической службы по реализации принципиальных положений Закона;
- введение в Закон нормы, гарантирующей функционирование службы защиты прав пациентов в психиатрических стационарах;
- усиление положений Закона, направленных на реальное осуществление правовой защиты работников, оказывающих психиатрическую помощь;
- внесение поправок и дополнений, распространяющих действие Закона на лиц, страдающих расстройствами наркологического профиля, или, напротив, исключаящих этих пациентов из сферы его действия.

Такая подготовительная работа в Министерстве здравоохранения РФ в настоящее время проводится. Комментарий снабжен постатейным оглавлением и алфавитно-предметным указателем, что обеспечит удобство пользования книгой для специалистов-психиатров и юристов, а также для других читателей, интересующихся вопросами психиатрии и права.

Нормативные акты приводятся по состоянию на 19 февраля 2002 г. Указываются источники опубликования. Если у документа более двух редакций, указывается только первый источник опубликования.

2 июля 1992 года N 3185-1  
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ  
ЗАКОН  
О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ГАРАНТИЯХ ПРАВ ГРАЖДАН  
ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ  
(в ред. Федерального закона от 21.07.98 N 117-ФЗ)  
ПРЕАМБУЛА <\*>

-----  
<\*> В тексте закона Преамбула не озаглавлена.

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

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



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

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

Верховный Совет Российской Федерации принимает настоящий Закон.

Комментарий к преамбуле

1. В преамбуле обозначены основные причины принятия Закона Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании". Они равнозначимы и в обобщенном виде обуславливают необходимость принятия этого Закона, вытекающую из условий жизни российского общества и государства.

2. В соответствии со ст. 1 Конституции Российская Федерация является демократическим федеративным правовым государством. Основные ценности демократического государства - жизнь человека, его права и свободы. Это положение зафиксировано в ст. 2 Конституции РФ, где также установлено, что признание, соблюдение и защита прав и свобод человека и гражданина - обязанность государства. Указанные нормы высшего закона нашей страны тесно взаимосвязаны: государство не может называться правовым и демократическим, если человек, его права и свободы не имеют приоритета по отношению к иным социальным ценностям. В конечном счете именно обеспечение прав и свобод человека и гражданина и есть главная цель деятельности демократического правового государства.

Подчеркнем, что эти ценности чрезвычайно важны и для каждого отдельного гражданина, особенно тогда, когда возникает угроза их утраты. Психическое расстройство как раз и является тем фактором "повышенного риска", который нередко приводит к ущемлению прав и свобод лица, таким расстройством страдающего. Распространенный в обществах с различными социально-культурными и экономическими условиями стереотип общественного сознания, воспринимающего и трактующего психические расстройства как нечто постыдное, а людей, страдающих ими, как опасных для общества, приводит к необоснованным правоограничениям, налагаемым на этих людей. Более того, представление об общественной опасности психически больных обуславливало в прошлом излишне суровые и негуманные способы обращения с ними, не полностью изжитые и в современных государствах. Между тем лица, страдающие психическими расстройствами, - такие же члены общества, как и другие граждане, наделены той же совокупностью основополагающих прав и свобод, которые сегодня именуется правами и свободами человека и гражданина. Эти права и свободы являются фундаментальной категорией, и обладание ими не зависит от привходящих факторов, среди которых может быть и психическое расстройство субъекта. Поэтому задача государства в рассматриваемой сфере - дать этим правам и свободам юридическое оформление и установить процедуры, защищающие их носителя от каких-либо неправомерных посягательств на них.

3. Под основополагающими правами и свободами человека и гражданина понимаются те, которые зафиксированы, во-первых, во Всеобщей декларации прав человека (1948 г.), в Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах (1966 г.), Международном пакте о гражданских и политических правах (1966 г.), Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод (1950 г.), а во-вторых, в российской Декларации прав и свобод человека и гражданина (1991 г.) и в Конституции РФ (1993 г.). Для лиц, страдающих психическими расстройствами, имеют значение также права и свободы, признанные Организацией Объединенных Наций в Декларации о правах инвалидов (1975 г.), Декларации о правах умственно отсталых лиц (1971 г.) и в Принципах защиты лиц, страдающих психическими заболеваниями, и улучшения здравоохранения в области психиатрии (1991 г.).

4. В бывшем Советском Союзе имели место факты использования психиатрии в немедицинских, в том числе политических, целях для подавления инакомыслия или избавления от неугодных некоторым должностным лицам людей. Отрицание этих фактов, отказ от их расследования и гласного обсуждения привели к тому, что отечественная психиатрия на протяжении нескольких лет была лишена возможности участвовать в деятельности международного профессионального сообщества - Всемирной психиатрической ассоциации. Определенный урон был нанесен и престижу государства на международной арене.

В Российской Федерации признано, что помещение на принудительное лечение в психиатрические лечебные учреждения применялось государством по политическим мотивам, т.е. являлось политической репрессией (ст. 1 Закона РСФСР от 18 октября 1991 г. "О реабилитации жертв политических репрессий" с изм. и доп. // Ведомости РСФСР. 1991. N 44. Ст. 1428). Лица, которые по политическим мотивам были необоснованно помещены в психиатрические учреждения на принудительное лечение, подлежат реабилитации (ст. 3 Закона РСФСР "О реабилитации жертв политических репрессий") и пользуются льготами, установленными для всех категорий граждан, признанных жертвами политических репрессий. Согласно Положению о порядке выплаты денежной компенсации лицам, реабилитированным в соответствии с Законом РСФСР "О реабилитации жертв политических репрессий", утвержденному Постановлением Правительства РФ от 16 марта 1992 г. N 160 с изм. и доп. (СП РФ. 1992. Ст. 95; СЗ РФ. 1994. N 14. Ст. 1636; 2001. N 1, ч. 2. Ст. 130), лицам, подвергшимся репрессиям в виде помещения на принудительное лечение в психиатрические лечебные учреждения и реабилитированным в установленном порядке, выплачивается денежная компенсация из расчета три четверти установленного законом минимального размера оплаты труда за каждый месяц пребывания в психиатрических лечебных учреждениях, но не более 100 установленных законом минимальных размеров оплаты труда. Тем самым

Российская Федерация признала факты использования психиатрии в политических целях и ответственность государства перед жертвами "политической психиатрии", хотя такие случаи и происходили во время существования Советского Союза.

5. Среди многочисленных причин злоупотребления психиатрией, и прежде всего в политических целях, было отсутствие должного законодательного регулирования оказания психиатрической помощи. Только в январе 1988 г. появился первый отечественный законодательный акт в этой области - Положение об условиях и порядке оказания психиатрической помощи, утвержденное Указом Президиума Верховного Совета СССР (Ведомости ВС СССР. 1988. N 2. Ст. 19). До этого действовали лишь многочисленные приказы и инструкции Министерства здравоохранения СССР, существенно ущемлявшие конституционные права граждан. Слишком общие и недостаточно определенные формулировки ведомственных подзаконных актов в сочетании с отсутствием вневедомственного контроля за деятельностью врачей-психиатров и права на судебное обжалование в сфере оказания психиатрической помощи создавали почву для вольных или невольных злоупотреблений. Наложившись на вышеуказанные стереотипы общественного сознания, они привели к распространению в обществе антипсихиатрических настроений, падению престижа профессии психиатра, а главное - к ущемлению прав лиц, страдающих психическими расстройствами. Усилия, направленные на становление демократического правового государства, потребовали разрешения многочисленных проблем в российской психиатрии и создания для этого адекватной правовой базы.

6. Комментируемый Закон создает правовую основу для приведения российского законодательства, касающегося правового положения лиц, страдающих психическими расстройствами, и практики отечественной психиатрии в соответствие с международными стандартами прав человека. Международные правовые нормы, касающиеся прав и свобод человека, которые в соответствии со ст. 15 Конституции РФ являются частью правовой системы РФ и при этом обладают приоритетом по отношению к противоречащим им нормам внутренних законов, стали отправной точкой для детального урегулирования прав лиц с психическими расстройствами. Эти же нормы послужили базой для установления в комментируемом Законе процедур и механизмов реализации таких прав и их защиты, так же как и защиты прав граждан России от их ущемления с помощью психиатрии. Ни органы государственной власти, ни общественные объединения, ни должностные лица любого уровня, наконец, ни сами врачи-психиатры не могут предпринимать какие-либо действия в рамках оказания психиатрической помощи (см. комментарий к ст. 1) без строгого следования установленным юридическим процедурам. Тем самым в комментируемый Закон заложены гарантии от возможного использования психиатрии в немедицинских целях. Закон, в конечном счете, направлен на улучшение положения лиц, страдающих психическими расстройствами, и на гуманизацию практики отечественной психиатрии.

#### Раздел I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 1. психиатрическая помощь и принципы ее оказания. (1) психиатрическая помощь включает в себя обследование психического здоровья граждан по основаниям и в порядке, установленным настоящим законом и другими законами российской федерации, диагностику психических расстройств, лечение, уход и медико-социальную реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами.

Статья 2. законодательство российской федерации о психиатрической помощи. (1) законодательство российской федерации о психиатрической помощи состоит из настоящего закона и других законодательных актов российской федерации и республик в составе российской федерации, а также правовых актов автономной области, автономных округов, краев, областей, городов москвы и санкт-петербурга.

Статья 3. применение настоящего закона. (1) настоящий закон распространяется на граждан российской федерации при оказании им психиатрической помощи и применяется в отношении всех учреждений и лиц, оказывающих психиатрическую помощь на территории российской федерации.

Статья 4. добровольность обращения за психиатрической помощью. (1) психиатрическая помощь оказывается при добровольном обращении лица или с его согласия, за исключением случаев, предусмотренных настоящим законом.

Статья 5. права лиц, страдающих психическими расстройствами. (1) лица, страдающие психическими расстройствами, обладают всеми правами и свободами граждан, предусмотренными конституцией российской федерации, конституциями республик в составе российской федерации, законодательством российской федерации и республик в составе российской федерации. ограничение прав и свобод граждан, связанное с психическим расстройством, допустимо лишь в случаях, предусмотренных законами российской федерации.

Статья 6. ограничения выполнения отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности. (1) гражданин может быть временно (на срок не более пяти лет и с правом последующего переосвидетельствования) признан непригодным вследствие психического расстройства к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности. такое решение принимается врачебной комиссией, уполномоченной на то органом здравоохранения, на основании

оценки состояния психического здоровья гражданина в соответствии с перечнем медицинских психиатрических противопоказаний и может быть обжаловано в суд.

Статья 7. представительство граждан, которым оказывается психиатрическая помощь. (1) гражданин при оказании ему психиатрической помощи вправе пригласить по своему выбору представителя для защиты своих прав и законных интересов. оформление представительства производится в порядке, установленном гражданским и гражданским процессуальным законодательством российской федерации.

Статья 8. запрещение требования сведений о состоянии психического здоровья. при реализации гражданином своих прав и свобод требования предоставления сведений о состоянии его психического здоровья либо обследования его врачом-психиатром допускаются лишь в случаях, установленных законами российской федерации.

Статья 9. сохранение врачебной тайны при оказании психиатрической помощи. сведения о наличии у гражданина психического расстройства, фактах обращения за психиатрической помощью и лечении в учреждении, оказывающем такую помощь, а также иные сведения о состоянии психического здоровья являются врачебной тайной, охраняемой законом. для реализации прав и законных интересов лица, страдающего психическим расстройством, по его просьбе либо по просьбе его законного представителя им могут быть предоставлены сведения о состоянии психического здоровья данного лица и об оказанной ему психиатрической помощи.

Статья 10. диагностика и лечение лиц, страдающих психическими расстройствами. (1) диагноз психического расстройства ставится в соответствии с общепризнанными международными стандартами и не может основываться только на несогласии гражданина с принятыми в обществе моральными, культурными, политическими или религиозными ценностями либо на иных причинах, непосредственно не связанных с состоянием его психического здоровья.

Статья 11. согласие на лечение. (1) лечение лица, страдающего психическим расстройством, проводится после получения его письменного согласия, за исключением случаев, предусмотренных частью четвертой настоящей статьи.

Статья 12. отказ от лечения. (1) лицо, страдающее психическим расстройством, или его законный представитель имеют право отказаться от предлагаемого лечения или прекратить его, за исключением случаев, предусмотренных частью четвертой статьи 11 настоящего закона.

Статья 13. принудительные меры медицинского характера. (1) принудительные меры медицинского характера применяются по решению суда в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния, по основаниям и в порядке, установленным уголовным кодексом российской федерации и уголовно-процессуальным кодексом рфср.

Статья 14. судебно-психиатрическая экспертиза. судебно-психиатрическая экспертиза по уголовным и гражданским делам производится по основаниям и в порядке, предусмотренным уголовно-процессуальным кодексом рфср и гражданским процессуальным кодексом рфср.

Статья 15. психиатрическое обследование для решения вопроса о годности гражданина к службе в качестве военнослужащего. основания и порядок амбулаторного и стационарного обследования при решении вопроса о годности гражданина по состоянию его психического здоровья к службе в качестве военнослужащего вооруженных сил, войск и органов безопасности, внутренних войск, железнодорожных войск и других воинских формирований, лиц начальствующего и рядового состава органов внутренних дел, учреждений и органов уголовно-исполнительной системы определяются настоящим законом и законодательством российской федерации о военной службе.

Статья 16. виды психиатрической помощи и социальной защиты, гарантируемые государством. (1) государством гарантируются:

Статья 17. финансирование психиатрической помощи. финансирование деятельности учреждений и лиц, оказывающих психиатрическую помощь, осуществляется из фонда здравоохранения, фонда медицинского страхования и иных источников, не запрещенных законодательством российской федерации, в размерах, обеспечивающих гарантированный уровень и высокое качество психиатрической помощи.

Статья 18. учреждения и лица, оказывающие психиатрическую помощь. (1) психиатрическую помощь оказывают получившие на это разрешение государственные, негосударственные психиатрические и психоневрологические учреждения и частнопрактикующие врачи-психиатры. порядок выдачи лицензий на деятельность по оказанию психиатрической помощи устанавливается законодательством российской федерации.

Статья 19. право на деятельность по оказанию психиатрической помощи. (1) право на врачебную деятельность по оказанию психиатрической помощи имеет врач-психиатр, получивший высшее медицинское образование и подтвердивший свою квалификацию в порядке, установленном законодательством российской федерации.

Статья 20. права и обязанности медицинских работников и иных специалистов при оказании психиатрической помощи. (1) профессиональные права и обязанности врача-психиатра, иных специалистов и медицинского персонала при оказании психиатрической помощи устанавливаются законодательством российской федерации о здравоохранении и настоящим законом.

Статья 21. независимость врача-психиатра при оказании психиатрической помощи. (1) при оказании психиатрической помощи врач-психиатр независим в своих решениях и руководствуется только медицинскими показаниями, врачебным долгом и законом.

Статья 22. гарантии и льготы врачам-психиатрам, иным специалистам, медицинскому и другому персоналу, участвующим в оказании психиатрической помощи. врачи-психиатры, иные специалисты, медицинский и другой персонал, участвующие в оказании психиатрической помощи, имеют право на льготы, установленные законодательством российской федерации для лиц, занятых деятельностью в особых условиях труда, а также подлежат обязательному государственному страхованию на случай причинения вреда их здоровью или смерти при исполнении служебных обязанностей.

Статья 23. психиатрическое освидетельствование. (1) психиатрическое освидетельствование проводится для определения: страдает ли обследуемый психическим расстройством, нуждается ли он в психиатрической помощи, а также для решения вопроса о виде такой помощи.

Статья 24. психиатрическое освидетельствование лица без его согласия или без согласия его законного представителя. (1) в случаях, предусмотренных пунктом "а" части четвертой и частью пятой статьи 23 настоящего закона, решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя принимается врачом-психиатром самостоятельно.

Статья 25. порядок подачи заявления и принятия решения о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя. (1) решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя, за исключением случаев, предусмотренных частью пятой статьи 23 настоящего закона, принимается врачом-психиатром по заявлению, содержащему сведения о наличии оснований для такого освидетельствования, перечисленных в части четвертой статьи 23 настоящего закона.

Статья 26. виды амбулаторной психиатрической помощи. (1) амбулаторная психиатрическая помощь лицу, страдающему психическим расстройством, в зависимости от медицинских показаний оказывается в виде консультативно-лечебной помощи или диспансерного наблюдения.

Статья 27. диспансерное наблюдение. (1) диспансерное наблюдение может устанавливаться за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями.

Статья 28. основания для госпитализации в психиатрический стационар. (1) основаниями для госпитализации в психиатрический стационар являются наличие у лица психического расстройства и решение врача-психиатра о проведении обследования или лечения в стационарных условиях либо постановление судьи.

Статья 29. основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке. лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя до постановления судьи, если его обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает:

Статья 30. меры обеспечения безопасности при оказании психиатрической помощи. (1) стационарная психиатрическая помощь осуществляется в наименее ограничительных условиях, обеспечивающих безопасность госпитализированного лица и других лиц, при соблюдении медицинским персоналом его прав и законных интересов.

Статья 31. освидетельствование несовершеннолетних и лиц, признанных недееспособными, помещенных в психиатрический стационар по просьбе или с согласия их законных представителей. (1) несовершеннолетний в возрасте до 15 лет и лицо, признанное в установленном законом порядке недееспособным, помещенные в психиатрический стационар по просьбе или с согласия их законных представителей, подлежат обязательному

освидетельствованию комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения в порядке, предусмотренном частью первой статьи 32 настоящего закона. в течение первых шести месяцев эти лица подлежат освидетельствованию комиссией врачей-психиатров не реже одного раза в месяц для решения вопроса о продлении госпитализации. при продлении госпитализации свыше шести месяцев освидетельствования комиссией врачей-психиатров проводятся не реже одного раза в шесть месяцев.

Статья 32. освидетельствование лиц, помещенных в психиатрический стационар в недобровольном порядке. (1) лицо, помещенное в психиатрический стационар по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего закона, подлежит обязательному освидетельствованию в течение 48 часов комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения, которая принимает решение об обоснованности госпитализации. в случаях, когда госпитализация признается необоснованной и госпитализированный не выражает желания остаться в психиатрическом стационаре, он подлежит немедленной выписке.

Статья 33. обращение в суд по вопросу о госпитализации в недобровольном порядке. (1) вопрос о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего закона, решается в суде по месту нахождения психиатрического учреждения.

Статья 34. рассмотрение заявления о госпитализации в недобровольном порядке. (1) заявление о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке судья рассматривает в течение пяти дней с момента его принятия в помещении суда либо в психиатрическом учреждении.

Статья 35. постановление судьи по заявлению о госпитализации в недобровольном порядке. (1) рассмотрев заявление по существу, судья удовлетворяет либо отклоняет его.

Статья 36. продление госпитализации в недобровольном порядке. (1) пребывание лица в психиатрическом стационаре в недобровольном порядке продолжается только в течение времени сохранения оснований, по которым была проведена госпитализация.

Статья 37. права пациентов, находящихся в психиатрических стационарах. (1) пациенту должны быть разъяснены основания и цели помещения его в психиатрический стационар, его права и установленные в стационаре правила на языке, которым он владеет, о чем делается запись в медицинской документации.

Статья 38. служба защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах. (1) государством создается независимая от органов здравоохранения служба защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах.

Статья 39. обязанности администрации и медицинского персонала психиатрического стационара. администрация и медицинский персонал психиатрического стационара обязаны создать условия для осуществления прав пациентов и их законных представителей, предусмотренных настоящим законом, в том числе:

Статья 40. выписка из психиатрического стационара. (1) выписка пациента из психиатрического стационара производится в случаях выздоровления или улучшения его психического состояния, при котором не требуется дальнейшего стационарного лечения, а также завершения обследования или экспертизы, явившихся основаниями для помещения в стационар.

Статья 41. основания и порядок помещения лиц в психоневрологические учреждения для социального обеспечения. (1) основаниями для помещения в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения являются: личное заявление лица, страдающего психическим расстройством, и заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра, а для несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, - решение органа опеки и попечительства, принятое на основании заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра. заключение должно содержать сведения о наличии у лица психического расстройства, лишаящего его возможности находиться в неспециализированном учреждении для социального обеспечения, а в отношении дееспособного лица - также и об отсутствии оснований для постановки перед судом вопроса о признании его недееспособным.

Статья 42. основания и порядок помещения несовершеннолетних в психоневрологическое учреждение для специального обучения. основаниями для помещения несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет, страдающего психическим расстройством, в психоневрологическое учреждение для специального обучения являются: заявление его родителей либо иного законного представителя и обязательное заключение комиссии, состоящей из психолога,

педагога и врача-психиатра. заключение должно содержать сведения о необходимости обучения несовершеннолетнего в условиях специальной школы для детей с нарушением интеллектуального развития.

Статья 43. права лиц, проживающих в психоневрологических учреждениях для социального обеспечения или специального обучения, и обязанности администрации этих учреждений. (1) лица, проживающие в психоневрологических учреждениях для социального обеспечения или специального обучения, пользуются правами, предусмотренными статьей 37 настоящего закона.

Статья 44. перевод и выписка из психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения. (1) основанием для перевода лица из психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения в аналогичное учреждение общего типа является заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра об отсутствии медицинских показаний к проживанию либо обучению в специализированном психоневрологическом учреждении.

Статья 45. контроль и прокурорский надзор за оказанием психиатрической помощи. (1) контроль за деятельностью учреждений и лиц, оказывающих психиатрическую помощь, осуществляют органы местного самоуправления.

Статья 46. контроль общественных объединений за соблюдением прав и законных интересов граждан при оказании психиатрической помощи. (1) общественные объединения врачей-психиатров, иные общественные объединения в соответствии со своими уставами (положениями) могут осуществлять контроль за соблюдением прав и законных интересов граждан по их просьбе или с их согласия при оказании им психиатрической помощи. право посещения психиатрических и психоневрологических учреждений должно быть отражено в уставах (положениях) этих объединений и согласовано с органами, в ведении которых находятся психиатрические и психоневрологические учреждения.

Статья 47. порядок и сроки обжалования. (1) действия медицинских работников, иных специалистов, работников социального обеспечения и образования, врачебных комиссий, ущемляющие права и законные интересы граждан при оказании им психиатрической помощи, могут быть обжалованы по выбору лица, приносящего жалобу, непосредственно в суд, а также в вышестоящий орган (вышестоящему должностному лицу) или прокурору.

Статья 48. порядок рассмотрения жалобы в суде. (1) жалобы на действия медицинских работников, иных специалистов, работников социального обеспечения и образования, а также врачебных комиссий, ущемляющие права и законные интересы граждан при оказании им психиатрической помощи, рассматриваются судом в порядке, предусмотренном главой 24.1 гражданского процессуального кодекса РФ и настоящей статьей.

Статья 49. порядок рассмотрения жалобы в вышестоящем органе (вышестоящим должностным лицом). (1) жалоба, поданная в вышестоящий орган (вышестоящему должностному лицу), рассматривается в десятидневный срок с момента обращения.

Статья 50. ответственность за нарушение настоящего закона. уголовная ответственность за нарушение настоящего закона устанавливается законодательством Российской Федерации. административная и иная ответственность за нарушение настоящего закона устанавливается законодательством Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации.

Статья 29. признание гражданина недееспособным. 1. гражданин, который вследствие психического расстройства не может понимать значения своих действий или руководить ими, может быть признан судом недееспособным в порядке, установленном гражданским процессуальным законодательством. над ним устанавливается опека.

Статья 30. ограничение дееспособности гражданина. 1. гражданин, который вследствие злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами ставит свою семью в тяжелое материальное положение, может быть ограничен судом в дееспособности в порядке, установленном гражданским процессуальным законодательством. над ним устанавливается попечительство.

Статья 21. невменяемость. 1. не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, то есть не могло осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия либо иного болезненного состояния психики.

Статья 22. уголовная ответственность лиц с психическим расстройством, не исключающим вменяемости. 1. вменяемое лицо, которое во время совершения преступления в силу психического расстройства не могло в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, подлежит уголовной ответственности.

Статья 23. уголовная ответственность лиц, совершивших преступление в состоянии опьянения. лицо, совершившее преступление в состоянии опьянения, вызванном употреблением алкоголя, наркотических средств или других одурманивающих веществ, подлежит уголовной ответственности.

Статья 81. освобождение от наказания в связи с болезнью. 1. лицо, у которого после совершения преступления наступило психическое расстройство, лишаящее его возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, освобождается от наказания, а лицо, отбывающее наказание, освобождается от дальнейшего его отбывания. таким лицам суд может назначить принудительные меры медицинского характера.

Статья 97. основания применения принудительных мер медицинского характера. 1. принудительные меры медицинского характера могут быть назначены судом лицам:

Статья 98. цели применения принудительных мер медицинского характера. целями применения принудительных мер медицинского характера являются излечение лиц, указанных в части первой статьи 97 настоящего кодекса, или улучшение их психического состояния, а также предупреждение совершения ими новых деяний, предусмотренных статьями особенной части настоящего кодекса.

Статья 99. виды принудительных мер медицинского характера. 1. суд может назначить следующие виды принудительных мер медицинского характера:

Статья 100. амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра. амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра может быть назначено при наличии оснований, предусмотренных статьей 97 настоящего кодекса, если лицо по своему психическому состоянию не нуждается в помещении в психиатрический стационар.

Статья 101. принудительное лечение в психиатрическом стационаре. 1. принудительное лечение в психиатрическом стационаре может быть назначено при наличии оснований, предусмотренных статьей 97 настоящего кодекса, если характер психического расстройства лица требует таких условий лечения, ухода, содержания и наблюдения, которые могут быть осуществлены только в психиатрическом стационаре.

Статья 102. продление, изменение и прекращение применения принудительных мер медицинского характера. 1. продление, изменение и прекращение применения принудительных мер медицинского характера осуществляются судом по представлению администрации учреждения, осуществляющего принудительное лечение, на основании заключения комиссии врачей-психиатров.

Статья 103. зачет времени применения принудительных мер медицинского характера. в случае излечения лица, у которого психическое расстройство наступило после совершения преступления, при назначении наказания или возобновлении его исполнения время, в течение которого к лицу применялось принудительное лечение в психиатрическом стационаре, засчитывается в срок наказания из расчета один день пребывания в психиатрическом стационаре за один день лишения свободы.

Статья 104. принудительные меры медицинского характера, соединенные с исполнением наказания. 1. в случаях, предусмотренных частью второй статьи 99 настоящего кодекса, принудительные меры медицинского характера исполняются по месту отбывания лишения свободы, а в отношении осужденных к иным видам наказаний - в учреждениях органов здравоохранения, оказывающих амбулаторную психиатрическую помощь.

Статья 128. незаконное помещение в психиатрический стационар. 1. незаконное помещение лица в психиатрический стационар -

Резерв предупредительных мероприятий: порядок налогообложения страховых организаций и предприятий, использующих средства из данного фонда »

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

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

Комментарий к статье 1

1. Правительство Российской Федерации для реализации определенных в комментируемом Законе видов психиатрической помощи Постановлением от 25 мая 1994 г. N 522 "О мерах по обеспечению психиатрической помощью и социальной защите лиц, страдающих психическими расстройствами" утвердило три уже названных (см. предисловие) положения об учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь лицам, страдающим психическими расстройствами (СЗ РФ. 1994. N 6. Ст. 606).

В этом Постановлении министерствам и ведомствам предписано привести ведомственные нормативные акты в соответствии с упомянутыми положениями.

2. В соответствии с Положением об учреждениях, оказывающих внебольничную и стационарную психиатрическую помощь, к ним относятся учреждения государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, прошедшие в установленном порядке лицензирование.

Психиатрическую помощь оказывают самостоятельные специализированные учреждения и структурные подразделения других лечебно-профилактических, учебных и научно-исследовательских учреждений. Виды психиатрической помощи, оказываемые данным учреждением, перечисляются в лицензиях.

3. Положением об учреждениях, оказывающих внебольничную и стационарную психиатрическую помощь, на эти учреждения возлагаются следующие функции:

- оказывать неотложную психиатрическую помощь;
- осуществлять консультативно-диагностическую, лечебную, психопрофилактическую, социально-психологическую, реабилитационную помощь во внебольничных и стационарных условиях;
- проводить все виды психиатрической экспертизы, в том числе определение временной нетрудоспособности;
- оказывать социально-бытовую помощь и содействие в трудоустройстве лицам, страдающим психическими расстройствами;
- принимать участие в решении вопросов опеки указанных лиц;
- проводить консультации по правовым вопросам;
- осуществлять социально-бытовое устройство инвалидов и престарелых, страдающих психическими расстройствами;
- оказывать психиатрическую помощь потерпевшим при стихийных бедствиях и катастрофах (см.: СЗ РФ. 1996. N 6. Ст. 606).

4. В ч. 1 комментируемой статьи определяется также содержание психиатрической помощи. Первым компонентом оказания психиатрической помощи названо "обследование". Систематическое толкование данной нормы приводит к выводу о том, что в большинстве случаев речь идет о лицах, страдающих психическими расстройствами. Это подтверждается и в других статьях Закона, например в ст. 5. Но результаты освидетельствования могут и не подтвердить предполагаемое расстройство. Возможно, в этом заключается некоторое противоречие, однако избежать его, как нам кажется, нельзя. Поэтому началом оказания психиатрической помощи лицу, страдающему психическим расстройством, следует все же считать его обследование. Лица же, в результате освидетельствования признанные здоровыми, в оказании психиатрической помощи не нуждаются.

Определение начального момента оказания психиатрической помощи имеет юридическое значение, поскольку связано с возможными ограничениями в дальнейшем прав лица, которому она оказывается.

5. Особенности других компонентов, раскрывающих содержание оказания психиатрической помощи (диагностика, лечение, уход и медико-социальная реабилитация), отражены соответственно в комментариях к ст. ст. 5, 10, 27, 38, 39, 41 - 44 данного Закона.

6. Вопрос о гарантиях оказания психиатрической помощи гражданам является ключевым. В отличие от ранее изданных законодательных и ведомственных нормативных актов настоящий Закон содержит реальные гарантии оказания психиатрической помощи. Это прослеживается во всех статьях Закона, в которых рассматриваются конкретные формы оказания психиатрической помощи лицам, страдающим психическими расстройствами. Гарантии оказания психиатрической помощи содержатся также в Постановлениях Правительства Российской Федерации: от 28 апреля 1993 г. N 377 "О реализации Закона РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" с изм. (САПП РФ. 1993. N 18. Ст. 1602); от 25 мая 1994 г. N 522 "О мерах по обеспечению психиатрической помощью и социальной защите лиц, страдающих психическими расстройствами" (СЗ РФ. 1994. N 6. Ст. 606) и ряде других.

В упомянутом Положении об учреждениях, оказывающих внебольничную и стационарную психиатрическую помощь (п. п. 4 - 6), подчеркиваются дополнительные гарантии осуществления комментируемого Закона, и в их числе:

- финансирование в размерах, обеспечивающих гарантированный уровень и высокое качество оказания психиатрической помощи. Государственные и муниципальные психиатрические учреждения



финансируются соответственно из государственного и местного бюджетов, а также из фонда медицинского страхования и иных источников, не запрещенных законодательством. Частные психиатрические учреждения финансируются частными предприятиями и физическими лицами;

- осуществление психиатрической помощи, а также социальной защиты лиц, страдающих психическими расстройствами, по территориальному принципу, обеспечивающему максимальное приближение учреждений, осуществляющих эту деятельность, к населению. Оказание дополнительных специализированных видов медицинской помощи может осуществляться и экстерриториально;

- обязательное создание в психиатрических учреждениях условий для реализации прав лиц, страдающих психическими расстройствами, в соответствии с требованиями, предусмотренными комментируемым Законом.

Гарантии оказания психиатрической помощи содержатся также в приказах и инструкциях Минздрава РФ (см. комментарий к ст. 16 Закона).

7. В ст. 1 названы принципы, на основе которых оказывается психиатрическая помощь.

Законность выражается в строгом соблюдении Конституции Российской Федерации, положений настоящего Закона, других законов, подзаконных актов, так или иначе регламентирующих оказание психиатрической помощи. Но важно не только провозгласить законность. Не менее важно, чтобы законность оказания психиатрической помощи реализовалась в повседневной деятельности медицинского персонала психиатрических учреждений. Для этого необходимо, чтобы все работники этих учреждений не только знали положения данного Закона, но и строго их соблюдали. Следует подчеркнуть первостепенную роль в этом деле лечащего врача, от действий которого зависит, по существу, выполнение требований настоящего Закона в процессе лечения. Гарантией законности оказания психиатрической помощи является наличие, как уже отмечалось в предисловии, механизма соблюдения положений данного Закона, который, по нашему мнению, заложен в его тексте (см. комментарий к ст. ст. 6, 11, 20, 27, 31, 38, 45 - 47 и др.). Действенность этого механизма на практике во многом зависит от добросовестности и обязательности медицинского персонала, исполнительности контролирурующих государственных органов и общественных организаций. Гуманность психиатрической помощи означает, что такая помощь оказывается прежде всего в интересах лица, страдающего психическим расстройством, для его лечения и облегчения его страданий. Но гуманность при оказании психиатрической помощи проявляется и в том, что другие граждане ограждаются от общественно опасных и унижающих человеческое достоинство действий лиц, страдающих психическими расстройствами, которые могут причинить вред не только себе, но и окружающим. Наконец, принцип гуманности обязывает медицинский персонал относиться к лицам, страдающим психическими расстройствами, с особым вниманием и уважением к их человеческому достоинству, заботиться об их здоровье, допуская в отношении таких лиц минимальные ограничения и неудобства, которые диктуются только медицинскими показаниями и мерами безопасности.

Важность соблюдения прав человека и гражданина при оказании психиатрической помощи подчеркнута тем, что принцип вынесен в наименование Закона ("О... гарантиях прав граждан..."). Дело в том, что психиатрия в определенный период в обстановке общего неуважительного отношения к закону изолировалась от права, а деятельность психиатров регулировалась полужакрытыми ведомственными актами, не всегда соответствующими международным стандартам и Конституции. С принятием и введением в действие настоящего Закона в нашей стране в юридическом плане положен конец нарушениям прав человека и гражданина при оказании психиатрической помощи. В психиатрическом плане предстоит большая работа по реализации в учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь, положений комментируемого Закона.

По существу, каждая норма данного Закона прямо или косвенно направлена не только на оказание психиатрической помощи в собственном смысле, но и на соблюдение прав человека и гражданина. Речь идет о соблюдении человеческого достоинства и личных прав (например, права иметь семью, права на получение медицинской помощи), экономических прав (права на частную собственность, выбор профессии, получение вознаграждения за труд и др.), политических прав (права на выражение своего мнения на выборах и референдумах, на участие в митингах и собраниях, на внесение в органы власти своих предложений и направление жалоб в любые инстанции и т.д.). Лицо, страдающее психическим расстройством, согласно Закону при определенных условиях может быть и теперь ограничено в правах, но только при соблюдении четко установленного порядка и под контролем вышестоящих медицинских органов, общественных объединений, под надзором прокурора и с предоставлением этому лицу или его представителю возможности принести жалобу в суд.

## **Статья 2. Законодательство Российской Федерации о психиатрической помощи. (1) Законодательство Российской Федерации о психиатрической помощи состоит из настоящего Закона и других законодательных актов Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации, а также правовых актов автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга.**

(2) Правительство Российской Федерации и правительства республик в составе Российской Федерации, а также министерства и ведомства вправе принимать правовые акты о психиатрической помощи в пределах своей компетенции.

(3) Законодательные и иные правовые акты, принимаемые в Российской Федерации и республиках в составе

Российской Федерации, автономной области, автономных округах, краях, областях, городах Москве и Санкт-Петербурге, не могут ограничивать права граждан и гарантии их соблюдения при оказании психиатрической помощи, предусмотренные настоящим Законом.

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

Комментарий к статье 2

1. При анализе положений комментируемой статьи надо иметь в виду, что настоящий Закон принимался в 1992 г., до принятия и вступления в силу ныне действующей Конституции РФ 1993 г. Конституционные нормы занимают главенствующее положение в правовой системе, они имеют высшую юридическую силу и прямое действие (ч. 1 ст. 15 Конституции РФ), и потому при толковании данной статьи следует ими руководствоваться. Это, в частности, относится к закреплению в ст. 5 Конституции РФ равноправие всех субъектов Российской Федерации, что выражается в их одинаковом праве иметь свои законы. Ранее такое право имели только республики в составе Российской Федерации.

2. Под законодательством, о котором говорится в комментируемой статье, понимается система правовых актов, принимаемых уполномоченными органами представительной (законодательной) и исполнительной власти Российской Федерации и субъектов Российской Федерации по вопросам оказания психиатрической помощи.

Важнейшим нормативным правовым актом в этой системе является настоящий Закон, в котором закреплены основополагающие нормы и принципы для всего правового регулирования оказания психиатрической помощи и охраны прав граждан в этой области. Базовый характер настоящего Закона в сфере регулируемых им отношений подтверждается прямыми отсылками к нему, содержащимися в других федеральных законах там, где речь идет об оказании психиатрической помощи. Так, Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (Ведомости РФ. 1993. N 33. Ст. 1318) устанавливают, что освидетельствование и госпитализация лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, проводятся без их согласия в порядке, установленном Законом РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" (ст. 34). Аналогичным образом решается и вопрос о направлении на освидетельствование и стационарное обследование военнослужащих, имеющих признаки психического расстройства (ст. 16 Федерального закона "О статусе военнослужащих" // СЗ РФ. 1998. N 22. Ст. 2331).

3. Настоящий Закон принят как федеральный в развитие конституционного положения, содержащегося в п. "в" ст. 71, о том, что регулирование и защита прав и свобод человека и гражданина находятся в ведении Российской Федерации. Однако в соответствии с п. "б" ст. 72 Конституции РФ, устанавливающей предметы совместного ведения Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, защита прав и свобод человека и гражданина входит и в полномочия последних. Анализ указанных норм Конституции РФ, а также отнесение к совместному ведению Российской Федерации и ее субъектов координации вопросов здравоохранения и социальной защиты (п. "ж" ст. 72) позволяет сделать вывод, что закрепление прав и свобод человека должно происходить на федеральном уровне (равно как и установление их гарантий), а основная нагрузка в их реализации, включая расширение по сравнению с федеральным законодательством и установление дополнительных гарантий, - дело субъектов Российской Федерации. В качестве примера можно указать Закон Санкт-Петербурга от 20 октября 1998 г., которым была утверждена региональная медико-социальная программа "Развитие и совершенствование психиатрической службы Санкт-Петербурга и ее материально-технической базы до 2001 года". Эта программа, специально разработанная для данного субъекта Российской Федерации, направлена на снижение заболеваемости и инвалидизации населения вследствие психических расстройств, их профилактику, а также обеспечение различных групп населения дифференцированной психиатрической, психотерапевтической, психологической помощью и необходимыми лекарственными препаратами. Среди основных мероприятий в Программе названы совершенствование взрослой и детской психиатрических служб, развитие санаторно-реабилитационной помощи и материально-технической базы всей психиатрической службы города.

4. По предметам ведения Российской Федерации принимаются федеральные конституционные законы и федеральные законы. Первые принимаются в случаях, прямо указанных в статьях Конституции РФ, и в сфере оказания психиатрической помощи из них могут иметь значение предусмотренные ст. 103 (статус и порядок деятельности Уполномоченного по правам человека) и ст. 118 (судебная система РФ). По предметам совместного ведения издаются федеральные законы, которые не могут противоречить федеральным конституционным законам, и законы субъектов Российской Федерации. В ч. 5 ст. 76 Конституции РФ, где установлены виды правовых актов, принимаемых по вопросам, отнесенным к различному ведению, предусмотрено, что законы субъектов Российской Федерации не могут противоречить федеральным законам, принятым в пределах полномочий Российской Федерации по предметам ее ведения и предметам совместного ведения. В случае противоречия между федеральным законом и законом субъекта Российской Федерации действует федеральный закон. Таким образом, если субъект Российской Федерации принимает свой закон об оказании психиатрической помощи, который вступает в противоречие с настоящим Федеральным законом, то применяться должны правила последнего. В свою очередь, ни федеральные законы, ни законы либо иные нормативные правовые акты субъектов Российской Федерации не должны противоречить Конституции страны (ч. 1 ст. 15 Конституции РФ).

5. Законы, принимаемые в Российской Федерации, подлежат официальному опубликованию, а неопубликованные законы не применяются (ч. 3 ст. 15 Конституции РФ). Порядок опубликования и

вступления в силу федеральных конституционных законов и федеральных законов предусматривается в Законе РФ "О порядке опубликования и вступления в силу федеральных конституционных законов, федеральных законов, актов палат Федерального Собрания", принятом 25 мая 1994 г., с изм. и доп. (СЗ РФ. 1994. N 8. Ст. 801; 1999. N 43. Ст. 5124). Официальным опубликованием считается первая публикация полного текста соответствующего закона в "Российской газете" или "Собрании законодательства Российской Федерации" (СЗ РФ). Законы вступают в силу одновременно на всей территории России по истечении десяти дней после дня их официального опубликования, если самими законами не установлен порядок вступления их в силу. Так, принятый 24 мая 1996 г. новый Уголовный кодекс РФ, содержащий целый ряд новелл о принудительных мерах медицинского характера (см. комментарий к ст. 13), вступил в силу с 1 января 1997 г., за исключением положений, для которых установлены иные сроки введения в действие (Федеральный закон от 24 мая 1996 г. (13 июня 1996 г.) N 64-ФЗ "О введении в действие Уголовного кодекса Российской Федерации" с изм. и доп. // СЗ РФ. 1996. N 25. Ст. 2955; 1997. N 1. Ст. 2; 2002. N 2. Ст. 130).

6. В ч. 2 комментируемой статьи речь идет об иных нормативных правовых актах в сфере оказания психиатрической помощи, издаваемых в Российской Федерации. Помимо нормативных правовых актов федеральных органов исполнительной власти и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, необходимо назвать также указы и распоряжения (акты) Президента РФ. Право Президента РФ издавать указы и распоряжения, обязательные для исполнения на всей территории страны, закреплено в ст. 90 Конституции. Указы и распоряжения Президента РФ не должны противоречить Конституции РФ и федеральным законам.

В соответствии со ст. 110 Конституции РФ исполнительную власть в Российской Федерации осуществляет Правительство РФ. На основании и во исполнение Конституции, федеральных законов, нормативных указов Президента Правительство РФ издает постановления и распоряжения, которые в случае их противоречия перечисленным правовым актам могут быть отменены Президентом РФ. Как правило, решения Правительства, которые имеют нормативный характер, оформляются в виде постановлений, а распоряжения принимаются по оперативным вопросам.

Акты Правительства РФ составляют важное звено всей правовой системы страны. В области оказания психиатрической помощи и во исполнение настоящего Закона Правительством были изданы два Постановления - от 28 апреля 1993 г. N 377 "О реализации Закона Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" с изм. и доп. (САПП. 1993. N 18. Ст. 1602) и от 25 мая 1994 г. N 522 "О мерах по обеспечению психиатрической помощью и социальной защите лиц, страдающих психическими расстройствами" (СЗ РФ. 1994. N 6. Ст. 606). Первым Постановлением утверждены Перечень медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности (см. комментарий к ст. 6), и Положение о порядке выдачи лицензий на деятельность по оказанию психиатрической помощи для государственных, негосударственных психиатрических, психоневрологических учреждений, частнопрактикующих врачей-психиатров (см. комментарий к ст. 18). Вторым Постановлением были утверждены Положение об учреждениях, оказывающих внебольничную и стационарную психиатрическую помощь (см. комментарий к ст. ст. 16, 18), Положение о лечебно-производственных государственных предприятиях для проведения трудовой терапии, обучения новым профессиям и трудоустройства на этих предприятиях лиц, страдающих психическими расстройствами, включая инвалидов, и Положение об общежитиях для лиц, страдающих психическими расстройствами, утративших социальные связи (см. комментарий к ст. 16). Кроме того, Правительство РФ 20 апреля 1995 г. приняло Постановление N 383, которым была утверждена федеральная целевая программа "Неотложные меры по совершенствованию психиатрической помощи (1995 - 1997 годы)", разработанная в целях реализации комментируемого Федерального закона (СЗ РФ. 1995. N 18. Ст. 1665).

В федеральных органах исполнительной власти - министерствах и ведомствах - на основании Конституции РФ, федеральных законов, нормативных указов Президента РФ и правовых актов Правительства РФ издаются ведомственные правовые акты (приказы, инструкции и др.). Компетенция федеральных органов исполнительной власти определяется положениями о них, которые, как правило, утверждаются Правительством РФ. Так, компетенция федерального органа здравоохранения РФ определена в Положении о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденном Постановлением Правительства РФ от 3 июня 1997 г. N 659 с изм. и доп. (СЗ РФ. 1997. N 23. Ст. 2691) и Постановлением Правительства РФ от 14 октября 1996 г. N 1217 "Вопросы Министерства здравоохранения Российской Федерации" с изм. (СЗ РФ. 1996. N 43. Ст. 4926). Из правовых актов Минздрава РФ можно указать Приказ от 11 января 1993 г. N 6 "О некоторых вопросах деятельности психиатрической службы", в котором содержится перечень нормативных правовых актов Минздрава СССР, утративших силу в связи с принятием комментируемого Закона (БНА. 1993. N 7), и Приказ от 30 октября 1995 г. N 294 "О психиатрической и психотерапевтической помощи", имеющий значение для комплексного оказания медицинской и социальной помощи, в частности для полноправного участия в этой деятельности медицинских психологов и социальных работников (Здравоохранение. 1996. N 2).

Приказ Минздравмедпрома РФ от 30.10.1995 N 294 "О психиатрической и психотерапевтической помощи" утратил силу в связи с изданием Приказа Минздрава РФ от 06.11.2001 N 397 "Об отмене Приказа Минздравмедпрома РФ от 30.10.1995 N 294". В области психиатрической помощи ведомственные правовые акты могут издаваться, кроме Минздрава РФ, также Министерством труда и социального развития РФ,

Министерством обороны РФ, другими федеральными органами исполнительной власти по конкретным вопросам, отнесенным к их компетенции. По некоторым вопросам, например о взаимодействии органов здравоохранения и органов внутренних дел при осуществлении недобровольной госпитализации (см. комментарий к ст. 30 Закона), могут издаваться совместные правовые акты, в частности приказы или инструкции.

Нормативные правовые акты, издаваемые федеральными органами исполнительной власти в пределах своих полномочий, носят более или менее общий характер и рассчитаны на неоднократное применение - в отличие от правовых актов индивидуального значения (например, приказа министра здравоохранения РФ об увольнении сотрудника министерства). Такие акты могут иметь общий характер применительно к соответствующей отрасли исполнительной власти или межведомственный, т.е. регулировать отношения внутри нескольких отраслей.

7. Президент РФ, Правительство РФ и федеральные органы исполнительной власти имеют право принимать нормативные правовые акты по предметам ведения Российской Федерации и предметам совместного ведения Российской Федерации и ее субъектов. Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации также имеют право издавать правовые акты по вопросам совместного ведения. Эти акты, как и законы субъектов Российской Федерации, не могут противоречить федеральным законам, принятым в пределах полномочий Российской Федерации. В случае противоречия между федеральным законом и иным актом, изданным в Российской Федерации, действует федеральный закон (ч. 5 ст. 76 Конституции РФ). Что касается соотношения нормативных правовых актов Президента РФ, Правительства РФ и федеральных органов исполнительной власти с соответствующими актами, изданными в субъектах Российской Федерации, то решать этот вопрос следует аналогично: изданное в пределах полномочий Российской Федерации федеральное законодательство имеет приоритет, и в случае противоречия с правовым актом субъекта Российской Федерации должен действовать федеральный правовой акт.

8. Нормативные правовые акты, издание которых предусмотрено в ч. 2 комментируемой статьи, называются подзаконными, поскольку они издаются на основе Конституции РФ, федеральных конституционных и федеральных законов. Так, принцип верховенства законов и подзаконности актов Президента РФ и Правительства РФ четко закреплен в Конституции (ч. 3 ст. 90, ст. 115 Конституции РФ). Точно так же решается вопрос и о подзаконности правовых актов органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации - они издаются на основе их конституций или уставов и законов. Подзаконные правовые акты не могут ограничивать права и свободы граждан, определенные в конституциях (уставах) и законах любого уровня. Они могут лишь конкретизировать нормы законов, создавая условия для их исполнения.

9. Указы и распоряжения Президента РФ, постановления и распоряжения Правительства РФ подлежат обязательному официальному опубликованию, кроме актов или отдельных их положений, содержащих сведения, составляющие государственную тайну, или сведения конфиденциального характера. Они публикуются в течение десяти дней после их подписания в "Российской газете" и "Собрании законодательства Российской Федерации". Официальным опубликованием актов Президента и Правительства России считается публикация их текстов в указанных источниках. Акты Президента РФ, имеющие нормативный характер, вступают в силу одновременно на всей территории России по истечении семи дней после дня их официального опубликования, как и акты Правительства РФ, затрагивающие права, свободы и обязанности человека и гражданина, устанавливающие правовой статус федеральных органов исполнительной власти, а также организаций. Однако в самих актах Президента и Правительства может быть установлен и другой порядок их вступления в силу (Указ Президента РФ от 23 мая 1996 г. N 763 "О порядке опубликования и вступления в силу актов Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации и нормативных правовых актов федеральных органов исполнительной власти" с изм. и доп. (СЗ РФ. 1996. N 22. Ст. 2663; 1997. N 20. Ст. 2242; 1998. N 33. Ст. 3967)).

Для нормативных правовых актов федеральных органов исполнительной власти в том же Указе Президента РФ предусмотрено, что официальному опубликованию подлежат те из них, которые затрагивают права, свободы и обязанности человека и гражданина, устанавливая правовой статус организаций или имеют межведомственный характер и прошли при этом государственную регистрацию в Министерстве юстиции РФ. Они подлежат официальному опубликованию в газете "Российские вести" в течение десяти дней после их регистрации, а также в Бюллетене нормативных актов федеральных органов исполнительной власти издательства "Юридическая литература" Администрации Президента РФ. Не публикуются лишь акты или отдельные их положения, содержащие сведения, составляющие государственную тайну, или сведения конфиденциального характера. Нормативные правовые акты федеральных органов исполнительной власти вступают в силу на всей территории России по истечении десяти дней после дня их официального опубликования, если самими актами не установлен другой порядок вступления их в силу.

Государственная регистрация нормативных правовых актов федеральных органов исполнительной власти была введена с 1992 г. и регулируется Правилами подготовки нормативных правовых актов федеральных органов исполнительной власти и их государственной регистрации, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 13 августа 1997 г. N 1009 с изм. и доп. (СЗ РФ. 1997. N 33. Ст. 3895). Регистрация распространяется на акты, затрагивающие права, свободы и обязанности человека и гражданина, устанавливающие правовой статус организаций, имеющие межведомственный характер, независимо от срока их действия, в том числе акты, содержащие сведения, составляющие государственную тайну, или сведения конфиденциального характера. По представленному на государственную регистрацию нормативному акту проводится правовой анализ соответствия законодательству Российской Федерации, а

акту, прошедшему регистрацию, присваивается номер государственной регистрации.

В соответствии с ч. 3 ст. 15 Конституции РФ, установившей, что любые нормативные правовые акты, затрагивающие права, свободы и обязанности человека и гражданина, не могут применяться, если они не опубликованы официально для всеобщего сведения, Указ Президента РФ от 23 мая 1996 г. N 763 содержит положение о том, что нормативные правовые акты, не прошедшие государственную регистрацию, а также зарегистрированные, но не опубликованные в установленном порядке, не влекут правовых последствий как не вступившие в силу. Такие акты не могут служить основанием для регулирования соответствующих правоотношений, применения санкций к гражданам, должностным лицам и организациям за невыполнение содержащихся в них предписаний. На них также нельзя ссылаться при разрешении споров.

10. Часть 3 комментируемой статьи предусматривает невозможность ограничения прав и свобод граждан и сокращения гарантий их соблюдения при оказании психиатрической помощи по сравнению с предусмотренными в настоящем Законе и в других законодательных и нормативных правовых актах, издаваемых как на федеральном уровне, так и в субъектах Российской Федерации. В этом смысле после Конституции РФ комментируемый Закон - основной в сфере регулируемых им отношений: он устанавливает необходимый для регулирования и защиты прав и свобод человека и гражданина минимум прав и гарантий их соблюдения, который никаким органом государственной власти и ни при каких условиях не может быть сокращен. Напротив, и права граждан при оказании психиатрической помощи, и гарантии их соблюдения могут быть расширены и развиты в актах федерального законодательства и законодательства субъектов Российской Федерации. Так, судебный порядок решения вопроса о недобровольной госпитализации лица, страдающего психическим расстройством, не может быть заменен на иной, в частности на решение этого вопроса прокурором. Но в субъекте Российской Федерации может быть установлен, например, порядок оплаты услуг адвоката по этой категории дел за счет бюджетных средств. Субъекты Российской Федерации также могут конкретизировать и расширить перечень гарантированных государством видов психиатрической помощи и мер социальной защиты для лиц, страдающих психическими расстройствами, по сравнению с установленным в ст. 16 настоящего Закона, но они не имеют права сократить этот перечень.

11. В ч. 4 комментируемой статьи Закона закрепляется приоритет норм международного права в случае коллизии с внутригосударственным правом. Это правило содержится в ч. 4 ст. 15 Конституции РФ, которая объявляет общепризнанные принципы и нормы международного права и международные договоры России составной частью ее правовой системы. Под общепризнанными нормами и принципами международного права понимаются нормы и принципы, установленные и признанные международным сообществом и, следовательно, обязательные для его членов. Что же касается международных договоров России, то здесь речь идет прежде всего о тех из них, которые были ратифицированы в соответствии со ст. 15 Федерального закона "О международных договорах Российской Федерации" (СЗ РФ. 1995. N 29. Ст. 2757). Такие договоры подлежат официальному опубликованию в "Собрании законодательства Российской Федерации". Иные договоры публикуются в "Бюллетене международных договоров", а международные договоры межведомственного характера - по решению органов исполнительной власти, от имени которых они были заключены, - в официальных изданиях этих органов.

Приоритет правил международного договора над внутренним законодательством России означает, что в случае противоречия между договором и законом следует руководствоваться не правилами закона, а нормами договора. Причем это относится к законам любого уровня - федерального, субъекта Федерации. Коллизия норм международных договоров с нормами комментируемого Закона может возникнуть, например, при оказании гражданину другого государства, с которым есть специальное соглашение о медицинской помощи, психиатрической помощи, если таковая ему понадобится, пока он находится на территории России.

12. Следует отметить еще одно общее положение, касающееся законодательства о психиатрической помощи. Принятие соответствующего закона на федеральном уровне не исключает собственного законодательства субъектов Российской Федерации в этой сфере, поскольку регулирование и защита прав и свобод человека и гражданина относится к ведению Российской Федерации и одновременно входит в предмет совместного ведения Федерации и ее субъектов. Однако при издании в субъекте Федерации своего закона о психиатрической помощи должны соблюдаться все конституционные требования о соотношении федерального и иного законодательства, принятого в Российской Федерации. Кроме того, нормы Закона достаточно конкретны и, на наш взгляд, могут в большинстве случаев применяться прямо - без издания подзаконных актов.

### **Статья 3. Применение настоящего Закона. (1) Настоящий Закон распространяется на граждан Российской Федерации при оказании им психиатрической помощи и применяется в отношении всех учреждений и лиц, оказывающих психиатрическую помощь на территории Российской Федерации.**

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

Комментарий к статье 3

1. Граждане Российской Федерации, в соответствии со ст. 19 Конституции, равны перед любым

действующим в данное время на ее территории законом. Это положение Конституции в полной мере относится и к комментируемому Закону. На его применение не влияют происхождение граждан РФ, их имущественное положение, расовая и национальная принадлежность, вероисповедание или приверженность к атеизму, избранный род деятельности или образование и специальность, место работы или жительства и общественное положение.

2. Закон действует на территории России в любых административно-территориальных единицах, составляющих Российскую Федерацию, в том числе и на территории всех республик в составе Российской Федерации, поскольку иное не оговорено в Федеративном договоре или договорах между Федерацией и республиками, входящими в ее состав.

3. Закон применяется во всех учреждениях, оказывающих внебольничную и стационарную психиатрическую помощь; в лечебно-производственных предприятиях для проведения трудовой терапии, обучения новым профессиям; общежитиях для лиц, страдающих психическими расстройствами; структурных подразделениях других лечебно-профилактических, учебных и научно-исследовательских учреждений и заведений. Положения Закона в равной степени относятся не только к государственной, но и к муниципальной и частной системам здравоохранения (подробнее см. комментарий к ст. 1).

4. Данный Закон подлежит применению в любых медицинских учреждениях, в том числе и непсихиатрического профиля, он обязателен для всего медицинского персонала любых медицинских учреждений и всех должностных лиц органов здравоохранения, а также частнопрактикующих врачей-психиатров. Его обязаны соблюдать также и должностные лица Министерства внутренних дел, Федеральной службы безопасности и всех учреждений этих ведомств. Требования Закона распространяются и на лечебные учреждения, в которых содержатся лица, осужденные к лишению свободы по приговору суда, или лица, которым избрана мера пресечения в виде содержания под стражей. Правила внутреннего распорядка этих лечебных учреждений подлежат применению только в той степени, в какой они не противоречат нормам данного Закона.

5. Положения комментируемого Закона обязательны для любых должностных лиц государственных, частных или общественных учреждений во всех случаях, когда они соприкасаются с проблемой оказания психиатрической помощи, особенно когда речь идет об освидетельствовании лица, у которого предполагается психическое расстройство, или о помещении лица в психиатрическое лечебное учреждение.

6. Граждане, которые сталкиваются на работе, в быту или в общественных местах с лицами, проявляющими признаки психического расстройства, не вправе действовать в отношении таких лиц самовольно и по своему усмотрению. Необходимо обращаться в скорую психиатрическую помощь, а при ее отсутствии - в скорую медицинскую помощь или в милицию. Лишь в крайних случаях, когда есть основания не сомневаться в наличии тяжелого психического расстройства, когда имеется явная угроза жизни или здоровью окружающих либо самого больного, применяются меры для его сдерживания. О всех подобных случаях должны быть немедленно поставлены в известность соответствующее медицинское учреждение или милиция, которые будут действовать на основании ст. 23 настоящего Закона (см. комментарий к этой статье).

7. Комментируемый Закон подлежит применению и в отношении лиц, имеющих гражданство иностранного государства (двойное гражданство) в соответствии с федеральным законом или международным договором Российской Федерации (ч. 1 ст. 62 Конституции РФ). Здесь важно лишь одно обстоятельство: такое лицо в момент психического расстройства находилось на территории России.

8. Иностранцы граждане или подданные (в государствах с монархическим режимом), а также лица без гражданства (апатриды - лица, утратившие гражданство в одном государстве и не приобретшие его в другом) подпадают под действие настоящего Закона. Им предоставлены равные права с гражданами Российской Федерации. Это положение основывается на Законе бывшего СССР "О правовом положении иностранных граждан в СССР" (Ведомости ВС СССР. 1981. N 26. Ст. 836).

9. В ст. 3 ничего не говорится о том, в какой степени настоящий Закон распространяется на лиц, пользующихся дипломатической неприкосновенностью, и членов их семей. По нашему мнению, в отношении таких лиц данный Закон может быть применен только по их просьбе и при их дальнейшем согласии. Никакие принудительные меры недопустимы. Вопросы, возникающие в отношении указанной категории лиц в психиатрической сфере, должны решаться дипломатическим путем - через МИД России.

#### **Статья 4. Добровольность обращения за психиатрической помощью. (1) Психиатрическая помощь оказывается при добровольном обращении лица или с его согласия, за исключением случаев, предусмотренных настоящим Законом.**

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

Комментарий к статье 4

1. Добровольность обращения за медицинской помощью при соматических заболеваниях является правилом, вряд ли нуждающимся в специальном законодательном регулировании и требующим лишь закрепления права страдающего заболеванием лица на лечение и получение иной необходимой помощи. Только в особых случаях, когда заболевание представляет опасность для окружающих, например в силу

особой заразности, к больному могут применяться меры принуждения в виде карантина, недобровольного лечения и т.п. (ст. 34 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан) и даже может наступить уголовная ответственность, как при преднамеренном заражении венерической болезнью или ВИЧ-инфекцией (ст. ст. 121, 122 УК РФ). Не столько специфика психических заболеваний, сколько культурная или, скорее, бескультурная традиция, создает условия, в которых добровольность обращения за психиатрической помощью нуждается в законодательном закреплении.

2. Преобладание добровольности при обращении за психиатрической помощью стало прочно установившейся традицией в демократических странах и обусловлено необходимостью соблюдения прав человека. Лицам с психическими расстройствами должна быть предоставлена возможность самим решать вопрос об обращении за специализированной медицинской помощью и выбирать ее вид, так же как и больным с соматическими заболеваниями. Реализация принципа добровольности в сфере психиатрии, кроме специфической проблемы отношения в обществе к лицам, страдающим психическими расстройствами, связана, по крайней мере, с тремя основными социально-культурными факторами: широко распространенным в общественном сознании представлением о том, что является психической нормой, а что отклонением; возможностью получения объективной и доверительной консультации у специалиста или из литературы без опасения негативных результатов обращения за такой консультацией; практической реализуемостью права на получение психиатрической помощи в достаточно комфортных условиях, примерно соответствующих культурно-бытовой норме. Очевидно, что в полной мере принцип добровольности будет реализовываться в будущем, когда названные обстоятельства не будут этому препятствовать. Иными словами, в обществе должны быть созданы не только соответствующие медицинские учреждения с условиями, максимально приближенными к обычной жизни, но и благоприятный психологический климат, при котором обращение за психиатрической помощью не будет для человека равносильным наложению клейма, не повлечет социальных и иных ограничений.

3. Практика других государств показывает, что они прошли довольно длительный путь, прежде чем добровольные пациенты психиатрических учреждений стали преобладать над недобровольными. Так, в США, где впервые право психически больных людей обращаться за лечением в психиатрические лечебницы было законодательно закреплено в 1881 г., еще в 1949 г. только 10% пациентов были "добровольцами" и перевес над недобровольными пациентами произошел лишь в 1972 г. К началу 90-х гг. этот процент вновь несколько снизился в связи с сокращением числа больничных мест. В России реализуемость принципа добровольности также связана с развитием системы частной психиатрической практики, предусмотренной Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (ст. 14 и др.) и настоящим Законом, с деятельностью общественных правозащитных организаций, способствующих изменению традиции, и с достаточностью финансирования лечебных учреждений.

4. Статья 4 предусматривает, что психиатрическая помощь оказывается на добровольной основе, т.е. в случае обращения за такой помощью по собственной инициативе лица, его законных представителей или по инициативе, исходящей из иных источников, которые Закон не ограничивает, но с согласия лица. Из этой нормы следует, что услуги по оказанию психиатрической помощи могут предлагаться, формы такого предложения законом не регулируются, но очевидно, что они должны, во-первых, находиться в пределах общеправовых норм (не носить характера оскорбления, клеветы и т.п.) и, во-вторых, быть только профессиональными (ст. 19 и IV раздел настоящего Закона).

Обращения по поводу оказания психиатрической помощи, связанные с вызовом психиатрической бригады скорой помощи, составляют 16,0 - 19,0 на 10 тыс. населения в год.

Психиатрическую бригаду чаще всего вызывают члены семьи и близкие больных (примерно 40%), работники милиции (30%), сотрудники по работе (5%), десятые доли процента составляют вызовы к больным, поступающие от случайных лиц. Самостоятельно больные обращаются за скорой психиатрической помощью лишь в 1 - 2% случаев. Оставшиеся около 20% вызовов относятся к врачам психоневрологического диспансера (обычно для транспортировки больных).

5. Добровольность обращения за медицинской помощью не нуждается в судебном контроле, если, конечно, в суд не будет подана жалоба на ее нарушение. Добровольность также не подкрепляется обязанностью любого медицинского учреждения оказывать психиатрическую помощь по обращению граждан или в порядке исполнения судебного решения.

6. Часть 2 комментируемой статьи предусматривает общие положения об оказании психиатрической помощи тем лицам, обращение которых за психиатрической помощью или отказ от нее могут быть не приняты во внимание в связи с несовершеннолетием или признанной судом недееспособностью. Данный вопрос за них решают их законные представители. При этом предполагается, что законные представители действуют добровольно и в интересах представляемого лица. В случае ненадлежащего выполнения ими своих обязанностей они могут быть от них отстранены (ст. ст. 56, 65 и 145 - 150 СК).

Настоящий Закон четко определяет 15-летний возраст, до которого несовершеннолетний не может принимать решений, связанных с психиатрической помощью. Защита прав и законных интересов несовершеннолетних лежит на их родителях (опекунах, попечителях), которые и являются их законными представителями (ст. 56 СК). После достижения несовершеннолетним 15 лет его законные представители теряют право решать за него вопрос о психиатрической помощи.

Недееспособность, т.е. неспособность гражданина вследствие душевной (психической) болезни или слабоумия понимать значение своих действий или руководить ими (см. комментарий к ст. 29 ГК), может быть установлена только судом в порядке, определяемом ГПК (ст. ст. 258 - 262). Законными

представителями недееспособных являются опекуны (ст. ст. 145 - 150 СК; 31, 32, 34, 182 и др. ГК). Важно подчеркнуть, что без судебного решения о недееспособности, принятого в соответствии с установленной законом процедурой и вступившего в законную силу, лицо с психическим расстройством считается дееспособным и, следовательно, вправе самостоятельно реализовать свои права, включая право на добровольность обращения за психиатрической помощью.

**Статья 5. Права лиц, страдающих психическими расстройствами. (1) Лица, страдающие психическими расстройствами, обладают всеми правами и свободами граждан, предусмотренными Конституцией Российской Федерации, Конституциями республик в составе Российской Федерации, законодательством Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации. Ограничение прав и свобод граждан, связанное с психическим расстройством, допустимо лишь в случаях, предусмотренных законами Российской Федерации.**

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

уважительное и гуманное отношение, исключающее унижение человеческого достоинства;

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

психиатрическую помощь в наименее ограничительных условиях, по возможности по месту жительства; содержание в психиатрическом стационаре только в течение срока, необходимого для обследования и лечения;

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

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

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

приглашение по их требованию любого специалиста, участвующего в оказании психиатрической помощи, с согласия последнего для работы во врачебной комиссии по вопросам, регулируемым настоящим Законом; помощь адвоката, законного представителя или иного лица в порядке, установленном законом.

(3) Ограничение прав и свобод лиц, страдающих психическими расстройствами, только на основании психиатрического диагноза, фактов нахождения под диспансерным наблюдением в психиатрическом стационаре либо в психоневрологическом учреждении для социального обеспечения или специального обучения не допускается. Должностные лица, виновные в подобных нарушениях, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации.

Комментарий к статье 5

1. Комментируемая статья в целом направлена на защиту лиц, страдающих психическими расстройствами, от ущемления прав и свобод человека и гражданина. Статья носит антидискриминационный характер и в этом смысле запрещает любое отличие, исключение или предпочтение, вследствие чего лица с психическими расстройствами могли бы быть поставлены в неравное положение с другими гражданами, а их права и свободы отменены или ограничены. При этом специальные меры, предпринимаемые органами государственной власти федерального уровня и субъектов Российской Федерации для защиты прав лиц с психическими расстройствами или улучшения их положения в обществе, не рассматриваются как направленные на дискриминацию этой группы населения.

2. Комментируемая статья выражает дух всего Закона и должна служить основой не только для законодательства, принимаемого в Российской Федерации, но и для его практического применения федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, общественными объединениями, должностными лицами.

3. Каждая часть комментируемой статьи имеет свою цель. Часть 1 подтверждает конституционные права и свободы лиц с психическими расстройствами как граждан России, а также устанавливает единственно возможный порядок их ограничения - в федеральных законах. Часть 2 направлена на защиту лиц, страдающих психическими расстройствами от плохого обращения с ними и ущемления их прав при оказании психиатрической помощи, и в этом смысле содержит их дополнительные по сравнению с другими гражданами России права. Часть 3 запрещает использовать диагноз психического расстройства и факты обращения за психиатрической помощью в качестве оснований для неоправданного ограничения прав лиц с психическими расстройствами.

4. В ч. 1 комментируемой статьи подтверждается, что любое лицо, страдающее психическим расстройством, имеет право на осуществление всех гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав, закрепленных в Конституции РФ, конституциях (уставах) субъектов Российской Федерации, в федеральном законодательстве и в законодательстве, издаваемом в субъектах Федерации. Права и свободы человека и гражданина в Российской Федерации признаются и гарантируются согласно общепризнанным принципам и нормам международного права и в соответствии с ее Конституцией (ст. ст. 17 - 64). Основные права и свободы человека неотчуждаемы и принадлежат каждому от рождения (ч. 2 ст. 17 Конституции РФ), и потому наличие у лица психического расстройства не может лишить его этих прав и свобод. Под правами и свободами, зафиксированными в общепризнанных нормах международного права, понимаются прежде



все же те, которые признаны во Всеобщей декларации прав человека, в Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах, Международном пакте о гражданских и политических правах и в Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод, а также в других международно-правовых документах, касающихся прав человека.

Здесь же устанавливается, что ограничение прав и свобод граждан, связанное с психическим расстройством, допустимо лишь в случаях, предусмотренных федеральными законами. Это правило полностью согласуется с положениями Конституции РФ, которая в ч. 2 ст. 55 не допускает издания в России законов, отменяющих или умаляющих права и свободы человека и гражданина, но в ч. 3 той же статьи разрешает ограничение таких прав и свобод именно в законах федерального уровня.

Права и свободы человека и гражданина могут быть ограничены федеральным законом только в той мере, в какой это необходимо в целях защиты конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства. Ограничения прав и свобод граждан есть в любом демократическом обществе, их случаи и порядок устанавливаются законодательством. В Российской Федерации возможность ограничить права и свободы человека и гражданина разрешается только законами, принятыми на федеральном уровне. Субъекты Российской Федерации в своих законах и иных правовых актах не вправе устанавливать ограничения прав и свобод граждан, как не вправе делать это и Президент РФ, Правительство РФ и федеральные органы исполнительной власти.

5. Федеральные законы России ограничивают права и свободы граждан, связанных с психическим расстройством, в основном в трех случаях.

Во-первых, такое ограничение прав и свобод гражданина может быть связано с признанием его недееспособности. Возможность признания гражданина, который вследствие психического расстройства не может понимать значения своих действий или руководить ими, недееспособным предусмотрена в ст. 29 ГК. Право принимать такие решения предоставлено только суду (ст. ст. 29, 22 ГК), а порядок их принятия регулируется ГПК (ст. ст. 258 - 263). И хотя недееспособность влияет в первую очередь на возможность гражданина самостоятельно участвовать в гражданском обороте (ч. 2 ст. 29, ст. 171 ГК), она имеет значение и применительно к другим отраслям законодательства. Можно сказать, что недееспособность, определяемая в соответствии с гражданским и гражданским процессуальным законодательством, в свою очередь, служит основанием для ограничения прав лиц, страдающих психическими расстройствами и признанных недееспособными, в соответствии с другими федеральными законами. В этом смысле значение недееспособности выходит за рамки гражданско-правовых отношений и ее можно считать одним из базовых юридических понятий для законодательства, так или иначе касающегося правового статуса лиц с психическими расстройствами. Приведем несколько примеров.

Так, ст. 32 Конституции РФ устанавливает, что не имеют права избирать и быть избранными граждане, признанные судом недееспособными. Особо подчеркивается, что такие граждане не могут избирать Президента России, а также быть избранными в этом качестве (ст. 3 Федерального закона "О выборах Президента Российской Федерации" от 1 декабря 1999 г. (31 декабря 1999 г.) N 228-ФЗ // СЗ РФ. 2000. N 1. Ч. 2. Ст. 11).

В ст. 16 того же Закона предусмотрено, что член избирательной комиссии может быть освобожден от этих обязанностей до истечения срока своих полномочий, если будет признан недееспособным вступившим в законную силу решением суда.

В соответствии с СК РФ лицо, признанное судом недееспособным, не может заключить брак, а ранее заключенный брак может быть расторгнут по заявлению другого супруга либо опекуна недееспособного супруга в более простом порядке - в органах записи актов гражданского состояния (ст. ст. 14, 16, 19 СК). Кроме того, недееспособные не могут усыновить ребенка или принять его под опеку (попечительство) либо взять в приемную семью (ст. ст. 127, 146, 153 СК). Полномочия судьи прекращаются в случае признания его недееспособным вступившим в законную силу решением суда (ст. 14 Закона "О статусе судей в Российской Федерации" от 26 июня 1992 г. N 3132-1 с изм. и доп. // Ведомости РФ. 1992. N 30. Ст. 1792).

Во-вторых, для ограничения прав лиц с психическими расстройствами необходимо установление правоограничений с общей ссылкой на наличие у лица заболевания или расстройства психики как основания для этого с последующей конкретизацией в правовых актах Правительства РФ. Так, в ст. 13 Закона РФ от 20 мая 1993 г. "Об оружии", было предусмотрено, что лицензии на приобретение гражданского оружия не выдаются гражданам, имеющим заболевания либо физические недостатки, препятствующие обеспечению правильного обращения с оружием, перечень которых утверждается Правительством РФ (Ведомости РФ. 1993. N 24. Ст. 860). Перечень, в котором были прямо указаны хронические и затяжные психические расстройства с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями (см. комментарий к ст. 27 Закона) и эпилепсия, был утвержден Постановлением от 2 декабря 1993 г. N 1256 с изм. и доп. (САПП. 1993. N 49. Ст. 4772).

Федеральный закон "Об оружии" от 13 ноября 1996 г. (13 декабря 1996 г.) N 150-ФЗ с изм. и доп. (СЗ РФ. 1996. N 51. Ст. 5681) устанавливает, что для получения лицензии на владение оружием граждане РФ обязаны представить в орган внутренних дел по месту жительства медицинское заключение об отсутствии противопоказаний к владению оружием, связанных в том числе и с психическим заболеванием. Лицам, не представившим такого заключения, лицензия не выдается. Правительству РФ поручено определить перечень заболеваний, при наличии которых противопоказано владение оружием (ст. 13). В соответствии с п. 24 Правил оборота гражданского и служебного оружия и патронов к нему на территории РФ лицензии на

владение оружием не выдаются лицам при наличии у них хронических и затяжных психических расстройств с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, а вопрос о выдаче лицензий гражданам, страдающим эпилепсией или выраженными формами пограничных психических расстройств, рассматривается индивидуально (Постановление Правительства РФ от 21 июля 1998 г. N 814 в ред. Постановления Правительства РФ от 5 июня 2000 г. N 438 // СЗ РФ. 1998. N 32. Ст. 3878; 2000. N 24. Ст. 2587).

Аналогично установлены ограничения для выполнения отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, в связи с наличием у гражданина психического расстройства, что вытекает из ст. 6 настоящего Закона (см. комментарий к этой статье).

Перечень медицинских психиатрических противопоказаний, в котором раскрывается, какие расстройства дают возможность применить подобные ограничения, утвержден Правительством РФ (Постановление от 28 апреля 1993 г. N 377 с изм. // САПП. 1993. N 18. Ст. 1682).

В-третьих, наименее удачным и противоречащим рассматриваемому Закону является указание на нахождение гражданина на учете в органах здравоохранения по поводу психического расстройства. Это сделано, например, в ст. 6 Закона РФ от 11 марта 1992 г. N 2487-1 "О частной детективной и охранной деятельности в Российской Федерации" (Ведомости РФ. 1992. N 17. Ст. 888). Указанное обстоятельство является основанием для отказа в выдаче лицензий частным детективам, хотя того психиатрического учета, который существовал в Советском Союзе и факт нахождения на котором автоматически влек серьезные правоограничения для лица, в России нет. Психиатрический учет сохранен для целей статистики (см. комментарий к ст. 27 Закона).

6. Надо отметить, что правила ч. 1 комментируемой статьи не только полностью соответствуют положениям Конституции РФ, но и согласуются с международно-правовыми нормами, в частности с Принципами защиты лиц, страдающих психическим заболеванием, и улучшения здравоохранения в области психиатрии, принятыми Генеральной Ассамблеей ООН в 1991 г. (резолюция 46/119). В принципе I "Основные права и свободы" подчеркивается недопустимость дискриминации граждан на основании психического заболевания.

7. Положения этого же международного правового документа, представляющего стандарты Организации Объединенных Наций по защите и обеспечению основных прав и свобод человека и юридических прав лиц с психическими расстройствами, получили отражение и в ч. 2 комментируемой статьи, где предусмотрены основные права таких лиц при оказании им психиатрической помощи.

Зафиксированные в ч. 2 права лиц, страдающих психическими расстройствами, не являются совершенно новыми для российского законодательства. Частично они содержались в ст. 2 Положения об условиях и порядке оказания психиатрической помощи, утвержденного Указом Президиума Верховного Совета СССР от 5 января 1988 г. (Ведомости ВС СССР. 1988. N 2. Ст. 19), но в российском Законе эти права существенно расширены. Установление таких прав вызвано необходимостью особой защиты лиц с психическими расстройствами как одной из наиболее уязвимых групп населения, чьи права и свободы нередко ущемляются и в обществе, и при оказании им специализированной медицинской помощи, каковой является психиатрическая помощь. К другим уязвимым группам населения, также нуждающимся в социальной защите, относятся лица престарелого возраста, инвалиды, несовершеннолетние и некоторые другие.

8. Право на уважительное и гуманное отношение к человеку, исключающее унижение его достоинства, по своей значимости, безусловно, является приоритетным. Международные правовые документы, в частности Международный пакт о гражданских и политических правах (ст. 7), запрещают бесчеловечное или унижающее достоинство обращение с людьми. В Российской Федерации достоинство личности охраняется государством (ст. 21 Конституции РФ). Случаи негуманного обращения с психически больными встречаются, однако, во многих странах и нередко проистекают из недостатка материальных средств, необходимых для создания пациентам психиатрических учреждений нормальных условий существования. Уважительное и гуманное отношение к пациентам не исчерпывается только внешними условиями их пребывания в психиатрическом учреждении, оно обеспечивается главным образом врачами и иным медицинским персоналом, их обращением с больными. Поэтому из смысла данной формулы Закона вытекает необходимость особого внимания к подготовке медицинского, особенно среднего и младшего, персонала, контроля за их обращением с больными и в необходимых случаях привлечения виновных к ответственности. Серьезную помощь в реализации этого права лиц с психическими расстройствами могут оказать их родственники, объединившиеся в организации по защите психически больных (см. комментарий к ст. 46 Закона), а также защитники прав пациентов в психиатрических стационарах (см. комментарий к ст. 38 Закона).

9. Право на информацию о своих правах может быть реализовано пациентами более успешно, если психиатрические учреждения (как стационарные, так и осуществляющие амбулаторную помощь) будут при их поступлении или обращении в учреждение предоставлять такую информацию в письменном виде (как перечень прав лиц с психическими расстройствами или в виде специальной брошюры). Ее легко подготовить на основе настоящего Закона централизованно (например, в Министерстве здравоохранения РФ) и на местах. Тем самым будет организационно обеспечена реализация этого законодательно установленного права пациентов.

Право на информацию о психическом расстройстве и применяемых методах лечения также является одним из важнейших прав лиц с психическими расстройствами, позволяющим им самостоятельно или вместе с их родными принимать решения о своем лечении.

Согласие на лечение (ст. 11 настоящего Закона) не может быть дано без предварительного получения пациентом соответствующей информации, которая важна не только для добровольного применения того или иного медицинского препарата или метода, но и для добровольной госпитализации или обращения за консультативно-лечебной помощью.

Часть 2 комментируемой статьи не устанавливает ограничений права на информацию для недобровольных пациентов, поэтому такая информация должна предоставляться всем лицам с психическими расстройствами, которым оказывается психиатрическая помощь, как добровольно обратившимся, так и находящимся в психиатрическом стационаре в недобровольном порядке или на принудительном лечении по решению суда (ст. 13 Закона). В доступной форме и с учетом возраста, как требует Закон, соответствующая информация должна предоставляться и несовершеннолетним в возрасте до 15 лет.

Выбор доступной формы и учет психического состояния пациента при сообщении ему медицинской информации - вопрос врачебной этики и зависит от искусства врача. Врач должен оценить вероятность ухудшения психического состояния пациента вследствие сообщения ему информации, например, о диагнозе или других особенностях заболевания. Но полностью отказать пациенту в медицинской информации врач не вправе.

10. Право на психиатрическую помощь в наименее ограничительных условиях, по возможности по месту жительства, направлено на предупреждение разрыва социальных и семейных связей психически больного, а также на минимальное ограничение его свободы и служит дополнительным подкреплением реализации принципа добровольности обращения за психиатрической помощью (ст. 4 Закона).

При решении вопроса о выборе того или иного вида психиатрической помощи врач-психиатр должен исходить из того, что пациенту не следует предлагать госпитализацию, если есть возможность лечить его в амбулаторных или полустационарных условиях. Наименее ограничительные условия для содержания данного пациента должны выбираться и внутри стационара. Выбор вида психиатрической помощи и условий ее осуществления должен определяться необходимостью лечения данного больного и обеспечения безопасности его самого и окружающих.

Личная свобода любого человека, страдающего психическим расстройством, может быть ограничена лишь в минимальных пределах, обусловленных его психическим состоянием. Ему гарантируется право получать лечение вблизи своего места жительства. Естественно, такое право не всегда может быть обеспечено в отдаленных районах Сибири, Севера и Дальнего Востока, но к этому надо максимально стремиться. При определении места лечения может учитываться и такое обстоятельство, как место проживания родственников или друзей пациента, с тем чтобы не нарушались родственные и социальные связи. Особенно важен выбор места стационарного лечения для несовершеннолетних пациентов.

11. С рассмотренным правом тесно связано право на содержание лица в психиатрическом стационаре только в течение срока, необходимого для его обследования и лечения. Длительная госпитализация имеет отрицательные последствия (среди которых социальная дезадаптация, затрудняющая его дальнейшую жизнь в обществе) для самого больного, для его родных и, наконец, для медицинского учреждения. Если члены семьи или законные представители несовершеннолетних отказываются брать из больницы лиц, признанных недееспособными, то администрация вправе обратиться в орган опеки и попечительства для принятия соответствующих мер, вплоть до постановки вопроса о лишении родительских прав или об ответственности за злоупотребление опекунами обязанностями (ч. 2 ст. 31 настоящего Закона, ст. 69 СК РФ, ч. 3 ст. 39 ГК РФ). Например, следует в установленном законом порядке решать вопрос о помещении психически больных престарелого возраста в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения (ст. 41 Закона).

12. Любое лицо, страдающее психическим расстройством, имеет право на все виды лечения, включая санаторно-курортное, по медицинским показаниям. При лечении лиц с психическими расстройствами должны действовать те же нормы и стандарты, что и при лечении больных с соматическими заболеваниями. Поэтому психиатрические лечебные учреждения должны иметь соответствующее оборудование, достаточный штат квалифицированного медицинского персонала и консультантов для обеспечения каждого пациента необходимыми видами медицинской помощи. Лица с психическими расстройствами имеют право обращаться в любое другое медицинское учреждение, оказывающее требующуюся им помощь. Психическое заболевание само по себе не может быть препятствием для санаторно-курортного лечения, если оно необходимо пациенту по медицинским показаниям.

13. Право на оказание психиатрической помощи в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям, непосредственно связано с правом на уважительное и гуманное отношение, исключающее унижение человеческого достоинства. При этом антисанитарное состояние помещения, в котором содержится психически больной, может рассматриваться как нарушение прав человека. Более того, если при оказании психиатрической помощи для пациентов будут созданы максимально комфортные условия, то возможности применения принципа добровольности (ст. 4 настоящего Закона) будут существенно расширены. Конечно, при нынешнем состоянии финансирования здравоохранения в России трудно рассчитывать, что психиатрические больницы быстро улучшат условия содержания пациентов. Именно поэтому в настоящем Законе не получило закрепления право пациента на уединение, признанное вышеуказанными Принципами ООН. Но соблюдение санитарно-гигиенических правил, устанавливаемых органами санитарно-эпидемиологического надзора в Российской Федерации, является обязанностью администрации психиатрического учреждения.

14. Предварительное согласие и отказ на любой стадии от использования в качестве объекта испытаний

медицинских средств и методов, научных исследований или учебного процесса, от фото-, видео- или киносъемки также является одним из основополагающих прав человека. Этим правом обеспечиваются неприкосновенность частной жизни и уважение человеческого достоинства (ст. ст. 21, 23 Конституции РФ). Международный пакт о гражданских и политических правах (ст. 7) и Конституция России (ч. 2 ст. 21) запрещают медицинские, научные или иные опыты без добровольного согласия человека. Статья 43 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (Ведомости РФ. 1993. N 33. Ст. 1318) не допускает проведения любого биомедицинского исследования, включая клинические испытания новых лекарственных средств и методов, без получения предварительного письменного согласия гражданина. Запрещается принуждение граждан к участию в биомедицинском исследовании, а при получении согласия на такое участие им должна быть предоставлена информация о целях, методах, побочных эффектах, возможном риске, продолжительности и ожидаемых результатах исследования. Гражданин имеет право отказаться от участия в исследовании на любой его стадии.

Эти требования закона, подкрепляющие комментируемое право лиц с психическими расстройствами, в полной мере на них распространяются. Кроме того, как и любой гражданин, лицо с психическим расстройством имеет право отказаться от фото-, видео- или киносъемки и от использования в качестве объекта учебного процесса. Перед началом любого из перечисленных действий ему должны быть даны объяснения их сути и целей, предоставлена иная значимая информация. Комментируемый Закон не требует согласия в письменной форме, но такую форму можно рекомендовать, в том числе и сотрудникам средств массовой информации. Письменное согласие может послужить доказательством законности действий в отношении психически больных, если об этом возникнет спор.

15. Следующее право, которое принадлежит лицам с психическими расстройствами, очень важно для обеспечения их доверия (а также их родных, членов их семей или законных представителей) к решениям врачей-психиатров. Приглашение по требованию лица с психическим расстройством любого специалиста, участвующего в оказании психиатрической помощи, для работы в комиссии по вопросам, регулируемым настоящим Законом, позволяет привлечь к коммиссионным решениям специалистов, которым пациент доверяет. Таким специалистом не обязательно должен быть врач-психиатр, это может быть представитель другой специальности (медицинский психолог, педагог, имеющий опыт работы с психически больными, и др.). В данном случае он будет выступать в качестве члена комиссии, независимого от психиатрического учреждения, где лечится пригласивший его пациент. Представляется, что эта норма, в несколько иной формулировке уже содержащаяся в Положении об условиях и порядке оказания психиатрической помощи, направлена не только на обеспечение независимого мнения при принятии врачебных решений, но и на их большую обоснованность. Естественно, приглашаемый специалист должен дать свое согласие на участие в работе комиссии; вопросы оплаты его труда разрешаются по договоренности с пригласившим его лицом.

16. Право на помощь адвоката, законного представителя или иного лица в порядке, установленном законом, тоже содержится в международных правовых документах (например, принципы 1, 11, 12, 18 Принципов ООН). Потребность в юридической помощи и, особенно, в юридическом представительстве для лиц с психическими расстройствами очень велика. Во-первых, пациенту может быть трудно вследствие его психического состояния самостоятельно отстаивать свои права. Во-вторых, госпитализированный пациент может испытывать подобные трудности из-за нахождения в психиатрической больнице, в изоляции. И наконец, в-третьих, пациенту не всегда может быть предоставлена полная медицинская информация, значимая для принятия решений о лечении. Представительству лиц с психическими расстройствами специально посвящена ст. 7 настоящего Закона (см. комментарий).

Для реализации психически больными своего права на представительство и помощь адвоката чрезвычайно важно, чтобы расходы за услуги взяло на себя государство, ибо большинство таких лиц вряд ли сможет их оплачивать. Для того чтобы правовая помощь предоставлялась всем нуждающимся в ней лицам с психическими расстройствами независимо от их возможности оплатить ее, необходимо внесение дополнений в соответствующее законодательство.

17. Часть 3 комментируемой статьи запрещает использовать психиатрический диагноз и факты обращения за различными видами психиатрической помощи в качестве оснований для ограничения прав и свобод лиц, страдающих психическими расстройствами. К сожалению, диагноз психического заболевания зачастую является ярлыком для человека и может влиять на ограничение его прав. Более того, весьма распространено представление, что любое лицо, страдающее психическим расстройством, попавшее в психиатрический стационар, уже из-за самого этого факта является недееспособным. Точно так же иногда относятся и к человеку, находящемуся под диспансерным наблюдением. Как отмечено в специальном докладе Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации О.О. Миронова "О соблюдении прав граждан, страдающих психическими расстройствами", "в обществе по-прежнему господствует стремление выделять как особую категорию населения лиц с психическими расстройствами" <\*>. В докладе, в частности, приводятся факты дискриминации данной категории граждан при приеме на работу, в учебные заведения, при призыве на военную службу <\*>.

<\*> Специальный доклад Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации О.О. Миронова "О соблюдении прав граждан, страдающих психическими расстройствами". М., 1999. С. 22.

<\*> См. там же. С. 23 - 24.

Подобная практика неправильна по существу и незаконна. Для того чтобы признать человека с психическим расстройством недееспособным, необходимы законодательно установленные основания и судебная

процедура (см. комментарий к ст. 4 и к ч. 1 комментируемой статьи Закона), а для иного ограничения прав лиц с психическими расстройствами нужно наличие соответствующих указаний в федеральных законах. Нет никаких законных оснований ограничивать людей в их правах лишь потому, что они страдают психическими расстройствами, получают или получали специализированную медицинскую помощь. Если возникает вопрос о том, что по своему психическому состоянию человек не может самостоятельно осуществлять какое-либо свое право, то, во-первых, необходимо установить, содержится ли в соответствующем федеральном законе основание ограничить это право, а во-вторых, рассматривать вопрос индивидуально и в соответствии с установленной законом процедурой. Только когда суд или иной правомочный орган решит, что данное лицо не способно в силу состояния своего психического здоровья самостоятельно осуществлять свое право, на него можно наложить соответствующие правоограничения. И даже тогда у лица, не согласного с ограничением своих прав, есть возможность их обжаловать. Так, вопрос о признании лица недееспособным рассматривается судом, и решение может быть обжаловано в вышестоящий суд, а ограничение гражданина в выполнении отдельных видов профессиональной деятельности рассматривается врачебной комиссией и также может быть обжаловано в суд. Никакие должностные лица не вправе ограничивать права психически больных без соответствующих решений, принятых в установленном законом порядке.

Если же нарушение, приведшее к дискриминации лица с психическим расстройством, произойдет, то виновное в нем должностное лицо должно нести ответственность в зависимости от тяжести нарушения и в соответствии с законодательством Российской Федерации и ее субъектов. Такая ответственность может быть как дисциплинарной, предусмотренной трудовым законодательством, так и уголовной (например, за превышение должностных полномочий - ст. 286 УК). К тем, кто назван в комментируемой статье должностными лицами, следует отнести должностных лиц в смысле уголовного закона, т.е. тех лиц, которые постоянно или временно либо по специальному полномочию осуществляют функции представителя власти или выполняют организационно-распорядительные, административно-хозяйственные функции в государственных органах, органах местного самоуправления, государственных и муниципальных учреждениях, а также в Вооруженных Силах РФ, других войсках и воинских формированиях России (п. 1 примечания к ст. 285 УК РФ).

**Статья 6. Ограничения выполнения отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности. (1) Гражданин может быть временно (на срок не более пяти лет и с правом последующего переосвидетельствования) признан непригодным вследствие психического расстройства к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности. Такое решение принимается врачебной комиссией, уполномоченной на то органом здравоохранения, на основании оценки состояния психического здоровья гражданина в соответствии с перечнем медицинских психиатрических противопоказаний и может быть обжаловано в суд.**

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

Комментарий к статье 6

1. Статью следует рассматривать в совокупности с положениями, сформулированными в ч. ч. 1 и 3 ст. 5 (см. комментарий), о том, что ограничение прав и свобод лиц, страдающих психическими расстройствами, допустимо лишь в случаях, предусмотренных законами РФ, и не допускается на основании только сведений о психиатрическом диагнозе, фактах нахождения под диспансерным наблюдением, в психиатрическом стационаре либо в психоневрологическом учреждении для социального обеспечения или специального обучения.

2. Психическое расстройство, как и любое заболевание, может ограничивать способность к выполнению ряда видов профессиональной деятельности. Это касается главным образом профессий, предъявляющих особые требования к состоянию здоровья в отношении выносливости, а также в связи с вероятностью причинения вреда окружающим или самому себе из-за невозможности надлежащего выполнения трудовых операций по состоянию здоровья (работа с огнем, токсическими веществами, электрическим током определенных характеристик, движущимися механизмами, при наличии проникающей радиации, а также в воде, под землей и т.п.). Допуск к таким видам работ ранее регламентировался приказами Министерства здравоохранения, согласованными с ВЦСПС.

В соответствии с рассматриваемым Законом Постановлением Совета Министров - Правительства Российской Федерации от 28 апреля 1993 г. N 377 утвержден Перечень медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности. Все виды деятельности, на которые распространяется Перечень, разбиты в документе на две группы: а) связанные с влиянием вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов; б) протекающие в условиях повышенной опасности.

В качестве общего противопоказания для всех этих видов деятельности в Перечне названы хронические и затяжные психические расстройства с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями. На такого же рода расстройства указывает критерий, сформулированный в Законе в качестве

основания для установления диспансерного наблюдения (см. комментарий к ст. 27), что существенно облегчает решение этого специфического вопроса медицинскими комиссиями. Абсолютным противопоказанием к видам деятельности, включенным в группу "а" и относительным для группы "б", является также эпилепсия. Выраженные формы пограничных психических расстройств рассматриваются в каждом случае индивидуально. Общим функциональным исследованием, применяемым ко всем лицам, в отношении которых решается вопрос об их допуске по состоянию психического здоровья к названным видам деятельности, является электроэнцефалография. В отношении отдельных видов деятельности Перечнем установлены дополнительные противопоказания и дополнительные виды обследования. Не исключается также возможность индивидуальной оценки, в частности, основанной на проведении функциональных проб.

Следует сказать, что данный Перечень несколько сузил психиатрические противопоказания для рассматриваемых видов деятельности и в целом сделал их более дифференцированными.

Кроме того, если психическое заболевание приводит к снижению трудоспособности, вопрос о возможности выполнения тех или иных профессиональных обязанностей решается индивидуально органами медико-социальной (врачебно-трудовой) экспертизы. Последние либо вообще признают лицо нетрудоспособным, либо дают ограниченные трудовые рекомендации, в соответствии с которыми и осуществляется трудоустройство.

3. Аналогичным образом решаются и вопросы годности к обучению по тем или иным специальностям.

4. Наряду с профессиональными ограничениями может быть лимитирована годность к деятельности, не являющейся профессиональной, но связанной с источником повышенной опасности. Это касается выдачи удостоверений на право управления транспортными средствами, а также приобретения оружия и средств самообороны, пользование которыми требует специального разрешения.

5. Решения в отношении годности к рассматриваемым видам деятельности принимаются специальными врачебными комиссиями, которые могут быть ведомственными, например на железнодорожном, воздушном, водном транспорте, или специально создаются органами здравоохранения (водительские врачебные комиссии). Аналогичными полномочиями в отношении признания инвалидов негодными к отдельным видам трудовой деятельности обладают бюро медико-социальной экспертизы (МСЭК) органов Министерства труда и социального развития. В ряде случаев решение этих вопросов (включая и деятельность, не являющуюся профессиональной, но связанную с источником повышенной опасности) возлагается местными органами управления здравоохранением на клинично-экспертные (КЭК) или иные комиссии лечебных учреждений, оказывающих психиатрическую помощь.

6. О порядке обжалования заключений названных комиссий см. комментарий к ст. ст. 47 - 49. Орган или должностное лицо, рассматривающие жалобы на неоправданные ограничения в выполнении отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, должны установить наличие психического расстройства, правильность его клинической квалификации (диагноз, синдром, степень выраженности), соответствие имеющегося психического расстройства перечню медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления данного вида деятельности или влияние этого расстройства на возможность выполнения такой деятельности. Если жалоба рассматривается судом, то он может назначить судебно-психиатрическую экспертизу. В таком случае вышеназванные вопросы ставятся на разрешение экспертов. Особое внимание эксперты должны обращать на установление связи между характером психического расстройства и возможностью успешного и безопасного выполнения данного вида деятельности (соответствие Перечню медицинских психиатрических противопоказаний). В случае необходимости экспертиза может быть комплексной - психолого-психиатрической или психофизиолого-психиатрической - либо в состав судебно-психиатрической экспертной комиссии могут быть введены специалисты по медико-социальной экспертизе.

7. Во избежание неоправданных ограничений и с целью достижения наибольшего соответствия ограничений реальным возможностям и особенностям психического состояния лица в конкретный период предусмотрено, что указанные ограничения не могут быть постоянными. Срок следующего переосвидетельствования должен быть указан в заключении комиссии. При непредвиденном изменении состояния лица переосвидетельствование может быть проведено досрочно: по обоснованной просьбе самого лица или администрации с его места работы и по решению лечебного учреждения, органа здравоохранения или суда (это касается как ограничивающих, так и допускающих заключений). В любом случае срок действия заключения о непригодности лица к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности или деятельности, связанной с источником повышенной опасности, не может превышать пяти лет. При некоторых психических расстройствах сразу бывает ясно, что через 5 и даже более лет в состоянии человека не может произойти изменений, которые позволили бы пересмотреть заключение о негодности (например, при глубокой степени олигофрении, неблагоприятно протекающей эпилепсии и т.д.). Однако если лицо или его близкие не согласны с таким заключением, то по прошествии 5 лет они могут потребовать нового переосвидетельствования. Данный срок представляется оптимальным для того, чтобы лицо могло решить вопрос о трудоустройстве по другой специальности, и не может привести к бессмысленной трате времени комиссиями из-за необоснованно частых переосвидетельствований одного и того же лица.

8. Поскольку подходы к налагаемым ограничениям не могут быть неизменными и должны отражать прогресс науки в изучении природы отдельных психических расстройств, а также успехи в лечении, которые могут изменить их течение, прогноз и влияние на трудоспособность, Законом предусмотрена необходимость периодического (не реже одного раза в 5 лет) пересмотра перечня медицинских

психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, с внесением в него соответствующих изменений <\*>. В соответствии с ч. 2 утверждение такого перечня отнесено к компетенции Правительства РФ, что связано со стремлением избежать неоправданных ограничений в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, добиться высокого научного уровня и единообразия в решении этих вопросов на всей территории страны.

<\*> В Перечень, утвержденный Постановлением Правительства Российской Федерации от 28 апреля 1993 г. N 377, Правительством были внесены изменения в 1998 и 2000 гг.

**Статья 7. Представительство граждан, которым оказывается психиатрическая помощь. (1) Гражданин при оказании ему психиатрической помощи вправе пригласить по своему выбору представителя для защиты своих прав и законных интересов. Оформление представительства производится в порядке, установленном гражданским и гражданским процессуальным законодательством Российской Федерации.**

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

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

Комментарий к статье 7

1. Под представительством понимается совершение одним лицом (представителем) от имени и в интересах другого лица (представляемого) гражданских сделок и иных юридических действий, которые непосредственно создают, изменяют или прекращают права и обязанности представляемого.

Части 1 и 3 ст. 7 Закона предусматривают случаи представительства, основанного на доверенности, а ч. 2 той же статьи - представительства, основанного на законе. Представительство, основанное на доверенности, называется добровольным, ибо в основе выдачи доверенности лежит соглашение сторон (представителя и представляемого). Добровольное представительство возникает по воле и желанию представляемого. Представительство, основанное на законе, именуется обязательным, поскольку оно устанавливается независимо от воли и желания представляемого. Обязательное представительство иначе называется законным, а сами представители - законными представителями.

2. При добровольном представительстве представляемый вправе выбрать себе в качестве представителя любое лицо, за исключением тех лиц, которые не могут быть представителями в силу прямого запрета закона (см. п. п. 7 и 8 комментария к настоящей статье).

Нахождение в психиатрическом учреждении или наличие психического расстройства не является препятствием к свободному выбору представителя. Не могут свободно выбирать себе представителя лишь лица, уже имеющие законного представителя. Круг таких лиц предусмотрен ч. 2 настоящей статьи.

3. Понятие законного представителя содержится в Гражданском кодексе РФ. Законными представителями малолетних (несовершеннолетних до 14 лет) являются их родители, усыновители или опекуны (ст. 28 ГК), а несовершеннолетних старше 14 лет - родители, усыновители, попечители. Несовершеннолетними считаются лица, не достигшие 18 лет. В качестве законного представителя гражданина, признанного судом недееспособным вследствие психического расстройства, выступает опекун (ст. 29 ГК). Если лицу, нуждающемуся в опеке или попечительстве, в течение месяца не назначен опекун или попечитель, исполнение обязанностей опекуна или попечителя возлагается на орган опеки и попечительства (п. 1 ст. 35 ГК). Органами опеки и попечительства являются органы местного самоуправления (п. 1 ст. 34 ГК). Опекунами и попечителями граждан, нуждающихся в опеке или попечительстве и находящихся или помещенных в соответствующие воспитательные, лечебные учреждения, учреждения социальной защиты населения или другие аналогичные учреждения, являются эти учреждения (п. 4 ст. 35 ГК).

4. При оказании психиатрической помощи законными представителями не являются родственники пациента (за исключением родителей несовершеннолетних до 15 лет), если они не назначены в установленном порядке опекунами или попечителями. Отсюда противоречащими Закону следует считать действия, предпринимаемые в отношении гражданина в процессе оказания ему психиатрической помощи без его согласия, но по желанию (настоянию, требованию) его родственников, например "госпитализацию по желанию родственников", "установление диспансерного наблюдения по настоянию родственников" и т.п.

5. Не относятся к числу законных представителей, обладающих правом принятия решений за пациента при совершении действий по оказанию психиатрической помощи, родители, усыновители и попечители несовершеннолетних от 15 до 18 лет, а также попечители совершеннолетних, ограниченных судом в дееспособности вследствие злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами (ст. 30 ГК). Вместе с тем права этих попечителей, предоставленные им законом, при оказании психиатрической

помощи не могут нарушаться. Например, пенсию гражданина, ограниченного судом в дееспособности вследствие злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами, получает только попечитель. Это правило действует и в случаях, когда ограниченно дееспособный помещен в психиатрический стационар. Поэтому стационарированный не может выдать доверенность на получение пенсии другому лицу; не может получить пенсию вместо попечителя такого гражданина также и администрация психиатрического стационара.

6. Не является законным представителем попечитель (помощник) совершеннолетнего дееспособного гражданина, в отношении которого установлено попечительство в форме патронажа (ст. 41 ГК). Патронаж предусмотрен для оказания регулярной помощи в осуществлении и защите своих прав, а также выполнении своих обязанностей совершеннолетним дееспособным гражданам, нуждающимся в этом по состоянию здоровья (соматическая болезнь, физические недостатки, старческая немощность). Патронаж устанавливается лишь по просьбе или с согласия самого гражданина и прекращается по его требованию. Все действия помощника (попечителя) осуществляются им с согласия подопечного. Следовательно, попечитель (помощник) такого гражданина действует в рамках добровольного представительства (см. п. 1 комментария).

7. Круг лиц, которые могут быть представителями в суде по гражданским делам, определен ст. 44 ГПК. Согласно этой статье представителями в суде, в частности по делам, связанным с оказанием психиатрической помощи, могут быть: 1) адвокаты; 2)...; 3) уполномоченные профессиональных союзов по делам рабочих, служащих, членов колхоза, а также других лиц, защита прав и интересов которых осуществляется профессиональными союзами; 4) уполномоченные организаций, которым законом, уставом или положением предоставлено право защищать права и интересы членов этих организаций; 5) уполномоченные организаций, которым законом, уставом или положением предоставлено право защищать права и интересы других лиц; 6) один из соучастников по поручению других соучастников (имеются в виду дела, в которых участвует несколько истцов или несколько ответчиков); 7) лица, допущенные судом, рассматривающим дело, к представительству по данному делу.

Представителями в суде не могут быть лица, не достигшие совершеннолетия (т.е. 18 лет) или состоящие под опекой или попечительством; адвокаты, принявшие поручения об оказании юридической помощи с нарушением правил, установленных законодательством об адвокатуре; лица, исключенные из коллегии адвокатов в отношении случаев, предусмотренных п. 7 ст. 44 ГПК; судьи, следователи и прокуроры, за исключением случаев, когда они являются уполномоченными соответствующего суда, прокуратуры или выступают в качестве законных представителей (ст. 47 ГПК).

8. Представителями (как по доверенности, так и по закону) не могут выступать граждане, не обладающие дееспособностью в полном объеме, т.е. несовершеннолетние до 18 лет и лица, признанные судом недееспособными или ограниченно дееспособными. Не могут быть законными представителями несовершеннолетних их родители, лишенные судом родительских прав (п. 2 ст. 35 ГК).

9. Деятельность представителя заключается в совершении гражданских сделок или иных юридических действий с третьими лицами. Представитель не может совершать сделки от имени представляемого в отношении себя лично. Он не может совершать такие сделки и в отношении другого лица, представителем которого одновременно является, за исключением случаев коммерческого представительства (п. 3 ст. 182 ГК). Коммерческим представителем является лицо, постоянно и самостоятельно представляющее от имени предпринимателей при заключении ими договоров в сфере предпринимательской деятельности (п. 1 ст. 184 ГК).

10. В комментируемой статье подразумевается представительство двух видов. Во-первых, представительство прав и интересов гражданина в ходе совершения действий, из которых складывается сам процесс оказания психиатрической помощи, или иных действий, непосредственно связанных с ее оказанием. Например, представительство интересов психически больного перед администрацией психиатрического учреждения, представительство интересов гражданина при обжаловании им действий врачей-психиатров. Во-вторых, представительство прав и интересов гражданина во время оказания ему психиатрической помощи, но относительно действий, лежащих за пределами ее оказания. Речь идет о гражданских сделках, действиях в рамках пенсионных, трудовых, семейных и иных правоотношений. Например, гражданин, находящийся в психиатрическом стационаре и не лишенный дееспособности, поручает другому лицу получить свою пенсию или свой вклад в сберегательном банке; за стационарированного больного, лишеного судом дееспособности, аналогичные действия совершает опекун или администрация стационара и т.п. При этом следует иметь в виду, что возраст, с которого гражданин вправе самостоятельно совершать юридические действия, в первом и втором случаях не всегда совпадает. Закон о психиатрической помощи наделяет правом принятия самостоятельных юридических решений пациентов старше 15 лет, тогда как ГК предусматривает иную возрастную градацию - дееспособность несовершеннолетних до 14 лет (ст. 28) и дееспособность несовершеннолетних от 14 до 18 лет (ст. 26).

11. Не допускается совершение через представителя сделки, которая по своему характеру может быть совершена только лично, а равно других сделок, указанных в законе (п. 4 ст. 182 ГК). К числу таких сделок относится, например, завещание. Данное правило следует применять помимо гражданских сделок также к иным юридическим действиям, таким, как заключение брака, усыновление, трудовой договор.

12. Добровольное представительство оформляется путем выдачи доверенности. Доверенность - это письменный документ, который составляется представляемым и содержит его указания представителю. Доверенность, выданную для совершения отдельного действия, именуют разовой. Доверенность на



совершение однородных действий или нескольких действий, объединенных одной целью, называют специальной или общей. Наибольшей по объему полномочий представителя является генеральная доверенность (например, доверенность на совершение разнообразных сделок и иных юридических действий, необходимых для управления имуществом доверителя в течение определенного времени). При попечительстве в форме патронажа распоряжение имуществом подопечного осуществляется попечителем (помощником) на основании договора поручения или доверительного управления, заключенного между ним и подопечным (п. 3 ст. 41 ГК).

13. Доверенность должна быть составлена по определенной форме. По общему правилу достаточна простая письменная форма. Но для совершения некоторых сделок требуется нотариальная форма. Доверенность на совершение таких сделок должна быть нотариально удостоверена (п. 2 ст. 185 ГК). Пункт 3 ст. 185 ГК приравнивает некоторые доверенности к нотариально удостоверенным. Например, доверенности военнослужащих и других лиц, находящихся на излечении в госпиталях, санаториях и других военно-лечебных учреждениях, удостоверенные начальником такого учреждения, его заместителем по медицинской части, старшим или дежурным врачом; доверенности совершеннолетних дееспособных граждан, находящихся в учреждениях социальной защиты населения, удостоверенные администрацией этого учреждения или руководителем (его заместителем) соответствующего органа социальной защиты населения.

Доверенность на получение заработной платы и иных платежей, связанных с трудовыми отношениями, на получение вознаграждения авторов и изобретателей, пенсий, пособий и стипендий, вкладов граждан в банках, на получение корреспонденции, в том числе денежной и посылочной, может быть удостоверена также организацией, в которой доверитель работает или учится, жилищно-эксплуатационной организацией по месту его жительства и администрацией стационарного лечебного учреждения, в котором он находится на излечении (п. 4 ст. 185 ГК).

В качестве примерного образца доверенности, выдаваемой дееспособным пациентом психиатрического стационара, и удостоверительной надписи на ней приводим доверенность на получение заработной платы. В предлагаемом тексте учтено право администрации психиатрического стационара не указывать его профиль и использовать с этой целью специальную печать (подробнее см. п. 14 комментария к ст. 9).

Доверенность

Место нахождения стационара, число, месяц, год (например:  
город Москва, шестого марта две тысячи первого года)

Я, Титов Петр Павлович, проживающий \_\_\_\_\_  
(полный адрес

\_\_\_\_\_

места постоянного проживания доверителя)

доверяю Зуеву Ивану Лукичу \_\_\_\_\_  
(паспорт, серия, номер, кем и когда выдан;

\_\_\_\_\_

адрес места проживания данного гражданина)

получить в бухгалтерии \_\_\_\_\_

(наименование организации, выдающей зарплату)

причитающуюся мне заработную плату за \_\_\_\_\_.

(месяц, число)

В получении за меня расписаться и выполнить все действия,  
связанные с данным поручением.

Подпись

Удостоверительная надпись

на доверенности, подписанной лицом, выдавшим доверенность

Число, месяц, год

Настоящая доверенность удостоверена мной, главным врачом  
городской клинической больницы № 1 Матвеевой Т.И. Доверенность  
подписана Титовым Петром Павловичем в моем присутствии. Личность  
представителя и представляемого установлена, их дееспособность  
проверена.

Главный врач \_\_\_\_\_

(подпись)

Гербовая печать

стационара

(без указания его профиля)

14. Срок действия доверенности не может превышать трех лет. Если срок в доверенности не указан, она сохраняет силу в течение года со дня ее совершения. Доверенность, в которой не указана дата ее совершения, ничтожна (п. 1 ст. 186 ГК).

15. Документами, удостоверяющими полномочия законного представителя, являются: 1) для родителей и усыновителей - паспорт, свидетельство о рождении ребенка; 2) для опекунов и попечителей - удостоверение установленного образца; 3) для представителя психиатрического учреждения, в которое помещен

подопечный, - доверенность за подписью руководителя учреждения с приложением печати последнего.

16. Основным законодательным актом, определяющим порядок приглашения адвоката, является в настоящее время Положение об адвокатуре РСФСР, утвержденное Законом РСФСР от 20 ноября 1980 г. (Ведомости ВС РСФСР. 1980. N 48. Ст. 1596). Участие адвоката в процессе оказания психиатрической помощи призвано содействовать охране прав и законных интересов граждан. Это особенно важно при применении к гражданину недобровольных медицинских мер при его пребывании в психиатрическом стационаре, а также при наложении на гражданина ограничений, предусмотренных ст. 6 настоящего Закона. Адвокат не должен вмешиваться в решение сугубо медицинских вопросов (например, вопроса о клинической обоснованности поставленного его клиенту диагноза).

17. Основная форма обращения граждан за адвокатской помощью - приглашение адвоката через юридическую консультацию. Приглашение может быть персональным. Вместе с тем заведующему юридической консультацией предоставлено право распределять работу между адвокатами "с учетом их квалификации и персональных к ним обращений, не допуская при этом перегруженности в работе одних и отсутствия надлежащей нагрузки у других адвокатов" (ст. 18 Положения об адвокатуре РСФСР).

Для организации надлежащего юридического обслуживания пациентов в некоторых психиатрических учреждениях с большим объемом работы (например, республиканских, краевых, областных больницах и диспансерах) могут быть созданы специализированные юридические консультации. Их вправе создавать, в зависимости от местных условий, соответствующие коллегии адвокатов.

18. Иногда психиатрические больницы заключают с юридическими консультациями договоры об оказании юридической помощи по хозяйственным, гражданским, трудовым и иным делам. Следует иметь в виду, что работающие по таким договорам адвокаты не вправе оказывать психиатрическую помощь пациентам данной больницы в рамках правоотношений, в которых администрация больницы или иные ее сотрудники являются одной из сторон (например, пациент оспаривает перед судьей обоснованность своей госпитализации в данную больницу или приносит жалобу на действия ее сотрудников). Иное решение рассматриваемого вопроса противоречило бы принципу, согласно которому адвокат не должен одновременно оказывать юридическую помощь клиентам, если между их интересами имеются противоречия.

19. Гражданин, которому оказывается психиатрическая помощь, может приглашать адвоката самостоятельно либо поручать выбор и приглашение адвоката другому лицу. В случаях, когда гражданин не достиг возраста 15 лет или был признан судом недееспособным, правом приглашения адвоката обладает его законный представитель.

20. Администрация учреждения, оказывающего психиатрическую помощь, обязана создать своим пациентам необходимые условия для приглашения адвоката. Это может выразиться в вывешивании в психиатрическом учреждении в доступных для пациентов и их законных представителей местах адресов и телефонов юридической консультации, в свободном допуске стационарных больных к телефону, по которому можно позвонить адвокату, и т.п.

21. Адвокатские услуги в процессе оказания гражданам психиатрической помощи являются платными. Вместе с тем в соответствии со ст. 22 Положения об адвокатуре РСФСР заведующий юридической консультацией, президиум коллегии адвокатов либо суд, в производстве которого находится дело, вправе, исходя из имущественного положения гражданина, освободить его полностью или частично от оплаты юридической помощи.

## **Статья 8. Запрещение требования сведений о состоянии психического здоровья. При реализации гражданином своих прав и свобод требования предоставления сведений о состоянии его психического здоровья либо обследования его врачом-психиатром допускаются лишь в случаях, установленных законами Российской Федерации.**

Комментарий к статье 8

1. В настоящей статье речь идет не только о правах человека, закрепленных Конституцией Российской Федерации (гл. 1, 2 и др.), международными актами (Всеобщей декларацией прав человека и др.) и другими нормативными правовыми актами, но и об иных правах, пользование которыми происходит в обычной жизни. Вместе с тем ограничение на требование предоставления сведений о состоянии психического здоровья человека либо его обследования врачом-психиатром связано только с реализацией прав и свобод и не распространяется на случаи выполнения обязанностей, установленных законом или подписанным этим человеком договором. Так, проведение обследования врачом-психиатром лица, призываемого на военную службу, не является нарушением настоящего Закона, даже если бы в соответствующем законе (ст. ст. 11, 30 Закона РФ "О воинской обязанности и военной службе") не имелось непосредственно такого требования. Не будет нарушением Закона проверка состояния здоровья в связи с доступом к источнику повышенной опасности, а также проведение предварительных и периодических медицинских осмотров работников некоторых категорий. Соответствующие установления и правила содержатся в ст. 13 Федерального закона "Об оружии", в Перечне медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности (утвержден Постановлением Правительства 1993 г. N 377 с изм. 1998 г. и 2000 г.), в Положении о военно-врачебной экспертизе, утвержденном Правительством в 1995 г., соответствующем Положении МВД РФ

1995 г., Приказе Минздравмедпрома РФ 1996 г. N 90 "О порядке проведения предварительных и периодических медицинских осмотров работников и медицинских регламентах допуска к профессии" (с изм. 2000 г. и 2001 г.).

2. Во всех других случаях, включая прием на работу, поступление на учебу, приобретение и распоряжение имуществом, никто не вправе требовать от человека предъявления медицинской справки, запрашивать сведения о состоянии его психического здоровья или подвергать его психиатрическому освидетельствованию, кроме случаев, предусмотренных законами РФ (см., например, комментарий к ст. 6). Равно недопустимо обуславливать этим прием на работу, учебу и т.д. под предлогом якобы добровольности предоставления сведений о состоянии психического здоровья лица либо его обследования врачом-психиатром.

**Статья 9. Сохранение врачебной тайны при оказании психиатрической помощи. Сведения о наличии у гражданина психического расстройства, фактах обращения за психиатрической помощью и лечении в учреждении, оказывающем такую помощь, а также иные сведения о состоянии психического здоровья являются врачебной тайной, охраняемой законом. Для реализации прав и законных интересов лица, страдающего психическим расстройством, по его просьбе либо по просьбе его законного представителя им могут быть предоставлены сведения о состоянии психического здоровья данного лица и об оказанной ему психиатрической помощи.**

Комментарий к статье 9

1. Врачебная тайна тесно связана с профессиональной деятельностью врача, а зачастую она и появляется лишь в результате этой деятельности. По своему содержанию сведения, содержащие врачебную тайну, относятся к разряду личных тайн гражданина. Они не подлежат разглашению, кроме случаев, прямо предусмотренных законом. Защита личных прав гарантирована всем гражданам Конституцией Российской Федерации.

"Каждый гражданин имеет право на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну, защиту своей чести и доброго имени. Каждый имеет право на тайну переписки, телефонных переговоров, почтовых, телеграфных и иных сообщений. Ограничение этого права допускается только на основании судебного решения" (ст. 23 Конституции РФ). "Сбор, хранение, использование и распространение информации о частной жизни лица без его согласия не допускается" (ст. 24 Конституции РФ).

В медицинской этике и деонтологии принцип неразглашения сведений о пациенте именуют обычно "конфиденциальностью". Встречается данный термин и в юридических документах. Так, Президент России своим Указом от 6 марта 1997 г. N 188 "Об утверждении перечня сведений конфиденциального характера" (СЗ РФ. 1997. N 10. Ст. 1127) утвердил шесть групп (категорий) таких сведений. Четвертую группу составили сведения, связанные с профессиональной деятельностью, доступ к которым ограничен в соответствии с Конституцией Российской Федерации и федеральными законами. Первой среди них значится врачебная тайна.

Врачебную тайну Конституция РФ прямо не упоминает, но, принимая во внимание категоризацию сведений конфиденциального характера, установленную Указом Президента России от 6 марта 1997 г. N 188, можно сделать вывод, что приведенные выше нормы ст. ст. 23 и 24 Конституции РФ относятся также и к врачебной тайне. Само это наименование, как и юридические нормы, относящиеся к врачебной тайне, содержится в других законодательных документах. Среди них Закон о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании.

2. Статья 9 Закона определяет объект врачебной тайны путем перечисления тех категорий сведений, которые не подлежат разглашению.

Сведения о наличии психического расстройства представляют собой любой вид информации, подтверждающий, что конкретное лицо страдает таким расстройством. Сведения об обращении за психиатрической помощью квалифицируются как врачебная тайна независимо от формы такого обращения и его результатов. Сведения о лечении в учреждении, оказывающем психиатрическую помощь, охраняются законом как врачебная тайна независимо от вида учреждения, продолжительности и вида лечения, других условий и обстоятельств применения лечебных мер. По смыслу ст. 9 врачебной тайной следует считать также данные о психиатрическом лечении у частнопрактикующего врача.

Под иными сведениями о состоянии психического здоровья следует понимать любую информацию, касающуюся психических расстройств, которые имелись или имеются у гражданина в прошлом или настоящем.

3. Охрана законом врачебной тайны является объективно-правовым требованием. Она не обусловлена субъективным отношением к ней пациента или какими-то его действиями. Поэтому не имеет значения, обращался или не обращался пациент к врачу с просьбой держать в тайне какие-то сведения, заботится ли он об охране определенных сведений или относится к их разглашению безразлично, и т.п.

4. Нарушением врачебной тайны является сообщение сведений, перечисленных в ст. 9, хотя бы одному лицу. Нарушением врачебной тайны могут быть как умышленные, так и неосторожные действия. Например, рассказ врача-психиатра своим знакомым об особенностях психических расстройств его пациентов; обсуждение работниками психиатрического учреждения в людном месте профессиональных проблем, в результате чего составляющие врачебную тайну сведения становятся известными окружающим; хранение

медицинской документации в общедоступном месте, ведущее к аналогичному результату, и т.п.

5. Субъектами врачебной тайны являются не только врачи-психиатры, но также иные сотрудники учреждений, оказывающих психиатрическую помощь, - врачи других специальностей и другие специалисты (фармацевты, психологи, педагоги), средний и младший медицинский персонал (медицинские сестры, санитары), шоферы, обслуживающие специальный медицинский транспорт, и пр. Кроме того, врачебную тайну обязаны сохранять работники других учреждений и организаций, если сведения, ее составляющие, могут стать известны этим работникам при исполнении ими своих служебных обязанностей. В частности, это работники военных комиссариатов, оформляющие документы лиц, негодных к военной службе по состоянию психического здоровья.

Если сведения, перечисленные в ст. 9 Закона, стали известны названным лицам не при исполнении ими своих служебных либо профессиональных функций, то обязанность не разглашать и не распространять эти сведения носит моральный характер. Подобные случаи не подпадают под действие ст. 9 Закона.

6. Согласно общепринятым нормам врачебной этики обязанность сохранять врачебную тайну не прекращается со смертью пациента. Это правило содержится, в частности, в Кодексе профессиональной этики психиатра: "Смерть пациента не освобождает психиатра от обязанности сохранения врачебной тайны". (Кодекс принят на пленуме правления Российского общества психиатров 19 апреля 1994 г. Его текст опубликован в кн.: *Этика практической психиатрии: Руководство для врачей.* М., 1996. С. 229 - 237).

7. Под реализацией прав и законных интересов лица, страдающего психическим расстройством, о которой говорится в ст. 9 Закона, имеются в виду случаи обращения лица или его законного представителя в соответствующие органы за защитой прав и законных интересов как в процессе оказания психиатрической помощи, так и вне его (обращение по вопросу о предоставлении предусмотренных законом льгот, об отмене необоснованных ограничений трудовых или иных прав и пр.).

Статья 9 Закона предусматривает возможность сообщать медицинские сведения лицу с психическим расстройством или его законному представителю в объеме, достаточном для реализации соответствующих прав и законных интересов больного. Так, для решения вопроса о предоставлении психически больному дополнительной жилой площади из всей медицинской информации в большинстве случаев требуется лишь знать, соответствует ли диагноз его заболевания списку болезней, дающих лицам, страдающим ими, право на дополнительную жилую площадь.

8. Нормы о врачебной тайне содержатся не только в специальном Законе РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", но и в общем законодательстве о здравоохранении, которым тоже надлежит руководствоваться. Согласно ч. 1 ст. 61 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (далее - Основы), "информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну". Основы относят тем самым к врачебной тайне помимо сугубо медицинских также "иные сведения", полученные при обследовании или лечении пациента. В число "иных" могут войти, например, сведения об интимной и семейной жизни пациента, его взаимоотношениях с окружающими и т.д.

Круг лиц, обязанных сохранять врачебную тайну, определен Основами (ч. 2 ст. 61) весьма широко: "Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей".

9. Основы предусматривают возможность передачи информации, составляющей врачебную тайну, с согласия гражданина или его законного представителя другим гражданам, в том числе должностным лицам. Такая передача допускается "в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, публикации в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе и в иных целях". Цели передачи сведений обозначены предельно широко. Однако само их упоминание в тексте Основ предполагает, что в каждом случае гражданин или его законный представитель, ходатайствуя о передаче рассматриваемых сведений, обязаны указать, с какой целью это должно быть сделано. Цель в немалой степени обуславливает характер и объем информации, которая будет передана соответствующим медицинским учреждением или врачом (см. выше п. 6).

10. При публикации материалов, в выступлениях с докладами и в процессе иных форм обнародования медицинских сведений необходимо принимать меры к сохранению врачебной тайны. Для этого следует избегать упоминания фамилии пациента, а также использования любой информации, на основании которой его могут узнать другие лица.

В соответствии с требованиями ч. 2 ст. 5 Закона все лица, страдающие психическими расстройствами, при оказании им психиатрической помощи имеют право на предварительное согласие или отказ на любой стадии от использования в качестве объекта научных исследований или учебного процесса, от фото-, видео- или киносъемки. Поскольку в процессе проведения перечисленных действий могут быть разглашены сведения, составляющие врачебную тайну, лицу должны быть предварительно разъяснены те аспекты этих действий, которые могут иметь отношение к врачебной тайне (см. также комментарий к ст. 5 Закона).

11. Не может расцениваться как нарушение врачебной тайны необходимый обмен информацией между медицинскими работниками и иными специалистами в процессе оказания гражданину медицинской помощи. Подобный обмен допустим в пределах одного медицинского учреждения, между различными медицинскими учреждениями, а также между медицинскими учреждениями и частнопрактикующими врачами.

12. Часть 4 ст. 61 Основ содержит перечень случаев, когда допускается предоставление сведений,

составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя:

- 1) в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;
- 2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
- 3) по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;
- 4) в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет для информирования его родителей или законных представителей;
- 5) при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий.

Под состоянием, делающим лицо неспособным выразить свою волю, следует понимать нарушения психики от глубокого помрачения сознания до всех тех расстройств, которые по своему характеру обуславливают невозможность адекватного восприятия или понимания окружающего либо невозможность осознанно руководить своими действиями. Подобные состояния могут наблюдаться при травме черепа, тяжелых психических болезнях, тяжелых соматических заболеваниях, сопровождающихся расстройствами психической сферы, и пр. Возможности свободно выражать свою волю лишены также психически больные, признанные судом недееспособными на основании ст. 29 ГК. Но если обследование или лечение такого больного не носит безотлагательного характера, то оно должно осуществляться с согласия его законного представителя, а п. 1 ч. 4 ст. 61 Основ в этом случае не применяется (см. комментарий к ст. 7).

13. В соответствии с ч. 5 ст. 31 Основ информация, содержащаяся в медицинских документах гражданина, составляет врачебную тайну. Она может передаваться без согласия самого гражданина или его законного представителя только в случаях, предусмотренных законом (см. предыдущий пункт комментария).

Медицинские документы (их копии, выписки из них) выдаются учреждениями, оказывающими психиатрическую помощь, либо по письменному запросу организаций, либо по заявлению граждан. Обязательным условием выдачи документа является то, что гражданин или организация входят в круг субъектов, которым согласно закону могут быть предоставлены сведения, составляющие врачебную тайну. Медицинская документация может изыматься в ходе некоторых следственных действий (обиск, выемка и т.п.). Последние проводятся в присутствии понятых и с соблюдением иных требований, предъявляемых законом к их производству.

14. Охране врачебной тайны посвящена норма ч. 4 ст. 49 Основ, где говорится, что при оформлении листка нетрудоспособности сведения о диагнозе заболевания вносятся лишь с согласия пациента, а в случае его несогласия указывается только причина нетрудоспособности (заболевание, травма или иная причина). Ведомственными нормативными актами предусмотрена возможность при оформлении документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, и других медицинских документов использовать специальные печати или штамп медицинского учреждения без указания его профиля. Например, вместо "Городская психиатрическая больница N 1" - "Городская больница N 1". Специальные печати или штампы могут использоваться при условии, что этот вопрос согласован с самим пациентом или его законным представителем (Приказ Минздравмедпрома России от 17 мая 1995 г. N 128 и Постановление Фонда социального страхования РФ от 17 мая 1995 г. N 25 "О печатях и штампах для оформления медицинских документов" // БНА. 1995. N 12).

15. Руководству психиатрического учреждения и всем его сотрудникам надлежит принимать меры, направленные на предотвращение возможных случаев разглашения врачебной тайны. Сказанное в первую очередь касается работы с медицинскими документами и передачи устной информации лицам, обращающимся в психиатрическое учреждение за справками, разъяснениями и пр. Указанные виды служебной деятельности следует упорядочить и по возможности унифицировать. Правила работы с медицинской документацией регламентируются инструкцией по делопроизводству, которая должна быть в каждом психиатрическом учреждении. Инструкция составляется на основании общероссийских нормативных правовых документов (по делопроизводству, работе медицинских архивов и пр.) с учетом специфики данного конкретного учреждения и утверждается его руководителем. Наиболее принципиальные положения, направленные на сохранение врачебной тайны, могут быть отражены также в Правилах внутреннего распорядка или в специальном приложении к ним. Здесь основное внимание следует уделить тем областям служебной деятельности, которые непосредственно не связаны с медицинской документацией и документооборотом, - приему посетителей, общению по служебным вопросам по телефону и т.д. Закрепленные в такого рода документах нормы и правила обязательны для сотрудников, а их нарушение может повлечь за собой дисциплинарную ответственность. Последняя наступает и в тех случаях, когда в результате допущенного нарушения создалась лишь реальная угроза разглашения врачебной тайны, но само разглашение не наступило (последствия нарушения учитываются при выборе меры дисциплинарного взыскания).

Вопросам сохранения врачебной тайны целесообразно периодически посвящать производственные совещания и специальные занятия с персоналом (врачами, средним и младшим медицинским персоналом, иными сотрудниками). Индивидуальные занятия (устный инструктаж) следует проводить с лицами, принимаемыми на работу в психиатрическое учреждение, особенно с теми, кто не имеет соответствующего опыта и не знаком со спецификой психиатрических проблем.

16. Основным видом юридической ответственности за разглашение врачебной тайны является дисциплинарная ответственность, предусмотренная за противоправное неисполнение работниками своих трудовых обязанностей как правилами внутреннего трудового распорядка, так и иными нормативными

актами для некоторых категорий работников (уставы о дисциплине и др.).

Иные виды юридической ответственности (например, материальная, уголовная) за разглашение врачебной тайны могут наступить лишь при наличии определенных условий. Так, умышленное разглашение врачебной тайны руководителем психиатрического учреждения или должностными лицами органа управления здравоохранением, если оно совершено из корыстной или иной личной заинтересованности, в зависимости от конкретных обстоятельств может быть квалифицировано как уголовно наказуемое злоупотребление должностными полномочиями (ст. 285 УК) или как нарушение неприкосновенности частной жизни (ч. 2 ст. 137 УК).

Специальной нормы об ответственности за разглашение врачебной тайны в действующем законодательстве Российской Федерации нет.

**Статья 10. Диагностика и лечение лиц, страдающих психическими расстройствами. (1) Диагноз психического расстройства ставится в соответствии с общепризнанными международными стандартами и не может основываться только на несогласии гражданина с принятыми в обществе моральными, культурными, политическими или религиозными ценностями либо на иных причинах, непосредственно не связанных с состоянием его психического здоровья.**

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

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

Комментарий к статье 10

1. Статья 10 прежде всего обращает внимание на принципы диагностики психических заболеваний; при этом она ориентирует врачей-психиатров на общепринятые международные стандарты. Это достигается знанием и использованием достижений мировой психиатрической науки и применением на практике Международной классификации болезней (МКБ), в которой заложены определенные критерии для выделения и распознавания различных форм психической патологии. Международной классификацией болезней на момент диагностики, адаптированной к отечественной психиатрии (как это делается и в других странах), обязаны пользоваться психиатры нашей страны. Указанная классификация периодически - с учетом достижений науки и с целью ее совершенствования - пересматривается на международном уровне, после чего в практику психиатрии различных стран вводится МКБ очередного пересмотра, которая, по существу, содержит общепринятые диагностические стандарты, отражающие современный уровень науки, что с точки зрения закона важно для диагностирования патологии на индивидуальном уровне. Она делает также сопоставимыми диагностические категории и, следовательно, данные о заболеваемости и болезненности населения в разных странах. В настоящее время в Российской Федерации используется Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).

В связи с введением в практику психиатрии нашей страны с 1999 г. МКБ-10 был подготовлен и утвержден Министерством здравоохранения адаптированный вариант МКБ-10 "Психические и поведенческие расстройства" (М., 1998), который является официальным документом для кодирования психических расстройств.

В последние годы в психиатрическую практику, так же как и в другие разделы медицины, вводятся стандарты диагностики и лечения. Понятие медицинского стандарта связано с обеспечением качества; качество определяют как степень соответствия стандарту. Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 августа 1999 г. N 311 с целью повышения эффективности диагностики и лечения больных с психическими и поведенческими расстройствами с учетом современных подходов к тактике ведения больных и унификации оптимальных режимов лечебно-диагностического процесса утверждено клиническое руководство "Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств".

Названным Приказом руководителям органов управления здравоохранением Российской Федерации вменяется в обязанность организовать работу подведомственных учреждений и подразделений в соответствии с данным руководством, а руководителям территориальных лицензионно-аккредитационных организаций при проведении сертификации и лицензирования медицинской деятельности руководствоваться указанными моделями диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств. Клиническое руководство основано на МКБ-10 (глава V "Психические и поведенческие расстройства"). К психическим расстройствам каждого кода относятся следующие пункты руководства:

- 1) условия лечения: стационарное, полустационарное, амбулаторное, включая показания, продолжительность;
- 2) объем диагностических мероприятий: необходимые лабораторные анализы, инструментальные обследования;
- 3) лечение: фармакотерапия, психотерапия и социотерапия, реабилитационные мероприятия;
- 4) ожидаемые результаты лечения;
- 5) мероприятия в случае, если результат не достигнут.

Важно, однако, отметить, что модели жестко не ограничивают свободу врача в диагностическом и лечебном процессах, являясь всегда предпосылкой для индивидуализации с учетом возможности рациональных отклонений в каждом конкретном случае.

Введение стандартов преследует цель достижения более высокого уровня диагностики и эффективности лечения, но они не должны превращать врачебное искусство в технику и препятствовать освоению нового. Данная статья корреспондируется со ст. 20 этого же Закона, в которой говорится, что установление диагноза психического заболевания является исключительным правом врача-психиатра или комиссии врачей-психиатров, а заключение врача другой специальности является предварительным и не может служить основанием для оказания помощи в недобровольном порядке и для решения других вопросов, связанных с ограничениями или, напротив, со льготами, предусмотренными Законом в отношении таких лиц. В связи с этим на практике нередко возникают трудности в районах, особенно в сельской местности, где нет скорой психиатрической помощи или вообще отсутствует врач-психиатр. Такие трудности относятся, в частности, к случаям, когда требуется осуществление неотложного в недобровольном порядке освидетельствования, а также решение вопроса о недобровольной госпитализации. В связи с этим организаторам здравоохранения в районах, где отсутствует врач-психиатр, рекомендуется, как это обычно делается, направить на дополнительную специализацию врача другой специальности, назначенного ответственным за психиатрическую помощь, с целью получения им сертификата специалиста по психиатрии.

2. Комментируемая статья Закона не допускает диагностики, которая основана только на несогласии гражданина с принятыми в обществе моральными, культурными, политическими или религиозными ценностями либо на других причинах, непосредственно не связанных с состоянием его психического здоровья. Данное положение Закона направлено против использования психиатрии в политических или в любых других целях, кроме решения чисто медицинских проблем. Оно не допускает, в частности, дискредитации гражданина путем признания психически больным с целью дезавуировать его законные требования, политические выступления, претензии, предложения. Статья 10 Закона имеет особое значение в связи с существовавшей в прошлом практикой подобного рода, когда констатация даже невыраженных личностных девиаций (отклонений) открывала возможность оценивать высказывания, противоречащие общепринятым политическим, общественным представлениям или не совпадающие с ними как проявления психического заболевания. Комментируемая статья Закона отражает также и соответствующую международную правовую норму, обычно включаемую в национальные законодательства по психиатрии.

3. Если ч. 1 данной статьи касается принципов диагностики психического расстройства, то ч. 2 - средств и методов, применяемых для диагностики и лечения лиц с психическими расстройствами. Государство создает определенную систему, исключающую возможность применения для диагностики и лечения средств и методов, не прошедших поэтапной и всесторонней проверки по специально разработанной программе, включающей лабораторные исследования и клинические испытания, результаты которых рассматриваются уполномоченным на это государственным органом (например, Фармкомитетом). Использование новых методов диагностики и средств лечения, ранее не применявшихся в клинической практике, возможно только на основе разрешения, полученного от указанного органа. Программа изучения и испытаний новых методов и средств диагностики, а также лечения, порядок рассмотрения их результатов и получения разрешения определяются законодательством Российской Федерации о здравоохранении. Программа клинических испытаний должна быть рассмотрена и одобрена этическим комитетом (они создаются в соответствии с Положением Фармкомитета об этических комитетах). Участвующих в клинических испытаниях пациентов необходимо информировать о целях, методах, характере применения этих средств. Пациент должен знать о возможности отказаться от участия в клинических испытаниях, т.е. он может участвовать в них только по добровольному согласию.

Вместе с тем ч. 2 данной статьи имеет для психиатрии, по сравнению с другими разделами медицины, особое значение. В психиатрической практике речь может идти о возможности модификации личности с помощью, например, оперативного вмешательства на головном мозге или посредством фармакологического воздействия, об использовании методов, вызывающих наряду с возможным терапевтическим эффектом необратимые изменения психики. Достаточно в качестве примера указать на применение в прошлом лоботомии для лечения некоторых вариантов психических заболеваний, что впоследствии было запрещено. В связи с этим следует указать, что шоковые методы лечения также требуют некоторых ограничений, строгости медицинских показаний и определенных условий применения. Данные обстоятельства находят отражение и в ст. 11 настоящего Закона (см. комментарий), определяющей порядок лечения с согласия пациента или независимо от него.

4. Часть 3 настоящей статьи определяет, что медицинские средства и методы в психиатрической практике применяются для диагностики и лечения. С чем связано формулирование и без того, казалось бы, очевидной истины? Дело в том, что психиатрическая практика, к сожалению, имеет опыт неадекватного использования таких средств. Закон четко определяет, что медицинские средства и методы должны применяться в соответствии с характером болезненных расстройств и не должны использоваться для наказания пациента или в интересах других лиц. Психиатрическая практика располагает, однако, фактами использования таких препаратов, как сульфозин, с целью наказания пациента, нарушающего режим отделения. Имели место случаи применения и некоторых психотропных средств (инъекции аминазина и других препаратов) с "воспитательными целями", когда в связи с каким-либо "проступком" пациента или его непослушанием назначалась инъекция препарата, причем доза определялась тем большей, чем тяжелее был "проступок". Закон полностью исключает подобную практику. Запрещается также использование медицинских средств и

методов в интересах других лиц. Известны случаи применения медицинскими работниками психотропных препаратов седативного (успокаивающего) действия с целью, например, создания наиболее спокойной обстановки в отделении стационара для своего отдыха в ночное время или для удобства родственников пациента. Как видим, Закон конкретно указывает на каждый из возможных путей злоупотребления медицинскими средствами и методами. Перечисление каждого из этих типичных вариантов использования методов и препаратов не с целью диагностики и лечения, что является грубым нарушением медицинской этики и прав лиц, страдающих психическими расстройствами, оказалось необходимым и нашло отражение как в данном Законе, так и в международных правовых документах и национальных законодательствах по психиатрии.

**Статья 11. Согласие на лечение. (1) Лечение лица, страдающего психическим расстройством, проводится после получения его письменного согласия, за исключением случаев, предусмотренных частью четвертой настоящей статьи.**

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

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

(4) Лечение может проводиться без согласия лица, страдающего психическим расстройством, или без согласия его законного представителя только при применении принудительных мер медицинского характера по основаниям, предусмотренным Уголовным кодексом Российской Федерации, а также при недобровольной госпитализации по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона. В этих случаях, кроме неотложных, лечение применяется по решению комиссии врачей-психиатров.

(в ред. Федерального закона от 21.07.1998 N 117-ФЗ)

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

Комментарий к статье 11

1. В статье устанавливается общее правило, по которому лечение лица, страдающего психическим расстройством, может быть проведено после получения его согласия, определяются условия и форма согласия, а также предусматриваются случаи, при которых согласия на лечение не требуется. Как следует из ст. 32 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина. Лечение - один из видов медицинского вмешательства. Понятие лечения лица, страдающего психическим расстройством, раскрыто в комментарии к ст. 10 (ч. ч. 2 и 3) настоящего Закона. Имеется в виду применение лечебных методов и средств с целью устранения психических нарушений.

Правило получения согласия на лечение вытекает из принципа добровольности обращения за психиатрической помощью, закрепленного ст. 4, и служит реализации прав лиц при оказании им психиатрической помощи, установленных ч. 2 ст. 5 комментируемого Закона.

2. Согласие на лечение является выражением добровольного принятия пациентом назначаемого лечения или терапевтических процедур после предоставления врачом адекватной информации.

3. Согласие пациента должно быть добровольным, т.е. основанным на свободном выборе. Если же согласие дается под влиянием насилия, угрозы или обмана, то оно не является добровольным и, следовательно, признается недействительным. При этом не имеет значения, от кого исходят эти действия - от врачей, младшего, среднего медицинского персонала или от третьих лиц.

Насилием является причинение пациенту физических или душевных страданий с целью принудить его к даче письменного согласия. Угроза представляет собой психическое воздействие на волю пациента посредством заявлений о причинении ему какого-либо вреда в будущем, если он не даст согласия на лечение. Обман - это умышленное введение пациента в заблуждение с целью получения у него согласия. Важно учитывать, что наличие у лица психического расстройства еще не означает отсутствия у него способности к выражению добровольного согласия на лечение. Случаи, при которых лица не способны к свободному волеизъявлению (имеются в виду несовершеннолетние в возрасте до 15 лет, а также лица, признанные в установленном законом порядке недееспособными), специально оговорены в ч. 3 данной статьи. Согласие на лечение в указанных случаях дается законными представителями таких лиц с соблюдением условий, изложенных в ч. 2 настоящей статьи. В остальных случаях, не подпадающих под действие ч. 3 этой статьи, подразумевается, что согласие на лечение, данное лицом с психическим расстройством без применения к нему насилия, угрозы или обмана, является добровольным.

4. Помимо добровольности необходимым условием получения согласия на лечение, как следует из ч. 2 настоящей статьи, является информирование пациента. В связи с этим согласие на лечение зачастую



называют "информированным согласием", или "согласием после уведомления". Предоставление пациенту информации вменяется в обязанность врачу.

Сведения о характере имеющегося у лица психического расстройства, как правило, сообщаются ему в психотерапевтическом плане, исключаящем его психическое травмирование и не вовлекающем врача в конфликт с пациентом. Безусловно, недопустимо доказывать больному, что он "сошел с ума". Применимы формулировки типа "нервное расстройство", "тяжелое нервное расстройство", "навязчивые идеи с тенденцией к возникновению бреда", "обманы восприятий". В отдельных случаях допустимо выражение "галлюцинации". Для пациентов с приступообразным течением болезни, которые в период ремиссии понимали, что ранее были психически больны, и знакомы с соответствующей терминологией в отношении их самих, допустима более открытая информация: "вновь развился приступ психоза (психического заболевания)", "снова возник бред", "вновь развилось патологическое ощущение физического воздействия" и т.п. Можно применять объяснения такого типа: "Точки зрения могут расходиться. Я не собираюсь спорить с вами. Вы считаете, что имеющиеся у вас ощущения вызваны воздействием соответствующих приборов. В то же время медицинская наука и врачебный опыт подсказывают, что такие же ощущения могут являться (или, как правило, являются) проявлением болезни. Специалисты полагают, что подобного рода воздействие ощущается головным мозгом только на фоне болезненного ослабления нервной системы, недостаточной активности противостоящих этому воздействию нервных центров. Имеются фармацевтические препараты, которые вне зависимости от характера испытываемых вами ощущений - их реальности или болезненности - защищают от них организм, и в частности нервную систему. Поэтому целесообразно применить одно из этих веществ или их сочетание". В приведенном примере дается объяснение как характера психического расстройства, так и целей применения лекарств.

Закон не обязывает врача-психиатра при получении согласия на лечение сообщать пациенту буквальные формулировки психиатрического диагноза. В то же время многим больным их диагноз известен из различных источников: от медицинского персонала, родственников, знакомых, из медицинских документов, специальной литературы и т.д. Если диагноз не вызывает у них категорического неприятия или выраженных отрицательных эмоций (страха, подавленности или агрессии), врач-психиатр вправе обсудить с ними и этот вопрос. Речь может идти не только о таких диагнозах, как "невроз", "психопатия", "депрессия", "эпилепсия", "травматическое или сосудистое поражение головного мозга", но и о диагнозе шизофрении и других психозов. При этом важно вселять в больного надежду на выздоровление или улучшение состояния, разъяснять, что возможны благоприятное течение и исход любого заболевания и что предлагаемое лечение существенно повышает вероятность такого исхода.

Сообщая пациенту о методах лечения, врач-психиатр должен сказать, будут ли применяться лекарственные препараты и в каком виде (в таблетках, каплях, инъекциях или комбинированно), или предполагается инсулинокоматозная, электросудорожная терапия, или лечение будет преимущественно психотерапевтическим, разгрузочно-диетическим, физиотерапевтическим и т.п., объяснив, почему именно этот метод, а не другой (альтернативный) показан в данном случае. Что же касается механизмов действия конкретных средств лечения (к примеру, тех или иных лекарств), то в настоящей статье специальных указаний на них не содержится. Поэтому информация об этом может даваться в общем виде при ответах на вопросы пациента.

О продолжительности лечения следует говорить пациенту в максимально приближенном к реальному диапазоне, избегая излишней категоричности. Например: "Может быть, удастся ограничиться одним месяцем; если эффект окажется недостаточно полным, то дальнейшее будет зависеть от состояния и вашего согласия".

Врач не вправе скрывать от пациента характер болевых ощущений, если при предлагаемом лечении они непременно появляются. Если появление болевых ощущений не является обязательным, о них можно информировать пациента в несколько смягченной форме.

В случаях, когда предлагаемое лечение связано с серьезным риском для пациента, информация о характере и вероятности такого риска должна быть полной и достоверной. Риск считается серьезным, если при проведении лечения возникает вероятность развития состояний, угрожающих жизни пациента или причинения существенного вреда его здоровью. Серьезный риск может быть обусловлен характером воздействия на организм лечебного средства (например, радиоактивного излучения, электрического тока, инсулина), высокой дозировкой или внезапной отменой лекарственного препарата, способом его введения (например, в полости спинного или головного мозга), частотой и непредсказуемостью развития ответных болезненных реакций организма (резко выраженных аллергических проявлений, коллапса, нарушений сердечной деятельности, дыхания, неврологических расстройств, патологических изменений крови, поражений внутренних органов, отека мозга и т.п.). При некоторых методах лечения пациент сам может подвергнуть себя серьезному риску, если не будет строго выполнять врачебных рекомендаций (воздерживаться от употребления алкоголя, определенных продуктов питания, приема несовместимых с назначенным средством лекарственных препаратов). О возможности такого риска пациент также должен быть проинформирован. Сведения о побочных эффектах (сухости во рту, треморе (дрожании), скованности, неусидчивости и т.п.) следует сообщать пациенту таким же образом, как и о болевых ощущениях, с указанием на то, что они, как правило, поддаются коррекции с помощью специальных средств.

Информация об ожидаемых результатах лечения по общим правилам деонтологии (врачебного долга) должна быть разумно оптимистичной. Умение провести информирующую беседу с пациентом по указанным вопросам является признаком высокого профессионализма врача-психиатра. Сведения должны

излагаться в доступной для пациента форме (т.е. с учетом его возраста, уровня образования, умственного развития), достаточно простым и понятным языком, не отягощенным специальной терминологией. Необходимость учитывать при этом психическое состояние пациента разъяснялась выше.

Правило "информированного согласия" содержится в Кодексе профессиональной этики психиатра (принятого на пленуме правления Российского общества психиатров 19 апреля 1994 г.). В ст. 7 указанного Кодекса говорится: "Психиатр должен уважать право пациента соглашаться или отказываться от предлагаемой психиатрической помощи после предоставления необходимой информации". А ст. 6 цитируемого Кодекса обязывает психиатра "обсуждать с пациентом проблемы его психического здоровья, предлагаемый план обследования и лечения, преимущества и недостатки соответствующих медицинских методов и средств, не скрывая от пациента характера побочных эффектов и осложнений, если вероятность их появления существенна. При этом психиатру следует избегать причинения пациенту психической травмы и стараться вселить надежду на лучшее". Характер и объем предоставляемой пациенту медицинской информации должны соответствовать: а) характеру предлагаемой психиатрической помощи; б) степени риска принимаемого пациентом решения, т.е. вероятности неблагоприятных последствий в случае согласия на психиатрическое вмешательство либо в случае отказа от него; в) конкретным ожиданиям пациента, его заботам, опасениям, связанным со здоровьем и жизнедеятельностью.

Очевидно, что чем сложнее психиатрическое вмешательство, чем рискованнее оказание (неоказание) психиатрической помощи, тем ответственнее принимаемое решение и тем более информированным должен быть пациент, делающий свой выбор. Достаточно сравнить согласие на лечение малыми дозами транквилизаторов и согласие на интенсивную психофармакологическую или шоковую терапию; отказ от приема лекарств при невротических расстройствах и отказ от лечения при эпилептических припадках и т.п. Важно, чтобы "предоставление пациенту информации" не превращалось в безликую формальную процедуру, а осуществлялось в процессе заинтересованного общения врача и больного: в виде беседы, разъяснения, убеждения, поиска компромиссов с учетом индивидуальных предпочтений.

Нельзя забывать и о том, что информирование пациента приобретает этический смысл в контексте принципов уважения автономии, непричинения вреда и благодеяния. Поэтому если пациент знает о своем праве на получение медицинской информации, но добровольно отказывается от него по тем или иным причинам (не проявляет интереса, боится неприятных известий, полностью доверяет врачу) или если информирование о наличии серьезного психического заболевания может причинить пациенту существенный морально-психологический вред, то некоторое ограничение информации считается этически оправданным. Правовое основание такого подхода содержится в ст. 31 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан: "Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена гражданину против его воли. В случаях неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме..." (см. также комментарий к ст. 5 настоящего Закона).

Запись в медицинской документации (амбулаторной карте, истории болезни) о предоставленной пациенту информации имеет правовое значение и должна содержать конспективное изложение как сообщенных врачом сведений, так и реакции на них пациента.

5. Законным представителям несовершеннолетних в возрасте до 15 лет, а также лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными (см. комментарий к ст. 7), информация сообщается врачом в доступной для них форме, с полной откровенностью по всем требуемым позициям и так же, как информация, даваемая пациенту, отражается в медицинской документации.

6. Часть 1 настоящей статьи предусматривает, что согласие на лечение должно быть письменным, однако форма письменного согласия не определяется. Таковой может быть запись врача в медицинском документе, удостоверенная подписью пациента или его законного представителя, расписка, данная пациентом или его законным представителем, письменная просьба, заявление или специальный формуляр, приобщенные к медицинской документации.

Независимо от того, какая избрана форма, из содержания документа должно быть ясно, что лицу, поставившему свою подпись, была предоставлена требуемая Законом информация и что подписавший понял ее. Если лицо, согласное на лечение, по уважительным причинам (неграмотность, физическое увечье и т.п.) не может подписать документ, то его согласие должно быть удостоверено третьим лицом с указанием причин, по которым подпись первого лица получить невозможно.

Случаи отказа от лечения специально рассматриваются в комментарии к ст. 12 настоящего Закона.

Если пациент не заявляет прямо о своем отказе от лечения, но и не дает письменного согласия (намеренно или по причине неспособности понять происходящее и выразить свое отношение к предмету обсуждения), то такую ситуацию следует рассматривать как отсутствие согласия. Лечение такого лица может проводиться только в случаях, предусмотренных ч. 4 настоящей статьи.

Правила, установленные ч. ч. 1, 2 и 3 настоящей статьи, распространяются на случаи проведения лечения как в амбулаторных, так и в стационарных условиях.

7. Поскольку реальный процесс лечения не бывает жестко предопределенным, заранее запрограммированным, а представляет собой поиск оптимальных вариантов использования терапевтических методов и средств, правило получения согласия следует применять разумно, не доводя его до абсурда бесконечными формальными процедурами. Получение письменного согласия необходимо и целесообразно: в начале курса амбулаторного лечения; при каждой госпитализации больного в стационар (полустационар); при существенном изменении лечебной программы, особенно если оно связано с возрастанием риска (например, при переходе от лекарственной терапии к инсулинокоматозной или электросудорожной, или при

применении метода одномоментной отмены лекарственных препаратов, или при переходе от приема в таблетках малых доз препаратов к интенсивной терапии путем внутривенных вливаний и т.п.). Безусловно, не требуется письменного согласия при каждом изменении дозировок препаратов в пределах их терапевтического диапазона; при замене одних препаратов другими, близкими по спектру действия; при усложнении или упрощении лечебной схемы соответственно динамике психического состояния; при назначении общеукрепляющих, физиотерапевтических процедур, лечебной физкультуры, рациональной психотерапии, аутотренинга, трудотерапии и т.п. Однако отсутствие необходимости письменного согласия в этих случаях не избавляет врача от обсуждения с пациентом плана лечения, объяснения целесообразности тех или иных изменений, совместного принятия решений и тем самым активного вовлечения его в процесс восстановления здоровья.

8. Положения ч. 4 настоящей статьи относительно случаев, при которых лечение может проводиться без согласия больного или его законного представителя, комментируются при рассмотрении ст. ст. 13 и 29 настоящего Закона. В этих случаях, кроме неотложных, требуется принятие решения комиссией. На работу комиссий распространяются правила, установленные ст. 21 настоящего Закона.

В неотложных случаях, подпадающих под действие указанных положений ч. 4 ст. 11, решение о проведении лечения может приниматься врачом-психиатром единолично. При оказании психиатрической помощи неотложными считаются случаи, когда лицо вследствие тяжелого психического расстройства представляет непосредственную опасность для себя или окружающих, и потому промедление в проведении психиатрического лечения недопустимо. При осуществлении недобровольной госпитализации лечение такого больного может быть начато с момента освидетельствования его врачом-психиатром.

Неотложные случаи, связанные с тяжелым соматическим состоянием психически больных, под действие настоящего Закона не подпадают, а предусмотрены общими нормами законодательства о здравоохранении. Так, в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения (ст. 32 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан). К состояниям, не позволяющим выразить свою волю, очевидно, следует относить и тяжелые психические расстройства.

9. Исходя из принципов гуманности, лечение психических расстройств хирургическими и другими методами, вызывающими необратимые последствия, а также испытания медицинских средств и методов могут проводиться только добровольно или по воле законных представителей. Согласно ч. 5 настоящей статьи, в случаях применения принудительных мер медицинского характера по основаниям, предусмотренным Уголовным кодексом РФ, и недобровольной госпитализации в психиатрический стационар эти методы и испытания не могут быть использованы.

К хирургическим и другим методам, вызывающим необратимые последствия, применяющимся для лечения психических расстройств, относятся: методы так называемой психохирургии (лоботомия, комиссуротомия, разрушение очага патологической активности в головном мозге и т.п.); хирургические методы лечения половых расстройств и извращений; лечение эндокринными препаратами, существенно изменяющими биологические процессы в организме; методы лечения радиоактивным излучением и др. Причем в ч. 5 настоящей статьи речь идет о применении названных методов для лечения психических расстройств.

Вопросы применения хирургических и других методов, вызывающих необратимые последствия, для лечения соматических (в смысле "непсихических") заболеваний у лиц, страдающих психическими расстройствами, регулируются общими нормами законодательства о здравоохранении (ст. ст. 32 - 34 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан).

Под испытанием медицинских средств и методов понимается применение новых научно обоснованных, но еще не допущенных к всеобщему применению лекарственных и других лечебных средств, а также методов диагностики, профилактики и лечения (подробнее см. комментарий к ст. 10 Закона). По содержанию и смыслу ч. 5 настоящей статьи в том, что касается недопустимости испытаний на лицах с психическими расстройствами в недобровольном порядке медицинских средств и методов, должно использоваться широкое толкование последних. Иными словами, речь идет об испытаниях лечебных средств, а также методов диагностики, профилактики и лечения любых, а не только психических болезненных расстройств (порядок проведения испытаний установлен в ст. 43 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан).

Право лиц, страдающих психическими расстройствами, на предварительное согласие или отказ на любой стадии от использования в качестве объекта испытаний медицинских средств и методов закреплено также ч. 2 ст. 5 настоящего Закона.

10. С введением в действие (18 августа 1993 г.) Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан Закон РСФСР "О здравоохранении" (от 1971 г.) утратил силу; следовательно, нормы, содержащиеся в его ст. 52 ("Применение методов диагностики, лечения и лекарственных средств") в части, касающейся психически больных, и ст. 56 ("Лечение психически больных") более не применяются.

Указанные вопросы регулируются настоящим Законом (см. комментарий к ст. 2 Закона).

**Статья 12. Отказ от лечения. (1) Лицо, страдающее психическим расстройством, или его законный представитель имеют право отказаться от предлагаемого лечения или прекратить его, за исключением случаев, предусмотренных частью четвертой статьи 11 настоящего Закона.**

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

Комментарий к статье 12

1. Право пациента на отказ от лечения следует из принципа добровольности обращения за психиатрической помощью (ст. 4 настоящего Закона). Оно соответствует более общему праву пациента на отказ от любого медицинского вмешательства, установленному ст. ст. 30, 33 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.

2. Изложенное в ч. 1 настоящей статьи правило, естественно, вытекает из содержания ч. ч. 1 и 2 ст. 11 настоящего Закона, а в исключении из правила приведена прямая ссылка на ч. 4 ст. 11 (см. комментарий к ст. 11). Таким образом, лицо, страдающее психическим расстройством, или его законный представитель только в двух случаях не имеют права отказаться от предлагаемого лечения или прекратить его: в случае применения к больному принудительных мер медицинского характера (по основаниям, предусмотренным Уголовным кодексом РФ) и при недобровольной госпитализации (по основаниям, предусмотренным ст. 29 настоящего Закона). Во всех остальных случаях, включая установление диспансерного наблюдения, отказ самого больного или его законного представителя от лечения рассматривается как выражение добровольно принятого решения и как осуществление права, предоставленного настоящим Законом.

3. Право отказаться от предлагаемого лечения может быть реализовано до начала лечения, а право прекратить лечение может реализоваться на любой стадии проводимого лечения.

4. Отказ пациента от необходимого ему и научно обоснованного лечения или прекращение такого лечения представляет собой явление, нежелательное в практике оказания психиатрической помощи. Оно может привести к отрицательным последствиям: обострению и прогрессированию болезненных проявлений, нарастанию их тяжести и продолжительности, увеличению частоты приступов, существенному снижению вероятности благоприятного исхода, нарушению социальной адаптации, временной или стойкой утрате трудоспособности и т.п. В ряде случаев они чреваты возникновением поведения, представляющего опасность для больного и окружающих его лиц. Указанные последствия могут привести к необходимости применения недобровольной госпитализации, установлению диспансерного наблюдения. Кроме того, при резком прекращении приема лекарственных препаратов у больного может развиваться состояние, представляющее серьезную угрозу его здоровью и даже жизни.

Возможные последствия прекращения лечения, согласно требованиям ч. 2 настоящей статьи, врач-психиатр обязан разъяснить пациенту или его законному представителю, с тем чтобы попытаться убедить их в нецелесообразности принятия такого решения. Применение для этих целей насилия, угрозы или обмана так же недопустимо, как и при получении согласия на лечение (см. комментарий к ст. 11 Закона). Следует отметить, что конечный результат в определенной мере зависит от того, насколько добросовестно и профессионально врач выполнил требования, изложенные в комментарии к названной статье.

Дело в том, что при отказе от лечения врач может поступить двояко: либо принять отказ, уважая право пациента на добровольное решение, если оно исходит от лица, способного понимать последствия своих действий, либо вопреки желанию больного оказывать ему помощь в недобровольном порядке, если на то имеются законные основания. Но прежде чем склониться в ту или иную сторону, врач обязан выяснить мотивы отказа. Это даст ему дополнительную возможность оценить способность пациента к принятию осознанных решений и откроет путь к поиску согласия.

Причины отказа больного от психиатрической помощи могут быть вполне реальными, например: недостаточная информированность о состоянии психического здоровья, о течении болезни, об условиях и методах лечения; опасения получить "ярлык" психически больного, оказаться "на учете" у психиатров, подвергнуться социальным ограничениям; негативное отношение к лекарственной терапии вообще или к назначенному препарату в частности; боязнь побочных эффектов и осложнений, особенно при наличии собственного печального опыта; страх возникновения зависимости от психотропных препаратов; неуверенность в успехе лечения, наконец, недоверие к лечащему врачу или данному лечебному учреждению. Отказа от лечения по перечисленным мотивам в большинстве случаев удастся избежать благодаря активной, профессионально грамотной и добросовестной работе врача с пациентом и его ближайшим окружением, т.е. посредством налаживания отношений терапевтического сотрудничества.

На эту тактику ориентирует врача и профессиональная этика: "Отсутствие законных оснований для применения недобровольных мер к пациенту, психическое состояние которого вызывает у психиатра опасения, не освобождает психиатра от моральной обязанности искать другие возможности и действовать ненасильственным путем" (ст. 7 Кодекса профессиональной этики психиатра). Умение установить контакт, объяснить, предупредить, успокоить, убедить и т.д. составляет искусство проведения беседы как при получении согласия больного на лечение, так и в процессе преодоления отказа от помощи.

Если же доводы врача не приводят к желаемому результату, а психическое расстройство у пациента не является тяжелым, то врачу остается принять добровольный отказ от лечения, как того требует ч. 2 настоящей статьи.

5. Отказ от начала лечения следует оформлять в виде записи в медицинской документации, которая

осуществляется в порядке, установленном ч. 1 ст. 11 настоящего Закона. Отказ от уже начатого лечения (т.е. прекращение лечения по воле пациента или его законного представителя) с указанием сведений о возможных последствиях оформляется отдельной записью.

Представляется целесообразным к записи в медицинской документации приобщить личное заявление пациента или его законного представителя с требованием о прекращении лечения и мотивировкой этого требования. При отсутствии заявления и при нежелании пациента или его законного представителя ставить свою подпись в медицинском документе факт отказа и сделанную врачом запись об этом следует удостоверить подписью третьего лица (свидетеля).

### **Статья 13. Принудительные меры медицинского характера. (1) Принудительные меры медицинского характера применяются по решению суда в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния, по основаниям и в порядке, установленным Уголовным кодексом Российской Федерации и Уголовно-процессуальным кодексом РСФСР.**

(в ред. Федерального закона от 21.07.1998 N 117-ФЗ)

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

Комментарий к статье 13

1. Принудительные меры медицинского характера являются разновидностью медицинских мер, которые применяются к лицам, страдающим психическими расстройствами, без их согласия или без согласия их законных представителей. Основания, цели и виды принудительных мер медицинского характера предусмотрены ст. ст. 97 - 99 УК РФ (см. комментарий). Основания и порядок применения недобровольных психиатрических мер, которые предусмотрены Законом РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", не распространяются на принудительные меры медицинского характера. В связи с этим соответствующие статьи данного Закона (например, ст. ст. 27, 29, 34, 35) к медицинским мерам рассматриваемого вида не относятся.

2. Принудительные меры медицинского характера применяются к лицам, совершившим общественно опасные деяния в состоянии невменяемости, а также к лицам, совершившим преступления, но затем заболевшим психическим расстройством во время предварительного следствия, судебного разбирательства или отбывания наказания в исправительном учреждении. Кроме того, принудительные меры медицинского характера применяются к лицам, совершившим преступления в состоянии психического расстройства, не исключающего вменяемости, а также к алкоголикам и наркоманам, осужденным по приговору суда за совершение преступления. Принудительные меры медицинского характера могут быть применены только по решению суда: по определению суда - в отношении лиц, совершивших общественно опасное деяние в состоянии невменяемости, или лиц, заболевших психическим расстройством после совершения преступления; по приговору суда - в отношении лиц, к которым наряду с наказанием применены принудительные меры медицинского характера.

3. К лицам, совершившим общественно опасное деяние в состоянии невменяемости, относятся лица, которые в момент его совершения не могли осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими вследствие психического расстройства, слабоумия или иного болезненного состояния психики (см. комментарий к ст. 21 УК).

4. К лицам, совершившим преступление, но затем после возбуждения уголовного дела или осуждения заболевшим психическим расстройством, относятся лица, которые во время производства по уголовному делу или при отбывании наказания оказываются в состоянии, исключающем возможность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими.

5. К лицам, страдающим психическим расстройством, но совершившим преступление в состоянии вменяемости, относятся такие лица, которые не в полной мере осознавали фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо не в полной мере могли руководить этими действиями (см. комментарий к ст. 22 УК).

6. Алкоголикам и наркоманам принудительные меры медицинского характера назначаются судом наряду с наказанием независимо от того, было ли совершенное преступление связано с состоянием алкогольного или наркотического опьянения. Для назначения этих мер достаточно выяснить, нуждается ли данное лицо в лечении от алкоголизма или наркомании. При наличии для этого достаточных оснований суд принимает решение о назначении принудительных мер медицинского характера от алкоголизма или наркомании без определения срока лечения, но это лечение в исправительном учреждении не может продолжаться более определенного срока наказания в виде лишения свободы (см. комментарий к ст. 104 УК).

7. В соответствии со ст. ст. 99 - 101 УК принудительные меры медицинского характера могут быть назначены в виде принудительного наблюдения и лечения у психиатра и в виде принудительного лечения в психиатрическом стационаре (общем, специализированном и специализированном с интенсивным наблюдением). Для определения вида принудительного лечения или типа стационара учитываются:

характер общественно опасного деяния для лица, совершившего его в состоянии невменяемости, или степень опасности преступления для лица, заболевшего психическим расстройством после его совершения, а также наличие общественной опасности, которую представляет больной по состоянию своего психического здоровья. Любое психическое расстройство должно характеризоваться неспособностью больного в первом случае на момент совершения деяния, во втором - на момент назначения принудительного лечения осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий или руководить ими. Общественную опасность можно определить как риск возможного совершения больным нового общественно опасного деяния. Опасность может быть обусловлена бредовыми идеями, расстройствами влечений, тяжелыми аффективными расстройствами, иными болезненными нарушениями психики. Предотвращение совершения общественно опасного деяния таким лицом является одной из целей применения принудительных мер медицинского характера.

8. Все психиатрические стационары, осуществляющие принудительное лечение, независимо от степени интенсивности наблюдения находятся в ведении органов здравоохранения.

9. Психиатрические стационары, осуществляющие принудительное лечение, необходимо отличать от психиатрических стационаров мест лишения свободы. Последние обслуживают осужденных к лишению свободы, заболевших временным психическим расстройством, которое требует оказания медицинской помощи в условиях стационара. Психиатрические стационары мест лишения свободы организуются в соответствии со ст. 18 Уголовно-исполнительного кодекса РФ. В административном отношении они подчинены ГУИН Минюста РФ.

10. Уголовное дело об общественно опасном деянии, совершенном лицом, страдающим психическим расстройством, возбуждается и рассматривается по общим правилам уголовного судопроизводства до того момента, когда будет установлено, что данное лицо совершило его в состоянии невменяемости. Даже в тех случаях, когда известно, что лицо, совершившее общественно опасное деяние, страдает психическим расстройством, уголовное дело подлежит возбуждению по факту совершения деяния. Это объясняется рядом обстоятельств: во-первых, необходимостью назначения судебно-психиатрической экспертизы, которая не может быть проведена по действующему уголовно-процессуальному законодательству без возбуждения уголовного дела; во-вторых, если даже будет установлено, что общественно опасное деяние совершено невменяемым, должна быть уверенность в том, что это лицо не является орудием совершения преступления вменяемым лицом; в-третьих, для того чтобы решить вопрос о назначении принудительных мер медицинского характера в отношении невменяемого, необходимо выявить все обстоятельства и детали совершения общественно опасного деяния.

11. Назначение и проведение судебно-психиатрической экспертизы является обязательным следственным действием по делам этой категории. Экспертиза дает заключение о психическом состоянии подозреваемого или обвиняемого в момент совершения общественно опасного деяния и на момент производства по уголовному делу, а также дает рекомендации относительно необходимости применения в отношении этого лица принудительных мер медицинского характера.

12. После установления в стадии предварительного расследования факта совершения общественно опасного деяния невменяемым расследование уголовного дела продолжается, однако обвинение этому лицу не предъявляется, оно не знакомится с материалами дела и по итогам проведенного расследования составляется справка, а не обвинительное заключение.

13. В тех случаях, когда совершение общественно опасного деяния лицом, признанным невменяемым, не доказано, принудительные меры медицинского характера не применяются, уголовное дело прекращается независимо от характера и тяжести психического расстройства. Следователь или суд сообщают об этом лице органам управления здравоохранением для принятия необходимых мер в соответствии с Законом РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании".

14. Решение о применении к лицу принудительных мер медицинского характера принимается судом после рассмотрения дела в судебном заседании с обязательным участием прокурора и защитника (ст. 408 УПК). Лицо, о котором рассматривается дело, вызывается в судебное заседание, если этому не препятствует характер его заболевания (ст. 407 УПК).

15. В отношении лиц, находящихся по решению суда на принудительном лечении в психиатрических стационарах, независимо от их типа и вида наблюдения применяются все положения ст. 37 комментируемого Закона о правах лиц, страдающих психическими расстройствами.

16. К лицам, находящимся на принудительном лечении, применяются те же методы диагностики, лечения и профилактики, а также необходимые меры социальной реабилитации, что и ко всем психически больным с соответствующим диагнозом заболевания.

17. Психически больные, состоящие на работе, в период принудительного лечения пользуются правом на получение пособия по государственному социальному страхованию на общих основаниях. Если лицо поступило в психиатрический стационар на судебно-психиатрическую экспертизу, а после экспертного заключения и соответствующего определения суда остается в этой же больнице или переводится в другую больницу для стационарного лечения, то ему выдается больничный листок со дня поступления на экспертизу. Больничный листок в указанных случаях выдается тем лечебным учреждением, в котором лицо находится к моменту получения определения суда о применении меры медицинского характера (п. 2 Положения о социальном страховании и социальном обеспечении психически больных, находящихся на принудительном лечении, утвержденного Госкомтрудом СССР, ВЦСПС и Минздравом СССР 2 сентября 1988 г.).

18. Все лица, направленные судом на принудительное лечение, при наличии стойкой утраты трудоспособности представляются учреждениями, осуществляющими принудительное лечение, во врачебно-трудоустроенные (медико-социальные) экспертные комиссии для освидетельствования в установленном порядке с учетом фактической нетрудоспособности больного на весь период стационарного принудительного лечения. Иными словами, при коротких сроках принудительного лечения больной имеет право на оплачиваемый больничный листок (листок временной нетрудоспособности), во всех остальных случаях ему должна быть определена II или I группа инвалидности, поскольку III группа признает лицо лишь ограниченно трудоспособным. Выплата пенсий в период принудительного лечения производится в порядке, установленном действующим законодательством.

19. Продление, изменение или прекращение принудительных мер медицинского характера осуществляется судом по представлению администрации учреждения, осуществляющего принудительное лечение (см. комментарий к ст. 102 УК).

#### **Статья 14. Судебно-психиатрическая экспертиза. Судебно-психиатрическая экспертиза по уголовным и гражданским делам производится по основаниям и в порядке, предусмотренным Уголовно-процессуальным кодексом РСФСР и Гражданским процессуальным кодексом РСФСР.**

Комментарий к статье 14

1. Статья 14 содержит юридическую норму, указывающую на другие законодательные акты, которыми следует руководствоваться. В данном случае речь идет о двух кодексах, действующих в настоящее время на территории России, - Уголовно-процессуальном кодексе (УПК) 1960 г. и Гражданском процессуальном кодексе (ГПК) 1964 г.

Судебно-психиатрическая экспертиза относится к категории судебных экспертиз, которые назначаются и проводятся по правилам, установленным процессуальным законодательством (УПК и ГПК). Нормы Закона РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", регламентирующие основания и порядок проведения психиатрических освидетельствований (например, ст. 23, 24, 25), к судебно-психиатрической экспертизе неприменимы.

2. Судебная экспертиза назначается в случаях, когда в ходе производства по уголовному или гражданскому делу требуются специальные познания в науке, технике, искусстве или ремесле (ст. 78 УПК и ст. 74 ГПК). К числу "специальных" в упомянутом смысле относятся, в частности, познания в области медицинской научной дисциплины - психиатрии. При возникновении потребности в них назначается судебно-психиатрическая экспертиза.

3. Судебно-психиатрическая экспертиза проводится только по заданию органов расследования (лица, производящего дознание, следователя, прокурора) или суда (иногда судьи единолично). Она не может проводиться по поручению иных органов или лиц либо по инициативе самих экспертов. Слово "судебная" применительно к экспертизе не означает, что ее правомочен назначать исключительно суд. В уголовном процессе в стадии предварительного расследования ее вправе назначить дознаватель, следователь, прокурор. Суд (судья единолично) может назначить судебно-психиатрическую экспертизу только тогда, когда он рассматривает дело по первой инстанции. Суды кассационной и надзорной инстанций правом назначения судебной экспертизы не обладают.

Перечисленные выше лица и органы правомочны назначать судебно-психиатрическую экспертизу лишь по делам, которые находятся в их производстве. По приостановленному или прекращенному делу судебные экспертизы не проводятся.

4. Наибольшая часть судебно-психиатрических экспертиз назначается при возникновении у дознавателя, следователя, прокурора или суда сомнений в психической полноценности и вменяемости лица, привлекаемого к уголовной ответственности. Согласно п. 2 ст. 79 УПК, проведение экспертизы обязательно "для определения психического состояния обвиняемого или подозреваемого в тех случаях, когда возникает сомнение по поводу их вменяемости или способности к моменту производства по делу отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими".

Обязательно также проведение экспертизы для определения психического состояния "свидетеля или потерпевшего в случаях, когда возникает сомнение в их способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания" (п. 3 ст. 79 УПК). В отличие от п. 2 ст. 79 УПК, который целиком относится к судебно-психиатрической экспертизе, п. 3 той же статьи охватывает (в зависимости от обстоятельств, препятствующих даче показаний) разные виды экспертиз. Если способность к даче показаний нарушается психическим расстройством, то назначается судебно-психиатрическая экспертиза. Судебно-психиатрическая экспертиза обязательна по всем делам о признании гражданина недееспособным вследствие психического расстройства (ст. 260 ГПК).

В перечисленных случаях судебно-психиатрическая экспертиза обязательна в силу прямого указания закона. Ее обязательность означает, что дознаватель, следователь, прокурор, суд или судья должны назначить ее независимо от наличия или отсутствия иных доказательств, свидетельствующих о состоянии психического здоровья лица. Например, ставя вопрос о признании недееспособным одного из своих пациентов, психиатрическая больница представляет в суд историю болезни и иные медицинские документы. Из них явствует, что данное лицо страдает тяжелым хроническим психическим заболеванием. Однако суд не вправе ограничиться рассмотрением представленных документов и должен направить лицо на судебно-

психиатрическую экспертизу.

Предусмотренные процессуальным законодательством варианты обязательного производства судебно-психиатрической экспертизы не исчерпывают, однако, всех случаев ее возможного проведения. На практике она назначается также для определения беспомощного состояния потерпевшего (если это состояние вызвано психическим расстройством); способности лица понимать значение своих действий или руководить ими в момент совершения гражданской сделки (например, при составлении завещания) и в ряде других случаев. При проведении экспертизы в связи с возникновением сомнений по поводу вменяемости обвиняемого и подозреваемого или наличия у них психического расстройства ко времени производства по делу эксперты-психиатры дают в своих заключениях рекомендации относительно нуждаемости испытуемого в применении к нему принудительных мер медицинского характера (см. комментарий к ст. 13 Закона).

При рассмотрении судом жалоб, принесенных по основаниям, предусмотренным настоящим Законом (ч. 1 ст. 47, ст. 48 и ч. 4 ст. 49), суд при необходимости решения специальных психиатрических вопросов может назначить судебно-психиатрическую экспертизу. Она будет проводиться по основаниям и в порядке, установленным ГПК, а не статьями настоящего Закона, регулирующего проведение психиатрических освидетельствований. Таким образом, судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе может назначаться для установления наличия или отсутствия у гражданина психических расстройств, которые обуславливают необходимость недобровольного психиатрического освидетельствования, недобровольной психиатрической госпитализации, установления диспансерного наблюдения и т.п.

5. Необходимость использования при производстве по уголовному или гражданскому делу наряду с психиатрическими также иных, смежных с психиатрическими, научных познаний является основанием для проведения комплексных судебных экспертиз (психолого-психиатрической, сексолого-психиатрической и пр.). Они проводятся в соответствии с общими нормами УПК и ГПК и положениями ведомственных нормативных документов, регламентирующими производство экспертиз данного вида.

6. Ведомственные (подзаконные) нормативные акты по вопросам судебной психиатрии развивают и конкретизируют общие нормы УПК и ГПК с учетом специфики судебно-психиатрической экспертизы и ее отличий от других судебных экспертиз. В случае расхождений между нормами закона и ведомственного нормативного правового акта следует руководствоваться нормой закона.

Основными среди действующих в настоящее время на территории Российской Федерации ведомственных нормативных правовых документов по вопросам судебно-психиатрической экспертизы являются Инструкция по производству судебно-психиатрической экспертизы в СССР (утверждена Минздравом СССР 27 октября 1970 г. и согласована с Прокуратурой СССР, Верховным Судом СССР и МВД СССР) и Положение об амбулаторной судебно-психиатрической экспертной комиссии (утверждено Минздравом СССР 5 декабря 1985 г. и согласовано с Верховным Судом СССР, Прокуратурой СССР, Минюстом СССР и МВД СССР).

Два нормативных документа, касающихся организации судебно-экспертной деятельности, были приняты администрацией Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского по согласованию с прокуратурой г. Москвы: Положение о производстве судебно-психиатрической экспертизы в ГНЦ СиСП им. Сербского от 20 февраля 1997 г. и Положение о производстве комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы в ГНЦ СиСП им. Сербского от 14 мая 1998 г. (Их текст опубликован в кн.: Вопросы расследования преступлений: Справ. пособие. 3-е изд. М.: Спарк, 2000. С. 615 - 628.)

Оба документа имеют локальный характер и регламентируют организацию судебно-экспертной работы только в одном учреждении - в Центре им. Сербского. Вместе с тем они, в отличие от общероссийских нормативных актов по судебной психиатрии, принятых в 70 - 80-е гг., учитывают происшедшие за это время изменения российского законодательства, в частности изменения, обусловленные вступлением в силу с 1 января 1997 г. нового УК РФ.

7. Сомнение в психической полноценности участвующего в деле лица, являющееся фактическим основанием назначения большинства судебно-психиатрических экспертиз, представляет собой предположение дознавателя, следователя, прокурора, суда или судьи о наличии у этого лица психического расстройства. Чтобы стать основанием для назначения экспертизы, сомнение в психической полноценности должно быть обоснованным, т.е. действительно вызываться установленными в ходе производства по делу фактическими обстоятельствами.

В качестве обстоятельств такого рода выступают прежде всего данные, согласно которым участник процесса в прошлом уже обследовался психиатром, и последний диагностировал психическое расстройство. Это могут быть сведения о том, что лицо состояло ранее (или состоит и поныне) под наблюдением участкового психиатра, госпитализировалось и лечилось в психиатрической больнице, признавалось по психическому заболеванию негодным к военной службе, признавалось по другому делу невменяемым, находилось на принудительном психиатрическом лечении и т.п.

Ко второй группе обстоятельств, ставящих под сомнение психическую полноценность участника процесса, относятся данные об особенностях его поведения, которые являются возможными свидетельствами психической болезни. Речь идет о странном, неадекватном ситуации поведении (нелепых высказываниях и поступках, немотивированных приступах возбуждения и т.п.) либо о проявлениях психического расстройства (например, припадках), понимание болезненного характера которых не требует медицинских знаний. Отмеченные особенности поведения могут относиться как ко времени совершения общественно опасного деяния, сделки или иного юридического действия, в связи с которым ведется судопроизводство,



так и к более раннему периоду жизни данного лица.

Сведения о странности в поведении гражданина могут содержаться в показаниях участвующих в деле лиц или в ходатайствах о назначении судебно-психиатрической экспертизы. Странности в поведении субъекта процесса могут непосредственно наблюдать дознаватель, следователь, прокурор и судья в ходе следственных (судебных) действий. Наконец, сам участник процесса может сообщить лицу или органу, ведущему производство по делу, о своих болезненных переживаниях - об испытываемых им зрительных или слуховых галлюцинациях, необычных ощущениях и пр. Странности в поведении и жалобы на состояние собственного психического здоровья особенно важны, когда гражданин ранее не попадал в поле зрения психиатра. Например, его заболевание носило скрытый (латентный) характер или началось совсем недавно.

8. По сложившейся практике обязательной считается судебно-психиатрическая экспертиза обвиняемого, если ему инкриминируется преступление, за которое в качестве меры наказания предусмотрена смертная казнь. По таким делам требуется тщательно выяснить все обстоятельства, характеризующие личность виновного, включая возможное наличие у него психического расстройства, способного обусловить невменяемость (ст. 21 УК) или "ограниченную вменяемость" (ст. 22 УК).

9. Каждая назначаемая судебно-психиатрическая экспертиза должна быть тщательно подготовлена следователем (прокурором, судом). От качества подготовительной работы во многом зависят полнота и всесторонность экспертного исследования, надежность экспертных выводов. Ряд необходимых для успешного проведения экспертизы действий вправе совершать только орган, назначающий экспертизу, который не может перелгать их на экспертов. В частности, эксперты неправомочны самостоятельно собирать материалы, подлежащие исследованию.

Если среди фактических оснований назначения экспертизы фигурируют сведения о нахождении лица под психиатрическим наблюдением, то необходимо истребовать из соответствующих психиатрических учреждений медицинскую документацию. В первую очередь - из психоневрологического диспансера (кабинета) по месту жительства данного лица, а также из других учреждений, в которых ему оказывалась ранее психиатрическая помощь (психиатрических больниц, стационарных психиатрических отделений и пр.). Истребуются также документы из наркологических учреждений (диспансеров и больниц), если имеются сведения, что гражданин проходил в них лечение от алкоголизма или наркомании. В ряде случаев полезной для психиатров-экспертов бывает медицинская документация учреждений общесоматического профиля. Например, гражданин мог быть госпитализирован в общесоматическую больницу в связи с тяжелым заболеванием головного мозга (энцефалит, менингит, инсульт, травма черепа и пр.). Записи врачей соответствующей специальности (врачей - не психиатров) отражают обычно все сколько-нибудь значительные проявления такой болезни, в том числе нарушения психики. Истребованию подлежат подлинники медицинских документов в полном объеме (амбулаторная карта, история болезни и пр.). Копии этих документов, отдельные выписки из них истребуются лишь тогда, когда сам документ в силу объективных причин не может быть представлен.

Помимо собирания медицинских документов необходим допрос лиц, знавших данного гражданина, об особенностях его поведения. Это особенно важно в случаях, когда гражданин ранее не наблюдался у психиатра, а основанием для назначения судебно-психиатрической экспертизы послужили странности в его поведении. Однако и в случаях, когда гражданин уже обращался за психиатрической помощью и даже длительное время находился под психиатрическим наблюдением, такой допрос тоже необходим.

Собирая указанные сведения, повышенное внимание следует уделить периоду, относящемуся к совершению преступления, сделки или иного юридического действия, по поводу которого ведется производство данного уголовного или гражданского дела. Показания относительно поступков, высказываний, внешнего вида субъекта в указанный период должны быть собраны как можно более полно. Это позволит выявить возможные свидетельства нарушенной ориентации лица в окружающей обстановке, недостаточного понимания им происходящего, утраты самоконтроля. Нужно установить, не было ли у этого человека состояний немотивированного страха, растерянности, не был ли он чрезмерно пассивным, безучастным к происходящему, полностью подчиняемым действиям других лиц и пр.

Странности и нелепости в поведении лица, наблюдаемые во время следственных (судебных) действий, должны быть кратко отражены в протоколе этого действия, а также в постановлении (определении) о назначении экспертизы.

10. При экспертизе подозреваемых и обвиняемых на предварительном следствии необходимо руководствоваться требованиями ч. 3 ст. 404 УПК, согласно которой "направление лица на судебно-психиатрическую экспертизу допускается лишь при наличии достаточных данных, что именно это лицо совершило общественно опасное деяние, по поводу которого возбуждено уголовное дело и ведется расследование".

11. Подготовив все необходимое для экспертизы, дознаватель, следователь, прокурор, судья выносят постановление, а суд - определение о ее назначении. Постановление (определение) является обязательным процессуальным документом, который служит юридическим основанием проведения экспертизы и не может быть заменен другим (сопроводительным письмом, списком вопросов эксперту и т.п.).

В постановлении (определении) должно быть указано, кто и когда назначил экспертизу; основания ее назначения (обстоятельства, вызвавшие сомнения в психической полноценности); фамилия, имя, отчество лица, направляемого на экспертизу, и его процессуальное положение; эксперты или экспертное учреждение, которым поручено проведение экспертизы; вопросы, поставленные на разрешение экспертов; материалы, представленные в распоряжение экспертов; вид экспертизы (способ ее производства) - амбулаторная,

стационарная, заочная и пр.

В случаях, когда в постановлении (определении) отсутствуют необходимые данные или реквизиты, вследствие чего невозможно определить, кто назначил экспертизу, по какому делу и в отношении какого лица, кому она поручена и какова суть порученного экспертам задания, последние обязаны немедленно заявить перед органом, назначившим экспертизу, ходатайство о внесении в названный документ соответствующих изменений. Если ходатайство не будет удовлетворено, то эксперты должны письменно сообщить следователю (суду), что экспертиза не состоялась, и вернуть все присланные материалы без исполнения. До получения постановления (определения), а также до удовлетворения упомянутого ходатайства никакие экспертные действия (исследование материалов, прием испытуемого и пр.) проводиться не должны.

12. При назначении экспертизы судом участники судебного разбирательства вправе обсуждать обстоятельства, относящиеся к предстоящей экспертизе (необходимость ее назначения, выбор экспертов или экспертного учреждения, материалы и объекты экспертного исследования и пр.). Участники судебного разбирательства вправе представить свои вопросы эксперту. Окончательно круг вопросов определяется судом. Отклонение им каких-либо из представленных вопросов должно быть мотивировано (ст. 288 УПК; ст. ст. 74, 75 ГПК).

13. На предварительном расследовании постановление о назначении экспертизы составляется дознавателем, следователем, прокурором. Обвиняемый должен быть ознакомлен с постановлением. Он вправе реализовать свои права, предусмотренные ст. 185 УПК, а именно: заявить отвод эксперту, просить о назначении эксперта из числа указанных им лиц, представить экспертам дополнительные вопросы. Однако постановление о назначении судебно-психиатрической экспертизы не объявляется обвиняемому, если его психическое состояние делает это невозможным.

О невозможности по психическому состоянию обвиняемого производить с его участием следственные действия следователь обязан составить протокол (ч. 4 ст. 404 УПК). Если по этой причине обвиняемый не знакомится с постановлением о назначении судебно-психиатрической экспертизы, то с постановлением следует ознакомить защитника, участие которого в таком деле обязательно (ст. 405 УПК).

14. В соответствии с процессуальным законодательством судебно-психиатрическую экспертизу можно поручить любому лицу, обладающему для этого необходимыми познаниями. Таким лицом может быть только врач-психиатр. Однако судебно-психиатрическая экспертиза обладает немалой спецификой по сравнению с обычным психиатрическим освидетельствованием пациента. Специфика проявляется в предмете исследования, его методах, порядке проведения, в оформлении результатов. Поэтому производство судебно-психиатрической экспертизы поручают обычно психиатрам специализированных судебно-психиатрических экспертных учреждений.

15. В качестве такого рода учреждений выступают судебно-психиатрические экспертные комиссии (СПЭК) и судебно-психиатрические экспертные отделения, организуемые при психиатрических учреждениях общего профиля - больницах и диспансерах.

Судебно-психиатрические экспертные комиссии подразделяются на амбулаторные и стационарные. Некоторые СПЭК правомочны проводить как амбулаторные, так и стационарные экспертизы ("смешанные" комиссии). Персональный состав СПЭК утверждается местным органом управления здравоохранением по подчиненности учреждения, в котором организована данная экспертная комиссия. Например, состав СПЭК при областной психиатрической больнице утверждается областным департаментом (управлением, отделом) здравоохранения.

Для производства стационарных экспертиз при психиатрических учреждениях открываются специализированные судебно-психиатрические экспертные отделения. Одна их часть предназначена для лиц, содержащихся под стражей ("стражные" отделения), другая - для прочих испытуемых ("бесстражные" отделения). Пребывание лиц, не заключенных под стражу, в отделениях первого типа, равно как и пребывание арестованных в "бесстражном" отделении, запрещено. Направляемые на стационарную экспертизу потерпевшие и свидетели по уголовным делам, а также все лица, подвергаемые стационарной психиатрической экспертизе в гражданском судопроизводстве, могут помещаться также в общие (неэкспертные) отделения и палаты того психиатрического учреждения, в котором имеется стационарная СПЭК.

В последнее время многие психиатрические учреждения организуют свою амбулаторную судебно-экспертную службу тоже в форме специализированного отделения, функционирующего на правах самостоятельного структурного подразделения данного учреждения. Кадровый состав специализированных судебно-экспертных отделений как амбулаторных, так и стационарных, все чаще комплектуется путем принятия врачей и других специалистов (например, психологов) на постоянную экспертную должность. Этот способ комплектования постепенно вытесняет прежний, основанный на ежегодном персональном утверждении состава СПЭК органами управления здравоохранением. К тому же он в большей степени, чем прежний, соответствует требованиям действующего трудового законодательства.

В связи с этим само понятие "судебно-психиатрическая экспертная комиссия" постепенно приобретает в судебной психиатрии общепринятый (среди юристов и судебных экспертов других специальностей) смысл, а именно: комиссия судебных экспертов, проводящих порученную им конкретную экспертизу.

Решение об организации или закрытии судебно-психиатрического экспертного учреждения (отделения или комиссии) принимается органом управления здравоохранением субъекта Российской Федерации (республики в составе РФ, края, области, городов Москвы и Санкт-Петербурга, автономной области,

автономного округа).

16. Работа судебно-психиатрических экспертных учреждений организована по зональному (зонально-территориальному) принципу. Экспертное учреждение обслуживает органы предварительного расследования и суды определенной территории. Как правило, это территория того субъекта Российской Федерации, органы управления здравоохранением которого организовали данное экспертное учреждение. Но некоторые из них обслуживают также правоохранные органы других территорий. Перечень таких экспертных учреждений утверждается Минздравом РФ по предварительному согласованию с федеральными правоохранными органами и с учетом мнений и пожеланий представителей соответствующих территорий.

17. Помимо перечисленных выше экспертных комиссий и отделений функции судебно-психиатрических экспертных учреждений исполняют региональные центры судебной психиатрии и Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского. Региональные центры создаются на базе крупных психиатрических учреждений, имеющих в своей структуре стационарное экспертное отделение для лиц, содержащихся под стражей, и амбулаторную экспертную комиссию. Такие центры призваны быть не только экспертными, но и методическими учреждениями для достаточно обширного региона, включающего, как правило, несколько областей.

Центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского осуществляет функции практического экспертного учреждения, а также научно-методического центра по судебной психиатрии. Он расположен в Москве и подчинен Минздраву РФ. Здесь проводятся как первичные экспертизы (прежде всего стационарные экспертизы для Москвы и Московской области), так и наиболее сложные экспертизы для остальных регионов России.

18. Экспертные заключения сотрудников региональных центров и ГНЦ им. В.П. Сербского не имеют каких-либо преимуществ по сравнению с экспертными заключениями обычных СПЭК. Встречающиеся иногда утверждения, будто заключения сотрудников названных центров обладают большей доказательственной силой, отменяют заключения других экспертов и т.п., не основаны на законе. Никакие доказательства для суда, прокурора, следователя и лица, производящего дознание, "не имеют заранее установленной силы" (ч. 2 ст. 71 УПК; ч. 2 ст. 56 ГПК). При наличии в деле нескольких экспертных заключений с противоречащими друг другу выводами орган, ведущий производство, обязан оценить каждое из них по существу (см. п. 29 комментария к настоящей статье). В результате такой оценки могут оказаться отвергнутыми заключения сотрудников регионального центра или Центра им. В.П. Сербского, а в основу процессуального решения будет положено заключение областной СПЭК.

19. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (ст. ст. 12 и 13) предусматривают возможность организации судебно-экспертных учреждений медицинского профиля лишь в составе государственной и муниципальной систем здравоохранения. Следовательно, организация частных судебно-психиатрических экспертных учреждений не соответствует действующему российскому законодательству.

20. Процессуальное законодательство допускает производство судебной экспертизы как в экспертном учреждении, так и вне его (ст. ст. 187 и 189 УПК). Порядок ее проведения в обоих случаях различен. В первом случае постановление (определение) и необходимые для экспертизы материалы направляются руководителю экспертного учреждения. Тот поручает ее производство своим сотрудникам. Функции руководителя экспертного учреждения в судебной психиатрии могут выполнять председатель СПЭК, руководитель (заведующий) экспертного отделения, заместитель главного врача больницы или диспансера по экспертной работе, сам главный врач (директор) психиатрического учреждения, в составе которого организована СПЭК.

При проведении экспертизы вне экспертного учреждения следователь (суд) после вынесения постановления (определения) о назначении экспертизы вызывает лицо, которому она поручается, удостоверяется в его личности, специальности и компетентности, устанавливает его отношение к участникам процесса, а также проверяет, нет ли оснований к отводу эксперта. Затем ему вручается постановление следователя (или определение суда) о назначении экспертизы, разъясняются права и обязанности эксперта, он предупреждается об ответственности за заведомо ложное заключение. При выяснении компетентности врача, привлекаемого в качестве психиатра-эксперта, необходимо установить, соответствует ли его врачебная специальность поручаемому экспертному заданию и достаточны ли его профессиональные знания и опыт для ответа на поставленные вопросы. Следует помнить, что по конкретному делу эти вопросы могут быть весьма специфическими и решить их может далеко не каждый врач-психиатр.

21. УПК и ГПК наделяют судебного эксперта процессуальными правами и возлагают на него процессуальные обязанности. Основной обязанностью эксперта-психиатра является исследование предоставленных ему объектов и материалов, включая психиатрическое освидетельствование испытуемого, и дача объективного заключения по вопросам, поставленным органом, ведущим производство по делу.

Кроме того, эксперт-психиатр обязан:

- явиться по вызову органа, назначившего экспертизу (ст. 82 УПК; ст. 76 ГПК);
- заявить самоотвод при наличии оснований, указанных в законе (ст. ст. 59, 61, 67 УПК; ст. ст. 20, 22 ГПК);
- сообщить в письменном виде о невозможности дать экспертное заключение, если поставленные вопросы выходят за пределы специальных познаний эксперта или представленные ему материалы недостаточны для дачи заключения (ст. 82 УПК; ст. 76 ГПК);
- не разглашать данные предварительного расследования без разрешения органа дознания, следователя,

прокурора (ст. 139 УПК).

За неисполнение или ненадлежащее исполнение перечисленных обязанностей эксперт несет юридическую ответственность - дисциплинарную и уголовную. Уголовная ответственность наступает за разглашение данных предварительного расследования (ст. 310 УК), а также за заведомо ложное экспертное заключение (ст. 307 УК). Эксперт, давший неверное заключение вследствие небрежности, выбора неправильной методики исследования и тому подобных причин, уголовной ответственности не подлежит, но может быть привлечен к дисциплинарной ответственности.

При производстве экспертизы эксперт-психиатр вправе:

- знакомиться с материалами дела, относящимися к предмету экспертизы (ст. 82 УПК; ст. 76 ГПК);
- ходатайствовать о предоставлении ему дополнительных материалов, необходимых для дачи заключения (ст. 82 УПК; ст. 76 ГПК);
- присутствовать с разрешения следователя или суда при производстве следственных (судебных) действий и задавать допрашиваемым вопросы, относящиеся к предмету экспертизы (ст. ст. 82, 288 УПК; ст. 76 ГПК);
- совещаться с другими экспертами при производстве комиссионной экспертизы (ст. 80 УПК; ст. 75 ГПК);
- указывать в своем заключении на обстоятельства, по поводу которых не были поставлены вопросы органом, назначившим экспертизу, при условии, что эти обстоятельства имеют значение для дела и их установление входит в компетенцию эксперта (ст. ст. 191, 288 УПК; ст. 77 ГПК). Отмеченное правомочие именуется правом экспертной инициативы.

Перечисленные основные права и обязанности судебного эксперта распространяются на любого эксперта-психиатра, проводящего экспертизу, независимо от того, проводится ли она в экспертном учреждении или вне его, экспертом единолично или в составе экспертной комиссии и т.д. Принадлежащие эксперту процессуальные права реализуются им независимо от мнения следователя, суда или иных участников процесса. Так, письменное сообщение эксперта-психиатра, что заключение дать невозможно, поскольку вопросы суда выходят за пределы специальных психиатрических познаний, не требует предварительного согласия на это суда или одобрения им занятой экспертом позиции.

22. На психиатра-эксперта распространяются общие основания для отвода судебного эксперта (ст. ст. 59, 67 УПК; ст. ст. 17, 20 ГПК). Эксперт-психиатр подлежит отводу, если он по данному делу является участником процесса, родственником кого-то из участников процесса либо если он находится от указанных лиц (т.е. следователя, прокурора, судьи, обвиняемого, потерпевшего, истца, ответчика и т.д.) в служебной или иной зависимости. Не может быть экспертом лицо, участвовавшее в данном деле в качестве специалиста. Не могут проводить по данному делу экспертизу эксперты, состоящие в родстве между собой. Эксперт подлежит отводу и в случае, если обнаружится его некомпетентность.

Отвод эксперту может быть заявлен участниками процесса. Если основания для отвода известны самому эксперту, он заявляет самоотвод. Окончательно вопрос об отводе в обоих случаях решается лицом (органом), который поручает экспертизу данному специалисту. Вопрос об отводе лица, уже назначенного по делу экспертом, решается лицом или органом, производившим это назначение.

23. Важное значение имеет правильный выбор вида (способа производства) экспертизы. Все судебно-психиатрические экспертизы подразделяются на амбулаторные, стационарные, в кабинете следователя, в суде, заочные и посмертные.

Амбулаторная экспертиза складывается из изучения материалов дела с приобщенной к ним медицинской документацией (если таковая имеется) и непродолжительного (в течение рабочего дня экспертов) психиатрического обследования испытуемого. При амбулаторной экспертизе отсутствует длительное медицинское наблюдение за испытуемым.

Стационарная экспертиза заключается в длительном наблюдении за подэкспертным в условиях психиатрического стационара ("на больничной койке"). При стационарной экспертизе помимо клинических применяются также лабораторные и инструментальные методы исследования.

Экспертиза в кабинете следователя состоит в однократном психиатрическом обследовании испытуемого и (или) изучении материалов дела экспертом. Экспертизу в кабинете следователя необходимо отличать от консультирования следователей судебными психиатрами. Консультирование - внепроцессуальное действие, и на него не распространяются законодательные нормы, регулирующие порядок производства судебной экспертизы.

Экспертиза в суде (в судебном заседании) проводится обычно в случаях, когда судебно-психиатрическая экспертиза данного лица уже проводилась на предварительном следствии либо проводилась по поручению суда, но в медицинском учреждении. Первичные судебно-психиатрические экспертизы в суде возможны, хотя на практике встречаются редко.

Заочные экспертизы проводятся без психиатрического освидетельствования лица и базируются на изучении материалов дела. Их назначают тогда, когда гражданин по тем или иным причинам не может быть освидетельствован экспертами (например, находится вне пределов Российской Федерации). Заочные экспертизы в отношении умершего лица именуется посмертными.

Впервые по делу целесообразно назначать амбулаторную экспертизу. Стационарные экспертные исследования необходимы, по сути, лишь тогда, когда эксперты убеждены, что амбулаторных исследований для дачи ответов на поставленные вопросы недостаточно. Первичная стационарная экспертиза в принципе возможна, но необходимость в ней должна быть вызвана действительно вескими причинами и основательно мотивирована в постановлении (определении) о ее назначении. В каждом таком случае следователю (суду) целесообразно предварительно проконсультироваться с экспертами. Но если по делу назначена

стационарная экспертиза, то эксперты самостоятельно не могут ограничиться проведением амбулаторной. Направление в ходе предварительного расследования на стационарную экспертизу обвиняемого или подозреваемого, не содержащегося под стражей, допускается только с санкции прокурора (ст. 188 УПК).

24. Амбулаторные, стационарные, заочные и посмертные судебно-психиатрические экспертизы проводятся комиссиями экспертов, состоящими не менее чем из трех психиатров: председателя комиссии, члена комиссии, врача-докладчика. В отдельных случаях, когда в силу уважительных причин комиссию из трех психиатров создать нельзя, амбулаторная экспертиза может проводиться двумя и даже одним экспертом (п. 18 Инструкции о производстве судебно-психиатрической экспертизы в СССР). Экспертизы в кабинете следователя и в суде, как правило, единоличны.

При проведении комиссионной судебной экспертизы на каждого ее члена распространяются все процессуальные права и обязанности судебного эксперта без каких-либо изъятий, независимо от места, занимаемого психиатром в составе комиссии (председатель, член комиссии, докладчик), и от его должности.

25. Началом экспертизы следует считать момент поступления в распоряжение экспертов или в экспертное учреждение постановления (определения) о ее назначении и материалов, необходимых для исследования.

Экспертизу следует считать оконченной, когда полностью оформленное и подписанное экспертами заключение направляется органу, по поручению которого она проводилась. Срок амбулаторной экспертизы, исчисляемый по указанным выше правилам, не может превышать 20 дней (п. 13 Положения об амбулаторной судебно-психиатрической экспертной комиссии). В него не включаются затраты времени, связанные с предоставлением экспертам дополнительных материалов, несвоевременным прибытием (доставкой) испытуемого, а также иные задержки, допущенные не по вине экспертов.

При стационарной экспертизе время нахождения испытуемого в стационаре не должно превышать 30 дней. Но при необходимости (сложность экспертного случая, потребность в дополнительных материалах или исследованиях) он может быть продлен. Экспертное решение может быть вынесено и до истечения 30 дней, если эксперты сумели провести все требуемые исследования за более короткий период. Время, отпущенное экспертам стационарных СПЭЖ на составление заключения, ни законом, ни подзаконными актами не установлено. Если время, затрачиваемое на это экспертами конкретного учреждения, не удовлетворяет правоохранительные органы, оно определяется соглашением между экспертами и этими органами. В срок амбулаторной и стационарной экспертизы не включается время ожидания экспертизы (время нахождения в очереди в экспертное учреждение).

26. Если в процессе стационарной экспертизы возникает необходимость психиатрического лечения испытуемого, то оно осуществляется в соответствии с рассматриваемым Законом (ст. ст. 11, 12 Закона и комментарий к ним), поскольку процессуальное законодательство, регулирующее вопросы проведения судебных экспертиз, не содержит на этот счет никаких указаний.

Принудительное направление лица на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу (что допустимо при экспертизе обвиняемого, подозреваемого, подсудимого и лица, в отношении которого решается вопрос о признании его недееспособным) не является достаточным основанием для недобровольного лечения.

Лечение не входит в круг задач, решаемых экспертами-психиатрами в рамках порученного им экспертного задания. Поэтому в каждом случае необходимости лечения испытуемого без его согласия требуется, чтобы: а) состояние его психического здоровья соответствовало хотя бы одному из критериев, предусмотренных ст. 29 Закона в качестве оснований для недобровольной госпитализации; б) была соблюдена процедура, предусмотренная ст. ст. 33 - 35 Закона для оформления такой госпитализации. В частности, обязательно получение санкции судьи по месту нахождения экспертного учреждения (а не судьи, суда или иного органа, назначившего данную экспертизу). Тем самым на подэкспертного распространяется правовое положение лица, госпитализированного в недобровольном порядке. Это дает возможность подвергнуть его недобровольному лечению. Вопрос о применении такого лечения решается в соответствии с ч. 4 ст. 11 Закона, т.е. по решению комиссии врачей-психиатров стационара, в который помещен испытуемый, кроме неотложных случаев (см. комментарий к ст. 11).

27. После завершения необходимых исследований эксперт (или эксперты) составляет письменное заключение. Оно является одним из доказательств по уголовному и гражданскому делу. Процессуальное законодательство упоминает в перечне доказательств "заключение эксперта" (ч. 2 ст. 69 УПК) и "заключение экспертов" (ч. 2 ст. 49 ГПК).

Процессуальный закон предъявляет к экспертному заключению ряд обязательных требований (ст. 191 УПК; ст. 77 ГПК). Развивая и детализируя эти общие требования применительно к судебно-психиатрическому экспертному заключению, ведомственные нормативные акты предусматривают следующее.

Составляемый экспертами-психиатрами документ именуется чаще "актом судебно-психиатрической экспертизы". Он состоит из пяти частей: введения; сведений о прошлой жизни испытуемого (анамнез); описания его физического, неврологического и психического состояния; мотивировочной части; заключения.

Во вводной части указываются: наименование документа, его номер и дата составления; вид экспертизы (амбулаторная, стационарная, заочная и пр.); фамилия, имя, отчество испытуемого и год его рождения; статьи Уголовного кодекса, по которым обвиняется испытуемый, с краткой характеристикой инкриминируемых ему деяний - для обвиняемого (либо дается краткая характеристика дела, в рамках которого назначена экспертиза, - для прочих испытуемых); наименование медицинского учреждения или другого места, в котором проводилась экспертиза; сведения об эксперте (экспертах) - должность, врачебная категория, а также ученая степень или ученое звание, если они имеются; данные о том, кто, когда и в связи с

чем назначил экспертизу; сведения о лицах, присутствовавших при ее производстве; вопросы, поставленные перед экспертами.

В анамнезе отражаются существенные, с точки зрения психиатра-эксперта, данные о прошлой жизни испытуемого (патологическая наследственность, особенности формирования личности, сведения о перенесенных заболеваниях, наличии в прошлом психического расстройства, его диагнозе и видах оказывавшейся медицинской помощи и пр.). Эксперты должны указать источник приведенных в акте анамнестических данных, например: сведения взяты со слов испытуемого, почерпнуты из протоколов допросов свидетелей (при этом указываются фамилии свидетелей, даются ссылки на соответствующие листы материалов дела).

В третьем разделе (описание физического, неврологического и психического состояния), часто именуемом для краткости "статусом", описываются данные наружного осмотра испытуемого, состояние его внутренних органов, признаки поражения центральной нервной системы, приводятся результаты лабораторных исследований, иные данные, полученные при проведении экспертизы. Описание психического состояния испытуемого во время производства экспертизы включает в себя данные об ориентировке испытуемого в месте, во времени, в окружающей обстановке, собственной личности, о его доступности контакту, об особенностях его поведения, по которым можно судить о состоянии психической сферы (восприятия, мышления, памяти, эмоционально-волевой сферы). Выявленные при этом признаки психического расстройства (симптомы, синдромы) должны быть описаны подробно и четко.

Мотивировочная и заключительная части акта состоят из выводов, содержащих ответы на поставленные перед экспертами вопросы, и обоснования этих выводов. Здесь же приводятся выводы, сформулированные экспертами в порядке реализации ими права экспертной инициативы. В случае выявления у испытуемого психического расстройства сначала дается развернутый медицинский диагноз и лишь затем - судебно-психиатрическая оценка, например: испытуемый страдает хроническим психическим заболеванием в форме шизофрении, которое не позволяло ему во время совершения сделки понимать значение своих действий и руководить ими.

Экспертное заключение должно быть написано языком, понятным лицам, не обладающим психиатрическими познаниями, а специальная терминология - по возможности разъясняться. Акт (заключение) подписывается всеми экспертами, проводившими экспертизу. Эксперт или эксперты, не согласные с мнением остальных членов экспертной комиссии, составляют отдельное заключение (ч. 2 ст. 80 УПК; ч. 3 ст. 75 ГПК). Оно также направляется органу, назначившему экспертизу.

28. Экспертные выводы не должны выходить за пределы специальных познаний экспертов. Наиболее часто эксперты-психиатры дают заключение о психическом состоянии лица с точки зрения наличия или отсутствия у него психического расстройства, имеющего юридическое значение. Эксперты не могут решать юридических вопросов, таких, как освобождение невиняемого от уголовной ответственности или достоверность либо недостоверность свидетельских показаний. Решение таких вопросов находится в исключительной компетенции органа, ведущего производство по делу, и прежде всего суда.

29. Экспертное заключение подлежит оценке органом, назначившим экспертизу, по общим правилам оценки судебных доказательств. Дознаватель, следователь, прокурор, судьи оценивают любое доказательство по своему внутреннему убеждению в совокупности с другими доказательствами (ст. 71 УПК; ст. 56 ГПК). В процессе оценки указанные лица обязаны проверить не только юридическую сторону экспертного исследования и заключения (например, соблюдение процессуально-правового порядка производства экспертизы), но и предметно-специальную (полнота проведенных исследований, научная обоснованность примененных экспертами методов, обоснованность экспертных выводов и пр.). Экспертные выводы не обязательны для органа, ведущего производство по уголовному или гражданскому делу. Он может согласиться с экспертными выводами или отвергнуть их, а также назначить дополнительную или повторную экспертизу. Однако несогласие с выводами экспертов должно быть мотивировано.

30. Дополнительная экспертиза назначается в случае неполноты либо недостаточной ясности прежнего экспертного заключения (ч. 1 ст. 81 УПК; ч. 1 ст. 181 ГПК). Она может быть поручена как тем же, так и другим экспертам.

Повторная экспертиза назначается в случае необоснованности или сомнений в правильности предыдущего экспертного заключения (ч. 2 ст. 81 УПК; ч. 2 ст. 181 ГПК). Она поручается только другим экспертам.

31. В ряде случаев оценить экспертное заключение, а также устранить возникающие в ходе его оценки сомнения помогает допрос эксперта (ст. ст. 192, 289 УПК; ст. 180 ГПК). С помощью допроса можно дополнить экспертное заключение при условии, что это не потребует от эксперта новых исследований (иначе необходима дополнительная экспертиза).

32. Экспертное заключение наряду с другими доказательствами служит фактическим основанием для принятия дознавателем, следователем, прокурором, судьей и судом процессуальных решений - постановления, определения, приговора. Причем только суд может признать гражданина невиняемым, освободить от уголовной ответственности и применить к нему принудительные меры медицинского характера. Только суд правомочен признать гражданина недееспособным. Эксперты-психиатры не обладают правом вынесения по уголовному или гражданскому делу обязательных для исполнения властных решений.

33. Жалобы и ходатайства лиц, не согласных с выводами экспертов-психиатров, подаются и разрешаются в порядке, установленном УПК и ГПК. Нормы раздела VI настоящего Закона в этих случаях не применяются.

34. 2 июня 2001 г. вступил в силу Федеральный закон "О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации" (СЗ РФ. 2001. N 23. Ст. 2291; далее - Закон). Это первый в России законодательный акт подобного рода. Он регламентирует вопросы организации судебных экспертиз всех видов, включая судебно-психиатрическую, в государственных судебно-экспертных учреждениях. Закон содержит положения, относящиеся к задачам и принципам организации и производства судебных экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях; системе этих учреждений; их финансовому, организационному, научно-методическому и информационному обеспечению; понятию государственного судебного эксперта и предъявляемым к нему профессиональным и квалификационным требованиям.

Ряд статей Закона посвящен правам и обязанностям судебных экспертов, работающих в государственных судебно-экспертных учреждениях; правам и обязанностям руководителей указанных учреждений; особенностям организации производства судебных экспертиз в этих учреждениях, например, одним экспертом, комиссией экспертов одной специальности, комиссией экспертов разных специальностей (комплексная экспертиза) и пр. Закон содержит также требования, предъявляемые к экспертному заключению, и перечисляет обязательные структурные элементы его содержания.

В роли государственных судебно-психиатрических экспертных учреждений, как уже говорилось, выступают специализированные судебно-экспертные подразделения государственных психиатрических учреждений общего профиля (диспансеров и больниц), находящихся в ведении органов здравоохранения. Новый Закон вносит важное уточнение: медицинские учреждения других министерств и ведомств организовывать и проводить у себя судебно-психиатрические экспертизы не вправе (ч. 5 ст. 11 Закона).

35. Закон содержит ряд новых положений, касающихся судебных экспертиз медицинского профиля. Так, согласно ч. 3 ст. 18 Закона в производстве судебной экспертизы не может участвовать врач, ранее оказывавший лицу, проходящему экспертизу, медицинскую помощь. Указанный запрет распространяется как на очные, так и на заочные экспертизы.

Введение такого запрета объясняется тем, что, во-первых, врач, ранее оказывавший лицу медицинскую помощь ("лечащий врач испытуемого"), в известной мере связан своими прежними диагностическими и иными медицинскими квалификациями; во-вторых, в ходе экспертизы могут вскрыться ошибки и упущения лечащего врача, что делает его лично заинтересованным в результатах экспертизы и небезразличным к экспертным выводам; в-третьих, лечащий врач вступает в весьма доверительные отношения с пациентом и его близкими, ожидающими от врача, что тот в любом случае будет защищать исключительно интересы пациента.

В результате на лечащего врача, если он привлечен в качестве судебного эксперта по делу своего пациента, был бы возложен слишком тяжелый груз психологических и этических проблем, препятствующих объективности подхода к данному экспертному случаю. Поэтому лечащий врач испытуемого подлежит отводу как судебный эксперт.

36. Глава IV Закона посвящена особенностям производства судебных экспертиз в отношении живых лиц. Основное отличие указанных экспертиз от прочих в том, что экспертному исследованию непосредственно подвергается человек (живое лицо). Это поднимает ряд специфических вопросов, прежде всего связанных с необходимостью соблюдения основных прав и свобод человека в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права и Конституцией РФ. Гарантии защиты прав человека должны соответствовать конституционным и международно-правовым требованиям независимо от вида судопроизводства и процессуального положения лица, подвергаемого экспертизе.

Большинство экспертиз рассматриваемой категории составляют ныне судебно-психиатрические экспертизы.

37. Много норм и статей главы IV Закона посвящено стационарным судебно-психиатрическим экспертизам. Пребывание в психиатрическом стационаре по степени накладываемых ограничений приравнивается к лишению свободы или рассматривается как его разновидность. Поэтому помещение лица в психиатрический стационар для проведения судебной экспертизы допустимо лишь по решению суда или судьи (даже на предварительном следствии). Правда, эта норма Закона (ч. 3 ст. 29) вступит в силу только после приведения УПК в соответствие с российской Конституцией, которая относит к исключительной компетенции суда все вопросы, связанные с лишением гражданина свободы на срок свыше 48 часов (ст. 22 Конституции РФ). Более подробно порядок помещения лиц в психиатрический стационар для прохождения судебной экспертизы регулируется процессуальным законодательством.

Статья 30 Закона регламентирует сроки пребывания лица в медицинском стационаре. Для производства судебно-психиатрической экспертизы лицо может быть помещено в стационар на срок до 30 дней. При необходимости срок может быть продлен по ходатайству эксперта (комиссии экспертов) постановлением районного суда по месту нахождения стационара еще на 30 дней. В исключительных случаях допускается повторное продление срока в том же порядке. Общий срок пребывания лица в стационаре в рамках одной экспертизы не может превышать 90 дней.

Стационарные экспертизы могут проводиться только в государственных медицинских учреждениях (ст. 9 Закона). Доставка лица на экспертизу в медицинское учреждение обеспечивается лицом или органом, назначившим ее (ч. 3 ст. 27 Закона). В соответствии с ч. 1 ст. 33 Закона обеспечение безопасности и охрана судебно-психиатрических экспертных стационаров для лиц, содержащихся под стражей, возлагается на органы, обеспечивающие безопасность и охрану мест содержания под стражей, т.е. на подразделения Главного управления исполнения наказаний Минюста РФ.

38. Впервые на законодательном уровне установлены правила, касающиеся методов экспертного

исследования при производстве экспертизы живых лиц и гарантий прав этих лиц в ходе проведения исследований (ст. ст. 31 и 35 Закона). Запрещаются, в частности: незаконные способы получения от лица, подвергнутого экспертизе, каких-либо сведений (путем обмана, угроз и пр.); все медицинские испытания и биомедицинские эксперименты; методы исследования, сопряженные с сильными болевыми ощущениями или способные отрицательно повлиять на здоровье, методы оперативного вмешательства и все методы, запрещенные законом к применению в практике здравоохранения.

Медицинская помощь лицу во время прохождения им экспертизы может оказываться только по основаниям и в порядке, установленном законодательством о здравоохранении. Лицо, в отношении которого производится экспертиза, должно быть информировано в доступной для него форме о применяемых методах исследования, включая альтернативные, возможных болевых ощущениях и побочных явлениях (ч. 1 ст. 35 Закона).

Закон содержит важную законодательную новеллу: эксперт не может быть допрошен по поводу получения им от лица, в отношении которого он проводил экспертизу, сведений, не относящихся к предмету данной экспертизы (ч. 5 ст. 31 Закона).

39. До настоящего времени судебно-психиатрические экспертизы в гражданском процессе экспертами государственных судебно-психиатрических экспертных учреждений проводились, как правило, бесплатно (за отдельными редкими исключениями). Новый Закон (ч. 3 ст. 37) предоставил право государственным судебно-экспертным учреждениям взимать плату за производство экспертиз по гражданским делам. Появление данной нормы должно повлечь за собой увеличение числа платных судебно-психиатрических экспертиз в гражданском судопроизводстве. Вместе с тем платными могут быть не все судебно-психиатрические экспертизы по гражданским делам. К числу экспертиз, за которые не должна взиматься плата с граждан, участвующих в гражданском процессе, следует отнести, в частности, судебно-психиатрические экспертизы по делам об обжаловании гражданином действий медицинских и иных работников в процессе оказания психиатрической помощи (см. ст. 47 Закона о психиатрической помощи и комментарий к ней).

**Статья 15. Психиатрическое обследование для решения вопроса о годности гражданина к службе в качестве военнослужащего. Основания и порядок амбулаторного и стационарного обследования при решении вопроса о годности гражданина по состоянию его психического здоровья к службе в качестве военнослужащего Вооруженных Сил, войск и органов безопасности, внутренних войск, железнодорожных войск и других воинских формирований, лиц начальствующего и рядового состава органов внутренних дел, учреждений и органов уголовно-исполнительной системы определяются настоящим Законом и законодательством Российской Федерации о военной службе.**

(в ред. Федерального закона от 21.07.98 N 117-ФЗ)

Комментарий к статье 15

1. Статья частично распространяет действие настоящего Закона на основания и порядок амбулаторного и стационарного обследования для решения вопроса о годности гражданина по состоянию здоровья к службе в качестве военнослужащего Вооруженных Сил, войск и органов безопасности, внутренних войск, железнодорожных войск и других воинских формирований, лиц начальствующего и рядового состава органов внутренних дел. Вместе с тем в ней говорится о том, что эти вопросы регулируются также законодательством РФ о военной службе (Федеральный закон от 6 марта 1998 г. (28 марта 1998 г.) N 53-ФЗ "О воинской обязанности и военной службе" с изм. и доп. // СЗ РФ. 1998. N 13. Ст. 1475; Федеральный закон от 6 марта 1998 г. (27 мая 1998 г.) N 76-ФЗ "О статусе военнослужащих" с изм. и доп. // СЗ РФ. 1998. N 22. Ст. 2331).

2. Система медицинской подготовки юношей к службе в Вооруженных Силах предполагает обязательный осмотр психиатром всех юношей, периодические обследования в дальнейшем тех из них, которые нуждаются в наблюдении и мероприятиях по укреплению психического здоровья; участие психиатра в освидетельствовании при приписке и призыве в армию.

3. Учреждения, оказывающие психиатрическую помощь, не могут сами обеспечить обязательность (в принудительном порядке) указанных мероприятий и осмотров подростков, но принимают меры для проведения медицинского обследования (лечения) граждан (см. далее). В соответствии со ст. 23 настоящего Закона в таких случаях речь идет о психиатрическом освидетельствовании, которое, так же как психиатрические осмотры, проводится с согласия обследуемого, а в отношении лица до 15 лет - с согласия его родителей либо иного законного представителя. Действие ст. 24 настоящего Закона о недобровольном психиатрическом освидетельствовании на этих лиц не распространяется, поскольку необходимость призыва на военную службу не является основанием для применения недобровольных мер психиатрической помощи. Однако врач-психиатр принимает участие в осмотрах с целью медицинской подготовки подростка к службе в Вооруженных Силах и в его освидетельствовании для определения годности по психическому состоянию к военной службе на основании и в порядке, предусмотренных законодательством Российской Федерации о военной службе.

В тех случаях, когда по психическому состоянию лицо, подлежащее призыву в Вооруженные Силы или в другие воинские формирования, нуждается не только в амбулаторном, но и в стационарном обследовании, врач-психиатр сам не может госпитализировать это лицо в недобровольном порядке; он может направить



обследуемого в стационар только с его согласия, даже когда без такого обследования не представляется возможным дать заключение о состоянии психического здоровья и годности обследуемого к военной службе, поскольку необходимость госпитализации не обусловлена психическим состоянием лица, а вытекает из требований законодательства Российской Федерации о военной службе.

4. Таков же порядок освидетельствования на предмет годности к военной службе служащих Вооруженных Сил, войск и органов безопасности, внутренних войск, железнодорожных войск, лиц начальствующего и рядового состава органов внутренних дел. Их амбулаторное или стационарное обследование в учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь, если их психическое состояние не дает оснований для применения недобровольных мер психиатрической помощи (ст. ст. 23, 27, 29 настоящего Закона), обеспечивается командованием, которое руководствуется при этом нормами законодательства Российской Федерации о военной службе.

5. Порядок проведения военно-врачебной экспертизы определен Приказом министра обороны Российской Федерации от 22 сентября 1995 г. N 315 "О порядке проведения военно-врачебной экспертизы в Вооруженных Силах Российской Федерации", которым утверждена Инструкция о порядке проведения экспертизы (с изм., внесенными Приказом Минобороны России от 22 января 1999 г. N 26). В Инструкции указывается, что военно-врачебная экспертиза проводится в мирное и военное время в целях комплектования и медицинского обеспечения Вооруженных Сил, совершенствования медико-социальной помощи личному составу. Органами военно-врачебной экспертизы являются штатные и нештатные (постоянно и временно действующие) военно-врачебные комиссии (ВВК) и врачебно-летные комиссии (ВЛК). В отдельных случаях ВВК могут создаваться в медицинских учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения, в которых по согласованию с соответствующими органами управления здравоохранением проходят обследование и лечение военнослужащие. К нештатным постоянно действующим ВВК относятся, в частности, ВВК военных комиссариатов районов, городов (без районного деления), а к нештатным временно действующим относятся ВВК для медицинского освидетельствования граждан, призванных на военную службу и прибывших к месту службы.

Согласно Положению о военно-врачебной экспертизе (утверждено Постановлением Правительства Российской Федерации от 20 апреля 1995 г. N 390 с изм. // СЗ РФ. 1995. N 19. Ст. 1758; 1998. N 44. Ст. 5464; 2000. N 39. Ст. 3865) организация освидетельствования граждан при первоначальной постановке на воинский учет возлагается на районную, городскую (в городе без районного деления) комиссию по постановке граждан на воинский учет, а при призыве на военную службу - на призывную комиссию района, города (без районного деления). Организация и проведение медицинских осмотров, обследования (наблюдения), лечебно-оздоровительные мероприятия возлагаются на органы системы здравоохранения. Порядок организации и проведения медицинских осмотров, обследования (наблюдения), лечебно-оздоровительных мероприятий, ведения учета и отчетности, осуществления контроля за этой работой определяется Министерством здравоохранения совместно с Министерством обороны Российской Федерации.

По запросам военных комиссариатов медицинские учреждения в 10-дневный срок представляют медицинские документы (медицинские карты амбулаторных больных и другие документы, отражающие состояние здоровья граждан). По окончании освидетельствования граждан военные комиссариаты в 10-дневный срок возвращают медицинские документы в соответствующие медицинские учреждения.

По направлению военных комиссариатов граждане до освидетельствования проходят обязательные диагностические обследования в порядке и объеме, установленных Министерством обороны РФ. Освидетельствование граждан при первоначальной постановке на воинский учет и призыве на военную службу проводят врачи-специалисты, в том числе врач-психиатр. Гражданин на основании решения комиссии может быть направлен в медицинское учреждение государственной или муниципальной системы здравоохранения на амбулаторное либо стационарное медицинское обследование для уточнения диагноза заболевания либо для лечения.

Важным для психиатров аспектом является положение Инструкции министра обороны РФ N 315 о том, в каких случаях при определении годности к военной службе необходимо обязательное стационарное обследование и в каких случаях вопрос может быть решен без госпитализации. Это существенно, поскольку нередко на практике имеет место формальное направление всех обследуемых в больницу, без учета того, что, например, больной эндогенным психозом уже находился в стационаре и его диагноз не вызывает сомнений.

В Положении (раздел "Расписание болезней") указано, что освидетельствование граждан при первоначальной постановке на воинский учет, призыве на военную службу по контракту, а также военнослужащих проводится после стационарного обследования при психотических и непсихотических расстройствах вследствие органического поражения головного мозга, эндогенных психозах, расстройствах личности, хроническом алкоголизме, наркомании и токсикомании, в случае однократных припадков (эпилептическая реакция) в прошлом или при слабо выраженных и редко возникающих малых припадках, бессудорожных пароксизмах или специфических расстройствах личности.

Следует обратить внимание на то, что во всех этих случаях речь идет фактически только о первоначальной диагностике.

Указанная формулировка Положения исключает формальный подход, когда на стационарную экспертизу обязательно направляются все пациенты с перечисленными состояниями, в том числе и те, которым диагноз ранее был установлен в стационаре.

В Положении сказано также, что при умеренно выраженных, длительных или повторных болезненных проявлениях реактивных психозов и невротических расстройств заключение об ограниченной годности к военной службе выносится после безуспешного стационарного лечения длительностью не менее месяца. Наконец, в отношении умственной отсталости прямо указывается, что при значительных и явных дефектах интеллекта вопрос о негодности к военной службе может быть решен без стационарного обследования. В то же время при установлении диагноза дебильности в умеренно выраженной и легкой степени, когда результатам врачебного обследования не соответствуют другие данные, характеризующие поведение освидетельствуемого в быту, на производстве, в подразделении, стационарное обследование обязательно. Все это важно для исключения необоснованной госпитализации и, следовательно, ненужных затрат, а также излишней травматизации обследуемых пациентов.

По завершении медицинского обследования (лечения) лица составляется акт исследования состояния его здоровья. В случае если гражданин нуждается в продолжительном (свыше 3 месяцев) медицинском обследовании (лечении), выносится заключение о его временной негодности к военной службе на срок от 6 до 12 месяцев (в военное время - от 3 до 12 месяцев), после завершения медицинского обследования (лечения) гражданин проходит повторное освидетельствование и может быть призван на военную службу. В случае отказа или уклонения от лечения гражданин подлежит повторному освидетельствованию через 6 месяцев. Однако если возможно провести обследование (лечение) до окончания срока работы комиссии по постановке на учет или по призыву, то заключение о временной негодности не выносится и врач-специалист дает заключение, что гражданин нуждается в обследовании (лечении) с указанием срока явки на повторное освидетельствование.

В Положении подчеркивается, что руководители органов управления здравоохранением, руководители медицинских учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения и военные комиссариаты принимают меры для проведения своевременного медицинского обследования (лечения) граждан.

Непосредственно перед направлением к месту службы граждане, призванные на военную службу, проходят медицинский осмотр с целью исключения из числа тех, кто не подлежит призыву по состоянию здоровья. Получившие отсрочку или освобожденные ранее от призыва по состоянию здоровья, а также граждане, заявившие о своем несогласии с вынесенными в отношении их решениями призывных комиссий о категории годности к военной службе, проходят контрольное освидетельствование. К медицинскому осмотру перед направлением к месту службы после призыва и контрольному освидетельствованию привлекаются врачи-специалисты, в том числе врач-психиатр. В случае выявления при этом медицинском осмотре или контрольном освидетельствовании отклонений в состоянии здоровья гражданина, изменяющих категорию его годности к военной службе, призывная комиссия Российской Федерации отменяет соответствующее решение призывной комиссии района или города и выносит свое решение, о чем сообщается в эту призывную комиссию гражданину.

Освидетельствование граждан, пребывающих в запасе, проводится по распоряжению военного комиссара ВВК военного комиссариата района, города; при этом до начала освидетельствования также запрашиваются сведения (справки), в том числе из психоневрологического диспансера (кабинета), о состоянии гражданина на учете (т.е. на диспансерном наблюдении).

Военно-врачебные комиссии в своей работе руководствуются "Требованиями к состоянию здоровья граждан, подлежащих первоначальной постановке на воинский учет, граждан, подлежащих призыву на военную службу, граждан, поступающих на военную службу по контракту, граждан, поступающих в училища, военно-учебные заведения, военнослужащих, граждан, пребывающих в запасе Вооруженных Сил Российской Федерации, Пограничных войск Российской Федерации" (приложение к Положению о военно-врачебной экспертизе, утвержденному Постановлением Правительства Российской Федерации от 20 апреля 1995 г. N 390). Статьи 14 - 21 указанных Требований посвящены психическим расстройствам.

6. В случае необходимости проведения военно-врачебной экспертизы в Вооруженных Силах Российской Федерации руководящим нормативным документом является Инструкция о порядке проведения военно-врачебной экспертизы в Вооруженных Силах Российской Федерации (приложение к Приказу министра обороны Российской Федерации от 22 сентября 1995 г. N 315).

В Инструкции указывается, что в штатные ВВК, наряду с другими специалистами, включается врач, имеющий клиническую подготовку по психиатрии. Врач-психиатр дополнительно назначается в состав ВВК кадетского корпуса, военно-учебного заведения, ВВК для освидетельствования граждан, призванных на военную службу и прибывших к месту службы, а также в состав военно-врачебной подкомиссии приемно-технической комиссии флота (флотилии, военно-морской базы).

На военнослужащих с психическими расстройствами, направляемых в мирное время на ВВК, представляются служебная и медицинская характеристики.

На гражданина, не проходящего военную службу и поступающего в кадетский корпус, военно-учебное заведение, перед направлением его на предварительное освидетельствование военный комиссариат района, города (без районного деления) запрашивает сведения (справки) о состоянии под наблюдением психоневрологического и наркологического диспансеров (кабинетов).

Освидетельствование военнослужащих, отбираемых для службы и проходящих службу в спецсооружениях, проводится с обязательным участием психиатра. До начала освидетельствования военный комиссариат района, города (без районного деления) на каждого гражданина, пребывающего в запасе, запрашивает сведения (справку) о его пребывании на учете (имеется в виду диспансерное наблюдение), в том числе в

психоневрологическом диспансере (кабинете). Перед выездом в длительную командировку члены семей военнослужащих, проходящих военную службу по контракту, лица гражданского персонала Вооруженных Сил Российской Федерации представляют в ВВК справку из психоневрологического диспансера. Без указанной справки освидетельствование не производится. Справка хранится в ВВК. К этому следует добавить, что к Инструкции о порядке проведения военно-врачебной экспертизы в Вооруженных Силах РФ имеется ряд приложений с перечнями медицинских (включая психиатрические) противопоказаний, в соответствии с которыми решаются вопросы экспертизы: "Перечень медицинских противопоказаний к прохождению военной службы военнослужащими, проходящими военную службу по контракту, и проживанию членов их семей в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, высокогорных местностях; других местностях с неблагоприятными климатическими условиями", "Перечень медицинских противопоказаний для прохождения военной службы (проживания) в условиях повышенного риска радиационного ущерба, для прохождения военной службы (работы) на территориях, подвергшихся радиационному загрязнению вследствие чернобыльской катастрофы", "Перечень медицинских противопоказаний для прохождения военной службы (для членов семьи военнослужащего, проходящего военную службу по контракту, и лиц из числа гражданского персонала Вооруженных Сил Российской Федерации - к проживанию) в иностранном государстве с неблагоприятным жарким климатом".

Здесь важно отметить, что штатные ВВК при составлении, в том числе на лиц с психическими расстройствами, свидетельства о болезни или справки на верхнем поле лицевой стороны каждого экземпляра должны ставить штамп следующего содержания: "Снимать копии, выдавать на руки, разглашать сведения запрещается". С указанных свидетельств о болезни, справок могут быть сняты копии по запросу правоохранительных органов, медицинского учреждения или органов социальной защиты населения, а также по запросу командиров воинских частей или военных комиссаров для оформления документов на получение единовременного пособия и страхового обеспечения.

Наконец, еще одно важное положение, с которым врачи-психиатры часто сталкиваются на практике. Если гражданин, проходивший военную службу, ставит вопрос об определении категории его годности к военной службе или о пересмотре заключения ВВК о категории годности к военной службе на момент его увольнения по состоянию здоровья вследствие психического расстройства, военный комиссариат района, города (без районного деления) независимо от времени увольнения направляет в ВВК военного округа, на территории которого проживает гражданин, его заявление, военный билет, медицинские документы, имеющиеся у него или полученные из медицинских учреждений, заключение специализированного медицинского учреждения государственной или муниципальной системы здравоохранения об изменении или снятии ранее установленного диагноза психического расстройства, по которому (на основании заключения ВВК) он был уволен с военной службы.

7. Что касается органов внутренних дел и внутренних войск МВД России, то военно-врачебная экспертиза в них регламентируется Инструкцией о порядке проведения военно-врачебной экспертизы в органах внутренних дел и внутренних войск МВД России (приложение 1 к Приказу МВД России от 2 октября 1995 г. N 370). В ней указано, что в состав штатных и нештатных (постоянно и временно действующих) военно-врачебных комиссий (ВВК), в частности ВВК учебных заведений, наряду с другими специалистами, вводится врач-психиатр. Освидетельствование граждан, поступающих на службу в органы внутренних дел, осуществляет и врач-психиатр. До начала освидетельствования ВВК запрашивает сведения (справку) о состоянии на диспансерном учете (имеется в виду диспансерное наблюдение), в том числе в психоневрологическом диспансере (кабинете). Гражданину, поступающему на службу, признанному негодным к службе по ст. ст. 14 - 21 Расписания болезней, ВВК в доступной форме представляет информацию о характере имеющихся психических расстройств. Кадровым подразделениям диагноз выявленного заболевания не сообщается.

Освидетельствованию с участием психиатра подвергаются также граждане, поступающие на военную службу во внутренние войска по контракту, граждане, поступающие в средние учебные заведения МВД, на факультеты очного обучения вузов системы МВД, лица рядового и начальствующего состава, поступающие на эти факультеты.

При направлении лиц рядового и начальствующего состава с психическими расстройствами на освидетельствование в ВВК представляются служебные и медицинские характеристики.

Если гражданин, проходивший службу в органах внутренних дел и уволенный по состоянию здоровья вследствие психического расстройства, ставит вопрос об определении или пересмотре заключения ВВК о категории годности к военной службе на момент увольнения из органов внутренних дел, то кадровый аппарат органа внутренних дел по месту его жительства направляет в ВВК МВД, УВД субъекта Российской Федерации его заявление и другие требуемые документы, в том числе имеющиеся на руках заявителя или полученные из медицинских учреждений, а также заключение специализированного медицинского учреждения государственной или муниципальной системы здравоохранения об изменении и снятии ранее установленного диагноза психического расстройства, по которому (на основании заключения ВВК) он был уволен со службы.

При направлении на освидетельствование военнослужащих в мирное время в ВВК представляются служебная и медицинская характеристики с мнением командования и врача воинской части о возможности и целесообразности пребывания на военной службе, работе по военно-учетной специальности лиц с психическими расстройствами.

Если гражданин, проходивший военную службу во внутренних войсках и уволенный по состоянию

здоровья вследствие психического расстройства (кроме военнослужащих по призыву и военнослужащих, на которых заключения о категории годности к военной службе на момент увольнения приняты (утверждены) ВВК других министерств и ведомств), ставит вопрос об определении категории годности к военной службе или пересмотре заключения ВВК о категории годности к военной службе на момент увольнения с военной службы (независимо от причины и времени увольнения), ВВК МВД, УВД субъекта Российской Федерации, округа внутренних войск по месту его жительства запрашивает через военкомат, помимо других документов, медицинскую книжку, медицинскую карту амбулаторного больного, акты медицинского освидетельствования за период военной службы и другие медицинские документы, имеющиеся у гражданина или полученные из медицинских учреждений, заключение специализированного медицинского учреждения государственной или муниципальной системы здравоохранения об изменении или снятии ранее установленного диагноза психического расстройства, по которому (на основании заключения ВВК) он был уволен с военной службы.

Перед выездом в длительную командировку лица начальствующего состава, работники органов внутренних дел проходят освидетельствование, а члены их семей представляют в ВВК справку из психоневрологического диспансера (кабинета). Без указанной справки освидетельствование не проводится.

Справка приобщается к акту медицинского освидетельствования. На верхнем поле лицевой стороны каждого экземпляра свидетельства о болезни и справки о медицинском освидетельствовании, составленных на лиц, в том числе с психическими расстройствами, ставят штамп: "Снимать копии, выдавать на руки, разглашать сведения запрещается". С указанных свидетельств о болезни, справок могут быть сняты копии только по запросу правоохранительных органов, медицинского учреждения или органа социальной защиты населения, а также по запросу руководителей органов внутренних дел, командиров войсковых частей для оформления документов на получение единовременного пособия и страхового обеспечения.

Особо следует подчеркнуть, что, в соответствии с комментируемым Законом, на должностных лиц, выполняющих требования нормативных правовых актов по линии Министерства обороны, МВД, других военизированных формирований, распространяются положения о соблюдении врачебной тайны о психическом заболевании гражданина (см. п. 4 комментария к ст. 9).

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

### Статья 16. Виды психиатрической помощи и социальной защиты, гарантируемые государством. (1) Государством гарантируются:

неотложная психиатрическая помощь;  
консультативно-диагностическая, лечебная, психопрофилактическая, реабилитационная помощь во внебольничных и стационарных условиях;  
все виды психиатрической экспертизы, определение временной нетрудоспособности;  
социально-бытовая помощь и содействие в трудоустройстве лиц, страдающих психическими расстройствами;  
решение вопросов опеки;  
консультации по правовым вопросам и другие виды юридической помощи в психиатрических и психоневрологических учреждениях;  
социально-бытовое устройство инвалидов и престарелых, страдающих психическими расстройствами, а также уход за ними;  
обучение инвалидов и несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами;  
психиатрическая помощь при стихийных бедствиях и катастрофах.

(2) Для обеспечения лиц, страдающих психическими расстройствами, психиатрической помощью и их социальной защиты государство:

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

организует общеобразовательное и профессиональное обучение несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами;

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

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

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

создает общежития для лиц, страдающих психическими расстройствами, утративших социальные связи; принимает иные меры, необходимые для социальной поддержки лиц, страдающих психическими расстройствами.

(3) Обеспечение всеми видами психиатрической помощи и социальной защиты лиц, страдающих

психическими расстройствами, осуществляется федеральными органами государственной власти и управления, органами государственной власти и управления республик в составе Российской Федерации, автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, органами местного самоуправления в соответствии с их компетенцией, определяемой законодательством Российской Федерации.

Комментарий к статье 16

1. В данной статье определяется минимальный объем психиатрической помощи и социальной защиты, который гарантируется государством. Перечень основных видов психиатрической помощи и мер социальной защиты, приведенный в ч. 1, дает представление об уровне их развития в стране, а также о том, какие из них законодатель считает наиболее необходимыми для обеспечения потребностей граждан в специализированной медицинской помощи.

2. В отношении каждого из перечисленных в статье видов психиатрической помощи и социальной защиты целесообразно дать краткие пояснения.

Под неотложной психиатрической помощью понимают комплекс мероприятий, направленных на оказание экстренной помощи больным либо находящимся в состоянии острого психоза, нередко сопровождающегося помрачением сознания, возбуждением, выраженными эмоциональными расстройствами, растерянностью, образным бредом, обманом восприятий, либо обнаруживающим хотя и хроническое, но тяжелое психическое расстройство, которое обуславливает в данное время их опасность для себя или для окружающих. Одной из основных мер неотложной психиатрической помощи является госпитализация в психиатрическую больницу, а также (в меньшей мере) применение медикаментозных средств, снижающих возбуждение, удерживание и другие способы ограничения двигательной активности больного. Поскольку большая часть этих мер может быть предпринята по решению врача-психиатра (см. также комментарии к ст. ст. 11, 23, 24, 25, 29), их исполнение возлагается в основном на службу скорой психиатрической помощи либо на учреждения, оказывающие внебольничную психиатрическую помощь (психоневрологические диспансеры или кабинеты). Частично эти функции могут также выполнять до прибытия врача-психиатра бригады общей скорой помощи, а иногда и органы милиции (в части предотвращения опасных действий). Пункт о консультативно-диагностической, лечебной, психопрофилактической, реабилитационной помощи во внебольничных и стационарных условиях включает в себя, по существу, все виды плановой психиатрической помощи, основную часть которых составляют диагностика и лечение. Именно к этому сводится в конечном итоге вся деятельность психиатрической службы. Однако государство берет на себя и обеспечение определенных мер по предупреждению психиатрических заболеваний (первичная профилактика) или их рецидивов и обострений (вторичная профилактика), а также по восстановлению уровня социальной адаптации, снизившегося в результате психического расстройства (реабилитация). К компонентам психиатрической помощи и социальной защиты отнесены и все виды психиатрической экспертизы, определение временной нетрудоспособности. Действительно, без проведения экспертизы с целью оценки характера и глубины психического расстройства в аспекте его влияния на выполнение тех или иных социальных функций невозможно защитить права и законные интересы больного, а также оказать ему необходимую поддержку и помощь. Наряду с судебно-психиатрической экспертизой (см. комментарий к ст. 14) имеются в виду также военно-психиатрическая экспертиза, медико-социальная (врачебно-трудовая) психиатрическая экспертиза, проведение обследований для определения пригодности к некоторым особым видам деятельности, в частности, связанным с источником повышенной опасности. Такого рода экспертные обследования позволяют выносить квалифицированные и обоснованные заключения, которые, в свою очередь, помогают решить вопросы, связанные с психическим состоянием лица, страдающего психическим расстройством, и влекущие для него определенные правовые последствия. Не меньшую роль играет и определение временной нетрудоспособности, повседневно осуществляемое наряду с лечением любым психиатром государственных лечебно-профилактических учреждений и обоснованно рассматриваемое в Законе как один из видов психиатрической помощи.

Социально-бытовая помощь и содействие в трудоустройстве лиц, страдающих психическими расстройствами, издавна являются одной из существенных сторон деятельности психиатра. Имеются в виду различные меры по обеспечению лицам, страдающим психическими расстройствами, некоторых предусмотренных законодательством привилегий и льгот, например жилищных, права на бесплатное медикаментозное лечение и др.; рекомендации местным органам власти, администрации учреждений и предприятий по разрешению социально-бытовых, трудовых вопросов, касающихся лиц, страдающих психическими расстройствами. Такого рода помощь может быть оказана и путем психотерапевтического вмешательства врача-психиатра в межличностные отношения больного с членами семьи, соседями и т.п., если это не приведет к разглашению врачебной тайны. Особое значение для реализации данного положения Закона имеет помощь врачей в трудоустройстве пациентов. Для этого могут быть установлены необходимые контакты с местными предприятиями, органами трудоустройства; инвалиды по психическому заболеванию могут непосредственно направляться в лечебно-трудовые мастерские или лечебно-производственные предприятия. Правовым основанием для создания таких предприятий является Положение о лечебно-производственных государственных предприятиях для проведения трудовой терапии, обучения новым профессиям и трудоустройства на этих предприятиях лиц, страдающих психическими расстройствами, включая инвалидов, утвержденное Постановлением Правительства Российской Федерации от 25 мая 1994 г. N 522 (СЗ РФ. 1994. N 6. Ст. 606). Положением предусмотрено, что такое предприятие является структурным подразделением государственного или муниципального учреждения, оказывающего

психиатрическую помощь. Важно подчеркнуть, что в рамках одной организации объединены и трудовая терапия, и трудовое обучение, и трудоустройство лиц, страдающих психическими расстройствами, что позволяет одному больному беспрепятственно пройти все эти ступени. Приему на предприятие подлежат не только инвалиды, но и лица с психическими расстройствами, не являющиеся инвалидами. Аналогичные функции могут выполнять также спеццеха и участки, организованные на различных производствах для лиц, страдающих психическими расстройствами, и располагающие специально созданными для этого условиями. К сожалению, все подобного рода предприятия и их подразделения испытывают в настоящее время значительные экономические трудности, что существенно затрудняет реализацию названного Постановления.

Решение вопросов опеки для защиты личных и имущественных прав и интересов лиц, признанных в установленном порядке недееспособными (см. комментарий к ст. 4), в значительной степени является сферой деятельности учреждений, оказывающих психиатрическую помощь. В соответствии со ст. 34 ГК РФ органами опеки и попечительства являются органы местного самоуправления, именно им принадлежит право утверждения персонального опекуна. Проведение же конкретных мероприятий по осуществлению опеки в отношении недееспособных возлагается ими обычно на отделы здравоохранения. На практике часть таких функций делегируется медицинским учреждениям, оказывающим амбулаторную психиатрическую помощь. Особенно это касается выявления лиц, нуждающихся в установлении над ними опеки, подборе кандидатуры опекуна, реальном контроле за его деятельностью и т.п. Именно психиатрические учреждения в случае необходимости обычно ставят вопрос перед органом местного самоуправления об освобождении или отстранении опекунов от их обязанностей (ст. 39 ГК). Выполнение обязанностей опекунов недееспособных лиц с психическими расстройствами, находящихся в психиатрическом стационаре либо в психоневрологическом учреждении социального обслуживания, возлагается на эти учреждения (ч. 4 ст. 35 ГК).

Осуществление консультаций по правовым вопросам и других видов юридической помощи в психиатрических и психоневрологических учреждениях предполагает наличие в них специалистов, компетентных в вопросах права (имеются в виду прежде всего вопросы, касающиеся правового положения лиц, страдающих психическими расстройствами). Определенным минимумом таких знаний должны обладать по должности некоторые медицинские работники (врачи-психиатры, медицинские сестры по опеке, медицинские сестры социальной помощи и др.). На выполнение в полном объеме этого требования Закона направлен Приказ Минздравмедпрома России от 13 февраля 1995 г. N 27 "О штатных нормативах учреждений, оказывающих психиатрическую помощь", которым предусмотрено введение в штат указанных учреждений юрисконсультов из расчета 1 должность на 800 коек, но не менее 1 должности на больницу и 1 должность на диспансер (диспансерное отделение); социальных работников - 1 должность на 50 коек и 1 должность на диспансерный участок; специалистов по социальной работе - 1 должность на 75 тыс. населения.

Социально-бытовое устройство инвалидов и престарелых, страдающих психическими расстройствами, и уход за ними тоже являются необходимым компонентом системы мер психиатрической помощи и социальной защиты лиц, страдающих психическими расстройствами. Эта мера предполагает заботу о таких больных в амбулаторных условиях с помощью посещений их на дому, направления в дневные или ночные стационары, лечебно-производственные (трудовые) мастерские и предприятия с бесплатным медикаментозным лечением и питанием. Однако осуществление основного объема такой помощи падает на психоневрологические учреждения социального обслуживания или специального обучения, которые полностью берут на себя обязанности по содержанию и уходу за такого рода пациентами, а также по их бытовому устройству (обеспечение жилплощадью, прописка и т.п.) в случае выбытия из учреждения. Существенную роль в реабилитации инвалидов и несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами, играет их обучение. В отношении несовершеннолетних имеется в виду прежде всего общеобразовательное обучение, которое обеспечивается сетью школ и интернатов для умственно отсталых детей, где обучение проводится по специальной программе педагогами, имеющими соответствующую профессиональную подготовку. Особое значение имеет отбор в эти школы, осуществляемый так называемыми медико-педагогическими комиссиями, и своевременный перевод в обычные школы в случае улучшения психического состояния. В России и за рубежом имеется опыт создания специализированных школ и для детей, страдающих некоторыми другими видами психических расстройств. Важно, чтобы во всех случаях длительного проведения лечебных или оздоровительных мероприятий дети и подростки не отрывались от учебного процесса. С этой целью при помещении в стационар или в санаторий им должно быть обеспечено продолжение обучения, для чего в штате этих учреждений предусматривается определенное число педагогов. Привитие трудовых навыков и элементов профессионального обучения также осуществляется в названных школах. Кроме того, местными органами самоуправления определяются производственно-технические училища, принимающие несовершеннолетних и инвалидов, страдающих психическими расстройствами, для обучения доступным для них профессиям. Самостоятельное значение имеет профессиональное обучение взрослых инвалидов, утративших способность работать по имевшейся у них специальности. В настоящее время частично эту функцию могут осуществлять лечебно-производственные (трудовые) мастерские психиатрических (психоневрологических) учреждений с последующим трудоустройством, специальные участки или цеха, в которые могут приниматься эти лица для работы по новой специальности, а также лечебно-производственные предприятия.

Психиатрическая помощь при стихийных бедствиях и катастрофах является очень важной, поскольку

указанные явления, как правило, сопровождаются выраженным психотравмирующим воздействием, что нередко приводит к психическим расстройствам, носящим массовый характер. Последние могут возникать также в результате токсических, травматических поражений центральной нервной системы. Опыт работы по ликвидации последствий указанных явлений говорит о необходимости участия в них специализированных психиатрических (психоневрологических) бригад или включения психиатров в состав общемедицинских подразделений, оказывающих медицинскую помощь пострадавшим.

3. В ч. 2 комментируемой статьи приводятся конкретные меры, применяемые на практике для обеспечения граждан различными видами психиатрической помощи и социальной защиты.

Среди организационных мер психиатрической помощи и социальной защиты названо прежде всего создание всех видов учреждений, оказывающих внебольничную и стационарную психиатрическую помощь, по возможности по месту жительства пациентов. Эта мера, по существу, обязывает местные органы власти обеспечить граждан, проживающих на данной территории, специализированной медицинской (психиатрической) помощью в учреждениях, способных квалифицированно осуществлять основные лечебно-профилактические, диагностические и реабилитационные мероприятия, а в случае отсутствия на территории некоторых из них - принимать меры к их созданию. Реализация данной меры существенно облегчается благодаря утвержденному Постановлением Правительства Российской Федерации от 25 мая 1994 г. N 522 Положению об учреждениях, оказывающих внебольничную и стационарную психиатрическую помощь.

Если лицу в связи с его заболеванием необходимы какие-либо специальные виды психиатрической помощи, которые по организационным или иным причинам не могут быть обеспечены в каждом населенном пункте, оно должно быть направлено в соответствующее медицинское учреждение, максимально приближенное к месту проживания его самого или его родственников. Так происходит, в частности, с некоторыми видами принудительного лечения, которое осуществляется в узкоспециализированных больницах; с интернатами для социального обслуживания психически больных хроников и т.п. Это положение Закона соответствует международным стандартам и направлено на реализацию важного принципа о проведении лечения в условиях, по возможности не отрывающих больного от его социальных связей, а также на предупреждение его социальной дезадаптации.

Организация общеобразовательного и профессионального обучения несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами, обеспечивается, как уже было сказано, созданием ряда специальных учреждений (школы и интернаты для умственно отсталых детей, санаторные лесные школы-интернаты, специальные ПТУ), а также проведением школьных занятий в психиатрических (психоневрологических) стационарах и санаториях.

В этом же плане следует рассматривать и требование о создании лечебно-производственных предприятий для трудовой терапии, обучения новым профессиям и трудоустройства лиц, страдающих психическими расстройствами. Названные задачи рассматриваются в едином комплексе, хотя до принятия настоящего Закона и Положения о лечебно-производственном предприятии для трудовой терапии, обучения новым профессиям и трудоустройства на этих предприятиях лиц, страдающих психическими расстройствами, включая инвалидов (утверждено тем же Постановлением Правительства - см. выше), трудоустройство на данных предприятиях не допускалось и их роль ограничивалась лишь временным пребыванием больных для проведения трудотерапии и обучения. Если лечебно-производственные предприятия (мастерские) создаются в основном при лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь, или в их структуре, то специальные производства, цеха или участки с облегченными условиями труда организуются на промышленных либо сельскохозяйственных предприятиях (государственных, кооперативных, акционерных) с участием учреждений психиатрической помощи. Их назначение в значительно большей степени состоит именно в трудоустройстве на постоянной основе лиц, страдающих психическими расстройствами. Организационные формы, полностью совмещающие три названные функции (трудотерапия, профессиональное обучение, трудоустройство), имелись и раньше. С лучшей стороны зарекомендовал себя, к примеру, цех Турбинного завода при Калужской областной психиатрической больнице N 1. Такая форма представляется наиболее удачной.

Профессиональное обучение и трудоустройство могут быть обеспечены и с помощью установления обязательных квот рабочих мест на предприятиях, в учреждениях и организациях для лиц, страдающих психическими расстройствами. Имеется в виду квотирование рабочих мест на предприятиях, в учреждениях и организациях для лиц, особо нуждающихся в социальной защите, включая лиц с психическими расстройствами. Право квотирования предоставлено местным органам самоуправления. Руководители психиатрических учреждений, проявляя инициативу на местном уровне, могут добиваться квотирования рабочих мест для соответствующих контингентов лиц с психическими расстройствами. Данная форма позволяет создать для таких лиц облегченные условия труда, хотя и лишена некоторых преимуществ, свойственных уже рассмотренным формам, например не дает возможности обеспечить в производственных условиях повседневное психиатрическое наблюдение, фармакотерапию, психокоррекцию.

Для обеспечения возможности профессионального обучения и трудоустройства лиц, страдающих психическими расстройствами, местным органам самоуправления дано право предоставлять некоторые льготы и применять методы экономического стимулирования предприятий, учреждений и организаций, предоставляющих для них рабочие места. Предполагается прежде всего предоставление определенных налоговых льгот, которые уже существуют для предприятий, на которых трудятся инвалиды. Но лица, страдающие психическими расстройствами, могут нуждаться в специальном трудоустройстве и не будучи

инвалидами.

Большое значение для социальной защиты и социальной помощи имеет требование Закона о создании общежитий для лиц, страдающих психическими расстройствами, утративших социальные связи. К сожалению, с такими лицами психиатрам приходится сталкиваться нередко. При наличии относительно острого состояния с продуктивной психотической симптоматикой (бредовые идеи, галлюцинации, выраженные аффективные расстройства и т.п.) имеются основания для их содержания в стационаре, иногда весьма длительного. Если же таких явлений нет, больные обычно подлежат выписке, однако отсутствие семьи и близких родственников, которые могли бы взять на себя заботу о них, отсутствие собственного жилья и регистрации (что позволило бы возложить заботу о социально-бытовом устройстве на психиатрическую службу определенного региона) резко затрудняют их социальную адаптацию, ставят их перед неразрешимыми, с учетом имеющегося психического расстройства, бытовыми проблемами и нередко приводят к совершению такими больными общественно опасных действий (в Москве, например, в разные годы от 10 до 15% всех общественно опасных действий психически больных совершается лицами, не имеющими определенного места жительства). Наиболее адекватной формой социального устройства таких лиц и являются общежития, создаваемые при учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь, при лечебно-производственных предприятиях и других государственных предприятиях, использующих труд лиц, страдающих психическими расстройствами. Положение об общежитиях для лиц, страдающих психическими расстройствами, утративших социальные связи, утверждено Постановлением Правительства Российской Федерации от 25 мая 1994 г. N 522. Пребывание в данном общежитии предполагает прописку в нем, возможность трудоустройства на общих основаниях либо на одном из предназначенных для этого предприятий. В случае успешной адаптации больной в дальнейшем может жить самостоятельно. Направлению в такие общежития подлежат не только больные, социально дезадаптированные в результате самого психического расстройства, но и лица, утратившие социальные связи по каким-либо иным причинам и впоследствии заболевшие психическим расстройством.

Последний пункт ч. 2 ст. 16 подчеркивает, что приведенный перечень имеет примерный характер и ориентирует органы государственной власти, а также органы местного самоуправления на применение и иных организационных форм для реализации ч. 2 настоящей статьи Закона.

4. Ответственность за обеспечение граждан всеми видами психиатрической помощи и социальной защиты в соответствии с ч. 3 комментируемой статьи возлагается на органы государственной власти и управления всех уровней и органы местного самоуправления. Закон не предписывает органам государственной власти и управления и органам местного самоуправления, как конкретно они должны осуществлять свою деятельность. Для Федерального закона важно закрепить соответствующую обязанность этих органов, гарантированный минимум видов психиатрической помощи и социальной защиты, а также дать примерный перечень форм их реализации.

## **Статья 17. Финансирование психиатрической помощи. Финансирование деятельности учреждений и лиц, оказывающих психиатрическую помощь, осуществляется из фонда здравоохранения, фонда медицинского страхования и иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации, в размерах, обеспечивающих гарантированный уровень и высокое качество психиатрической помощи.**

Комментарий к статье 17

1. Порядок финансирования учреждений здравоохранения, оказывающих психиатрическую помощь, определяется Законом "О медицинском страховании граждан в РСФСР" (Ведомости РСФСР. 1991. N 27. Ст. 920), а также Приказом Министерства здравоохранения РФ от 20 сентября 1993 г. N 222 "О мерах по реализации Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан".

2. В соответствии с указанными документами основными источниками финансирования учреждений, оказывающих психиатрическую помощь, по обязательному медицинскому страхованию, являются средства муниципального бюджета, целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан, средства предприятий, организаций, учреждений, поступающие в фонды здравоохранения и фонды медицинского страхования, и иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации.

3. Порядок дотирования местных бюджетов для обязательного медицинского страхования неработающего населения, а также граждан, работающих в бюджетных учреждениях, организациях и на временно нерентабельных государственных предприятиях, определен Постановлением Правительства Российской Федерации от 23 января 1992 г. N 41 "О мерах по выполнению Закона РСФСР "О медицинском страховании граждан в РСФСР" с изм. и доп. (СП РСФСР. 1992. N 8. Ст. 39), из которого следует, что общий объем средств, выделяемых на обязательное медицинское страхование, должен гарантировать предоставление медицинских услуг всему населению региона в соответствии с территориальными программами, утвержденными правительствами республик в составе Российской Федерации, органами исполнительной власти субъектов Федерации. В соответствии с п. 4 Положения о территориальном фонде ОМС, утвержденного Постановлением Верховного Совета Российской Федерации от 24 февраля 1993 г. N 4543-1, а также разделом II Методических рекомендаций по установлению территориальными фондами обязательного медицинского страхования нормативов финансовых резервов и расходов на ведение дела для страховых медицинских организаций, которые утверждены Федеральным фондом обязательного медицинского страхования 21 июля 1998 г. N 67, доходы от использования временно свободных



финансовых средств и нормированного страхового запаса финансовых средств территориального фонда ОМС могут быть использованы при финансировании региональных целевых программ совершенствования психиатрической помощи.

4. В случае недостатка средств для страховых взносов на обязательное страхование неработающего населения, а также работающих в бюджетных учреждениях, организациях и временно нерентабельных государственных предприятиях при формировании бюджетов территорий на предстоящий год предусматривается целевая дотация из бюджетных средств вышестоящих органов исполнительной власти, а именно:

- при недостатке средств в муниципальных бюджетах страховые взносы дотируются за счет районных, городских бюджетов;

- при недостатке средств в бюджетах районов, городов страховые взносы дотируются за счет бюджетов субъектов Федерации.

Перечисление страховых взносов из местных бюджетов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, а также работающих в бюджетных учреждениях, организациях и на временно нерентабельных государственных предприятиях осуществляют финансовые органы. Страховые взносы перечисляются в адрес органов управления здравоохранением для взаимных расчетов со страховыми медицинскими организациями и выполнения ими договорных обязательств. Объем указанных взносов устанавливается в пределах ассигнований, которые предусмотрены на эти цели в годовой росписи расходов (с поквартальным их распределением).

5. В качестве источников финансирования фондов здравоохранения, помимо страховых взносов органов управления субъектов Федерации и средств предприятий, предусматриваемых в соответствующих бюджетах на эти цели, используются личные средства граждан, безвозмездные взносы, в том числе благотворительных фондов, а также доходы от ценных бумаг, принадлежащих учреждению здравоохранения, составляющие внебюджетные поступления. Наряду с перечисленными выше источниками финансирования Постановление Правительства РФ от 13 января 1996 г. "Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями" дает возможность получения дополнительных финансовых средств за счет оказания государственными и муниципальными медицинскими учреждениями платных медицинских услуг населению по специальному разрешению соответствующего органа управления здравоохранением (СЗ РФ. 1996. N 3. Ст. 194).

Средства фондов здравоохранения могут, помимо медицинского страхования, направляться на финансирование других целевых программ, профессиональную подготовку кадров, научные исследования, инвестиции для развития материально-технической базы по утвержденному Минздравом перечню.

6. Указанный объем и условия оказания медицинской помощи должны осуществляться в соответствии с Гарантированным перечнем видов медицинской помощи (Базовая программа), финансируемых из средств бюджета, выделяемых на здравоохранение, который утвержден Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 марта 1992 г. N 93 и согласован с Министерством финансов Российской Федерации 17 марта 1992 г.

Гарантированный уровень медицинской помощи подразумевает определенный объем услуг и условия их оказания, которые не должны быть ниже установленных территориальной базовой программой обязательного медицинского страхования. Контроль за качеством, объемом и сроками предоставления медицинской помощи осуществляется медицинской организацией, а также соответствующим органом управления здравоохранением по разработанным ими критериям (медико-экономические стандарты, нормы и нормативы материально-технического оснащения, квалификационный состав медицинского персонала и др.).

Раздел III. УЧРЕЖДЕНИЯ И ЛИЦА, ОКАЗЫВАЮЩИЕ

ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ИНЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ

**Статья 18. Учреждения и лица, оказывающие психиатрическую помощь. (1) Психиатрическую помощь оказывают получившие на это разрешение государственные, негосударственные психиатрические и психоневрологические учреждения и частнопрактикующие врачи-психиатры. Порядок выдачи лицензий на деятельность по оказанию психиатрической помощи устанавливается законодательством Российской Федерации.**

(2) Виды психиатрической помощи, оказываемые психиатрическими и психоневрологическими учреждениями или частнопрактикующими врачами-психиатрами, указываются в уставных документах или лицензиях; информация о них должна быть доступна посетителям.

Комментарий к статье 18

1. Настоящая статья Закона вводит относительно новый для российской медицинской практики обязательный порядок получения разрешений на деятельность по оказанию психиатрической помощи. Такое государственное разрешение, дающее право на осуществление определенных, указанных в нем, видов медицинской деятельности, называется лицензией.

2. Впервые положение о лицензировании медицинских учреждений появилось в ст. 21 Закона РСФСР "О медицинском страховании граждан в РСФСР", который был принят 28 июня 1991 г. (Ведомости РСФСР.

1991. N 27. Ст. 920). Следующим законом в этой области стал комментируемый Закон, конкретно касающийся только медицинской деятельности по оказанию психиатрической помощи. И наконец, Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, принятые 22 июля 1993 г., в ст. ст. 15, 54 и 55 установили обязательность получения лицензий на медицинскую деятельность для всех юридических лиц, а на определенные виды медицинской деятельности - и для физических лиц (Ведомости РФ. 1993. N 33. Ст. 1318). Медицинская деятельность отнесена к видам деятельности, на занятие которыми требуется получение лицензии, Федеральным законом от 13 июля 2001 г. (8 августа 2001 г.) "О лицензировании отдельных видов деятельности" (ст. 17) (СЗ РФ. 2001. N 33. Ч. I. Ст. 3430).

Порядок выдачи лицензий установлен Правительством РФ в Положении о лицензировании медицинской деятельности, утвержденном Постановлением от 21 мая 2001 г. N 402 (СЗ РФ. 2001. N 22. Ст. 2247).

3. В соответствии с вышеназванным Положением лицензированию подлежит деятельность по оказанию психиатрической помощи, осуществляемая юридическими лицами независимо от организационно-правовой формы, а также гражданами, занимающимися предпринимательской деятельностью без образования юридического лица. Это означает, что лицензии должны получать государственные, муниципальные и частные медицинские учреждения, оказывающие психиатрическую помощь, а также частнопрактикующие врачи. Именно лицензия является официальным документом, который разрешает осуществление указанного вида медицинской деятельности в течение установленного в ней срока.

В лицензии указываются: наименование лицензирующего органа; наименование и место нахождения юридического лица с указанием места нахождения его территориально обособленных подразделений; идентификационный номер налогоплательщика (для гражданина - фамилия, имя, отчество, данные документа, удостоверяющего личность, ИНН); лицензируемая деятельность (с перечислением осуществляемых лицензиатом работ и услуг); лицензионные требования и условия; срок действия лицензии; дата принятия решения о выдаче лицензии; номер и дата выдачи лицензии.

Под лицензионными требованиями и условиями понимается совокупность установленных положениями о лицензировании конкретных видов деятельности требований и условий, выполнение которых лицензиатом обязательно при осуществлении соответствующей деятельности.

В соответствии с п. 7 Положения о лицензировании медицинской деятельности такими требованиями и условиями являются: выполнение требований законодательства Российской Федерации; наличие помещения, соответствующего экологическим, санитарно-эпидемиологическим, гигиеническим, противопожарным нормам и правилам; наличие в штате работников (врачей, среднего медицинского персонала, инженеров, техников и др.), имеющих профессиональное образование (с представлением соответствующих документов на право занятия профессиональной деятельностью по специальности), а также специальную подготовку, отвечающую требованиям и характеру выполняемой работы (для юридического лица), либо наличие высшего или среднего медицинского образования и специальной подготовки, необходимой для осуществления соответствующего вида медицинской деятельности (для индивидуального предпринимателя); наличие организационно-технических возможностей и материально-технического оснащения, включая оборудование и инструменты, для осуществления медицинской деятельности.

4. Лицензирование осуществляется органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации. Для получения лицензии соискатель подает в лицензирующий орган следующие документы: заявление о выдаче лицензии с указанием наименования и организационно-правовой формы юридического лица, места его нахождения, включая территориально обособленные подразделения, реквизиты расчетного счета в банке либо фамилии, имени, отчества индивидуального предпринимателя, данных документа, удостоверяющего личность, и места осуществления медицинской деятельности. В заявлении также указываются лицензируемая деятельность с перечислением работ и услуг, которые предполагает осуществлять заявитель, и срок, в течение которого будет осуществляться лицензируемая деятельность. К заявлению должны быть приложены копии учредительных документов и свидетельства о государственной регистрации соискателя лицензии; справка о постановке его на учет в налоговом органе с указанием ИНН; копии документов о праве пользования помещениями, где будет осуществляться лицензируемая деятельность, с копией поэтажного плана этих помещений; сведения о профессиональной подготовке специалистов, которые будут осуществлять медицинскую деятельность, данные о нормативно-методическом обеспечении, организационно-технических возможностях и материально-техническом оснащении для выполнения соответствующих работ и услуг; документ, подтверждающий внесение соискателем лицензии платы за рассмотрение его заявления лицензирующим органом. Плата за рассмотрение заявления о выдаче лицензии составляет 300 рублей и поступает в бюджет соответствующего субъекта Российской Федерации. Важно указать, что приведенный перечень документов, представляемых для получения лицензии, является исчерпывающим. Лицензирующие органы не вправе требовать от соискателя лицензии каких-либо иных документов, не предусмотренных Положением о лицензировании медицинской деятельности.

5. В Положении о лицензировании медицинской деятельности установлен срок, в течение которого после получения заявления и всех необходимых документов рассматривается вопрос о выдаче или об отказе в выдаче лицензии. Этот срок не должен превышать 30 дней с даты приема заявления, а уведомление о принятом решении должно быть направлено (вручено) соискателю лицензии в течение 3 дней с даты его принятия. В этом уведомлении указываются реквизиты банковского счета для уплаты лицензионного сбора (его размер составляет 1000 рублей) и срок его уплаты. Уведомление об отказе в выдаче лицензии должно содержать причину отказа. В этом случае плата, внесенная соискателем за рассмотрение заявления, возврату

не подлежит.

6. Решение лицензионной комиссии об отказе в выдаче лицензии может быть обжаловано в административном порядке или в суд (порядок судебного обжалования установлен Законом РФ "Об обжаловании в суд действий и решений, нарушающих права и свободы граждан" от 27 апреля 1993 г. N 4866-1 с изм. и доп., внесенными Федеральным законом от 15 ноября 1995 г. (14 февраля 1995 г.) N 197-ФЗ (Ведомости РФ. 1993. N 19. Ст. 685; СЗ РФ. 1995. N 51. Ст. 4970) и главой 24.1 ГПК в ред. Закона РФ от 28 апреля 1993 г. N 4882-1).

7. Продление срока действия лицензии осуществляется в том же порядке, который установлен для ее выдачи, по заявлению лицензиата. В случае если за время действия лицензии не зафиксированы нарушения лицензионных требований и условий, продление срока действия лицензии производится в порядке, установленном для ее переоформления. Плата за это действие составляет 10 рублей. В продлении срока действия лицензии может быть отказано при наличии нарушений лицензионных требований и условий. Такой отказ также может быть обжалован в административном или в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Если медицинское учреждение либо частнопрактикующий врач, осуществляющие психиатрическую помощь, получили лицензию на территории одного субъекта Российской Федерации, то заниматься медицинской деятельностью на территории другого субъекта Российской Федерации они могут после регистрации уже выданной лицензии лицензирующим органом соответствующего субъекта Российской Федерации. Такая регистрация проводится в течение тридцати дней по предъявлении оригинала имеющейся лицензии с проверкой, при необходимости, указанных в ней данных и условий осуществления соответствующего вида медицинской деятельности. В лицензии делается отметка о регистрации, плата за которую не взимается.

8. Приостановление действия лицензии осуществляется лицензирующим органом в случаях, предусмотренных п. 24 Положения о лицензировании медицинской деятельности. Аннулирование лицензии возможно как по решению лицензирующего органа (п. 27 Положения), так и по решению суда. Заявление в суд может быть подано лицензирующим органом или органом государственной власти, если: 1) обнаружены недостоверные или искаженные данные в документах, представленных для получения лицензии; 2) лицензиат неоднократно или грубо нарушал лицензионные требования и условия; 3) решение о выдаче лицензии было незаконным.

9. В соответствии с Законом РСФСР "О медицинском страховании граждан в РСФСР" (см. п. 2 комментария) лицензирование медицинских учреждений дополняется их аккредитацией. Временное положение об аккредитации медицинских учреждений, предприятий и лиц в системе медицинского страхования граждан Российской Федерации было утверждено Приказом Минздрава РФ от 20 марта 1992 г. N 93 "О мерах по выполнению Закона Российской Федерации "О медицинском страховании граждан в РСФСР". Аккредитация предполагает определение соответствия медицинского учреждения установленным профессиональным стандартам. Аккредитация проводится аккредитационными комиссиями, создаваемыми из представителей органов исполнительной власти в области здравоохранения, профессиональных медицинских ассоциаций, страховых медицинских организаций, и касается всех медицинских учреждений, независимо от форм собственности. По ее итогам органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации либо местные администрации выдают сертификат. Этот документ является подтверждением качества услуг, оказываемых медицинским учреждением.

10. Для обеспечения информирования граждан, проживающих на конкретной территории, и осуществления их прав при оказании психиатрической помощи ч. 2 комментируемой статьи устанавливает правило об обязательности и доступности информации о конкретных видах психиатрической помощи, оказываемой психиатрическим либо психоневрологическим учреждением или частнопрактикующим врачом-психиатром. Осуществить это требование комментируемой статьи можно различными способами, например вывесив при входе в кабинет либо в регистратуре, приемном отделении копию имеющейся лицензии, где содержатся сведения об оказываемых видах помощи. Возможно использование и специальных проспектов. По требованию посетителей им должна быть предоставлена возможность ознакомиться с уставными документами учреждения, и с оригиналом имеющейся лицензии. Отказ в предоставлении такой информации может быть предметом обжалования в орган исполнительной власти в области здравоохранения субъекта Российской Федерации либо в орган местного самоуправления (в зависимости от принадлежности медицинского учреждения), а также в соответствующий лицензирующий орган.

11. Лицензирующие органы ведут реестры лицензий, в которых указываются: сведения о лицензиатах; их идентификационные номера налогоплательщиков; лицензируемая деятельность с перечислением осуществляемых лицензиатом работ и услуг; сроки действия лицензий, их номера и даты выдачи; сведения о регистрации лицензий в реестре, а также основания приостановления и возобновления действия лицензий или их аннулирования с указанием дат принятия таких решений и сведения о выдаче копий лицензий. Информация, содержащаяся в реестрах, является открытой и на платной основе (10 рублей за сведения об одном лицензиате) предоставляется юридическим лицам и гражданам.

**Статья 19. Право на деятельность по оказанию психиатрической помощи. (1) Право на врачебную деятельность по оказанию психиатрической помощи имеет врач-психиатр, получивший высшее медицинское образование и подтвердивший свою квалификацию в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.**

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

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

**Комментарий к статье 19**

1. Комментируемая статья содержит важное положение, касающееся квалификации специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи. Работа с лицами, страдающими психическими расстройствами, требует помимо общемедицинского или иного базового образования соответствующей специализации как врачей, так и работников иных специальностей (медицинских психологов, педагогов, социальных работников), участвующих в оказании такой помощи, а равно и медицинского персонала. Такое требование представляется необходимым не только в связи с особенностями расстройств психики и обусловленных этим нарушений поведения лиц, ими страдающих, что предполагает наличие определенных знаний и навыков в обращении с последними. Это важно и для защиты психиатрических пациентов от некомпетентности медицинских работников, чреватой причинением вреда здоровью и даже жизни пациентов. И, конечно же, медицинские работники, получившие специальные познания в области психиатрии, будут и сами в значительной степени защищены от возможных опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами.

2. Общие требования к допуску врачей, среднего и младшего медицинского персонала и иных специалистов к оказанию медицинской помощи определены в ст. ст. 54 - 56 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (Ведомости РФ. 1993. N 33. Ст. 1318). В отношении лиц, получивших медицинскую подготовку в иностранных государствах, действуют требования, содержащиеся в Положении о порядке допуска к медицинской и фармацевтической деятельности лиц, получивших медицинскую и фармацевтическую подготовку в иностранных государствах (утверждено Постановлением Правительства РФ от 7 февраля 1995 г. N 119 // СЗ РФ. 1995. N 7. Ст. 548), и Приказе Минздрава РФ от 26 июля 2000 г. N 284 "О специальных экзаменах для лиц, получивших медицинскую и фармацевтическую подготовку в иностранных государствах" (БНА. 2000. N 34).

3. Для того чтобы получить допуск к медицинской деятельности, прежде всего необходимо иметь высшее и (или) среднее медицинское образование, что подтверждается дипломом. Диплом - это документ об уровне образования, о специальности и квалификации, выдаваемый учреждением профессионального образования различных организационно-правовых форм (высшие и средние медицинские учебные заведения, которые могут быть государственными, муниципальными и негосударственными). В свою очередь, учебное заведение, которое может выдать соответствующий диплом, обязано иметь лицензию на право ведения образовательной деятельности, выдаваемую в установленном законом порядке. Но наличие даже высшего медицинского образования, подтвержденного дипломом со специальностью "лечебное дело", еще не дает права работать врачом-специалистом, в частности психиатром. Для этого необходимо получить сертификат специалиста, т.е. документ единого образца, подтверждающий соответствие подготовки специалиста государственным образовательным стандартам. Сертификат специалиста подтверждает достижение его обладателем определенного уровня теоретических знаний, практических навыков и умений, достаточных для самостоятельной врачебной деятельности, тогда как обладатель только диплома сможет работать либо средним медицинским работником, либо ассистентом под руководством опытного врача-специалиста, но к самостоятельной медицинской деятельности в качестве последнего допущен не будет.

4. Сертификат специалиста выдается государственными медицинскими образовательными и научно-исследовательскими учреждениями, осуществляющими постдипломную подготовку врачей и специалистов со средним медицинским образованием после сдачи соискателями квалификационного экзамена. Для получения сертификата соискатель должен пройти полный курс обучения в соответствии с программой послевузовского профессионального образования (докторантура, аспирантура, ординатура) или дополнительного образования (повышение квалификации, специализация, ординатура).

5. Для непрерывного образования специалистов в области медицины проводится аттестация, по результатам которой специалистам и среднему медицинскому персоналу присваивается квалификационная категория. Порядок получения квалификационных категорий специалистами, работающими в системе здравоохранения, установлен Приказом Минздрава РФ от 9 августа 2001 г. N 314 "О порядке получения квалификационных категорий". Аттестация является добровольной и проводится по желанию медицинских работников, но поскольку наличие квалификационной категории важно для занятия определенных должностей, можно сказать, что аттестация является практически всеобщей. Квалификационная категория присваивается на пять лет со дня издания приказа о ее присвоении, а затем необходима переаттестация на подтверждение уже имеющейся либо получение более высокой квалификационной категории.

6. В ч. 3 комментируемой статьи определяется, что основой всей деятельности врачей-психиатров, иных

специалистов и медицинского персонала по оказанию психиатрической помощи являются профессиональная этика и закон. Имея в виду данную норму, термин "закон" надо понимать в широком смысле - не только как рассматриваемый Федеральный закон, но и как все законы федерального уровня и уровня субъектов Российской Федерации, а также иные нормативные правовые акты, издаваемые в России, которые тем или иным образом касаются прав человека и гражданина, медицинской деятельности, в частности оказания психиатрической помощи, и вообще любых вопросов, которые могут возникнуть в практической деятельности медицинских работников. Естественно, что первое место в правовой системе России занимает Конституция РФ. По сути, здесь имеется в виду все правовое регулирование общественных отношений.

Что же касается профессиональной этики, которая со времен Гиппократов была составной частью медицинской практики, то до недавнего времени отечественные психиатры нормативного документа в этой сфере не имели. Существовали нигде не зафиксированные письменно, не оформленные в виде этических норм и принципов определенные этические правила, применяемые в практической деятельности. В 1994 г. на пленуме правления Российского общества психиатров был принят Кодекс профессиональной этики психиатра, который и стал нормативным документом в рассматриваемой области (Социальная и клиническая психиатрия. 1994. Т. 4. Вып. 3. С. 147 - 150). Назначение Кодекса состоит в том, чтобы дать психиатрам ключи к принятию решений в сложных с этической, правовой и медицинской точек зрения ситуациях. Кодекс дает врачам нравственные ориентиры, основывающиеся на гуманистических традициях отечественной психиатрии, и учитывает при этом современные представления о правах и свободах человека и гражданина.

Кодекс состоит из 11 статей, каждая из которых начинается с этического принципа и содержит конкретизацию последнего применительно к наиболее значимым практическим ситуациям. Так, ст. 3 устанавливает, что "психиатр не вправе нарушать древнюю этическую заповедь врача: "Прежде всего не вредить!". Далее этот принцип расшифровывается с позиций этической недопустимости причинения любого вреда пациенту как намеренно, так и по небрежности, обязанности врача взвешивать риск и ожидаемые положительные результаты психиатрического вмешательства и моральной неоправданности такого вмешательства, если его негативные последствия перевешивают. Также в соответствии с процитированным этическим принципом психиатр не вправе безучастно относиться к действиям третьих лиц, стремящихся причинить пациенту моральный, физический или материальный ущерб.

Кодекс профессиональной этики психиатра отражает этические стандарты профессиональной практики, признанные международным психиатрическим сообществом. По проблемам профессиональной медицинской этики существует большое количество документов, принятых Всемирной медицинской ассоциацией, Всемирной психиатрической ассоциацией и рядом других аналогичных международных организаций. Вместе с документами Организации Объединенных Наций и Совета Европы они собраны в сборнике "Врачи, пациенты, общество. Права человека и профессиональная ответственность врача" (Киев: Ассоциация психиатров Украины. 1996). Этот сборник был бы чрезвычайно полезен для изучения врачами-психиатрами проблем профессиональной медицинской этики в современном мире, где представления о правах пациентов существенно изменились со времен Гиппократов, и для использования многих содержащихся там положений в своей практической деятельности.

Кодекс, принятый Российским обществом психиатров, распространяется только на врачей. С учетом того что в оказании психиатрической помощи участвуют и иные специалисты, и средний и младший медицинский персонал, было бы правильно разработать соответствующие документы в области профессиональной этики и для них. Право и профессиональная этика должны быть внешними и внутренними регуляторами профессионального поведения и врачей-психиатров, и всех, кто участвует в оказании психиатрической помощи, гарантией их независимости при принятии профессиональных решений.

## **Статья 20. Права и обязанности медицинских работников и иных специалистов при оказании психиатрической помощи. (1) Профессиональные права и обязанности врача-психиатра, иных специалистов и медицинского персонала при оказании психиатрической помощи устанавливаются законодательством Российской Федерации о здравоохранении и настоящим Законом.**

(2) Установление диагноза психического заболевания, принятие решения об оказании психиатрической помощи в недобровольном порядке либо дача заключения для рассмотрения этого вопроса являются исключительным правом врача-психиатра или комиссии врачей-психиатров.

(3) Заключение врача другой специальности о состоянии психического здоровья лица носит предварительный характер и не является основанием для решения вопроса об ограничении его прав и законных интересов, а также для предоставления ему льгот, предусмотренных законом для лиц, страдающих психическими расстройствами.

Комментарий к статье 20

1. В статье речь идет о профессиональных правах и обязанностях медицинских работников и иных специалистов, среди которых можно выделить общие, т.е. распространяющиеся на них независимо от медицинской специальности, и специальные, зависящие от конкретной области медицины, в которой они трудятся. Особую группу прав и обязанностей рассматриваемой категории лиц составляют те из них,

которые вытекают из трудовых отношений конкретного работника с учреждением здравоохранения, где он работает. Среди этой группы прав и обязанностей можно назвать право на здоровые и безопасные условия труда, на получение заработной платы, на ежегодный оплачиваемый отпуск, обязанности соблюдать требования законодательства Российской Федерации о труде, а также дисциплину труда и правила внутреннего трудового распорядка конкретного медицинского учреждения и т.д. Правовое регулирование данной группы прав осуществляется прежде всего в законодательстве о труде, а также в законодательстве о здравоохранении (ст. ст. 63 и 64 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1 с изм. и доп. (Ведомости РФ. 1993. N 33. Ст. 1318); ст. 22 настоящего Закона - см. комментарий).

2. Среди общих для всех медицинских специальностей прав следует назвать право заниматься медицинской деятельностью в соответствии со своей специальностью; допуск к этому осуществляется в установленном законом порядке (см. комментарий к ст. 19 Закона). Важным представляется и право на совершенствование своих профессиональных знаний и практических навыков как с помощью самообразования, так и путем повышения квалификации в различных формах. Последнее сказывается и на аттестации врачей и медицинского персонала, способствует получению ими более высокой квалификационной категории (см. комментарий к ст. 19 Закона). К общим правам также можно отнести и право на объединение в профессиональные ассоциации (ст. 62 Основ).

Можно сказать, что общие медицинские обязанности корреспондируются с правами пациентов, предусмотренными ст. 30 Основ. Сюда относятся такие обязанности, как сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе, а также иных сведений, полученных от пациента при его обследовании и лечении (ст. 61 Основ), сообщение пациенту информации о его правах и обязанностях и состоянии здоровья, включая информацию, значимую для получения информированного добровольного согласия пациента на медицинское вмешательство (ст. ст. 31, 32 Основ), обязанность облегчать боль, связанную с заболеванием либо медицинским вмешательством, доступными способами и средствами, проводить по просьбе пациента консилиумы и консультации других специалистов, допускать к пациенту адвоката, священнослужителя, а в стационарном учреждении - предоставлять условия для отправления религиозных обрядов. Кроме того, медицинские работники обязаны оказывать скорую медицинскую помощь любому, кто в этом нуждается (ст. 39 Основ). Все эти общие профессиональные медицинские обязанности закреплены в общем законодательном акте об охране здоровья граждан. Надо сказать, что по сравнению с ранее действовавшим Законом РСФСР "О здравоохранении" 1971 г. такие обязанности в Основах существенно расширены.

3. Специальные права и обязанности медицинских работников до принятия настоящего Закона в каких-либо законодательных актах закреплены не были и регулировались в основном ведомственными нормативными актами Минздрава СССР и РСФСР. Более того, до сегодняшнего дня не существует должностных инструкций по всем медицинским специальностям (а их более 90), принятых на федеральном уровне; нормотворчество в этой области фактически отдано самим медицинским учреждениям. Подробные инструкции, определяющие функциональные обязанности медицинских работников, как правило, утверждают их главными врачами и отражают особенности данного учреждения (стационарное или амбулаторное, инфекционное или хирургическое и т.п.). Естественно, что локальные должностные инструкции опираются на квалификационные требования к врачам-специалистам. Для некоторых других специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи, такие требования содержатся в приказах Минздрава РФ (см., например, Приказ Минздравмедпрома РФ от 30 октября 1995 г. N 294). Кроме того, в соответствующих должностных инструкциях находят отражение положения об учреждениях разного профиля, ранее принимавшиеся также Минздравом (для учреждений, оказывающих внебольничную и стационарную психиатрическую помощь, действует Положение об этих учреждениях, утвержденное Постановлением Правительства РФ от 25 мая 1994 г. N 522 // СЗ РФ. 1994. N 6. Ст. 606). После принятия комментируемого Закона существовавшие должностные инструкции, устанавливающие функциональные права и обязанности медицинских работников разного уровня при оказании психиатрической помощи, должны были быть пересмотрены с учетом его положений, например ст. ст. 5, 37 и 39. Так, в ст. 37 установлены права пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, а в ст. 39 - корреспондирующие с ними обязанности администрации таких стационаров. Естественно, что должностные инструкции о главном враче психиатрической больницы или о заведующем отделением в обязательном порядке должны включать обязанности, предусмотренные в ст. 39 настоящего Закона. Серьезную помощь медицинским учреждениям в подготовке соответствующих должностных инструкций могут оказать разработки ученых в этой области. Так, примерные должностные инструкции персонала стационара, разработанные НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко РАМН, опубликованы в журнале "Здравоохранение" (1996. N 6 - 8).

Приказ Минздравмедпрома РФ от 30.10.1995 N 294 "О психиатрической и психотерапевтической помощи" утратил силу в связи с изданием Приказа Минздрава РФ от 06.11.2001 N 397 "Об отмене Приказа Минздравмедпрома России от 30.10.1995 N 294". 4. Конкретный объем профессиональных прав и обязанностей медицинских работников и иных специалистов при оказании психиатрической помощи зависит от должностного положения работника, а в конечном счете - от уровня его профессиональной подготовки и стажа работы по специальности. Так, по сложившейся практике руководителем учреждения здравоохранения может быть специалист с высшим медицинским образованием при стаже работы по специальности не менее пяти лет. Заведующим отделением, как правило, является врач, имеющий

практический стаж работы по данной специальности не менее трех лет или первую либо высшую квалификационную категорию, а на должность врача-ординатора назначается лицо с высшим медицинским образованием и присвоенной квалификацией врача по специальности "лечебное дело", прошедшее специализацию по психиатрии. Кроме того, допуск к занятию медицинской деятельностью возможен лишь при наличии сертификата специалиста, а к определенным ее видам - и лицензии. Если речь идет о занятии должности старшей медицинской сестры в психиатрической больнице, то для этого необходимо иметь среднее медицинское образование и практический стаж работы в психиатрической больнице.

При допуске медицинских работников к профессиональной деятельности по оказанию психиатрической помощи на определенных должностях должны соблюдаться требования ст. 19 настоящего Закона (см. комментарий). Решение этого вопроса относится к компетенции руководителя соответствующего медицинского учреждения. Нарушение требований Закона при допуске к работе с психически больными может повлиять на получение этим учреждением лицензии на деятельность по оказанию психиатрической помощи (см. комментарий к ст. 18).

5. Особенности прав и обязанностей медицинских работников и иных специалистов при оказании психиатрической помощи определяются спецификой расстройства психики пациента, требующего такой помощи, которая не всегда в должной мере отражается в содержании должностных инструкций. Так, в стационаре любого профиля заведующий отделением согласно инструкциям осуществляет ежедневные обходы больных совместно с врачами-ординаторами, а также проводит клинические разборы всех случаев, представляющих затруднения в диагностике и лечении. Палатная медицинская сестра наблюдает за состоянием больных, точно выполняет врачебные назначения и следит за санитарным содержанием закрепленных за ней палат. Но в психиатрии очень важны также требования деонтологии (врачебного долга) и профессиональной этики к обращению с лицами, страдающими психическими расстройствами. Именно поэтому должностные инструкции следовало бы дополнить требованием соблюдения норм профессиональной этики медицинскими работниками всех уровней с возложением на должностных лиц (заведующих отделениями, главных врачей) контроля за выполнением этих норм подчиненными, рассматривая грубые их нарушения как случаи неисполнения либо ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей.

6. В ч. 2 настоящей статьи перечислены те действия в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, которые имеют наиболее значимые правовые последствия и (или) влекут применение недобровольных мер. Характер этих действий раскрывается в комментариях к ст. ст. 10, 24, 25, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 40 настоящего Закона.

Закон предоставляет право решать эти вопросы либо давать по ним заключение только врачу-психиатру или комиссии врачей-психиатров. Тем самым круг лиц, ответственных за столь значимые медицинские решения, ограничивается врачами, обладающими специальными психиатрическими познаниями. Следует особо подчеркнуть, что в ч. 2 настоящей статьи говорится не о диагностике психического расстройства, а о диагнозе психического заболевания. Из этого следует, что диагноз, например, пограничного состояния (невротического, астено-депрессивного и т.д.), эпилепсии и т.п. может устанавливаться в клинических целях врачом, не являющимся психиатром, однако в этих случаях диагноз не влечет каких-либо правовых последствий для пациента (см. п. 2 комментария к настоящей статье). Врач-психиатр может быть таковым по должности и по специальности. Право единоличного решения указанных вопросов предоставляется врачу-психиатру, который работает в соответствующем государственном учреждении и в обязанности которого входит совершение определенных действий. Врач-психиатр (по специальности), работающий в негосударственном учреждении или занимающийся частной практикой, вправе устанавливать диагноз, но совершать другие указанные в ч. 2 настоящей статьи действия может только в том случае, если на это имеется разрешение территориального органа управления здравоохранением (см. комментарий к ст. 18).

Членом комиссии врачей-психиатров может быть любой врач-психиатр по специальности (а не только по должности), включенный в установленном порядке в состав такой комиссии. Комиссии врачей-психиатров, образованные общественными организациями, могут совершать отдельные указанные действия, если это право предоставлено им соответствующим органом управления здравоохранением. Создание комиссии "смешанного" по специальностям состава (когда недостающее количество врачей-психиатров дополняется врачами других специальностей) для решения указанных вопросов не допускается.

7. Определение наличия или отсутствия у лица психического расстройства, а также установление диагноза психического заболевания (по правилам, изложенным в комментарии к ч. 1 ст. 10 настоящего Закона) является компетенцией врача-психиатра.

Врачи других специальностей, встречаясь со случаями, вызывающими подозрение на наличие психического расстройства, свои диагностические заключения об этом могут выносить, как правило, предположительно. Такие предварительные заключения бывают необходимы для оказания помощи больным при отсутствии в медицинском учреждении или даже в районе врача-психиатра. Например, если в сельской амбулатории или в районной больнице отсутствует врач-психиатр, но есть отдельные врачи (терапевты, хирурги, невропатологи), владеющие диагностикой и лечением алкогольного делирия (белой горячки), купированием (прерыванием) транзиторных психотических эпизодов, то было бы неоправданным лишать их права установления соответствующего диагноза с внесением его в историю болезни. Если в последующем этот диагноз не оспаривается, его можно считать диагнозом как таковым. Аналогичная ситуация может сложиться у терапевтов и невропатологов, оказывающих помощь больным с некоторыми видами

органических поражений головного мозга, эпилепсией или невротическими расстройствами. Однако во всех таких случаях следует стремиться проконсультировать этих лиц у врача-психиатра.

По правилу, установленному в ч. 3 настоящей статьи, предварительное заключение врача другой специальности о состоянии психического здоровья обследуемого не может служить основанием для ограничения прав и законных интересов данного лица, например для признания негодным к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности, деятельности, связанной с источником повышенной опасности, и т.п. Предварительное заключение без осмотра врачом-психиатром не может служить основанием и для предоставления больному предусмотренных законодательством льгот, например первоочередного получения квартиры, бесплатного приобретения лекарств и др.

Поэтому предварительные заключения врачей других специальностей о состоянии психического здоровья обследуемых не должны выдаваться на какие бы то ни было запросы организаций и учреждений, за исключением запросов судебно-следственных органов, органов здравоохранения (по подчиненности лечебного учреждения) и учреждений, оказывающих психиатрическую помощь. Однако при этом следует указывать, что врачом-психиатром данное лицо не осматривалось.

В сельских районах и небольших населенных пунктах, где нет врачей-психиатров, в экстренных случаях представляется целесообразным расширительно толковать право врачей других специальностей решать вопрос о направлении больного в психиатрический стационар. Тем более что при поступлении в психиатрический стационар такое лицо будет обязательно осмотрено врачом-психиатром в приемном отделении.

## **Статья 21. Независимость врача-психиатра при оказании психиатрической помощи. (1) При оказании психиатрической помощи врач-психиатр независим в своих решениях и руководствуется только медицинскими показаниями, врачебным долгом и законом.**

(2) Врач-психиатр, мнение которого не совпадает с решением врачебной комиссии, вправе дать свое заключение, которое приобщается к медицинской документации.

Комментарий к статье 21

1. Независимость врача-психиатра при принятии каких-либо решений, имеющих правовые последствия, является важным условием законности и обоснованности этих решений и направлена в первую очередь на защиту прав и законных интересов лица, в отношении которого решается тот или иной вопрос, а также интересов общества.

Охраняя независимость врача-психиатра, настоящий Закон защищает его профессиональные права, честь и достоинство и одновременно обязывает руководствоваться в своих решениях только медицинскими показаниями, врачебным долгом и законом. Это означает, что решения, принимаемые врачом-психиатром при оказании психиатрической помощи, должны основываться на специальных медицинских знаниях и опыте, быть направлены на благо больного и общества и соответствовать требованиям действующего законодательства.

Вводя принцип независимости врача-психиатра, Закон ставит последнего в положение узкого круга наиболее ответственных лиц, от действий которых зависят судьбы людей.

2. Нарушение принципа независимости может проявляться, в частности, в форме вмешательства в действия врача-психиатра различных органов и лиц, что имело и может иметь негативные последствия. Некоторые конкретные случаи вмешательства в действия врача-психиатра могут быть наказуемы в уголовном порядке (ст. 285 Уголовного кодекса РФ "Злоупотребление должностными полномочиями" и ст. 286 Уголовного кодекса РФ "Превышение должностных полномочий"). Ответственность по ст. ст. 285 и 286 может нести, например, должностное лицо лечебного учреждения, начиная с заведующего отделением, если оно незаконно повлияло или пыталось повлиять на принятие решения лечащим врачом. В случаях, не подпадающих под действие уголовного закона, соответствующее лицо несет, как правило, дисциплинарную ответственность.

Заведующий отделением и другие должностные лица не могут принуждать лечащего врача принять какие-либо решения, например поставить или изменить диагноз, вопреки его воле. Установление диагноза, как и принятие любого другого решения, влекущего правовые последствия, осуществляется в конечном итоге (даже если пациент был проконсультирован врачом-руководителем или авторитетным консультантом) лечащим врачом или уполномоченной на это комиссией врачей-психиатров.

3. Организация и работа комиссий, решающих вопросы, регулируемые настоящим Законом, детально не регламентированы. Однако их деятельность должна осуществляться в соответствии с некоторыми общими принципами. В состав комиссии должен быть включен с его согласия любой специалист, участвующий в оказании психиатрической помощи, если этого требует лицо, страдающее психическим расстройством, в отношении которого предпринимается комиссионное рассмотрение (см. также комментарий к ст. 5). Если комиссия проводится повторно, то в ее состав не могут входить специалисты, принимавшие участие в предыдущем рассмотрении, кроме лечащего врача. Тем самым уменьшается возможность искусственного подбора состава комиссии. В состав комиссии не может входить также специалист или должностное лицо, действия которого обжалуются. Комиссия обсуждает и принимает решение в закрытом заседании, в отсутствие лица, о котором решается вопрос, специалиста, должностного или иного лица, действия которых обжалуются. Все члены комиссии (включая председателя) равны в своих правах и имеют по одному голосу.



4. Закон предоставляет право члену (членам) комиссии (в том числе и председателю), мнение которого не совпадает с решением комиссии, дать свое собственное заключение или изложить особое мнение, которое приобщается к заключению комиссии.

Указанный порядок является гарантией независимости членов комиссии, их равноправия и обеспечения условий для выражения каждым из них собственного мнения. Иной порядок мог бы привести к тому, что авторитет председателя или другого члена комиссии, вышестоящего по должности, повлиял бы на мнение кого-либо из членов комиссии. Возможность выражения особого мнения приводит к персональной ответственности каждого члена комиссии за коллегиально принятое решение. О наличии особого мнения председатель комиссии при лечебном учреждении должен поставить в известность руководителя учреждения, если он не участвовал в работе комиссии, а если участвовал, то главного психиатра вышестоящего органа здравоохранения.

Автор особого мнения может оспаривать заключение комиссии в установленном порядке. При рассмотрении вышестоящим органом решения комиссии должна быть дана мотивированная оценка доводов и предложений, изложенных в особом мнении. При рассмотрении дела судом последний, безусловно, должен исследовать особое мнение как одно из существенных доказательств по делу.

Вопросу независимости врача-психиатра при оказании психиатрической помощи посвящена специальная статья (ст. 10) российского Кодекса профессиональной этики психиатра:

"Моральное право и долг психиатра - отстаивать свою профессиональную независимость. Оказывая медицинскую помощь, участвуя в комиссиях и консультациях, выступая в роли эксперта, психиатр обязан открыто заявлять о своей позиции, защищать свою точку зрения, а при попытках давления на него - требовать юридической и общественной защиты. Психиатр должен отказаться от сотрудничества с представителями пациентов или иными лицами, если они добиваются от него действий, противоречащих этическим принципам или закону. Право психиатра отстаивать свою точку зрения должно сочетаться с высокой требовательностью к себе, способностью признавать и исправлять собственные ошибки, обнаруженные коллегами или самостоятельно".

**Статья 22. Гарантии и льготы врачам-психиатрам, иным специалистам, медицинскому и другому персоналу, участвующим в оказании психиатрической помощи. Врачи-психиатры, иные специалисты, медицинский и другой персонал, участвующие в оказании психиатрической помощи, имеют право на льготы, установленные законодательством Российской Федерации для лиц, занятых деятельностью в особых условиях труда, а также подлежат обязательному государственному страхованию на случай причинения вреда их здоровью или смерти при исполнении служебных обязанностей.**

В случае причинения вреда здоровью, повлекшего временную утрату трудоспособности лица, участвующего в оказании психиатрической помощи, ему выплачивается страховая сумма в пределах его годового денежного содержания в зависимости от тяжести причиненного ущерба. При наступлении инвалидности страховая сумма выплачивается в размере от годового до пятилетнего денежного содержания в зависимости от степени утраты трудоспособности лица, а в случае его смерти страховая сумма выплачивается его наследникам в размере десятикратного годового денежного содержания.

Комментарий к статье 22

1. Перечень гарантий и льгот работникам психиатрических служб в значительной мере был изменен с конца 2001 г. в связи с выходом двух важных законодательных документов: Трудового кодекса Российской Федерации от 30 декабря 2001 г., который был утвержден 30 декабря 2001 г. за N 197-ФЗ и введен в действие с 1 февраля 2002 г., а также Федерального закона "О трудовых пенсиях в Российской Федерации" от 30 ноября 2001 г. (17 декабря 2001 г.) N 173-ФЗ, вступившего в силу с 1 января 2002 г. (СЗ РФ. 2001. N 52. Ч. 1. Ст. 4920).

2. Новое трудовое законодательство, основными целями которого являются установление государственных гарантий трудовых прав и свобод граждан, создание благоприятных условий труда, защита прав работников и работодателей, в контексте комментируемой статьи настоящего Закона регламентирует рабочее время работников психиатрических служб и его режим, условия предоставления им отпусков, оплаты и нормирования труда, вопросы профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации, охраны труда, регулирования труда лиц, работающих по совместительству, и др.

3. Для работников, занятых оказанием психиатрической помощи, в соответствии со ст. 92 Трудового кодекса РФ, как и для иных медицинских работников, предусмотрена сокращенная продолжительность рабочего времени.

В соответствии с Постановлением Государственного комитета Совета Министров СССР по вопросам труда и заработной платы и Президиума ВЦСПС от 25 октября 1974 г. N 298/П-22 в ред. от 1 ноября 1977 г. N 369/П-16, которым утвержден "Список производств, цехов, профессий и должностей с вредными условиями труда, работа в которых дает право на дополнительный отпуск и сокращенный рабочий день", продолжительность рабочего дня сокращена до шести часов следующим категориям работников, непосредственно обслуживающих психически больных в психиатрических (психоневрологических), нейрохирургических, наркологических лечебно-профилактических учреждениях, отделениях, палатах и кабинетах (в том числе в лечебно-трудовых мастерских и подсобных сельских хозяйствах), а также в психоневрологических интернатах или отделениях интернатов для психически больных:

- врачи, в том числе врачи-руководители кабинета;
- врач-диетолог, диетическая медицинская сестра;
- инструктор по труду;
- инструктор производственного обучения;
- инструктор по культмассовой работе, культорганизатор, баянист;
- лаборант (в том числе врач-лаборант и руководитель лаборатории);
- мастер лечебно-производственных (трудовых) мастерских и подсобных сельских хозяйств для психически больных;
- младший медицинский и обслуживающий персонал (младшая медицинская сестра по уходу за больными, санитарка, буфетчик, официант, банщик), а также няни и уборщики производственных помещений в учреждениях для детей;
- научный сотрудник, непосредственно и полный рабочий день работающий с больными;
- парикмахер;
- сестра-хозяйка, кастелянша;
- психолог и физиолог, непосредственно и полный рабочий день работающие с больными;
- средний медицинский персонал;
- гардеробщик, занятый в гардеробной для психически больных.

Кроме того, 6-часовой рабочий день установлен:

- среднему и младшему персоналу ВТЭК для психически больных;
- врачам, среднему и младшему медицинскому персоналу, занятому оказанием скорой медицинской помощи и эвакуацией психически больных, а также водителям автомобиля при одновременном выполнении ими обязанностей санитаров при эвакуации психически больных.

4. В соответствии со ст. 115 Трудового кодекса РФ основной ежегодный оплачиваемый отпуск предоставляется продолжительностью 28 календарных дней, а на основании ст. 120 Трудового кодекса продолжительность ежегодных основного и дополнительных оплачиваемых отпусков исчисляется в календарных днях и максимальным пределом не ограничивается; при этом подчеркнута, что нерабочие праздничные дни, приходящиеся на период отпуска, в число календарных дней отпуска не включаются и не оплачиваются. В соответствии со ст. 126 этого Кодекса часть отпуска, превышающая 28 календарных дней, по письменному заявлению работника может быть заменена денежной компенсацией.

Длительность дополнительных отпусков иных категорий работников учреждений психиатрического профиля определяется приведенными в предыдущем и в нижеследующем пунктах комментария документами. В частности, продолжительность дополнительных отпусков (в рабочих днях) для этих работников составляет:

- врачи, в том числе врачи-руководители кабинета - 30;
- врач-диетолог, диетическая медицинская сестра - 12;
- заведующий производственной практикой - 12;
- инструктор по труду - 30;
- инструктор по культмассовой работе, культорганизатор, баянист - 30;
- лаборант (в том числе врач-лаборант и руководитель лаборатории) - 18;
- мастер лечебно-трудовых мастерских и подсобных сельских хозяйств для психически больных - 30;
- медсестра архива - 6;
- медстатистик - 6;
- младший медицинский и обслуживающий персонал (младшая медицинская сестра по уходу за больными, санитарка, буфетчик, официант, банщик), а также няни и уборщики производственных помещений в учреждениях для детей - 30;
- научный сотрудник, непосредственно и полный рабочий день работающий с больными, - 30;
- музыкальный руководитель - 30;
- парикмахер - 18;
- сестра-хозяйка, кастелянша - 12;
- средний медицинский персонал (кроме лаборантов) - 30;
- гардеробщик, занятый в гардеробной для психически больных, - 12.

В соответствии с Постановлением Госкомтруда СССР от 25 октября 1974 г. N 298/П-22 (раздел XL Приложения N 1 к приведенному в п. 2 Постановления) указано, что работникам учреждений психиатрического профиля, которые получали дополнительный отпуск продолжительностью 36 дней до 10 сентября 1971 г., этот отпуск сохраняется на время их работы в занимаемой должности в данном учреждении.

На основании Перечня образовательных и других учреждений, предприятий и организаций и должностей, работа в которых дает право на ежегодные удлиненные оплачиваемые отпуска, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 13 сентября 1994 г. N 1052 с изм. (СЗ РФ. 1994. N 21. Ст. 2327; 2001. N 13. Ст. 1251), руководители, преподаватели, логопеды, дефектологи, психологи общеобразовательных учреждений, в которых обучаются дети с задержкой психического развития, подростки с девиантным (общественно опасным) поведением, имеют отпуск продолжительностью 56 календарных дней.

Дополнительный отпуск за работу с вредными условиями труда продолжительностью 30 рабочих дней установлен психологам, врачам-руководителям, их заместителям, которые работают непосредственно с

психически больными полный рабочий день, психиатрических (психоневрологических), нейрохирургических, наркологических учреждений, палат, отделений и кабинетов, домов инвалидов для психически больных на основании Постановления Минтруда России от 8 июля 1993 г. N 133 "О дополнительном отпуске за работу с вредными условиями труда медицинского и другого персонала, участвующего в оказании психиатрической помощи" (Бюллетень Минтруда РФ. 1993. N 6). В этот же перечень включены главные психиатры органов здравоохранения, непосредственно участвующие в оказании психиатрической помощи.

На научных работников научных учреждений психиатрического профиля, финансируемых из федерального бюджета, распространяется Постановление Правительства РФ от 12 августа 1994 г. N 949 "О ежегодных отпусках научных работников, имеющих ученую степень", в соответствии с которым доктора медицинских наук имеют ежегодный оплачиваемый отпуск длительностью 48 рабочих дней, а кандидаты медицинских наук - 36 рабочих дней.

Работающим пенсионерам по старости (по возрасту) работодатель обязан на основании письменного заявления работника предоставить отпуск без сохранения заработной платы до 14 календарных дней в году (ст. 128 Кодекса).

5. Оплата труда работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными видами и иными особыми условиями труда, в соответствии со ст. 147 Кодекса устанавливается в повышенном размере по сравнению с тарифными ставками (окладами), установленными для различных видов работ с нормальными видами труда, но не ниже размеров, установленных законами и иными нормативными актами. Размеры должностных окладов (ставок) сотрудников психиатрических учреждений, работающих в опасных для здоровья и особо тяжелых условиях труда, повышаются в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 октября 1999 г. N 377 "Об утверждении Положения об оплате труда работников", Приложением 2, согласованным с председателем профсоюза работников здравоохранения РФ 11 мая 1999 г. и утвержденного Минздравом России 11 мая 1999 г.:

1. Учреждения, подразделения и должности с опасными для здоровья и тяжелыми условиями труда, работа в которых дает право на повышение окладов (ставок) на 15 процентов:

1.5. Санатории, отделения (палаты) других учреждений для детей с поражением центральной нервной системы с нарушением функций опорно-двигательного аппарата.

1.11. Отделения (группы, палаты) для больных с психоневрологическими заболеваниями.

1.18. Психотерапевтические кабинеты амбулаторно-поликлинических учреждений (подразделений).

1.22. Врач-психиатр многопрофильной больницы на 1000 и более коек.

2. Учреждения и подразделения с особо опасными для здоровья и тяжелыми условиями труда, работа в которых дает право на повышение окладов на 25 процентов:

2.1. Психиатрические (психоневрологические) и наркологические учреждения; работники (кроме медицинского персонала) психиатрических больниц (стационаров) специализированного типа с интенсивным наблюдением.

2.2. Отделения, палаты, кабинеты для лечения психически больных и лиц, страдающих хроническим алкоголизмом и наркоманией; наркологические отделения, палаты, кабинеты; специализированные приемные отделения лечебно-профилактических учреждений, предназначенные для оказания медицинской помощи получившим травму в результате острого алкогольного отравления или острого алкогольного психоза.

2.3. Специализированные бригады станций (отделений) скорой медицинской помощи, предназначенные для оказания медицинской помощи и перевозки психически больных.

2.4. Лечебно-производственные (трудовые) мастерские при психиатрических (психоневрологических) учреждениях здравоохранения, перечисленных в п. 2.1 Приложения.

2.8. Лечебно-профилактические учреждения, в том числе санатории, и их структурные подразделения, предназначенные для детей с поражением центральной нервной системы (с органическим поражением ЦНС) с нарушением психики.

2.14. Лаборатории гипнологии и психопрофилактики клиник научно-исследовательских институтов, центров.

3. Учреждения, подразделения и должности с особо тяжелыми условиями труда, работа в которых дает право на повышение окладов (ставок) на 30 процентов:

3.2. Медицинский персонал психиатрических больниц (стационаров) специализированного типа с интенсивным наблюдением.

3.3. Судебно-психиатрические экспертные отделения (комиссии).

3.4. Врачи, средний медицинский персонал участков службы психоневрологических (наркологических) учреждений, подразделений.

4. Учреждения, подразделения и должности с особо опасными условиями труда, работа в которых дает право на повышение окладов (ставок) на 40 процентов:

Амбулаторные судебно-психиатрические экспертные комиссии; судебно-психиатрические экспертные отделения для лиц, не содержащихся под стражей; отделения для принудительного лечения психически больных в психиатрических больницах.

Кроме того, в перечне II (Учреждения образования и социальной защиты), п. п. 1 и 2, приводится подробный перечень учреждений, структурных подразделений и наименование должностей с опасными для здоровья и тяжелыми условиями труда, работа в которых дает право на повышение окладов (ставок) на 15 и

25 процентов.

В соответствии с письмом Минтруда России от 4 апреля 1995 г. N 2510/880-95-19 установлено, что оплату труда психологов, занятых в учреждениях здравоохранения, следует производить в порядке и размерах, установленных для врачей-специалистов соответствующих учреждений здравоохранения (Указание Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ от 28 июня 1995 г. N 2516/1652-95-20).

В соответствии с Положением о порядке установления доплат за неблагоприятные условия труда специалистам и служащим учебных заведений, предприятий и организаций системы Комитета, утвержденным Комитетом по Высшей школе Миннауки России 7 октября 1992 г. N 611, за работу в стационарах, диспансерах, отделениях для лечения психически больных, в том числе больных хроническим алкоголизмом, предусмотрена доплата до 24%.

Работа в психиатрических (психоневрологических), наркологических учреждениях, отделениях, палатах, кабинетах, входящих в структуру научно-исследовательских учреждений и предназначенных для лечения психически больных и лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, предусматривает повышение должностных окладов на 25%. Это положение предусмотрено Перечнем научно-исследовательских учреждений и подразделений, непосредственная работа в которых дает право работникам на повышение окладов (ставок) в связи с опасными для здоровья и особо тяжелыми условиями труда, который утвержден Приказом Минздравмедпрома России от 6 июня 1994 г. N 113 (Библиотека РГ. 1995. N 12, 19).

6. Статья 282 Трудового кодекса регламентирует особенности работы по совместительству для медицинских работников, включая работников психиатрических служб, которые определяются соответствующими документами Правительства Российской Федерации; при этом подчеркнуто, что продолжительность рабочего времени, устанавливаемого работодателем для лиц, работающих по совместительству, не может превышать 4 часов в день и 16 рабочих часов в неделю (ст. 284).

7. При сокращении численности или штата работников организации преимущественное право на оставление на работе предоставляется работникам с более высокой производительностью труда и квалификацией (ст. 179 Кодекса).

8. Большое внимание в Кодексе (раздел X) уделяется вопросам охраны труда, устранения вредных и опасных производственных факторов, безопасности, организации рабочих мест, что крайне важно для учреждений психиатрического и психоневрологического профиля.

9. Существенные изменения произошли и в связи с выходом Федерального закона "О трудовых пенсиях в Российской Федерации", о котором шла речь в п. 1 настоящего комментария. В соответствии со ст. 5 этого Закона устанавливаются следующие виды пенсий: 1) трудовая пенсия по старости; 2) трудовая пенсия по инвалидности; 3) трудовая пенсия по случаю потери кормильца. Трудовая пенсия по старости и трудовая пенсия по инвалидности могут состоять из следующих частей: базовой части; страховой части; накопительной части.

В соответствии со ст. 7 Закона о трудовых пенсиях право на трудовую пенсию имеют мужчины, достигшие возраста 60 лет, и женщины - 55 лет. Трудовая пенсия по старости назначается при наличии не менее 5 лет страхового стажа.

Страховой стаж регулируется гл. III Закона о трудовых пенсиях. В соответствии со ст. 10 в страховой стаж включаются периоды работы и (или) иной деятельности, которые выполнялись на территории Российской Федерации лицами при условии, что за эти периоды уплачивались страховые взносы в Пенсионный фонд РФ. На основании ст. 11 этого Закона наряду с этими периодами работы в страховой стаж засчитываются:

1) период прохождения военной службы, а также другой приравненной к ней службы, предусмотренной Законом РФ "О пенсионном обеспечении лиц, проходивших военную службу, службу в органах внутренних дел, учреждениях и органах уголовно-исправительной системы, и их семей";

2) период получения пособия по государственному социальному страхованию в период временной нетрудоспособности;

3) период ухода одного из родителей за каждым ребенком до достижения им возраста полутора лет, но не более трех лет в общей сложности;

4) период получения пособия по безработице, период участия в оплачиваемых общественных работах и период переезда по направлению государственной службы занятости в другую местность для трудоустройства;

5) период содержания под стражей лиц, необоснованно привлеченных к уголовной ответственности, необоснованно репрессированных и впоследствии реабилитированных, и период отбывания наказания этими лицами в местах лишения свободы и ссылке;

6) период ухода, осуществляемого трудоспособным лицом за инвалидом I группы, ребенком-инвалидом или за лицом, достигшим 80 лет.

Исчисление страхового стажа, требуемого для приобретения права на трудовую пенсию, производится в календарном порядке.

В соответствии со ст. 14 Закона размеры трудовых пенсий составляют:

1) размер базовой части трудовой пенсии по старости устанавливается в сумме 450 рублей в месяц;

2) лицам, достигшим 80 лет или являющимся инвалидами, имеющими ограничение способности к трудовой деятельности III степени, размер базовой части трудовой пенсии по старости устанавливается в сумме 900 рублей в месяц;

3) лицам, на иждивении которых находятся нетрудоспособные члены семьи, указанные в подп. 1, 3 и 4 п. 2 и п. 3 ст. 9 настоящего Федерального закона, размер базовой части трудовой пенсии по старости

устанавливается в следующих суммах:

- при наличии одного такого члена семьи - 600 рублей в месяц;
- при наличии двух таких членов семьи - 750 рублей в месяц;
- при наличии трех и более таких членов семьи - 900 рублей в месяц;

4) лицам, достигшим возраста 80 лет или являющимся инвалидами, имеющими ограниченные способности к трудовой деятельности III степени, на иждивении которых находятся нетрудоспособные члены семьи, указанные в подп. 1, 3 и 4 п. 2 и п. 3 ст. 9 настоящего Федерального закона, размер базовой части трудовой пенсии по старости устанавливается в следующих суммах:

- при наличии одного такого члена семьи - 1050 рублей в месяц;
- при наличии двух таких членов семьи - 1200 рублей в месяц;
- при наличии трех и более таких членов семьи - 1350 рублей в месяц.

Размер базовой части страховой части трудовой пенсии по старости не может быть менее 660 рублей в месяц.

Размеры страховой части трудовой пенсии по старости и самой трудовой пенсии по старости определяются по специальным формулам.

В соответствии со ст. 27 настоящего Федерального закона право на досрочное назначение трудовой пенсии имеют мужчины по достижении возраста 55 лет и женщины по достижении возраста 50 лет, если они проработали на работах с тяжелыми условиями труда соответственно не менее 12 лет 6 месяцев и 10 лет и имеют страховой стаж соответственно не менее 25 и 20 лет. В случае если эти лица проработали на перечисленных работах не менее половины установленного срока и имеют требуемую продолжительность страхового стажа, трудовая пенсия им назначается с уменьшением возраста, предусмотренного ст. 7 настоящего Федерального закона, на один год за каждые 2 года и 6 месяцев такой работы мужчинам и за каждые 2 года такой работы женщинам (Список N 2 производств, профессий, должностей и показателей с вредными и тяжелыми условиями труда, занятость в которых дает право на пенсию по возрасту (по старости) на льготных условиях, утвержденный Постановлением Кабинета Министров СССР от 26 января 1991 г. N 10).

Так как врачи-психиатры, участвующие в оказании психиатрической помощи, работают в тяжелых и опасных условиях труда, которые могут привести к причинению существенного вреда их здоровью, на такого рода лиц также должно распространяться действие Постановления Кабинета Министров от 26 января 1991 г. N 10 о праве на досрочное назначение трудовой пенсии.

10. В случаях, когда длительное непосредственное обслуживание душевнобольных людей становится причиной развития неврозов у медицинского персонала психиатрических учреждений, в том числе у преподавателей и обслуживающего персонала спецшкол для психически неполноценных детей, возникают основания для признания заболевания профессиональным, так как оно включено в Список профессиональных заболеваний (Приложение 5, п. 4.8), утвержденный Приказом Минздравмедпрома от 14 марта 1996 г. N 90 "О порядке проведения предварительных и периодических медицинских осмотров работников и медицинских регламентах допуска к профессии", а также Приказом Минздравмедпрома и Госкомитета санитарно-эпидемиологического надзора РФ от 5 октября 1995 г. N 280/88 "Об утверждении временных перечней вредных, опасных веществ и производственных факторов, а также работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры работников". Для персонала психиатрических лечебных учреждений профессиональными заболеваниями могут быть признаны также аллергические заболевания (п. 6 Списка профессиональных заболеваний): конъюнктивит, ринит, ринофарингит, ринофаринголарингит, риносинусит, бронхиальная астма, астматический бронхит, экзогенный альвеолит, дерматит, экзема, токсикодермия, отек Квинке, крапивница, анафилактический шок, токсико-аллергический гепатит, поражение центральной и периферической нервной системы и др., поскольку к возникновению этих заболеваний могут приводить следующие лекарственные препараты, применяемые в психиатрической практике: нейролептики, витамины, препараты брома, антибиотики, сульфаниламидные препараты, новокаин, гормональные препараты и др.

В соответствии с Инструкцией по применению Списка профессиональных заболеваний к этим заболеваниям должны быть отнесены также их ближайшие и отдаленные последствия. К профессиональным заболеваниям могут быть отнесены также болезни, развивающиеся на фоне профессионального заболевания.

Если профессиональное заболевание, указанное в Списке, вызывает ухудшение течения непрофессионального заболевания, приведшего к потере трудоспособности, то причина потери трудоспособности должна считаться профессиональной.

Диагноз острого профессионального заболевания может быть установлен врачом любого лечебно-профилактического учреждения после обязательной консультации со специалистом по профпатологии и врачом по гигиене труда СЭС. Диагноз хронического профессионального заболевания имеют право установить впервые только специализированные лечебно-профилактические учреждения - центры профпатологии. Признание заболевания профессиональным не всегда означает нарушение фактической трудоспособности. При начальных формах профессиональных заболеваний заключение о нетрудоспособности может быть сведено лишь к рекомендации о прекращении работы в определенных производственных условиях и рациональном трудоустройстве без снижения квалификации и заработка. В тех случаях, когда трудоустройство в новых, безопасных для работника производственных условиях не представляется возможным без снижения его квалификации и заработка, он должен быть направлен на МСЭК (ВТЭК) для признания его ограниченно трудоспособным и установления ему III группы

инвалидности по данному профессиональному заболеванию.

11. В случае причинения вреда здоровью, повлекшего временную утрату трудоспособности лица, участвующего в оказании психиатрической помощи, решение вопроса о выплате страховых сумм, которые указаны в данной статье, до выхода специального законодательного акта по государственному личному страхованию осуществляется в соответствии с Постановлением Верховного Совета РСФСР от 24 декабря 1992 г. N 4214-1 "Об утверждении Правил возмещения работодателями вреда, причиненного работникам увечьем, профессиональными заболеваниями либо иными повреждениями здоровья, связанными с исполнением ими трудовых обязанностей" (Медицина для Вас: Вестник. 1996. N 16 (23)).

12. Вредные и опасные для жизни и здоровья условия труда работников учреждений психиатрического профиля, в течение полного рабочего дня занятых обслуживанием психически больных, являются источником существенного и постоянного стрессового напряжения и могут приводить к стрессовым заболеваниям. Обязательным условием снятия такого напряжения является возможность полноценного отдыха в домашних условиях. Поэтому в целях закрепления квалифицированных кадров за их рабочими местами, обеспечения им оптимальных условий работы, быта и отдыха региональные и местные органы самоуправления могут предоставлять дополнительные льготы врачам-психиатрам, иным специалистам, медицинскому персоналу, непосредственно участвующим в оказании психиатрической помощи пациентам в течение всего рабочего дня, на улучшение жилищных условий, на бесплатное санаторно-курортное лечение или пребывание в пансионатах, домах отдыха и т.п.

#### Раздел IV. ВИДЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ПОРЯДОК ЕЕ ОКАЗАНИЯ

### **Статья 23. Психиатрическое освидетельствование. (1) Психиатрическое освидетельствование проводится для определения: страдает ли обследуемый психическим расстройством, нуждается ли он в психиатрической помощи, а также для решения вопроса о виде такой помощи.**

(2) Психиатрическое освидетельствование, а также профилактические осмотры проводятся по просьбе или с согласия обследуемого; в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет - по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя; в отношении лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, - по просьбе или с согласия его законного представителя. В случае возражения одного из родителей либо при отсутствии родителей или иного законного представителя освидетельствование несовершеннолетнего проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суд.

(3) Врач, проводящий психиатрическое освидетельствование, обязан представиться обследуемому и его законному представителю как психиатр, за исключением случаев, предусмотренных пунктом "а" части четвертой настоящей статьи.

(4) Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя в случаях, когда по имеющимся данным обследуемый совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает:

- а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или
- б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или
- в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

(5) Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя, если обследуемый находится под диспансерным наблюдением по основаниям, предусмотренным частью первой статьи 27 настоящего Закона.

(6) Данные психиатрического освидетельствования и заключение о состоянии психического здоровья обследуемого фиксируются в медицинской документации, в которой указываются также причины обращения к врачу-психиатру и медицинские рекомендации.

Комментарий к статье 23

1. В соответствии с ч. 1 психиатрическим освидетельствованием является каждый осмотр пациента врачом-психиатром, поскольку при этом всякий раз решается вопрос о наличии или отсутствии психического расстройства, его характере, нуждаемости в том или ином виде психиатрической помощи.

В широком смысле сюда можно отнести и профилактические осмотры, хотя они обычно проводятся с несколько иной целью, в частности для определения противопоказаний к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности или деятельности, связанной с источником повышенной опасности.

2. При отсутствии особых обстоятельств, специально оговоренных в ч. 4, и освидетельствование, и профилактический осмотр проводятся по просьбе или с согласия самого обследуемого или его законного представителя, т.е. инициатива освидетельствования исходит от самого пациента (законного представителя) либо он (или законный представитель) не возражает против освидетельствования, осуществляемого по инициативе третьего лица.

3. Если лицо намерено получить или подтвердить право выполнять отдельные виды профессиональной деятельности или деятельности, связанной с источником повышенной опасности (см. комментарий к ст. 6),

для чего требуется заключение психиатра о годности, но оно или его законный представитель возражают против освидетельствования, они могут отказаться от своего намерения и таким образом избежать осмотра психиатра.

4. Психиатрическое освидетельствование несовершеннолетнего лица в возрасте до 15 лет или лица, признанного в установленном порядке недееспособным, несмотря на их возражения, не считается недобровольным, если осуществлено по просьбе или с согласия его законного представителя. Для несовершеннолетнего таковыми являются его родители, усыновители или опекун, для лица, признанного недееспособным, - опекун. Если между родителями несовершеннолетнего нет согласия по этому вопросу и один из них активно возражает против освидетельствования (нейтральную позицию одного из родителей или его временное отсутствие не следует расценивать как возражение), а также при отсутствии родителей заинтересованные лица (педагоги, врачи общемедицинской сети и т.п.) могут обратиться в орган опеки, который вправе принять решение о необходимости психиатрического освидетельствования. Решение органа опеки может быть обжаловано в суд в порядке, предусмотренном ст. 47 (см. комментарий).

Лица, признанные в установленном порядке недееспособными в силу тяжести имеющегося в таких случаях психического расстройства, подлежат диспансерному наблюдению независимо от их желания и желания законного представителя (см. комментарий к ст. 27), поэтому их периодические осмотры (освидетельствования) осуществляются в соответствии с ч. 5 настоящей статьи и ч. 3 ст. 26.

5. Необходимость представления обследуемому в качестве врача-психиатра является одним из элементарных требований медицинской этики, и оно должно безусловно соблюдаться во всех случаях добровольного освидетельствования (по просьбе или с согласия). Это требование вполне выполнимо и при ряде выраженных психических расстройств, когда освидетельствование проводится без согласия обследуемого, но его ориентировка в окружающем сохранена и сознание не нарушено. При этом сохраняются связные воспоминания о происходящем, и введение обследуемого в заблуждение воспринимается впоследствии как преднамеренный обман, посприание его достоинства и прав. Однако в случаях тяжелых и выраженных расстройств (острое психотическое состояние, глубокое слабоумие и др.) представление обследуемому врача-психиатра, казалось бы, теряет смысл, так как не может быть осознано обследуемым. Кроме того, в некоторых случаях, безусловно требующих оказания психиатрической помощи в недобровольном порядке (например, при острых бредовых состояниях), оно может усугубить ситуацию и вызвать сопротивление больного. В качестве объективного критерия, опираясь на который следует решать вопрос о допустимости не представляться пациенту, настоящий Закон устанавливает тяжелое психическое расстройство, обуславливающее непосредственную опасность лица для себя или для окружающих (п. "а" ч. 4 настоящей статьи). Из этого не следует, однако, что во всех таких случаях психиатр обязательно не должен представляться обследуемому. В ч. 3 настоящей статьи речь идет лишь о допустимости не представляться (не обязан) и, следовательно, о возможности решить этот вопрос на свое усмотрение. Этим правом прежде всего необходимо пользоваться тогда, когда сообщение обследуемому о том, что с ним беседует психиатр, может в результате тяжелого психического расстройства отрицательно отразиться на его состоянии, затруднить дальнейший контакт с ним и вызвать его агрессию. Если же ожидаемая отрицательная реакция на освидетельствование психиатра не связана с тяжелым психическим расстройством, а может возникнуть у психически здорового или лица с пограничным психическим расстройством, это не может быть основанием для освидетельствования без представления в качестве психиатра.

6. Критерии для освидетельствования лица без его согласия и без согласия его законного представителя в общем такие же, как и для применения других видов психиатрической помощи в недобровольном порядке (недобровольная госпитализация). Эти критерии подробно освещены в комментарии к ст. 29. Существенная разница состоит в том, что в данном случае речь не идет о состоянии, которое установлено (диагностировано) самим принимающим решение психиатром, что делало бы его ответственным за правильность квалификации этого состояния. В соответствии с ч. 4 решение об освидетельствовании принимается на основании предположения о наличии тяжелого психического расстройства, соответствующего п. п. "а", "б" или "в". Такое предположение должно базироваться на информации о том, что больной совершает соответствующие действия. При всей тщательности отбора информации трудно гарантировать, во-первых, ее полную достоверность, а во-вторых, возможность достаточно определенной интерпретации в плане соответствия одному из названных пунктов. Следовательно, предположение будет носить вероятностный характер. Допущение недобровольного освидетельствования на основании лишь предположения о наличии психического расстройства с определенными качествами связано с необходимостью не допустить тех последствий не оказания психиатрической помощи, которые могут наступить в случаях, предусмотренных п. п. "а", "б" и "в". Эти последствия более опасны для общества, чем освидетельствование того или иного лица без достаточных оснований, которое не приводит к существенному ущемлению прав личности. Поэтому показания для недобровольного освидетельствования следует трактовать более широко, чем, скажем, для недобровольной госпитализации, имея в виду неизбежность определенного минимального числа ошибочных решений (которые могут быть исправлены при первом контакте) даже при самом добросовестном подходе к оценке поступающей информации.

7. Лица, за которыми установлено диспансерное наблюдение (см. комментарии к ст. ст. 26, 27), могут быть освидетельствованы без их согласия и согласия их законных представителей по заранее намеченному плану, в случае неявки к врачу в назначенный срок или по вызову. О таком порядке их ставят в известность, когда им объявляется решение об установлении диспансерного наблюдения и разъясняется содержание

последнего. Лица, которые обращались в лечебно-профилактическое учреждение, оказывающее психиатрическую помощь, и у которых было диагностировано психическое расстройство, но диспансерное наблюдение за ними не устанавливалось, могут быть освидетельствованы психиатром в обычном порядке, предусмотренном ч. ч. 2 и 4 настоящей статьи (см. выше). Данные же, содержащиеся в заведенной на них медицинской документации, могут быть использованы при рассмотрении вопроса о необходимости психиатрического освидетельствования без их согласия.

8. Если освидетельствование проводится в плановом порядке в учреждении, оказывающем амбулаторную психиатрическую помощь, то на обратившегося заводится амбулаторная карта (форма N 025/У), в которую вносятся сведения о причинах освидетельствования (включая направление к психиатру, если таковое имеется); объективные данные, полученные во время осмотра, в том числе обязательное описание психического статуса; заключение с предварительным диагнозом и квалификацией психического состояния; рекомендованные мероприятия или перечень принятых мер (медикаментозные назначения, госпитализация и т.п.). В случае недобровольного освидетельствования в начале записи приводятся основания для такого рода решения и их соответствие одному из пунктов ч. 4 ст. 23, например суицидальные действия или намерения, угрозы агрессией в отношении окружающих, потеря ориентировки и дезорганизация поведения и т.п. При освидетельствовании с санкции судьи по п. п. "б" и "в" ч. 4 ст. 23 в амбулаторную карту подшивается копия заключения врача, направленного в суд в соответствии с ч. 5 ст. 25 (см. комментарий), все имеющиеся материалы и санкция судьи.

Если освидетельствование проводится бригадой скорой психиатрической помощи, дежурным врачом психиатрического стационара (больницы, отделения) или другим учреждением, не оказывающим плановую амбулаторную психиатрическую помощь, аналогичные записи делаются в стационарной истории болезни (карте стационарного больного, форма N 003/У) в случае госпитализации освидетельствованного, в журнале приемного отделения (форма N 001/У), путевке (направлении) скорой помощи в психиатрический стационар, журнале станции скорой помощи и др. Важно, чтобы приведенные сведения были зафиксированы в учреждении, врачом-психиатром которого проведено освидетельствование.

Констатация в результате проведенного освидетельствования психического здоровья или пограничного психического расстройства, не требующего в дальнейшем обязательной психиатрической помощи (в той или иной форме), должна основываться на столь же объективном описании.

**Статья 24. Психиатрическое освидетельствование лица без его согласия или без согласия его законного представителя. (1) В случаях, предусмотренных пунктом "а" части четвертой и частью пятой статьи 23 настоящего Закона, решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя принимается врачом-психиатром самостоятельно.**

(2) В случаях, предусмотренных пунктами "б" и "в" части четвертой статьи 23 настоящего Закона, решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя принимается врачом-психиатром с санкции судьи.

Комментарий к статье 24

1. Врачу-психиатру учреждения, оказывающего скорую или амбулаторную психиатрическую помощь, предоставлено право принятия решения о неотложном освидетельствовании в случаях, когда ему сообщается информация о том, что лицо совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает его непосредственную опасность для себя или окружающих (п. п. "а" ч. 4 ст. 23). Необходимость единоличного решения в таких случаях продиктована стремлением максимально упростить и ускорить процедуру, поскольку промедление может привести к самоубийству или совершению общественно опасного деяния. Из этого не следует, однако, что права лица, подвергшегося освидетельствованию на основании единоличного решения врача-психиатра, никак не защищены. В случае если такое освидетельствование приводит к ограничению личной свободы в форме недобровольной госпитализации, предусмотренной п. "а" ст. 29 (см. комментарий), такое лицо подлежит в соответствии с ч. 1 ст. 32 (см. комментарий) обязательному осмотру в течение 48 часов с момента помещения в стационар комиссией врачей-психиатров, заключение которой в случае признания госпитализации обоснованной направляется в суд (см. ст. 32). Судья рассматривает вопрос об обоснованности госпитализации, а также о наличии оснований для дальнейшего содержания лица в психиатрическом стационаре и выносит соответствующее постановление (см. ст. ст. 34, 35 и комментарии к ним). Таким образом, и в этих случаях установлен судебный контроль, который включается только на 48 часов позже, чем при проведении недобровольного освидетельствования по иным основаниям (п. п. "б" и "в" ч. 4 ст. 23).

2. Аналогичным образом принимается решение и об освидетельствовании лица, находящегося под диспансерным наблюдением в соответствии с ч. 1 ст. 27 (см. комментарий), поскольку, как это предусмотрено ч. 3 ст. 26 (см. комментарий), оно устанавливается независимо от согласия лица, страдающего психическим расстройством, или его законного представителя, а существенным компонентом такого наблюдения являются периодические осмотры врачом-психиатром.

3. В ч. 2 речь идет о случаях недобровольного освидетельствования, которые по особенностям психического состояния лица и характеру нарушений поведения не относятся к неотложным. Необходимость психиатрического вмешательства обусловлена здесь беспомощным состоянием лица, которое в силу



тяжелого психического расстройства не способно самостоятельно удовлетворять свои основные жизненные потребности (п. "б" ч. 4 ст. 23), а также существенным вредом его здоровью, который может наступить вследствие прогрессирования психического расстройства, связанного с неоказанием психиатрической помощи (п. "в" ч. 4 ст. 23). В обоих этих случаях в связи с отсутствием непосредственной опасности для самого лица или окружающих допустимо некоторое промедление с оказанием психиатрической помощи, достаточное для того, чтобы были получены дополнительные гарантии соблюдения прав и законных интересов личности. В качестве такой гарантии Закон устанавливает необходимость получения санкции судьи на проведение психиатрического освидетельствования в порядке, освещенном в ст. 25 и комментарии к ней.

**Статья 25. Порядок подачи заявления и принятия решения о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя. (1) Решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя, за исключением случаев, предусмотренных частью пятой статьи 23 настоящего Закона, принимается врачом-психиатром по заявлению, содержащему сведения о наличии оснований для такого освидетельствования, перечисленных в части четвертой статьи 23 настоящего Закона.**

(2) Заявление может быть подано родственниками лица, подлежащего психиатрическому освидетельствованию, врачом любой медицинской специальности, должностными лицами и иными гражданами.

(3) В неотложных случаях, когда по полученным сведениям лицо представляет непосредственную опасность для себя или окружающих, заявление может быть устным. Решение о психиатрическом освидетельствовании принимается врачом-психиатром немедленно и оформляется записью в медицинской документации.

(4) При отсутствии непосредственной опасности лица для себя или окружающих заявление о психиатрическом освидетельствовании должно быть письменным, содержать подробные сведения, обосновывающие необходимость такого освидетельствования и указание на отказ лица либо его законного представителя от обращения к врачу-психиатру. Врач-психиатр вправе запросить дополнительные сведения, необходимые для принятия решения. Установив, что в заявлении отсутствуют данные, свидетельствующие о наличии обстоятельств, предусмотренных пунктами "б" и "в" части четвертой статьи 23 настоящего Закона, врач-психиатр в письменном виде, мотивированно отказывает в психиатрическом освидетельствовании.

(5) Установив обоснованность заявления о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя, врач-психиатр направляет в суд по месту жительства лица свое письменное мотивированное заключение о необходимости такого освидетельствования, а также заявление об освидетельствовании и другие имеющиеся материалы. Судья решает вопрос о даче санкции в трехдневный срок с момента получения всех материалов. Действия судьи могут быть обжалованы в суд в порядке, установленном Гражданским процессуальным кодексом РСФСР.

Комментарий к статье 25

1. Заявление о необходимости психиатрического освидетельствования лица без его согласия или согласия его законного представителя следует подавать врачу-психиатру учреждения, оказывающего амбулаторную или скорую психиатрическую помощь. В соответствии с ныне действующей структурой внебольничных психиатрических учреждений это может быть участковый психиатр, обслуживающий территорию, на которой проживает лицо, подлежащее освидетельствованию, в экстренных случаях - дежурный врач этого учреждения или врач учреждения, оказывающего скорую психиатрическую помощь, а также главный врач одного из указанных учреждений или его заместитель.

2. Независимо от формы заявления оно в обязательном порядке должно содержать сведения о таких действиях и нарушениях поведения лица, которые указывают на наличие у него тяжелого психического расстройства, обуславливающего проявления, соответствующие п. п. "а", "б" или "в" ч. 4 ст. 23.

3. Закон не ограничивает круг лиц, которые могут обращаться с заявлением. В зависимости от конкретных обстоятельств (острота состояния, место пребывания свидетельствуемого, наличие близких родственников и т.п.) ими могут быть различные лица, имеющие отношение к свидетельствуемому. В целом можно сказать, что чем более экстренный (неотложный) характер носит освидетельствование, тем более широк круг этих лиц, вплоть до случайных встречных. Это связано с необходимостью обеспечить неотложной психиатрической помощью лиц с острыми, внезапно развившимися психическими расстройствами, которые не допускают соблюдения каких-либо формальностей. Однако и в этих случаях не следует принимать вызов к лицу, которое находится, например, дома в кругу семьи или на рабочем месте, от посторонних лиц, если они не сообщают, конечно, что предполагаемый больной блокирует каким-то образом обращение к психиатру близких или администрации. Во всех же случаях, не носящих характера неотложных, необходимо, чтобы заявление об освидетельствовании содержало сведения о том, что наиболее близкие обследуемому лица, по крайней мере, не возражают против его освидетельствования психиатром, поскольку для встречи с лицом необходимо войти в их жилище или в помещение, где они работают. Таким образом, при решении вопроса о психиатрическом освидетельствовании предпочтение следует отдавать заявлениям членов семьи лица, подлежащего освидетельствованию, а также официальных лиц, в обязанности которых

входит оказание медицинской помощи, забота о благополучии граждан и соблюдении общественного порядка (работники общемедицинской сети, педагоги, сотрудники жилищных органов, милиции и т.п.), хотя при определенных обстоятельствах в качестве заявителя может выступить любое лицо.

4. Особо следует подчеркнуть, что в неотложных случаях, когда есть основания считать, что лицо страдает тяжелым психическим расстройством, обуславливающим его непосредственную опасность для себя или окружающих, достаточно устного заявления (сообщения по телефону). Однако содержание этого заявления, особенно сведения, которые оцениваются как основание для недобровольного освидетельствования, обязательно должно быть зафиксировано в медицинской документации (см. комментарий к ст. 23), как и паспортные данные заявителя, а также его отношение к лицу, подлежащему освидетельствованию (сосед, работник ДЭЗ, член семьи, врач, сотрудник милиции и т.п.).

5. Если заявление не содержит информации о непосредственной опасности лица для себя или для окружающих и случай не расценивается как неотложный, оно должно быть письменным. В заявлении, которое может быть написано в свободной форме, должны содержаться фамилия, имя, отчество заявителя, его адрес (телефон) и отношение к лицу, подлежащему освидетельствованию, мотивы обращения к психиатру, фактические данные, которые указывали бы на: 1) наличие у лица тяжелого психического расстройства (психоза, острого и хронического, включая депрессивные состояния, слабоумия, повторяющихся состояний расстроенного сознания и т.п.); 2) поведение и высказывания, свидетельствующие о беспомощности или необходимости психиатрического вмешательства во избежание существенного вреда его здоровью (п. п. "б" и "в" ч. 4 ст. 23); 3) отказ лица или его законного представителя от обращения к врачу-психиатру и невозможность добровольного освидетельствования.

6. В зависимости от конкретных обстоятельств психиатр, рассматривающий заявление, может принять меры к получению дополнительных сведений. Эти сведения должны быть направлены на подтверждение и уточнение данных, перечисленных в п. 5 комментария, поскольку они совершенно необходимы для принятия решения. Источником получения дополнительной информации может быть сам заявитель, если он имеет возможность сообщить дополнительные факты, представить необходимые документы, пригласить к врачу другое заинтересованное лицо, попытаться по совету врача получить согласие на освидетельствование самого предполагаемого больного или его законного представителя. Врач может также запросить письменно или по телефону необходимые сведения и документы из других медицинских учреждений, в которых лицо проходило обследование и лечение, получить сведения о нем из военно-учетных, экспертных, педагогических и других учреждений; самостоятельно пригласить родственников или друзей лица; принять другие меры для пополнения информации. Вся эта деятельность должна при необходимости проводиться при сохраняющемся контакте с заявителем, позволяющем следить за состоянием и поведением лица, подлежащего освидетельствованию.

7. Следует иметь в виду относительность и изменчивость критериев, содержащихся в п. п. "а", "б" и "в" ч. 4 ст. 23. При прогрессировании заболевания или незначительном изменении состояния оно может приобрести новые качества, соответствующие другому пункту, что потребует изменения первоначально избранной тактики. Например, у лица, у которого по полученной информации можно предположить депрессивное состояние, вместо имевшего место снижения аппетита наблюдается полный отказ от пищи либо на фоне идей собственной малоценности и пессимистического отношения к будущему появляются суицидальные высказывания или попытки самоубийства. В таком случае его состояние нужно оценивать уже применительно не к п. п. "б" или "в", а к п. "а" ч. 4 ст. 23 со всеми вытекающими отсюда последствиями, включая и неотложный характер освидетельствования. Таким образом, врач, получивший заявление об освидетельствовании, в процессе сбора дополнительной информации и получения санкции судьи (в случае если освидетельствование предполагается осуществить по п. "б" или "в") берет на себя определенную ответственность за непринятие мер неотложной психиатрической помощи. При принятии решения о проведении недобровольного психиатрического освидетельствования или об отказе от него необходимы возможная полнота информации о наличии или об отсутствии клинико-социальных оснований для этого, оперативность в проведении дополнительных мероприятий и обращении в суд, правильность клинической квалификации предполагаемого психического расстройства, объективный реалистический учет возможных последствий отказа в неотложном психиатрическом освидетельствовании. При возникновении сомнений в необходимости освидетельствования в соответствии с п. п. "б" или "в" ч. 4 ст. 23 можно, если позволяют обстоятельства, прибегнуть к консультации более квалифицированных специалистов, вплоть до главного специалиста территориального органа здравоохранения, или к комиссионному решению, если психиатр работает в специализированном учреждении, имеющем такую комиссию.

8. Решение об отказе в психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя принимается врачом-психиатром в том случае, когда поданное заявление, а также полученная информация (если она собиралась) не содержат данных о наличии обстоятельств, предусмотренных п. п. "б" и "в" ч. 4 ст. 23. Хотя оценка достоверности сведений, сообщенных заявителем, не относится прямо к компетенции психиатра (его прерогативой является грамотная клиническая квалификация полученных сведений), явные противоречия этих сведений установленной реальности тоже могут быть основанием для отказа. В большинстве же случаев отказ основывается на том, что полученная информация, если и дает основание для сомнений в психическом здоровье лица, не является достаточной для того, чтобы освидетельствование проводилось без учета желания самого лица или его законного представителя (обычно родителей в отношении несовершеннолетнего).

В соответствии с ч. 4 отрицательный ответ заявителю оформляется в письменном виде и должен быть

мотивирован, т.е. содержать основания для отказа в освидетельствовании. При написании такого отказа необходимо иметь в виду, что согласно ст. 9 настоящего Закона (см. комментарий) сведения о состоянии психического здоровья являются врачебной тайной и не подлежат разглашению. Поэтому в ответе на заявление должно быть не больше данных о психическом состоянии лица, фактах его обращения к психиатрам и лечения у них, чем содержалось в самом заявлении. В ответе необходимо также избегать ссылок на другие использованные психиатром источники информации, поскольку это может привести к конфликтам между родственниками лица, его соседями, сослуживцами, считающими необходимым недобровольное психиатрическое освидетельствование, и теми, кто против такого освидетельствования. Вместе с тем необходимо привести конкретные основания для отказа. С учетом сделанных замечаний в ответе необходимо сослаться на предусмотренные данным Законом основания для недобровольного психиатрического освидетельствования (можно в виде цитаты из ч. 4 ст. 23). Далее следует показать, что приведенные в заявлении особенности поведения лица не подпадают под действие п. "а" ч. 4 ст. 23, поскольку, например, лицо не проявляет агрессивности в отношении окружающих и не высказывает намерений самоубийства; не подпадают под действие п. "б", поскольку оно ежедневно ходит на работу, самостоятельно расходует свои средства, удовлетворительно питается и одевается; не соответствуют и п. "в", поскольку по содержанию заявления, например, можно допустить у него наличие отклонений в виде повышенной раздражительности, неуживчивости, склонности к конфликтам, которые не требуют обязательного лечения без согласия лица и не приведут к существенному вреду его здоровья, если оно будет оставлено без психиатрической помощи. Конкретные основания в ответе на заявление, разумеется, могут быть иными. Наряду с этим можно указать, что конкретные сообщенные в заявлении сведения при проведенной проверке не подтвердились.

9. Если же заявление и полученные дополнительные сведения содержат информацию о проявлениях, характерных для тяжелого психического расстройства, этого нередко бывает достаточно для проведения освидетельствования. Как правило, остается только решить, в соответствии с каким именно пунктом ч. 4 ст. 23 его следует осуществлять. В самом деле, к тяжелым психическим расстройствам следует отнести хронические психические заболевания (эндогенные психозы и некоторые другие психические расстройства с аналогичными проявлениями), острые психозы (категория достаточно однозначная, не требующая пояснений), глубокое или прогрессирующее слабоумие. При всех этих заболеваниях обычно нарушается способность правильно отображать окружающее, адекватно оценивать свое состояние, понимать его болезненный характер, принимать осознанные решения, в частности касающиеся лечения и других медицинских мероприятий. Именно это и делает правомерным применение к таким больным каких-либо медицинских мер без обязательного получения их согласия. Такие психические расстройства (заболевания) в большинстве случаев приводят к тому, что если страдающие ими лица не представляют в данное время непосредственной опасности для себя или окружающих (п. "а"), не находятся в состоянии беспомощности (п. "б"), то, во-первых, легко могут впасть в такие состояния, а во-вторых, как правило, нуждаются в психиатрической помощи, поскольку ее отсутствие и оставление их без лечения могут привести к существенному вреду их здоровью, что соответствует п. "в" ч. 4 ст. 23. Итак, в подавляющем большинстве случаев указанные типы заболевания по своим проявлениям соответствуют одному из критериев, установленных Законом в качестве оснований для недобровольного освидетельствования (п. п. "а", "б" и "в" ч. 4 ст. 23). В силу этого обоснованное предположение о тяжелом психическом расстройстве может сыграть решающую роль в принятии решения о недобровольном психиатрическом освидетельствовании.

10. Удостоверившись в наличии достаточно веских оснований к тому, что у лица, подлежащего освидетельствованию, имеет место одно из названных психических расстройств, врач-психиатр пишет заключение о необходимости психиатрического освидетельствования без согласия лица и его законного представителя. При этом отмечается, что заключение основывается на сведениях, сообщенных заявителем. Особое внимание уделяется обоснованию мнения о вероятности именно тяжелого психического расстройства (см. п. 9 комментария к данной статье), а также о наличии признаков, соответствующих п. "б" или "в" ч. 4 ст. 23. Заключение направляется в суд по месту жительства лица, подлежащего освидетельствованию. В препроводительном письме отмечается, что само лицо, подлежащее освидетельствованию, или его законный представитель уклоняются или возражают против психиатрического освидетельствования. К заключению прилагаются заявление лица, обратившегося к психиатру, и другие имеющиеся материалы.

11. Получив заключение психиатра о необходимости психиатрического освидетельствования с приложенными к нему материалами, судья в течение трех дней решает вопрос о даче санкции. При этом главное внимание уделяется оценке достоверности представленной информации (с этой целью судья может пригласить для беседы заявителя, связаться с организациями, предоставившими дополнительную информацию), а также обоснованности самого решения. Судья, не обладая специальными познаниями в области психиатрии, не может самостоятельно принять решение о недобровольном освидетельствовании, поэтому он анализирует полноту использования данных, представленных психиатром в его заключении, логичность доводов и соответствие их сделанным выводам. Заявления, поступившие в суд от других лиц, также подвергаются анализу в сопоставлении с заключением психиатра. Существенную роль в принятии решения о даче санкции на освидетельствование играет тяжесть последствий, которые могут наступить в случае неоказания лицу психиатрической помощи при предполагаемом у него психическом расстройстве. В соответствии с ч. 5 настоящей статьи действия судьи могут быть обжалованы в суд в порядке, установленном ГПК, а также ст. ст. 47, 48 настоящего Закона (см. комментарий).

**Статья 26. Виды амбулаторной психиатрической помощи. (1) Амбулаторная психиатрическая помощь лицу, страдающему психическим расстройством, в зависимости от медицинских показаний оказывается в виде консультативно-лечебной помощи или диспансерного наблюдения.**

(2) Консультативно-лечебная помощь оказывается врачом-психиатром при самостоятельном обращении лица, страдающего психическим расстройством, по его просьбе или с его согласия, а в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет - по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя.

(3) Диспансерное наблюдение может устанавливаться независимо от согласия лица, страдающего психическим расстройством, или его законного представителя в случаях, предусмотренных частью первой статьи 27 настоящего Закона, и предполагает наблюдение за состоянием психического здоровья лица путем регулярных осмотров врачом-психиатром и оказание ему необходимой медицинской и социальной помощи. Комментарий к статье 26

1. В данной статье приводится исчерпывающий перечень видов амбулаторной психиатрической помощи лицам, страдающим психическими расстройствами; устанавливаются два ее вида: консультативно-лечебная помощь и диспансерное наблюдение; даются общие характеристики каждого из видов по наиболее существенным признакам.

Выбор вида, в котором амбулаторная психиатрическая помощь должна оказываться конкретному лицу, является важным моментом деятельности врача-психиатра, поскольку от правильности такого выбора во многом зависит эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий.

2. Амбулаторной психиатрической помощью называется психиатрическая помощь, которая оказывается лицу, страдающему психическим расстройством, во внебольничных условиях, т.е. без помещения лица в стационар. Этим она отличается от стационарной помощи.

Амбулаторная психиатрическая помощь, как и психиатрическая помощь вообще (см. комментарий к ч. 1 ст. 1 и ч. 1 ст. 16 настоящего Закона), включает в себя обследование психического здоровья, диагностику психических расстройств, их лечение, психопрофилактическую и реабилитационную помощь, а также уход за лицами, страдающими психическими расстройствами.

Амбулаторная психиатрическая помощь оказывается лицам, страдающим психическими расстройствами, при их обращении в государственные, негосударственные психиатрические и психоневрологические учреждения и к частнопрактикующим врачам-психиатрам. Она оказывается также при посещении этих лиц на дому врачами-психиатрами, иными специалистами, средним и младшим медицинским персоналом психиатрических и психоневрологических учреждений и частнопрактикующими врачами-психиатрами (об учреждениях и лицах, оказывающих психиатрическую помощь, см. комментарии к ст. ст. 18 и 19 настоящего Закона). К амбулаторной относится и оказание психиатрической помощи в учреждениях, общественных и иных местах врачами скорой психиатрической помощи. Если психиатрическая помощь оказывается врачами-психиатрами психиатрических и психоневрологических стационаров без госпитализации лиц в стационары, она тоже считается амбулаторной.

Таким образом, амбулаторная психиатрическая помощь может быть оказана в разнообразных условиях, например в психоневрологических диспансерах, диспансерных отделениях, консультациях, центрах; в специализированных кабинетах (психиатрических, психоневрологических, психотерапевтических, суицидологических, сексопатологических, психоэндокринологических, психогигиенических и т.п.); в консультативно-диагностических, иных амбулаторных подразделениях психиатрических больниц и клиник; в дневных или ночных стационарах; в лечебно-производственных мастерских; на дому, в учреждениях, общественных и иных местах.

3. Как указано в ч. 1 настоящей статьи, амбулаторная психиатрическая помощь оказывается лицу в виде консультативно-лечебной помощи или диспансерного наблюдения. Следовательно, в каждый определенный период лицо может получать психиатрическую помощь только одного из двух названных видов. Это не означает, что однажды установленный вид психиатрической помощи должен оставаться для данного лица неизменным. Законом допускается переход от одного вида помощи к другому в любом направлении: от консультативно-лечебной помощи к диспансерному наблюдению и наоборот, причем число таких изменений вида помощи одному и тому же лицу в принципе не ограничивается (подробнее об этом см. комментарий к ч. 4 ст. 27 настоящего Закона).

4. Согласно формулировке ч. 1 настоящей статьи вид амбулаторной психиатрической помощи определяется в зависимости от медицинских показаний. К медицинским показаниям относятся наличие определенного психического расстройства, его характер, тяжесть, особенности течения и прогноза, влияние на поведение и социальную адаптацию данного лица, на его способность самостоятельно и разумно решать вопросы о психиатрической помощи, предлагаемой врачом-психиатром.

Основным различием консультативно-лечебной помощи и диспансерного наблюдения служит степень обязательности и добровольности ее получения лицом, страдающим психическим расстройством, и, соответственно, степень допустимости врачебного вмешательства. Лицам с менее тяжелыми расстройствами психики, имеющими более благоприятное течение и прогноз, амбулаторная психиатрическая помощь оказывается в виде консультативно-лечебной, т.е. исключительно на добровольных основах в порядке, предусмотренном ч. 2 настоящей статьи. За лицами с тяжелыми расстройствами психики, имеющими неблагоприятное течение и прогноз, устанавливается диспансерное

наблюдение, дающее право врачу-психиатру оказывать больному психиатрическую помощь независимо от согласия последнего (ч. 3 настоящей статьи и ст. 27 Закона).

5. Консультативно-лечебная помощь лицам, страдающим психическими расстройствами, воплощает в себе общий принцип добровольности обращения за психиатрической помощью, раскрытый в комментарии к ст. 4 настоящего Закона. Лицо, получающее консультативно-лечебную помощь, вправе самостоятельно (с учетом врачебных указаний) определять причины и поводы обращения к врачу-психиатру, выбирать время и частоту контактов с врачом, решать для себя, следовать или не следовать врачебным рекомендациям. Врач-психиатр имеет право оказывать помощь такому лицу только при самостоятельном обращении, по его просьбе или с его согласия. Что же касается несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет - то по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя (см. комментарий к ч. 2 ст. 7). Амбулаторная психиатрическая помощь лицам, признанным в установленном законом порядке недееспособными, здесь не рассматривается, так как такие лица, ввиду тяжести психических расстройств, подлежат диспансерному наблюдению.

6. Если в результате обращения лица за консультативно-лечебной помощью ему предлагается лечение, то согласие на это оформляется в соответствии с требованиями, содержащимися в ч. ч. 1 и 3 ст. 11 настоящего Закона (см. комментарий). Отказ лица, получающего консультативно-лечебную помощь, от предлагаемого лечения, если у врача-психиатра нет оснований для применения к нему недобровольных мер (например, госпитализации в психиатрический стационар), оформляется в соответствии с требованиями ч. 2 ст. 12 настоящего Закона (см. комментарий).

7. Оказание консультативно-лечебной помощи может быть рекомендовано всем лицам, страдающим психическими расстройствами, не нуждающимся в диспансерном наблюдении (см. комментарий к ч. 1 ст. 27), чаще всего со следующими состояниями:

- а) с непсихотическими органическими расстройствами вследствие сосудистых, травматических, инфекционных, интоксикационных и др. поражений головного мозга при невыраженном интеллектуальном дефекте, без глубоких расстройств личности и поведения, препятствующих социально-трудовой адаптации;
  - б) перенесшим острый психоз или психотический приступ с наступлением выздоровления или полноценной ремиссии;
  - в) с непсихотическими аффективными расстройствами;
  - г) с невротическими расстройствами, психогенными нарушениями физиологических функций, острыми реакциями на стресс или адаптационными реакциями;
  - д) с расстройствами личности при компенсации клинических проявлений и отсутствии выраженной социально-трудовой дезадаптации; с половыми дисфункциями;
  - е) с гиперкинетическим синдромом, специфическими нарушениями развития в детском возрасте, если они не резко выражены и не препятствуют процессу обучения и социальной адаптации, а также с легкой умственной отсталостью;
  - ж) с эпилепсией - при отсутствии психотических расстройств и выраженных изменений личности.
- Данный перечень носит примерный характер. Границы его могут быть расширены при индивидуальном рассмотрении каждого случая.

8. Консультативно-лечебная помощь включает в себя весь объем амбулаторной психиатрической помощи и может осуществляться в широком диапазоне времени - от единичного осмотра до многолетних контактов врача с пациентом. Лица, которым оказывается консультативно-лечебная помощь, имеют право на получение при необходимости листков временной нетрудоспособности, установление облегченных условий труда, входящее в компетенцию клинико-экспертных комиссий (КЭК), установление инвалидности, получение направлений на госпитализацию в психиатрические и психоневрологические больницы, дневные и ночные стационары (при наличии к тому медицинских показаний), на бесплатное получение лекарств при соответствующих заболеваниях, предоставление им жилищных и иных льгот, предусмотренных для лиц с соответствующими психическими расстройствами, и т.п.

В случае если обращение за консультативно-лечебной помощью и оказание ее не влекут правовых последствий, она может быть оказана анонимно.

9. На лиц, получающих консультативно-лечебную помощь, ведется медицинская документация (медицинские карты, статистические талоны и т.п.) в порядке, установленном органами управления здравоохранением. При этом по необходимости лицу разъясняется, что заведение указанных медицинских документов не является свидетельством установления диспансерного наблюдения, а отражает общие требования, существующие при оказании любой медицинской помощи.

10. Другим видом амбулаторной психиатрической помощи является диспансерное наблюдение, сущность которого раскрывается в ч. 3 настоящей статьи. В ее формулировке содержатся три основных момента. Во-первых, диспансерное наблюдение может устанавливаться только в случаях, предусмотренных ч. 1 ст. 27 настоящего Закона (см. комментарий).

Во-вторых, диспансерное наблюдение может устанавливаться независимо от согласия лица, страдающего психическим расстройством, или его законного представителя. Это означает, что диспансерное наблюдение может устанавливаться как при согласии на это самих больных или их законных представителей, так и без их согласия. Следовательно, по признаку добровольности диспансерное наблюдение существенно отличается от консультативно-лечебной помощи.

В-третьих, диспансерное наблюдение за состоянием здоровья лица осуществляется путем регулярных осмотров врачом-психиатром и оказания больному необходимой медицинской и социальной помощи.

Таким образом, при осуществлении наблюдения врач-психиатр должен проявлять активность в оказании помощи больному даже в тех случаях, когда со стороны самого больного такой инициативы не обнаруживается.

Установление диспансерного наблюдения дает врачу-психиатру право на основании ч. 5 ст. 23 настоящего Закона проводить осмотры больного (путем посещений на дому, в иных местах или приглашений на прием) с той частотой, которая требуется для оценки изменений в состоянии психического здоровья и полноценного оказания психиатрической помощи, независимо от согласия самого больного. Однако пользоваться этим правом следует разумно и деликатно, исходя из соображений необходимости и целесообразности. Вопрос о частоте осмотра лиц, в отношении которых осуществляется диспансерное наблюдение, решается индивидуально. Как правило, осмотр производится не реже одного раза в течение календарного года. В некоторых случаях осмотр как таковой может быть заменен получением сведений о больном другими путями, исключаящими, однако, разглашение врачебной тайны или компрометацию больного.

В понятие диспансерного наблюдения, помимо регулярных осмотров больных, входит оказание больным амбулаторной психиатрической помощи в ее полном объеме. При этом особое значение и большой удельный вес приобретают социальная помощь и весь комплекс социально-реабилитационных мероприятий.

При проведении лечения лиц, находящихся под диспансерным наблюдением (так же как и лиц, получающих консультативно-лечебную помощь), действуют правила, установленные ст. 11 ("Согласие на лечение") и ст. 12 ("Отказ от лечения") настоящего Закона.

Медицинская документация на лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, ведется в установленном органами управления здравоохранением порядке.

### **Статья 27. Диспансерное наблюдение. (1) Диспансерное наблюдение может устанавливаться за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями.**

(2) Решение вопроса о необходимости установления диспансерного наблюдения и о его прекращении принимается комиссией врачей-психиатров, назначаемой администрацией психиатрического учреждения, оказывающего амбулаторную психиатрическую помощь, или комиссией врачей-психиатров, назначаемой органом здравоохранения.

(3) Мотивированное решение комиссии врачей-психиатров оформляется записью в медицинской документации. Решение об установлении или прекращении диспансерного наблюдения может быть обжаловано в порядке, установленном разделом VI настоящего Закона.

(4) Установленное ранее диспансерное наблюдение прекращается при выздоровлении или значительном и стойком улучшении психического состояния лица. После прекращения диспансерного наблюдения амбулаторная психиатрическая помощь по просьбе или с согласия лица либо по просьбе или с согласия его законного представителя оказывается в консультативно-лечебном виде. При изменении психического состояния лицо, страдающее психическим расстройством, может быть освидетельствовано без его согласия или без согласия его законного представителя по основаниям и в порядке, предусмотренным частью четвертой статьи 23, статьями 24 и 25 настоящего Закона. Диспансерное наблюдение может быть возобновлено в таких случаях по решению комиссии врачей-психиатров.

Комментарий к статье 27

1. Настоящая статья специально посвящена основаниям и порядку установления и прекращения диспансерного наблюдения как вида амбулаторной психиатрической помощи (см. комментарий к ст. 26).

2. Основания для установления диспансерного наблюдения раскрываются в ч. 1 настоящей статьи. Оно может устанавливаться за лицом, страдающим таким психическим расстройством, которое соответствует в совокупности трем критериям:

а) психическое расстройство должно быть хроническим или затяжным;

б) его болезненные проявления должны быть тяжелыми;

в) тяжелые болезненные проявления должны быть стойкими или часто обостряющимися.

3. К категории хронических относятся психические расстройства, которые в силу присущих им закономерностей развития болезненного процесса имеют длительное течение - от нескольких лет до нескольких десятков лет, и даже на протяжении всей жизни индивида. Как правило, речь идет о таких психических заболеваниях, как шизофрения, эпилепсия, маниакально-депрессивный психоз, предстарческие (пресенильные) и старческие (сенильные) психозы, а также о некоторых типах психических расстройств, возникающих вследствие органического поражения головного мозга (атеросклеротического, травматического, инфекционного, интоксикационного, иного происхождения). Выявление клинических признаков, характерных для таких заболеваний, дает врачу-психиатру основание квалифицировать данное психическое расстройство как хроническое независимо от того, имели ли место болезненные проявления в прошлом или диагноз заболевания установлен в начале его развития.

К затяжным относятся психические расстройства, существующие, как правило, не менее года, длительность течения которых определяется не их изначально хроническим характером, а особенностями проявления у данного лица при данных обстоятельствах. Так, реактивная или психогенная депрессия, возникающая в

ответ на психическую травму и не относящаяся к категории хронических заболеваний, может при определенных условиях (у личностей астенического склада, при повторных психотравмах или длительно существующей психогенной ситуации) принять затяжной характер. Достоверно определить, что данное расстройство является затяжным, можно лишь по прошествии достаточно длительного периода его существования.

Поскольку для понятий "хроническое" и "затяжное" общим признаком служит длительность психического расстройства, под них подпадают и те нарушения психики, которые не относятся к собственно психическим заболеваниям, а представляют собой аномальные состояния или дефекты психического развития (расстройства личности, психопатии, умственная отсталость и т.п.).

Важно подчеркнуть, что одного указанного признака недостаточно для решения вопроса об установлении диспансерного наблюдения. Длительно существующие психические расстройства могут иметь разную степень тяжести и разные варианты течения. Например, при сравнении невроза и шизофрении или, в рамках шизофрении, при сравнении ее невротоподобной и бредовой (параноидной) форм более существенным признаком для решения вопроса о диспансерном наблюдении является не длительность психического расстройства (которая может быть одинаковой в приведенных примерах), а его тяжесть.

4. Понятие "тяжесть психического расстройства" отражает в обобщенном виде степень выраженности болезненных проявлений и степень нарушения психической деятельности в целом, включая понимание и оценку происходящего, собственной личности, способность адекватно строить свое поведение. К тяжелым относятся такие психические расстройства, которые не только имеют достаточно выраженные проявления, но и значительно снижают понимание окружающего и собственной личности, искажают оценки реальных событий и своего состояния, нарушают поведение, препятствуют поддержанию адекватного контакта с действительностью, а также лишают больного способности принимать осознанные решения относительно предлагаемых медицинских мер.

В психопатологии понятию тяжелого психического расстройства соответствуют:

- психозы, проявляющиеся синдромами помрачения сознания, выраженными в значительной степени аффективными, бредовыми, галлюцинаторными, кататоническими <\*> расстройствами;

-----  
<\*> От слова "кататония" - состояние обездвиженности (ступора) или хаотического двигательного возбуждения.

- выраженное слабоумие, развившееся вследствие различных психических заболеваний и органических поражений головного мозга;

- умственная отсталость, т.е. состояние остановившегося или неполного умственного развития, характеризующееся прежде всего интеллектуальной недостаточностью (в степени глубокой дебильности, имбецильности и идиотии).

К категории тяжелых психических расстройств могут быть отнесены также резко выраженные изменения личности (так называемые "негативные" расстройства, или "дефект" личности), обусловленные шизофреническим процессом, эпилепсией, другими заболеваниями при их неблагоприятном течении.

Однако оценку степени тяжести таких изменений следует производить с большой осторожностью.

Невротические расстройства, психопатии и другие психические расстройства непсихотического характера, несмотря на возможную выраженность болезненных проявлений (навязчивостей, астенических, истерических и других симптомов), к категории тяжелых психических расстройств, как правило, не относятся, поскольку не сопровождаются столь глубокими, как при вышеперечисленных состояниях, нарушениями психической деятельности в целом.

Тяжелые болезненные проявления при хронических и затяжных психических расстройствах могут не определять всей клинической картины заболевания, а появляться в виде отдельных эпизодов, приступов, фаз, обострений, сменяющихся периодами полного или относительного благополучия (так называемыми ремиссиями) либо менее тяжелыми психическими расстройствами. Поэтому даже наличия у пациента с хроническим и затяжным психическим расстройством тяжелых болезненных проявлений еще недостаточно для установления за ним диспансерного наблюдения. Необходимо оценить, какова длительность тяжелых болезненных проявлений на всем протяжении хронического или затяжного психического расстройства, т.е. какова их стойкость или частота обострений.

5. Тяжелые болезненные проявления следует считать стойкими, если к моменту осмотра больного они существуют не менее года и (или) если прогностические признаки течения психического расстройства с высокой вероятностью свидетельствуют об их существовании в будущем на протяжении года и более.

Под частыми обострениями обычно понимают возникновение тяжелых болезненных проявлений ежегодно или более одного раза в год. Частота обострений также определяется ретроспективно, путем анализа клинической картины заболевания в прошлом и (или) на основании прогноза его течения.

Прогнозирование стойкости тяжелых болезненных проявлений, как и частоты обострений, представляет собой сложную задачу, требующую учета множества факторов (биологических, личностных, средовых).

Поскольку такой прогноз носит вероятностный характер, он нуждается в постоянной коррекции в процессе наблюдения за больным и его лечения.

6. Таким образом, только наличие всех трех квалифицирующих признаков (хронического или затяжного течения психического расстройства, тяжести болезненных проявлений и их стойкости или частоты обострений) дает основание для установления за больным диспансерного наблюдения. При отсутствии хотя бы одного из них или при сомнениях в их наличии вопрос об установлении диспансерного наблюдения

следует отложить, а амбулаторную психиатрическую помощь оказывать лицу в консультативно-лечебном виде. Например, диспансерное наблюдение может не устанавливаться за больным циклотимией (т.е. легкой формой маниакально-депрессивного психоза) ввиду отсутствия признака тяжести болезненных проявлений, несмотря на то что это заболевание хроническое и может протекать с частым чередованием расстройств настроения. Не попадают под категорию нуждающихся в диспансерном наблюдении и лица с редкими транзиторными (кратковременными, преходящими) психотическими эпизодами ввиду отсутствия признаков хронического или затяжного течения, а также стойкости или частоты обострений болезненных расстройств. Больные шизофренией с редкими и непродолжительными приступами при отсутствии выраженных изменений личности могут получать психиатрическую помощь без диспансерного наблюдения, т.е. в консультативно-лечебном виде (см. комментарий к ч. 2 ст. 26).

Формулировка ч. 1 настоящей статьи: "Диспансерное наблюдение может устанавливаться..." не имеет строго обязывающего характера, а дает право врачам-психиатрам решать вопрос индивидуально, с учетом особенностей конкретного случая и конкретной ситуации.

7. В соответствии с ч. 2 настоящей статьи вопрос о необходимости установления диспансерного наблюдения и о его прекращении решается не единолично врачом-психиатром, а комиссией врачей-психиатров. Такая комиссия назначается приказом главного врача лечебно-профилактического учреждения, оказывающего амбулаторную психиатрическую помощь. Если главный врач не возлагает обязанности председателя на себя, он может осуществлять председательствование в любом случае, когда сочтет это целесообразным.

Если вопрос о необходимости диспансерного наблюдения возникает по результатам первичного психиатрического освидетельствования лица, то врач, проводивший освидетельствование, участвует в работе комиссии в качестве ее полноправного члена независимо от того, назначен ли он членом комиссии. Это правило относится и к случаю, когда вопрос о необходимости диспансерного наблюдения возникает в отношении пациента, которому оказывается консультативно-лечебная помощь.

В состав комиссии также входит по должности участковый врач-психиатр, на участке которого проживает пациент. Это особенно важно, когда вопрос решается в связи с поступлением выписки из истории болезни психиатрического стационара.

Для обслуживания психиатрических (психоневрологических) кабинетов сельских, районных больниц, поликлиник малых городов, других учреждений, оказывающих амбулаторную психиатрическую помощь, где нет достаточного количества врачей-психиатров, для первичного рассмотрения указанных вопросов комиссии врачей-психиатров назначаются вышестоящим органом здравоохранения. Такие комиссии обычно называются межрайонными; в случае необходимости они выезжают в соответствующий кабинет или учреждение.

Комиссия принимает решение после освидетельствования пациента. Лишь в отдельных бесспорных случаях, при явном уклонении от комиссионного освидетельствования лица, в отношении которого рассматривается вопрос о необходимости установления диспансерного наблюдения, решение может быть принято заочно - по данным медицинской документации (записи результатов первичного психиатрического освидетельствования, амбулаторной медицинской карты на пациента, получавшего консультативно-лечебную помощь, выписки из истории болезни психиатрического стационара).

Настоящим Законом не предоставлено право решать вопрос об установлении или прекращении диспансерного наблюдения комиссиям врачей-психиатров психиатрических стационаров. Их заключения по данному вопросу имеют рекомендательный характер.

К работе комиссий относятся все правила, установленные ст. 21 настоящего Закона.

8. Правило оформления комиссионного решения заключено в ч. 3 настоящей статьи. В записи решения должны быть изложены основные анамнестические <\*> сведения, отражено психическое состояние пациента, уровень его социальной адаптации, дана диагностическая оценка имеющегося или перенесенного психического расстройства и указаны основания, по которым принято решение об установлении или прекращении диспансерного наблюдения. Запись решения комиссии вносится в медицинскую документацию и удостоверяется подписями председателя и членов комиссии.

-----  
<\*> От слова "анамнез" - данные об истории жизни и развитии болезни.

Диспансерное наблюдение считается установленным или прекращенным с момента принятия комиссионного решения.

Порядок обжалования решения комиссии разъясняется в комментарии к ст. 47 настоящего Закона.

9. В ч. 4 настоящей статьи определяются основания для прекращения диспансерного наблюдения, порядок последующего оказания амбулаторной психиатрической помощи и условия возобновления диспансерного наблюдения. В связи с тем что многие психические расстройства, в том числе хронические и тяжелые, могут спонтанно или под влиянием лечения иметь благоприятный исход, установленное ранее диспансерное наблюдение не должно рассматриваться как неизменный вид амбулаторной психиатрической помощи. Оно прекращается при выздоровлении или значительном и стойком улучшении психического состояния лица.

10. Под выздоровлением понимается исчезновение болезненных проявлений психического расстройства и восстановление психического здоровья. Что касается выздоровления лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, то исчезновение у них болезненных проявлений может произойти, во-первых, вследствие прекращения течения и обратного развития хронического или затяжного психического расстройства, как это бывает в случаях шизофрении, маниакально-депрессивного психоза, эпилепсии, психогенных заболеваний,



органических поражений головного мозга, и, во-вторых, вследствие полной компенсации дефектов психики, например слабоумия, умственной отсталости и т.п., что на практике встречается реже.

При заболеваниях, имеющих приступообразное или периодическое течение, исчезновение болезненных проявлений по миновании приступа, фазы или обострения еще не свидетельствует о прекращении болезни, которая после так называемого светлого промежутка, или ремиссии, может проявиться новым приступом, фазой или обострением. Встречаются случаи, когда вслед за несколькими частыми приступами наступают длительные, полноценные ремиссии, которые длятся годами и даже десятилетиями, а затем вновь прерываются приступами болезни. Такие случаи, где длительность ремиссии превышает 4 - 5 лет, можно условно считать выздоровлением, поскольку вероятность рецидива болезненных проявлений сравнима здесь с вероятностью возникновения болезни у здоровых прежде людей.

Восстановление психического здоровья при выздоровлении от психических заболеваний следует оценивать в сравнении с его доболезненным уровнем, а не с гипотетической "идеальной" нормой, а также с учетом индивидуальных особенностей психики, которыми обладало лицо до начала заболевания. Если же речь идет о лицах, страдающих тяжелыми психическими расстройствами с детства, то свидетельством их выздоровления, помимо исчезновения болезненных проявлений, может служить достижение среднего для их возраста уровня психического развития и социальной адаптации (включая способность к обучению и трудовой деятельности).

При наступлении выздоровления лицо признается психически здоровым и не нуждающимся в психиатрической помощи.

11. Если у лица, за которым было установлено диспансерное наблюдение по основаниям ч. 1 настоящей статьи, исчезают не все болезненные проявления психического расстройства, а лишь тяжелые стойкие или часто обостряющиеся, то это свидетельствует о значительном улучшении психического состояния.

Примерами служат: исчезновение психотических проявлений (синдромов помрачения сознания, выраженных аффективных, бредовых, галлюцинаторных, кататонических расстройств), значительная компенсация слабоумия или умственной отсталости, сглаживание или коррекция дефектов личности. При этом у лица могут оставаться менее тяжелые болезненные проявления психического расстройства (невротические, эмоциональные, психопатические, слабо выраженная интеллектуальная недостаточность и другие), не нарушающие его социальной адаптации. Признаками значительного улучшения являются также существенное снижение частоты приступов, фаз, обострений заболевания и, соответственно, увеличение продолжительности полноценных ремиссий.

Значительное улучшение психического состояния может быть основанием для прекращения диспансерного наблюдения, если оно (улучшение) является стойким, т.е. вероятность возврата тяжелых болезненных проявлений минимальна. Достоверность такого прогноза возрастает с увеличением продолжительности наблюдения. Практически же, если состояние значительного улучшения сохраняется на протяжении полутора-двух лет и не имеет признаков неблагоприятной динамики, оно может считаться стойким.

12. Лицо, в отношении которого диспансерное наблюдение прекращено, может впоследствии получать амбулаторную психиатрическую помощь в консультативно-лечебном виде, т.е. по просьбе или с согласия самого лица или его законного представителя (см. комментарий к ч. 2 ст. 26). Законом не устанавливается никаких различий в правовом положении такого лица и тех, кто не находился ранее под диспансерным наблюдением.

13. После прекращения диспансерного наблюдения лицо, страдающее психическим расстройством, может быть освидетельствовано без его согласия или без согласия его законного представителя лишь по основаниям, предусмотренным ч. 4 ст. 23 настоящего Закона, т.е. при таком изменении состояния, когда есть основания предполагать появление у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает признаки, перечисленные в п. п. "а", "б" и "в" ч. 4 ст. 23 (см. комментарий к ст. 23).

Порядок проведения недобровольного психиатрического освидетельствования рассмотрен в комментарии к ст. ст. 24 и 25 настоящего Закона.

14. Если в результате психиатрического освидетельствования лица, в отношении которого диспансерное наблюдение было прекращено, обнаружатся основания для возобновления диспансерного наблюдения (соответственно ч. 1 настоящей статьи), оно возобновляется по решению комиссии врачей-психиатров в порядке, установленном ч. ч. 2 и 3 настоящей статьи.

15. Среди больных, состоящих под диспансерным наблюдением по основаниям, установленным ч. 1 настоящей статьи, в зависимости от особенностей их состояния на данный период, участковым психиатром могут быть выделены различные группы в соответствии с принятой в данном регионе системой организации внебольничной психиатрической помощи. Принадлежностью к одной из выделенных групп определяется частота врачебных осмотров и другие параметры диспансерного наблюдения. Выделяется и категория больных, склонных к общественно опасным действиям. Согласно Приказу Министерства здравоохранения РФ и Министерства внутренних дел РФ от 30 апреля 1997 г. N 133/269 "О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами" и утвержденной этим Приказом Инструкции об организации взаимодействия органов здравоохранения и органов внутренних дел Российской Федерации по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами (см. Приложение к настоящему изданию), данная группа формируется комиссией врачей-психиатров по представлению участкового врача-психиатра. В Инструкции определены принципы отбора больных для представления на комиссию и порядок наблюдения за ними. Последний состоит в обмене информацией о пациентах, включенных в группу активного диспансерного наблюдения

(АДН), с отделением милиции, в более частых осмотрах врачом (не реже одного раза в месяц), содействии милиции в установлении места пребывания больного в случае его миграции и уклонения от наблюдения, при необходимости недобровольной госпитализации и т.п. Правила осуществления активного диспансерного наблюдения в значительной мере распространяются на больных, совершивших общественно опасные действия и направленных судом на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра, хотя здесь есть и существенные отличия. Данная принудительная мера медицинского характера введена Уголовным кодексом РФ уже после принятия настоящего Закона (подробнее см. комментарии к ст. ст. 99, 100 Уголовного кодекса РФ).

**Статья 28. Основания для госпитализации в психиатрический стационар. (1) Основаниями для госпитализации в психиатрический стационар являются наличие у лица психического расстройства и решение врача-психиатра о проведении обследования или лечения в стационарных условиях либо постановление судьи.**

(2) Основанием для помещения в психиатрический стационар может быть также необходимость проведения психиатрической экспертизы в случаях и в порядке, установленных законами Российской Федерации.

(3) Помещение лица в психиатрический стационар, за исключением случаев, предусмотренных статьей 29 настоящего Закона, осуществляется добровольно - по его просьбе или с его согласия.

(4) Несоввершеннолетний в возрасте до 15 лет помещается в психиатрический стационар по просьбе или с согласия его родителей или иного законного представителя. Лицо, признанное в установленном законом порядке недееспособным, помещается в психиатрический стационар по просьбе или с согласия его законного представителя. В случае возражения одного из родителей либо при отсутствии родителей или иного законного представителя помещение несовершеннолетнего в психиатрический стационар проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суд.

(5) Полученное согласие на госпитализацию оформляется записью в медицинской документации за подписью лица или его законного представителя и врача-психиатра.

Комментарий к статье 28

1. В комментируемой статье приводятся общие основания для помещения в психиатрический стационар независимо от того, является оно добровольным или недобровольным; основания для последнего сформулированы в ст. 29 Закона.

В ч. 1 статьи содержится важное указание на то, что основанием для госпитализации в психиатрический стационар является, во-первых, наличие у пациента психического расстройства. Это означает, что при отсутствии такового он не может быть помещен в психиатрический стационар. Иными словами, госпитализация в психиатрический стационар психически здорового лица противоречила бы Закону, кроме случаев направления на экспертизу (см. п. 2 комментария). Во-вторых, для такой госпитализации необходимо решение врача-психиатра о проведении обследования или лечения в стационарных условиях либо постановление судьи. Такое положение созвучно ст. 20 настоящего Закона, в которой указывается, что заключение врача другой специальности о состоянии психического здоровья носит предварительный характер и что установление диагноза психического заболевания, принятие решения об оказании психиатрической помощи в недобровольном порядке являются исключительным правом врача-психиатра. В направлении на госпитализацию должно быть указано, как осуществляется госпитализация - добровольно или недобровольно. В последнем случае должно быть указано, какому критерию (ст. 29 - п. п. "а", "б", "в") соответствует психическое состояние больного. При этом указание на критерий должно вытекать из приведенного описания психического состояния пациента (см. также комментарий к ст. 29).

2. В ч. 2 данной статьи указывается, что, кроме названных в ч. 1, основанием для госпитализации в психиатрический стационар может быть также необходимость проведения психиатрической экспертизы в случаях и в порядке, установленных законами Российской Федерации. Здесь имеется в виду необходимость проведения судебно-психиатрической экспертизы, например, в случае совершения общественно опасного деяния лицом, у которого подозревается наличие психического заболевания (см. комментарий к ст. 14). То же можно сказать о военно-врачебной (см. комментарий к ст. 15) и медико-социальной экспертизах, основанных на соответствующем законодательстве.

Экспертиза временной нетрудоспособности осуществляется в учреждениях здравоохранения врачом или комиссией врачей, которые предоставляют отпуска по болезни, по уходу за больными членами семьи, для санаторно-курортного лечения, определяют необходимость и сроки временного перевода работника по болезни на другую работу и т.п., а также принимают решение о направлении на медико-социальную экспертизу (МСЭК).

Медико-социальная экспертиза согласно Федеральному закону от 20 июля 1995 г. (24 ноября 1995 г.) N 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" с изм. и доп. (СЗ РФ. 1995. N 48. Ст. 4563) и Указу Президента Российской Федерации от 1 июля 1996 г. N 1011 "О мерах по обеспечению государственной поддержки инвалидов". Имеется Постановление Правительства Российской Федерации от 13 августа 1996 г. N 965 "О порядке признания граждан инвалидами" с изм. и доп. (СЗ РФ. 1996. N 34. Ст. 4127; 2000. N 39. Ст. 3880; N 45. Ст. 4478), которым утверждены Положение о признании лица инвалидом и Примерное положение об учреждениях государственной службы медико-социальной экспертизы. В соответствии с Положением о признании лица инвалидом медико-социальная экспертиза гражданина производится учреждением государственной службы медико-социальной экспертизы по месту его

жительства либо по месту прикрепления к государственному или муниципальному лечебно-профилактическому учреждению здравоохранения, может проводиться и в стационаре, где гражданин находится на лечении, на дому или заочно с его согласия или с согласия его законного представителя. К учреждениям медико-социальной экспертизы в системе органов Министерства труда и социального развития относятся бюро медико-социальной экспертизы (в том числе специализированного профиля), в состав которых, помимо врачей, входят специалист по социальной работе и психолог (предусмотрено также создание главного бюро, при котором в случае необходимости может быть создано стационарное отделение). Основаниями для определения инвалидности являются следующие три признака:

- нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;
- ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);
- необходимость осуществления мер социальной защиты.

В случаях, требующих применения сложных видов экспертно-реабилитационной диагностики, программа дополнительного освидетельствования может предусматривать проведение дополнительного обследования в лечебно-профилактическом учреждении.

3. Часть 3 определяет добровольность помещения лица в психиатрический стационар - по его просьбе или с его согласия, за исключением случаев, строго оговоренных Законом (ст. 29 и комментариев). Собственно, о добровольности принятия решения пациентом можно говорить лишь при соблюдении следующих трех условий:

- осведомленности пациента о своем праве согласиться с предложением врача о госпитализации или отказаться от нее;
- отсутствии принуждения к госпитализации;
- способности пациента в данный момент по психическому состоянию выразить свое отношение к госпитализации.

Каждое из этих условий требует специального пояснения:

1) закон конкретизирует добровольность как просьбу пациента или его согласие; более того, предусматривается, что согласие на госпитализацию в психиатрический стационар пациент дает в письменной форме. Сказанное исключает принятие врачом-психиатром решения о госпитализации (если нет оснований для недобровольного помещения в стационар) в категорической непреерекаемой форме без учета права пациента отказаться от лечения в условиях стационара. Либо пациент сам просит о помещении его в стационар, либо дает согласие на госпитализацию, когда врач приводит в случае надобности аргументы, свидетельствующие о необходимости обследования и лечения именно в условиях стационара.

Целесообразно в ряду других аргументов использовать то обстоятельство, что при изменении отношения пациента к пребыванию в больнице он, как находящийся в стационаре добровольно, может быть беспрепятственно выписан (ст. 40, ч. 2 и комментариев);

2) добровольность принятия пациентом решения о госпитализации предполагает отсутствие элемента обмана или принуждения, в какой бы форме они ни осуществлялись. Естественно, не допускается прямое принуждение, когда больному вкладывается в руку ручка и его понуждают поставить подпись под согласием на госпитализацию, иногда даже вуалируя содержание документа, которое он должен подписать. Недопустимо и косвенное принуждение, когда аргументы медицинского персонала предполагают как бы наказание за отказ от госпитализации, за неуступчивость пациента, например, в такой форме: "Если не согласитесь, оформим госпитализацию как недобровольную, тогда пробудете в больнице полгода, год" и т.п.;

3) необходимо при этом учесть, что "согласие" на лечение в виде подписи пациента, находящегося на момент поступления в больницу в состоянии, например, острого психоза с измененным сознанием или в состоянии выраженного слабоумия, несомненно, является артефактом (т.е. искусственно достигнутым согласием. - Ред.). В Законе нет прямого указания на необходимость учитывать психическое состояние пациента при получении у него согласия на госпитализацию. Однако формула добровольности - по его просьбе или с согласия - предполагает, что пациент по психическому состоянию способен выразить свое отношение к направлению в стационар. Если по психическому состоянию пациент не способен выразить свое отношение к госпитализации, не может быть и речи о ее добровольности, а неизвестно как полученная подпись пациента будет представлять собой не что иное, как фикцию добровольности.

Поэтому прежде всего врач должен исключить состояния, при которых пациент не может обнаружить свое отношение к госпитализации (например, делирий, другие состояния измененного сознания, острая растерянность, выраженное слабоумие и пр.). Пациенты в таком психическом состоянии не подходят под п. 3 ст. 28, в котором говорится о добровольном помещении в стационар - по просьбе или с согласия пациента, что не может не означать выражения пациентом своего отношения к госпитализации. Следовательно, помещение в стационар больных, не способных по психическому состоянию обнаружить свое отношение к госпитализации, должно проводиться без учета их воли (их согласия или просьбы), т.е. не добровольно, а в соответствии со ст. 29 настоящего Закона. Таким пациентам не предлагается подписать согласие на госпитализацию; в этих случаях выполняются юридические процедуры, вытекающие из недобровольности помещения их в больницу.

4. В ч. 4 данной статьи определяется порядок помещения в стационар несовершеннолетних в возрасте до 15

лет или больных, признанных судом недееспособными. Госпитализация таких лиц считается добровольной, если на нее дают согласие их законные представители. В первом случае - это родители, усыновители или опекуны, во втором - опекун. Однако определенный ч. 4 данной статьи порядок помещения в психиатрический стационар несовершеннолетних в возрасте до 15 лет или лиц, признанных судом недееспособными, по существу, лишает этих пациентов возможности определить свое отношение к факту их госпитализации. Для исключения злоупотреблений правом решать за этих пациентов (например, когда родители, усыновители или опекун хотят положить больного в стационар, чтобы отделаться от него или затягивают его выписку) Закон предусматривает особую процедуру в виде периодических освидетельствований их в стационаре комиссией врачей-психиатров: в первые 48 часов после помещения в больницу, затем ежемесячно в течение шести месяцев, а при дальнейшем пребывании в стационаре - не реже одного раза в шесть месяцев (ч. 1 ст. 31). Поскольку в практике детско-подростковой психиатрической службы нередко между родителями несовершеннолетнего возникают разногласия по поводу госпитализации и один из них возражает против помещения ребенка в больницу, Закон определяет, что окончательное решение в этих случаях принадлежит органу опеки и попечительства. Предполагается, что таким образом будет принято решение, соответствующее интересам больного. Аналогично орган опеки и попечительства берет на себя решение вопроса о госпитализации в случае отсутствия законных представителей. Решение органа опеки и попечительства может быть обжаловано в суд.

5. Часть 5 данной статьи определяет необходимость письменного согласия на госпитализацию. Такая запись в медицинской документации оформляется за подписью госпитализируемого лица или его законного представителя и врача-психиатра. Наличие документального подтверждения добровольности стационарирования не только предупреждает злоупотребления, но и исключает возможность по-разному толковать позицию пациента или его законного представителя в отношении госпитализации, что могло бы иметь место, если бы согласие давалось лишь в устной форме.

**Статья 29. Основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке. Лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя до постановления судьи, если его обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает:**

- а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или
- б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или
- в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Комментарий к статье 29

1. Статья регулирует одну из важных форм оказания психиатрической помощи, связанную с помещением лица, страдающего психическим расстройством, в психиатрический стационар, но не по его просьбе или с его согласия, а в недобровольном порядке. Значимость статьи определяется тем, что госпитализация в психиатрический стационар вопреки воле самого лица или его законных представителей сопоставима с лишением свободы. Речь идет о помещении этого лица в стационар до постановления судьи и, следовательно, только на основании заключения врача, что связано с неотложностью психиатрической помощи. Это можно трактовать как акт, аналогичный задержанию или взятию под стражу. Понятно поэтому, что состояние госпитализируемого должно соответствовать определенным критериям, которые являются непременным условием для принятия врачом решения о госпитализации больного в недобровольном порядке.

2. Статья содержит три критерия, которые действительны при следующем общем для всех критериев условии - обследование и лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым. В связи со сказанным прежде всего возникает необходимость уточнить, какие психические расстройства следует отнести к тяжелым. Тяжесть психического расстройства определяется наличием нарушений психотического уровня (психоза) или выраженного психического дефекта (врожденная умственная отсталость, приобретенное слабоумие, выраженные изменения личности); наличие менее глубоких расстройств дает основание квалифицировать состояние как тяжелое лишь в тех случаях, когда эти расстройства по выраженности достигают психотического уровня (например, декомпенсация при шизопатии, когда возникает непосредственная опасность ауто- или гетероагрессии).

Что касается другого условия, то оно имеет место, когда тяжесть психического расстройства сочетается с особенностями, которые отражены в изложенных в данной статье признаках, делающих возможным обследование и лечение только в стационарных условиях, исключая любую другую менее ограничительную альтернативу.

3. Остановимся на применении каждого из указанных трех критериев.

А. Критерий непосредственной опасности для себя или окружающих применим к категориям лиц с тяжелыми психическими расстройствами. При этом по направленности опасности обычно выделяют лиц: 1) опасных одновременно для себя и окружающих, 2) опасных для окружающих, 3) опасных для себя. Необходимо отметить, что во всех случаях имеется в виду непосредственная опасность. Это обосновывается

врачом в конкретном описании состояния лица с указанием на его особенности, высказывания или действия, свидетельствующие о такой опасности. Простого указания, что больной опасен, недостаточно. В первом случае речь идет о больных с наиболее острыми психотическими состояниями, для которых характерен быстрый темп развертывания, разнообразие и изменчивость психопатологической симптоматики, яркость и насыщенность аффективных расстройств (страх, тревога, депрессия, мания). Поведение больных грубо нарушено в связи с изменчивостью сознания либо полностью определяется охваченностью бредовыми или галлюцинаторными переживаниями и преобладающим аффектом. Острота состояния бывает столь велика, что нередко возникают трудности в определении синдрома ("асиндромальные состояния"). Наблюдаются резкие изменения и колебания выраженности симптоматики, хаотичные, нецеленаправленные, импульсивные поступки. У части больных поведение носит характер "бегства от преследователей" (больные внезапно выпрыгивают из общественного транспорта, из окна, пытаются вооружиться, проявляют не направленную на определенных лиц агрессию к окружающим, освобождая себе "путь к спасению"). Преобладание страха, растерянности, разнообразных и изменчивых бредовых идей и меняющихся по содержанию галлюцинаций обуславливают быструю смену направленности опасных действий - опасность для окружающих внезапно сменяется опасностью для себя, и наоборот. Фактически в связи с непредсказуемостью поведения состояние этих больных может быть расценено как опасное для себя и окружающих одновременно.

Квалификация лиц с выраженными психическими расстройствами как опасных для окружающих обусловлена возможностью реализации их бредовых замыслов, содержания галлюцинаторных расстройств, а также импульсивными агрессивными действиями, расторможенностью влечений. Сюда относятся больные с более или менее систематизированной бредовой фабулой или стойкой галлюцинаторной продукцией. Бредовая фабула часто имеет такие признаки, как относительное постоянство и конкретность смыслового содержания, направленность на определенных лиц, а обманы восприятия представлены галлюцинаторными "голосами". В период обострения бредовая активность возрастает, аффективная насыщенность бреда достигает высокой степени, отмечается переход к этапу "бредовой атаки", иногда с попытками реализовать довольно сложную, тщательно спланированную акцию расправы, "бредовой мести". В некоторых случаях больные вооружаются, устраивают засады, часто оказывают сопротивление при госпитализации. Опасность для конкретных лиц из окружения больного может возникать при обострении систематизированного бреда преследования, ревности или иного содержания, когда бредовые высказывания начинают сопровождаться угрозами в адрес этих лиц или нередко нарастающими по степени агрессивности действиями. Все эти состояния на пике обострения способны создать криминогенную ситуацию. У части больных опасность для окружающих может быть связана с импульсивными агрессивными действиями при наличии кататонических расстройств, когда не удается выявить конкретного бредового содержания. Наконец, опасность для окружающих может быть обусловлена расторможенностью влечений (например, агрессивно-садистские действия или сексуальная агрессивность к окружающим), а также психопатоподобными расстройствами с асоциальными тенденциями у больных, с выраженным психическим дефектом.

И наконец, лица, страдающие психическими расстройствами, квалифицируются как опасные для себя в связи с выявлением у них аутоагрессивного поведения, представляющего опасность для их жизни или серьезную угрозу для здоровья, в связи с наличием суицидальных попыток или с активными тенденциями, намерениями такого рода. Наряду с очевидными признаками опасности, когда эти лица уже совершали суицидальные попытки или заявляют, что покончат с собой, опасность для себя может быть констатирована при подобных косвенных высказываниях или без них, в частности при тоскливой или тревожной депрессии, депрессии с идеями самообвинения, при депрессивно-ажитированном возбуждении, а также при наличии особенностей в поведении, косвенно указывающих на суицидальные цели (например, при упорном отказе от приема пищи, хотя больные могут стараться маскировать или отрицать такие намерения).

Б. Критерий беспомощности, т.е. неспособности самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, применим к лицам, страдающим тяжелыми психическими расстройствами в виде психотических проявлений или глубоких личностных изменений, врожденного или приобретенного слабоумия, которые обуславливают отсутствие или утрату бытовых и социальных навыков: невозможность элементарного самообслуживания, обеспечения себя пищей, одеждой и пр. Такие больные расцениваются как представляющие "пассивную опасность" для себя, т.е. причиняющие себе ущерб не путем активных действий - самоубийства или членовредительства, а в результате пренебрежения заботой о своих интересах. Вопрос о необходимости их госпитализации возникает нередко в связи с потерей или временным отсутствием ухаживающих за ними родных или опекунов (смерть, болезнь или вынужденный срочный отъезд). В этих случаях, оставаясь без надзора, они начинают бродяжничать, голодают, нередко оказываясь в ситуации, которая представляет угрозу для жизни.

В. Критерий причинения существенного вреда здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи, применяется также к больным с тяжелыми психическими расстройствами. Речь идет о состояниях, характеризующихся определенной остротой (обострения, приступы заболевания), симптоматика при которых не обуславливает, однако, непосредственной опасности для себя и окружающих, хотя необходимость лечения таких больных в условиях стационара представляется очевидной. Сюда относятся, например, больные с маниакальными состояниями - явлениями психомоторного возбуждения, переоценкой своих возможностей, включая профессиональные, бессмысленной тратой крупных сумм денег, манкированием своими служебными и другими обязанностями, сексуальной расторможенностью, что вызывает на момент приступа (фазы)

значительные семейные, материальные, производственные осложнения, компрометирует больных в глазах окружающих, сослуживцев, родных и в последующем сказывается на уровне их социально-трудовой адаптации. Закон концентрирует внимание на последствиях оставления таких лиц без психиатрической помощи в плане ухудшения их психического состояния.

Очевидно, что при достижении определенной тяжести описанного психического расстройства (психотический уровень) оставление больного без психиатрической помощи, если он отказывается от лечения, может вести к прогрессированию обострения или приступа, что приносит существенный вред его здоровью.

Аналогично может приниматься решение о недобровольной госпитализации больных с бредом малого масштаба, когда, в отличие от других наблюдений со стабилизированными на протяжении длительного времени бредовыми идеями обыденного содержания, не отражающимися существенно на поведении больных, отмечается выраженная динамика с утяжелением клинической картины, усложнением симптоматики за счет присоединения других психических расстройств и все более меняющимся в связи с этим поведением, т.е. имеет место прогрессирование психоза. Такой подход с учетом установления отрицательной динамики состояния будет соответствовать данной статье Закона в случаях, когда клиническая картина определяется наличием бредовых идей любовного содержания с нарастающей активностью бредового поведения и нелепыми домогательствами в отношении "объекта любви" или в случаях подострой парафрении с нелепым поведением и высказываниями. Эти последние состояния в рамках приступа, обострения болезни, характеризуясь выраженностью, разнообразием и определенной остротой психопатологических расстройств, благодаря наличию гипоманиакального аффекта, положительной окраске содержания болезненных переживаний (идеи переоценки собственной личности, бредовые идеи фантастического, абстрактного содержания) обычно не обуславливают непосредственной опасности больного для себя и окружающих. Однако развитие клинической картины психоза с нелепым поведением больного, находящегося во власти болезненных переживаний, свидетельствует о необходимости психиатрической помощи и, поскольку он не отдает себе в этом отчета и отказывается от лечения, - госпитализации в недобровольном порядке.

Сказанное не распространяется на стабилизированные хронические парафренные состояния (вне обострения), наблюдающиеся на отдаленных этапах заболевания, с упорядоченным поведением больных, хотя нередко и отмеченным значительным своеобразием.

Оставление всех указанных выше лиц с тяжелыми психическими расстройствами, за исключением последних, без психиатрической помощи сопровождается затягиванием, хронизацией состояния, прогрессированием болезни, что квалифицируется в данной статье Закона как существенный вред здоровью вследствие ухудшения психического состояния.

4. Следует указать, что Закон не выделяет ни один из приведенных в данной статье трех критериев в качестве главного; они в равной степени могут служить основанием для госпитализации в недобровольном порядке. Это необходимо особо подчеркнуть в связи с тем, что некоторые врачи-психиатры (а также некоторые судьи) в основном ориентируются на критерий непосредственной опасности для себя или окружающих как наиболее доказательный и очевидный. Такая практика грубо искажает содержание Закона, оставляя пациентов, психическое состояние которых соответствует критериям "б" и "в", вне возможности получить психиатрическую помощь. Абсолютизация непосредственной опасности в трактовке данной статьи ведет к игнорированию врачебного долга в отношении этих пациентов. Практика показывает, что таких пациентов среди населения становится все больше и что сами они и их близкие страдают из-за невозможности добиться своевременного лечения. Неприменение критериев "б" и "в" в тех случаях, когда психическое состояние пациентов соответствует им, и отказ вследствие этого от решения о госпитализации в недобровольном порядке - такое же нарушение закона, как недобровольная госпитализация без указанных в Законе оснований, поскольку нарушаются гражданские права пациентов на получение медицинской помощи. Это нарушение может быть обжаловано (согласно ст. 47 настоящего Закона) в судебном порядке, в вышестоящий орган или прокуратуру.

5. Наконец, здесь следует указать еще на одно важное обстоятельство, которое отмечалось также в комментарии к ст. 28 Закона. В случае, когда пациент по психическому состоянию не может выразить свое отношение к госпитализации (т.е. обратиться с просьбой или дать согласие на это), госпитализация должна оформляться как недобровольная. Речь идет либо о состояниях измененного сознания (сумеречное состояние, делирий, онероид), острых психозах с выраженной растерянностью или крайней загруженностью психотическими переживаниями, нередко дезорганизацией поведения, либо подострых, затяжных психотических состояниях с близкими к этим чертами, либо, наконец, о состояниях выраженного слабоумия, когда личностное отношение к факту госпитализации практически установить невозможно, но при этом легко можно склонить больного к подписи под документом о согласии. Практически каждое из этих состояний соответствует одному из трех критериев недобровольной госпитализации, но на практике эти пациенты нередко оформляются как поступившие в стационар добровольно, хотя их помещение в больницу нуждается в правовом контроле. Нарушением закона является также помещение в стационар части из этих пациентов (особенно больных с алкогольным делирием) без осуществления полагающейся правовой процедуры при недобровольной госпитализации в расчете на относительно кратковременный характер такого состояния, на то, что при выходе из него через четыре-шесть дней пациент задним числом подпишет документ о согласии на пребывание в стационаре.

6. Поскольку обоснованность госпитализации в дальнейшем рассматривается судьей, заключение врача о

недобровольной госпитализации должно носить доказательный характер, т.е. помимо диагноза описание состояния должно содержать изложение конкретных фактов об имевших место действиях, высказываниях, особенностях поведения лица, страдающего психическим расстройством, на основании которых принято решение о необходимости недобровольной госпитализации. Иными словами, каждый врач-психиатр, принимающий решение о недобровольной госпитализации, должен составить предметное доказательное описание, из которого с достаточной степенью определенности можно было бы заключить, что оно соответствует одному из трех критериев, приведенных в данной статье и являющихся основанием для недобровольной госпитализации. В развернутом описании психического статуса должно быть указано, какому из критериев ("а", "б" или "в") оно соответствует, а также то, что госпитализация недобровольная. Врач скорой психиатрической помощи, диспансера или психиатрического кабинета делает такую запись в направлении на госпитализацию, форма которого приведена в Приложении, врач приемного отделения больницы - в истории болезни, комиссия врачей-психиатров (в соответствии со ст. 32 Закона) - в заключении, которое также записывается в историю болезни.

7. Соответствие психического состояния пациента критериям недобровольной госпитализации на практике определяется чаще всего либо врачом психоневрологического диспансера (кабинета), либо врачом скорой психиатрической помощи, а после транспортировки больного в психиатрический стационар - врачом-психиатром приемного отделения. В течение 48 часов пребывания в стационаре пациент должен быть освидетельствован комиссией врачей-психиатров, которая принимает решение об обоснованности госпитализации (ст. 32 настоящего Закона). Недобровольная госпитализация начинается с момента принятия врачом-психиатром решения о помещении пациента в больницу независимо от его желания, поскольку с этого момента могут быть в случае необходимости приняты меры принуждения, сдерживания, фиксации. Доставленный таким образом в психиатрический стационар пациент вновь осматривается врачом-психиатром в приемном отделении, в том числе на предмет соответствия его психического состояния критериям недобровольной госпитализации. Каждый врач-психиатр независим в своих решениях (см. комментарий к ст. 21 настоящего Закона), поэтому он может не согласиться с решением врача скорой психиатрической помощи или диспансера; в таком случае пациент (не давший согласия на госпитализацию) может быть отпущен из приемного покоя. То же самое относится к решению комиссии врачей-психиатров, которая может подтвердить или не подтвердить обоснованность оценки состояния пациента; ее задача - исключить вероятность неправильного решения. Следует иметь в виду, что за временной промежуток между осмотрами состояние пациента может измениться или он может изменить свое отношение к госпитализации - дать согласие на лечение в стационаре. Вместе с тем в части случаев несовпадение решения врачей может быть связано с трудностями оценки психического состояния пациента, особенно в условиях его осмотра врачом скорой психиатрической помощи, стоящим перед необходимостью более оперативного принятия решения. Закон учитывает возможность ошибки (важно, однако, чтобы решение врача было мотивировано описанием психического состояния пациента), предусматривая последующий контроль правильности решения с помощью освидетельствования комиссией врачей-психиатров.

8. Следует отметить особенности применения ст. 29 (впрочем, так же, как и ст. 23 настоящего Закона) в работе скорой и неотложной психиатрической помощи (Методические рекомендации по организации работы бригад скорой психиатрической помощи - Приложение к Приказу Минздрава России от 8 апреля 1998 г. N 108). Эти особенности связаны с тем, что работа бригад скорой и неотложной психиатрической помощи строится на обслуживании неотложных случаев; бригады вызываются и к ранее не освидетельствованным психиатром, и к не состоящим под диспансерным наблюдением лицам. Вызов психиатрической бригады должен быть принят, если пациент находится в неблагоприятных бытовых условиях и "тяжелое психическое расстройство" у него соответствует любому из трех критериев. Когда условия неблагоприятны (отсутствие наблюдения, ухода за больным, пребывание его вне семьи, на улице и т.д.), беспомощный пациент (критерий "б") и пациент с плохим клиническим прогнозом в случае оставления его без психиатрической помощи (критерий "в") становятся опасными для себя. В этих случаях критерии "б" и "в" ст. 23 совпадают с критерием "а" и пациент должен быть недобровольно освидетельствован психиатром скорой помощи.

Отказ от оказания неотложной помощи таким пациентам становится равносильным отказу от выполнения врачебного долга.

Недопустимо перекладывание психоневрологическим диспансером всей работы по недобровольному освидетельствованию на бригаду психиатрической помощи. Диспансер должен ее осуществлять в соответствии со ст. ст. 23, 24 и 25 Закона, получая предварительно санкцию судьи. Однако при острых проявлениях психического расстройства, потребовавшего обращения за скорой психиатрической помощью, когда пациент не может быть оставлен без помощи при условии соответствия психического состояния критериям недобровольной госпитализации, диспетчер (дежурный врач) скорой помощи руководствуется не только ст. 23, но и ст. 29, причем последняя является решающей.

Диспетчер (дежурный врач) скорой психиатрической помощи, принимая вызов, может быть дезориентирован тем, что обращающиеся ошибочно оценили и представили действия лица как болезненные или предвзято изложили факты. В подобных случаях, если данное лицо отказывается от психиатрической помощи, психиатр, прибыв по месту вызова и оценив ситуацию, самостоятельно решает вопрос о проведении психиатрического освидетельствования и может отказаться от его проведения или, проведя беседу с данным лицом, может установить только, что оно не нуждается в неотложной психиатрической помощи в недобровольном порядке, поскольку такая помощь, при негативном к ней отношении, может быть

оказана только с помощью недобровольного помещения в больницу, а признаков соответствия состояния лица критериям недобровольной госпитализации (критерии "а", "б", "в" ст. 29) нет. Врач-психиатр при этом не решает вопрос, страдает ли данное лицо психическим заболеванием и в каком виде психиатрической помощи нуждается. Он лишь устанавливает, что данное лицо не нуждается в неотложной психиатрической помощи в недобровольном порядке. Именно об этом он делает запись в медицинской документации, обосновывая ее полученными на месте данными. В этих случаях недобровольное освидетельствование считается непроведенным, а врач не нарушает ст. 23 Закона о психиатрической помощи. Пациенту, заявителю, сделавшему вызов психиатрам, и другим присутствующим лицам следует объяснить, что уточненные в беседе обстоятельства были необходимы для принятия решения об отсутствии необходимости освидетельствования.

**Статья 30. Меры обеспечения безопасности при оказании психиатрической помощи. (1) Стационарная психиатрическая помощь осуществляется в наименее ограничительных условиях, обеспечивающих безопасность госпитализированного лица и других лиц, при соблюдении медицинским персоналом его прав и законных интересов.**

(2) Меры физического стеснения и изоляции при недобровольной госпитализации и пребывании в психиатрическом стационаре применяются только в тех случаях, формах и на тот период времени, когда, по мнению врача-психиатра, иными методами невозможно предотвратить действия госпитализированного лица, представляющие непосредственную опасность для него или других лиц, и осуществляются при постоянном контроле медицинского персонала. О формах и времени применения мер физического стеснения или изоляции делается запись в медицинской документации.

(3) Сотрудники милиции обязаны оказывать содействие медицинским работникам при осуществлении недобровольной госпитализации и обеспечивать безопасные условия для доступа к госпитализируемому лицу и его осмотра. В случаях необходимости предотвращения действий, угрожающих жизни и здоровью окружающих со стороны госпитализируемого лица или других лиц, а также при необходимости розыска и задержания лица, подлежащего госпитализации, сотрудники милиции действуют в порядке, установленном Законом РСФСР "О милиции".

Комментарий к статье 30

1. В психиатрической практике нередко возникают ситуации, когда лица, страдающие остро протекающими психическими расстройствами или хроническими заболеваниями с характерными для них периодами резкого обострения, начинают представлять опасность для себя и окружающих. Данная статья, с одной стороны, определяет меры безопасности при оказании таким лицам психиатрической помощи, с другой - вводит законные основания для регламентации ограничительных мер и мер физического стеснения, к которым в части случаев вынуждены прибегать медицинские работники, оказывающие им психиатрическую помощь.

2. В ч. 1, в частности, указывается, что стационарная психиатрическая помощь осуществляется в наименее ограничительных условиях, обеспечивающих безопасность госпитализированного лица и других лиц, при соблюдении медицинским персоналом его прав и законных интересов. Это означает, что определяемые врачом психиатрического стационара ограничительные меры должны исходить из принципа достаточности для обеспечения безопасности и не должны быть чрезмерными. Так, помещенные в стационар больные, находящиеся в состоянии психомоторного возбуждения или обнаруживающие активные суицидальные тенденции, помещаются в наблюдательную палату, где за ними обеспечивается непрерывное круглосуточное наблюдение. При этом, естественно, ограничивается свобода их передвижения - они не могут покинуть эту палату без ведома или без сопровождения персонала. Другой пример: больного с бредовыми идеями ревности временно лишают свиданий с женой, поскольку они его возбуждают, кончатся угрозами в ее адрес и проявлениями агрессии. В этих случаях ограничения соответствуют состоянию больного, но они должны быть сняты вслед за изменением этого состояния. Не должны допускаться содержание пациента в наблюдательной палате с ограничением передвижения по отделению, лишение свиданий с родственниками или другими посетителями, запрещение отправки корреспонденции без цензуры и т.д., если для каждого из этих ограничений нет достаточных оснований или в связи с изменением состояния пациента они исчезли. Указанные ограничения должны осуществляться в обстановке и в форме, сохраняющих уважительное и гуманное отношение к больному, исключая унижение человеческого достоинства. В этих ситуациях пациент может реализовывать все другие права и законные интересы, на которые не распространяются временные ограничения.

3. В ч. 2 настоящей статьи регламентируется применение мер физического стеснения и изоляции при недобровольной госпитализации и пребывании в психиатрическом стационаре. Речь идет прежде всего о том, что физическое стеснение применяется только с целью предотвращения действий больного, представляющих непосредственную опасность для самого пациента или для окружающих, когда, по мнению врача-психиатра, иными методами (применение психофармакологических средств) предотвратить эти действия невозможно. Например, при выраженном психомоторном возбуждении (кататоническом, бредовом, галлюцинаторно-бредовом и других его видах) назначение седативных или иных психофармакологических средств может уменьшить, но далеко не всегда полностью и немедленно предотвратить возможность опасных действий больного, тем более, когда нет возможности отложить



госпитализацию, ожидая действия лекарств. Для обеспечения безопасности в таких случаях врач может предпочесть меры физического стеснения или применить их наряду с введением психотропных средств. В стационаре у некоторых больных наблюдаются состояния выраженного психомоторного возбуждения, продолжающегося, когда, несмотря на достаточно активную терапию, лечение еще не привело к купированию психомоторного возбуждения, сопровождающегося опасными для больного или окружающих действиями. В таких случаях врачи также вынуждены прибегать к применению мер физического стеснения и изоляции. Иными словами, физическое стеснение является крайней мерой, применяемой вынужденно, когда другие меры неэффективны и не предупреждают действий больного, опасных для него самого или для окружающих.

4. В ч. 2 данной статьи указывается и на формы физического стеснения. Имеются в виду разработанные в психиатрии наименее травматичные, исключая нанесение переломов, увечий формы сдерживания больного персоналом или его фиксации с помощью широких эластичных полос материи, ремней, которыми верхние конечности закрепляются выше лучезапястных суставов, нижние - выше голеностопных. Пациент может быть прификсирован в кровати также в области пояса, груди на уровне подмышечных впадин. Применяются специальные кровати, оснащенные ремнями, позволяющими быстро осуществить фиксацию с наименьшим риском травматичности и причинением минимальных неудобств для больного. Применяются также специальные манжеты, корсеты и пр. При этом больной может быть изолирован в отдельной палате. В некоторых случаях такая изоляция бывает достаточной и позволяет обойтись без мер физического стеснения.

Особо следует сказать о транспортировке возбужденного больного скорой психиатрической помощью. Такие меры, как газовые баллончики, наручники, в медицинской практике не применяются.

Скорая психиатрическая помощь оказывается пациентам, которые нередко страдают тяжелыми психическими расстройствами и по своему психическому состоянию могут представлять опасность как для себя, так и для окружающих. Особенности оказания помощи заключаются в необходимости строгого выполнения ряда мер, направленных на предупреждение суицидальных действий, агрессии, нанесения повреждений самому больному, окружающим лицам, а также оказывающему помощь медицинскому персоналу.

Медицинскому персоналу психиатрической бригады, прибывшему по месту вызова, необходимо помнить, что поведение больного в условиях оказания психиатрической помощи под влиянием психопатологических расстройств может внезапно меняться, носить непредвиденный, импульсивный характер и приобретать крайнюю опасность как для больного, так и для окружающих.

При осмотре больного поведение членов бригады должно быть спокойным, сдержанным, без суетливости, излишних движений, которые могут спровоцировать агрессию. Беседа как с больным, так и с окружающими должна проводиться в уважительной, доброжелательной, корректной форме.

Принимаемые бригадой по указанию врача меры, определяемые конкретной обстановкой и особенностями состояния больного, должны выполняться быстро, согласованно и точно.

В случае если больной возбужден, напряжен, подозрителен, фельдшеры (фельдшер, санитар) бригады занимают места в непосредственной близости к больному - таким образом, чтобы предупредить возможный опасный поступок или побег. Необходимо внимательно следить за поведением больного. Режущие, тяжелые предметы, сосуды с неизвестной жидкостью удаляются на безопасное расстояние. Производится осмотр больного на предмет наличия оружия, опасных веществ, медикаментов; следует предупреждать попытки больного воспользоваться каким-либо предметом или выхватить что-либо из своих карманов и др.

Осмотр психически больных в учреждениях, на производстве осуществляется по возможности в отдельном помещении, в отсутствие сотрудников, без излишней огласки (т.е. необходимо принять меры, чтобы избежать ситуации, которая, по мнению пациента, может его компрометировать в глазах окружающих), а также вдали от работающих агрегатов.

Осмотр больного на предмет обнаружения спрятанного им оружия, опасных предметов, а также документов производится по указанию врача (обычно перед транспортировкой) и во всех случаях тщательным образом. Если того требуют обстоятельства, осмотр должен производиться без промедления.

До применения мер удержания (иммобилизации), если они необходимы, вначале целесообразно попытаться уговорить больного, используя помощь окружающих, особенно лиц, которым он доверяет. В отдельных случаях в связи с особенностями состояния больного иммобилизацию его необходимо провести немедленно.

Для сопровождения возбужденного и агрессивного, оказывающего сопротивление пациента используют следующие приемы:

- а) находясь сбоку от больного, каждый из работников бригады охватывает его корпус руками, удерживая запястья его рук;
- б) подойдя сбоку или сзади, быстро и энергично берут его руки крест-накрест за спину (стоящий слева берет правую руку пациента, справа - левую). Препровождая пациента, идут сбоку от него, а не сзади (опасность удара ногой);
- в) лежащего больного стараются повернуть на живот, фиксируя руки за спиной. Запрещается надавливание коленом на грудную клетку (опасность перелома ребер), хватание за горло или применение других грубых мер физического воздействия;
- г) если больной вооружен холодным оружием, палкой и др., лучше подойти к нему, держа перед собой какой-либо предмет (одеяло, пальто, матрац, стул и др.).

Маршруты пешеходного сопровождения больного не должны быть большими (по переходам корпусов больниц, учреждений и т.п.).

При посадке больного в транспорт следует проявлять осторожность в связи с возможностью травматизации. Во время транспортировки нужно постоянно контролировать поведение больного. Беседа (при возможности установления контакта) не должна затрагивать его болезненных переживаний, она должна быть отвлекающей и успокаивающей.

Следует помнить, что при высадке из автомобиля непосредственно перед приемным отделением психиатрического стационара больные могут совершить попытку к бегству, проявить в связи с этим агрессию.

Автотранспорт должен располагаться как можно ближе к входу в помещение для удобства быстрой посадки или высадки больного.

Транспортировать в автомобиле при наличии у больного состояния возбуждения можно не более одного человека.

По прибытии следует сообщить персоналу приемного отделения об особенностях состояния больного, представляющего опасность; в необходимых случаях - оказать помощь персоналу приемного отделения.

Одежда сотрудников не должна препятствовать движениям, в карманах не должно быть твердых предметов, которые могут явиться причиной травмы при иммобилизации больного. Машина скорой психиатрической помощи должна быть оснащена соответствующим оборудованием, в частности фиксирующими ремнями (как и предназначенные для этого кровати в стационаре). Применение фиксации при транспортировке больного допустимо также в случаях, когда эта мера является вынужденной в связи с состоянием пациента. Она должна контролироваться врачом скорой помощи; об этом он делает запись в медицинской документации.

При транспортировке больных необходимо учитывать и другие моменты. Речь идет о возможных проявлениях со стороны персонала скорой помощи грубости, пренебрежения правами пациентов. Имеют место жалобы больных на рукоприкладство, сексуальные домогательства и пр. Поэтому во многих регионах страны применяют практику транспортировки больных совместно с родственниками или другие меры, обеспечивающие безопасность пациентов.

5. Статья ограничивает применение мер физического стеснения временем, в течение которого сохраняется состояние, сопровождающееся действиями, непосредственно опасными для самого пациента и окружающих.

6. Исключительный характер указанных мер обуславливает необходимость постоянного контроля медицинского персонала за физическим состоянием пациента в период их применения. Наложение фиксирующих повязок или ремней и удерживание при этом больного проводится по распоряжению врача и под его контролем.

7. О формах и времени применения мер физического стеснения или изоляции делается запись в медицинской документации, а именно в путевке (направлении в стационар), если меры физического стеснения применяются при транспортировке больного в больницу, или в истории болезни, если больной находится в стационаре. Запись делается врачом непосредственно после осуществления физического стеснения или фиксации больного. Она должна содержать мотивировку применения такой меры, описание психомоторного возбуждения, представляющих опасность поступков, а также конкретных мер физического стеснения и четкое указание времени начала их применения. В дальнейшем в истории болезни должны быть отражены изменения в состоянии больного и указано время, когда меры физического стеснения были отменены.

8. В ч. 3 настоящей статьи устанавливаются и конкретизируются обязанности милиции по оказанию помощи медицинским работникам при осуществлении недобровольной госпитализации. Сотрудники милиции обязаны оказывать содействие медицинским работникам при осуществлении недобровольной госпитализации и обеспечивать безопасные условия для доступа к госпитализированному лицу и его осмотра. Данное положение уточняет обязанности работников милиции, вытекающие из ст. 2 и п. 22 ст. 10 Закона РСФСР "О милиции". В них, в частности, сказано, что в задачи милиции входит обеспечение безопасности личности, охрана общественной безопасности, а также оказание помощи в пределах, установленных Законом "О милиции", должностным лицам и учреждениям в осуществлении их законных прав и интересов. Указывается также, что милиция обязана оказывать помощь гражданам, находящимся в беспомощном либо ином состоянии, опасном для их здоровья и жизни, принимать сообщения не только о преступлениях и административных правонарушениях, но и о событиях, угрожающих личной и общественной безопасности, и своевременно принимать меры, предусмотренные законодательством. Поэтому помощь медицинским работникам при осуществлении неотложной госпитализации в психиатрические стационары лиц, страдающих психическими расстройствами, является одной из форм выполнения милицией своих обязанностей. Сказанное чрезвычайно важно, поскольку такие лица при их недобровольной госпитализации нередко не только оказывают сопротивление, но и бывают крайне опасны, проявляя агрессивность, в том числе и с угрозой применения оружия. В некоторых случаях они скрываются, прячутся, стараясь избежать госпитализации. Кроме того, иногда возникает ситуация непосредственной угрозы самоубийства. При этом пациенты нередко баррикадируются, запираются в своем жилище. Обеспечить доступ в жилище и безопасные условия для осмотра врачом пациента - прерогатива сотрудников милиции. В ч. 3 данной статьи настоящего Закона со ссылкой на Закон РСФСР "О милиции" указывается, что в случаях необходимости работниками милиции принимаются меры для предотвращения

действий, угрожающих жизни и здоровью окружающих со стороны госпитализируемого лица или других лиц, а также для розыска и задержания лица, подлежащего госпитализации.

Взаимодействию с милицией особое значение придается в работе скорой психиатрической помощи, которая чаще всего сталкивается с подобными ситуациями.

Когда диспетчер скорой психиатрической помощи располагает сведениями, что больной опасен, может оказать сопротивление, тем более вооружен, одновременно с направлением врачебной бригады, он сообщает в отделение милиции о необходимости направления к месту события милицейского наряда для оказания помощи медицинскому персоналу.

Если этого не было сделано, а врач, прибыв на место, обнаружил, что больной заперся в помещении, забаррикадировался, он должен попытаться выяснить у окружающих, имеет ли пациент оружие, каковы его физические возможности, куда выходят окна помещения, где он находится. При необходимости врач принимает решение о вызове наряда милиции, пожарных.

Однако использование помощи работников милиции иногда сталкивается с трудностями.

В Методических рекомендациях по организации работы бригад скорой психиатрической помощи (приложение к Приказу Минздрава России от 8 апреля 1998 г. N 108) указывается, что важным аспектом работы бригад скорой психиатрической помощи является организация постоянных контактов и взаимодействия врачей-психиатров и фельдшеров бригады с работниками органов внутренних дел, в чьей помощи они нередко нуждаются при выполнении своих профессиональных обязанностей. Там, где такие контакты существуют, трудности возникают значительно реже.

**Статья 31. Освидетельствование несовершеннолетних и лиц, признанных недееспособными, помещенных в психиатрический стационар по просьбе или с согласия их законных представителей. (1) Несовершеннолетний в возрасте до 15 лет и лицо, признанное в установленном законом порядке недееспособным, помещенные в психиатрический стационар по просьбе или с согласия их законных представителей, подлежат обязательному освидетельствованию комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения в порядке, предусмотренном частью первой статьи 32 настоящего Закона. В течение первых шести месяцев эти лица подлежат освидетельствованию комиссией врачей-психиатров не реже одного раза в месяц для решения вопроса о продлении госпитализации. При продлении госпитализации свыше шести месяцев освидетельствования комиссией врачей-психиатров проводятся не реже одного раза в шесть месяцев.**

(2) В случае обнаружения комиссией врачей-психиатров или администрацией психиатрического стационара злоупотреблений, допущенных при госпитализации законными представителями несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет либо лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, администрация психиатрического стационара извещает об этом орган опеки и попечительства по месту жительства подопечного.

Комментарий к статье 31

1. Статья определяет процедуру правовой защиты несовершеннолетних, а также лиц, признанных в установленном порядке недееспособными, при помещении их в психиатрический стационар. Если взрослые дееспособные пациенты могут выразить свою волю по отношению к их госпитализации, а в случае недобровольного помещения их в психиатрический стационар предусматривается судебная процедура, то несовершеннолетние, а также недееспособные пациенты фактически лишены возможности волеизъявления: согласие на госпитализацию за них дают их законные представители (родители, усыновители или опекуны). Поэтому настоящая статья предусматривает определенные меры, направленные на контроль за госпитализацией таких пациентов с целью исключения возможных злоупотреблений. Эти меры осуществляются самим медицинским учреждением, в которое помещен пациент, и не предполагают обращения в суд. На уровне психиатрического учреждения они аналогичны тем, которые предпринимаются при недобровольной госпитализации (см. комментарий к ст. 32), т.е. после помещения в психиатрический стационар все без исключения несовершеннолетние до 15 лет, а также лица, признанные судом недееспособными (включая и тех, кто не выражает протеста против госпитализации), в течение 48 часов подвергаются обязательному освидетельствованию комиссией врачей-психиатров, которая принимает решение об обоснованности госпитализации. Как сказано в ст. 32, если комиссия признает госпитализацию необоснованной, пациент должен быть немедленно выписан.

2. Существенная разница в оценке комиссией обоснованности госпитализации по сравнению с помещенными в стационар недобровольно (ст. ст. 29, 32) состоит в том, что в отношении несовершеннолетних до 15 лет и недееспособных госпитализацию следует считать обоснованной не только при наличии признаков, предусмотренных ст. 29 настоящего Закона, но и вообще при наличии показаний для помещения в психиатрический стационар (ст. 28 и комментарий к ней).

3. Аналогично тому, как это предусматривается в отношении лиц, недобровольно помещенных в стационар (ст. ст. 32, 36), осуществляется контроль и за продлением госпитализации несовершеннолетних до 15 лет, а также лиц, признанных судом недееспособными (с той разницей, что в данном случае не требуется судебной санкции). В течение первых шести месяцев они подлежат обязательному освидетельствованию комиссией врачей-психиатров данного стационарного учреждения не реже одного раза в месяц, а если госпитализация длится более шести месяцев - в течение последующего пребывания в больнице не реже

одного раза в шесть месяцев.

4. Цель такого контроля очевидна - исключить возможность злоупотреблений законных представителей в отношении лиц, находящихся под их опекой, или несовершеннолетних путем длительного необоснованного содержания их в психиатрическом стационаре.

5. Статья предусматривает не только контроль на всем протяжении госпитализации этих лиц - с момента помещения их в психиатрический стационар и на протяжении всего времени, пока они там находятся, но и определенную активность комиссии врачей-психиатров или администрации психиатрического учреждения в предупреждении таких злоупотреблений. Статья обязывает администрацию данного психиатрического стационара в случае обнаружения комиссией врачей-психиатров или самой администрацией злоупотреблений законных представителей в отношении лица, признанного в установленном порядке недееспособным или не достигшего 15-летнего возраста, известить об этом орган опеки и попечительства по месту жительства данного лица для принятия соответствующих мер.

6. Так же, как и взрослый (см. комментарий к ст. 28), несовершеннолетний в возрасте до 16 лет может быть помещен в стационар для медико-социальной экспертизы с целью решения вопроса об отнесении его к категории "ребенок-инвалид". Такой ребенок может быть направлен в стационар только с согласия его законного представителя. В случае отказа учреждения здравоохранения или органа социальной защиты населения в направлении на медико-социальную экспертизу законный представитель имеет право обратиться в бюро медико-социальной экспертизы самостоятельно при наличии медицинских документов, подтверждающих нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм и дефектами, и связанное с этим ограничение жизнедеятельности. Лицу в возрасте до 16 лет категория "ребенок-инвалид" может устанавливаться сроком от 6 месяцев до 2 лет, от 2 до 5 лет и до достижения им 16-летнего возраста (см. Положение о признании лица инвалидом и Примерное положение об учреждениях государственной службы медико-социальной экспертизы, утвержденное Постановлением Правительства Российской Федерации от 13 августа 1996 г. N 965).

### **Статья 32. Освидетельствование лиц, помещенных в психиатрический стационар в недобровольном порядке.**

**(1) Лицо, помещенное в психиатрический стационар по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона, подлежит обязательному освидетельствованию в течение 48 часов комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения, которая принимает решение об обоснованности госпитализации. В случаях, когда госпитализация признается необоснованной и госпитализированный не выражает желания остаться в психиатрическом стационаре, он подлежит немедленной выписке.**

(2) Если госпитализация признается обоснованной, то заключение комиссии врачей-психиатров в течение 24 часов направляется в суд по месту нахождения психиатрического учреждения для решения вопроса о дальнейшем пребывании лица в нем.

Комментарий к статье 32

1. Недобровольная госпитализация зачастую связана с необходимостью оказания экстренной психиатрической помощи. Поэтому для помещения пациента в больницу не должно быть каких-либо препятствий, в частности в форме юридических процедур, которые могли бы затянуть процесс госпитализации, что, в свою очередь, чревато нежелательными последствиями. Основанием для недобровольной госпитализации до решения суда является только врачебное заключение, которому придается столь важное значение.

2. Обычно до помещения в стационар пациент осматривается врачами дважды. Первый раз - во время амбулаторного приема в диспансере либо на дому или в любом другом месте, куда вызывается скорая психиатрическая помощь. Второй раз - врачом приемного отделения, когда больной уже доставлен в больницу. Возможен, однако, и вариант неотложной госпитализации, когда больной осматривается до помещения в стационар одним врачом-психиатром, например, если пациент сам является в больницу, но оставаться в ней отказывается или он был доставлен туда родственниками, сослуживцами, другими лицами, а врач приемного отделения, освидетельствовав больного, принимает решение о недобровольной госпитализации.

3. Необходимо указать, что решение врача, направившего пациента в стационар, о недобровольной госпитализации не является обязательным для врача-психиатра приемного покоя. Это вытекает из ст. 21 настоящего Закона, в которой устанавливается независимость врача-психиатра при оказании психиатрической помощи, в своих решениях он руководствуется только медицинскими показаниями, врачебным долгом и законом.

Если психиатр приемного отделения, освидетельствовав пациента, направленного в недобровольном порядке другим врачом для помещения в стационар, не найдет достаточных оснований для госпитализации, он может с учетом мнения этого врача решить вопрос о стационарировании отрицательно, отпустив пациента непосредственно из приемного покоя. Таким образом, еще на пути к стационару имеется возможность серьезной врачебной оценки состояния больного.

4. В ч. 1 настоящей статьи Закон предусматривает, кроме того, обязательное освидетельствование в течение 48 часов поступившего в стационар пациента комиссией врачей-психиатров медицинского учреждения, в которое он помещен (по поводу изменения указанных в данном комментарии сроков освидетельствования и передачи материалов комиссии в суд в соответствии с Конституцией РФ - см. комментарий к ст. 33 Закона).

Комиссия принимает решение об обоснованности госпитализации. Согласно ч. 2 ст. 5 настоящего Закона по требованию пациента для участия в этой комиссии (как и в других комиссионных освидетельствованиях) может быть приглашен любой специалист (врач-психиатр, психолог), участвующий в оказании психиатрической помощи. Кроме того, если мнение любого из врачей-психиатров не совпадает с мнением комиссии, он вправе дать свое заключение, которое приобщается к заключению комиссии. Все это обеспечивает объективность и независимый характер врачебного освидетельствования.

5. Необходимо подчеркнуть, что согласно данной статье Закона комиссия врачей-психиатров проводит освидетельствование пациента в течение 48 часов с момента его помещения в стационар. Закон не предусматривает каких-либо отступлений от этого срока, в частности в связи с выходными и праздничными днями, когда проведение освидетельствования может быть сопряжено с организационными трудностями. Отчасти это компенсируется продолжительностью срока - двое суток, в отличие от законов некоторых стран, в которых срок освидетельствования равен 24 часам.

6. Комиссия врачей-психиатров выносит мотивированное заключение об обоснованности госпитализации. Заключение должно содержать описание психического состояния пациента, достаточно убедительное для суда, в который оно направляется. Судья при необходимости продлевает срок пребывания лица в психиатрическом стационаре до пяти дней - для рассмотрения заявления о недобровольной госпитализации (см. комментарий к ст. 33).

7. Комиссия врачей-психиатров в своем заключении ассимилирует все имеющиеся к моменту освидетельствования сведения о пациенте: данные врачебного осмотра по месту вызова скорой помощи, на дому или в стационаре, в приемном покое больницы и, наконец, непосредственно в стационаре. Учет данных о динамике психопатологических расстройств оказывается полезным, а иногда и совершенно необходимым, если речь идет, например, о развертывании психоза. Учет динамики состояния необходим и в тех случаях, когда в момент госпитализации и в первые сутки пребывания в стационаре для лечения применяются психотропные средства. Они могут внести существенные изменения в клиническую картину. В этих случаях нередко только динамическая оценка позволяет составить правильное представление о нестойкости возникших изменений в психическом состоянии пациента и о возможности резкого обострения расстройства, если пациент не будет оставлен в стационаре в недобровольном порядке и, будучи выписан, прекратит лечение. Из приведенного описания психического состояния пациента должно быть очевидно его соответствие хотя бы одному из критериев недобровольной госпитализации. Заключение комиссии помимо описания состояния и диагноза должно содержать указание, какому (или каким) из приведенных в ст. 29 настоящего Закона критериев состояние больного соответствует, что, собственно, и является основанием для недобровольной госпитализации.

8. Закон обращает внимание и на возможность отрицательного решения комиссии врачей-психиатров. Указывается, что если госпитализация в недобровольном порядке признается необоснованной, а пациент не желает оставаться в стационаре, он должен быть немедленно выписан, даже несмотря на наличие показаний для добровольного стационарного лечения. И наоборот, если госпитализация признается обоснованной, то сделанное комиссией заключение и другие имеющиеся материалы (заявления родственников или других лиц в диспансер, медицинские справки и выписки, данные врачебных осмотров на дому, в диспансере и др.) вместе с заключением медицинского учреждения, в которое помещен больной, не позднее чем через 24 часа после проведения комиссии должны быть переданы в суд для решения им вопроса об обоснованности дальнейшего пребывания пациента в стационаре.

9. Помещение пациента в стационар на основании врачебного заключения и его содержание в больнице до решения суда можно рассматривать как специфический вид лишения свободы, в связи с чем эта мера, несомненно, нуждается в строгом правовом контроле и регламентации во времени. Необходимо отметить, что предусмотренная Законом многоступенчатость оценки психического состояния больного при недобровольной госпитализации (врачом скорой психиатрической помощи или врачом психоневрологического диспансера (кабинета), затем врачом-психиатром приемного отделения, наконец, комиссией врачей-психиатров) отражает объективные трудности такой оценки, что позволяет рассматривать эту многоступенчатость как единый процесс, сравнимый обычно по сложности с осуществлением экспертизы.

### **Статья 33. Обращение в суд по вопросу о госпитализации в недобровольном порядке. (1) Вопрос о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона, решается в суде по месту нахождения психиатрического учреждения.**

(2) Заявление о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке подается в суд представителем психиатрического учреждения, в котором находится лицо.

К заявлению, в котором должны быть указаны предусмотренные законом основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке, прилагается мотивированное заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости дальнейшего пребывания лица в психиатрическом стационаре.

(3) Принимая заявление, судья одновременно дает санкцию на пребывание лица в психиатрическом стационаре на срок, необходимый для рассмотрения заявления в суде.

Комментарий к статье 33

1. Госпитализация лица в недобровольном порядке в психиатрический стационар, по существу, означает ограничение его права на свободу и личную неприкосновенность. Статья 22 Конституции РФ подчеркивает право каждого на свободу и личную неприкосновенность и устанавливает правило, согласно которому до судебного решения лицо не может быть подвергнуто задержанию на срок более 48 часов. Это право Конституция Российской Федерации рассматривает как неотчуждаемое и принадлежащее каждому по рождению (ст. 17). Одновременно в ст. 46 Конституции указано, что каждому гарантируется судебная защита его прав и свобод. И наконец, в ст. 55 Конституции РФ подчеркивается, что права и свободы человека и гражданина могут быть ограничены федеральным законом только в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц.

Конституционное положение о свободе каждого нельзя абсолютизировать, поскольку необходимо учитывать возможность причинения вреда свободными действиями человека другим лицам, обществу в целом. Именно поэтому в Европейской Конвенции о защите прав человека и основных свобод (Конвенция ратифицирована Российской Федерацией в 1996 г.) подчеркивается, что никто не может быть лишен свободы иначе, как в случаях, перечисленных в ст. 5 Конвенции, и в порядке, установленном законом. К числу таких случаев Конвенция относит задержание душевнобольных, алкоголиков и наркоманов. Согласно ст. 6 указанной выше Конвенции каждый при определении его гражданских прав имеет право на публичное разбирательство дела в разумный срок независимым и беспристрастным судом, созданным на основе закона. Упомянутая выше ст. 46, а также ст. 123 Конституции РФ, по сути, воспроизводят это положение международного права.

Нормы ст. 33 комментируемого Закона соответствуют требованиям Конституции и международных документов, поскольку они предусматривают именно судебный контроль за действиями врачей психиатрического лечебного учреждения, принявшими решение о недобровольной (что означает принуждение) госпитализации лица, страдающего психическим расстройством. Сама процедура недобровольной госпитализации соответствует, в частности, положениям, сформулированным в ст. 9 Международного пакта о гражданских и политических правах.

В ст. 29 комментируемого Закона обстоятельно излагаются основания для госпитализации лица в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя до принятия судьей постановления, санкционирующего такую госпитализацию (см. комментарий к ст. 29).

При этом уже при решении врачами (например, скорой помощи, а затем психиатрического стационара) вопроса о недобровольной госпитализации лица, кроме его законного представителя, возможно участие иного представителя интересов данного лица (например, адвоката) в целях фиксации действий принудительного характера. В то же время в соответствии с ч. 3 ст. 30 комментируемого Закона сотрудники милиции обязаны оказывать содействие медицинским работникам при осуществлении недобровольной госпитализации (см. комментарий к ст. 30).

В настоящее время дискуссионным является вопрос о том, каким периодом времени ограничено пребывание госпитализированного в недобровольном порядке лица в психиатрическом стационаре до момента рассмотрения данного вопроса судьей и вынесения судебного постановления. В соответствии со ст. 32 комментируемого Закона такое лицо должно быть освидетельствовано в течение 48 часов с момента помещения в стационар, а затем в течение 24 часов заключение врачей-психиатров с обоснованием госпитализации должно быть передано в суд по месту нахождения психиатрического учреждения. Таким образом, законодатель исходил из аналогии установленного УПК РСФСР срока задержания лица без санкции прокурора. Однако ныне в соответствии со ст. 22 Конституции РФ лицо может быть подвергнуто задержанию до судебного решения лишь на срок не более 48 часов. Это означает, что срок, предоставленный для комиссионного освидетельствования лица, помещенного в психиатрический стационар в недобровольном порядке, должен быть сокращен до 24 часов, с тем чтобы обеспечить в последующие 24 часа передачу заявления в суд для получения санкции судьи.

Изучение судебной практики показывает, что в судебных постановлениях о даче санкций на недобровольную госпитализацию зачастую не отмечаются даты помещения больного в психиатрическое лечебное учреждение и даты передачи материалов в суд. Поэтому необходимо уделять внимание обеспечению требований закона.

2. В ч. 1 ст. 33 определена территориальная подведомственность дел, связанных с дачей судьей санкции на недобровольное помещение лица в психиатрическое учреждение.

Вопрос о госпитализации лица в недобровольном порядке решается в суде по месту нахождения психиатрического учреждения. Это создает дополнительную гарантию прав лица, подвергнутого такой госпитализации. Судья вправе рассмотреть заявление непосредственно в помещении стационара и убедиться в правомерности вывода врачей-психиатров о необходимости такой госпитализации. Создаются также условия для своевременного, в крайне сжатый срок, рассмотрения заявления и принятия решения по существу дела.

Заявление о госпитализации лица в психиатрический стационар подается в суд представителем учреждения, в котором находится госпитализированное лицо. Следует отметить, что в Законе речь идет только о психиатрическом стационаре.

В ст. 16 комментируемого Закона указано, что государство создает все виды учреждений, оказывающих внебольничную и стационарную помощь, по возможности по месту жительства пациентов. Вместе с тем в этой же статье указывается и на обязанность органов местного самоуправления (которые теперь не

рассматриваются в качестве государственных органов) обеспечивать население всеми видами психиатрической помощи. Отсюда следует вывод, что в недобровольном порядке соответствующие лица будут направляться в городские, районные (межрайонные) больницы, находящиеся в ведении органов здравоохранения районного, городского муниципального образования и органов здравоохранения субъекта Федерации, если в этих лечебных учреждениях имеются психиатрические стационары.

В любом случае администрация психиатрического стационара обязана в установленный срок обратиться в суд за санкцией на недобровольную госпитализацию. Вопрос о том, кто должен непосредственно оформлять заявление в суд по месту нахождения стационара, Закон решает в общей форме, указывая на представителя психиатрического учреждения, в котором находится лицо. Речь идет прежде всего о руководителе (его заместителе) психиатрического стационара, т.е. о главном враче или его заместителе.

Практика показывает, что соответствующие обращения в суд подписывает главный врач (либо его заместитель) соответствующего психиатрического лечебного учреждения, а при рассмотрении дела в суде присутствует представитель администрации этого учреждения, уполномоченный главным врачом. Поэтому не исключена возможность присутствия в суде заведующего отделением, если это будет поручено ему руководителем психиатрического учреждения.

Полномочия руководителя определены в положении о соответствующем учреждении, утверждаемом в установленном порядке, и подтверждаются служебным удостоверением. Полномочия иного лица, которому поручено участвовать в рассмотрении заявления в суде (заведующий отделением, лечащий врач), должны быть удостоверены доверенностью, выданной в соответствии с требованиями законодательства (см. ст. 185 ГК и ст. ст. 45, 46 ГПК).

В соответствии с комментируемой статьей в заявлении должны быть указаны предусмотренные Законом основания для госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке. Эти основания предусмотрены ст. 29 настоящего Закона (см. комментарий к ст. 29). Каждое из перечисленных в ст. 29 оснований имеет самостоятельное значение. Поэтому с учетом содержания поданного заявления судья вправе положить в основу принимаемого им в дальнейшем постановления одно из трех перечисленных в ст. 29 оснований.

Особо следует подчеркнуть, что к заявлению в суд должно быть приложено заключение комиссии врачей-психиатров данного психиатрического стационара, которое должно содержать обстоятельный анализ состояния больного и обоснование необходимости дальнейшего пребывания больного в стационаре, т.е. продления срока его недобровольной госпитализации помимо того времени, которое госпитализированное лицо в нем провело до судебного решения.

Кроме того, в суд могут быть представлены другие доказательства, дополнительно свидетельствующие о необходимости такой госпитализации (выписки из истории болезни, если лицо ранее находилось под наблюдением того или иного лечебного учреждения или врача, документы, имеющиеся в распоряжении милиции и других правоохранительных органов, свидетельствующие о неадекватном поведении данного лица, и т.п.).

3. Форма заявления в суд и реквизиты заявления Законом не определены. В связи с этим Министерство здравоохранения РФ с учетом требований комментируемой статьи разработало рекомендации о содержании этого документа. В заявлении в суд необходимо сообщать сведения, касающиеся личности больного, места его проживания (пребывания); сведения о том, кем, когда и куда направлено это лицо на госпитализацию после личного осмотра; обоснование необходимости такой госпитализации. Кроме того, в заявлении должно быть указано, от кого поступили первичные сведения о неадекватном поведении данного лица. Заявление также должно содержать сведения о времени осмотра лица врачом-психиатром в стационаре, подтвердившем вывод о необходимости госпитализации, о времени освидетельствования больного комиссией врачей-психиатров, составе этой комиссии, об участии в этой комиссии врача-психиатра, приглашенного по просьбе госпитализированного лица, если такая просьба имела место, и о выводах комиссии по поводу необходимости госпитализации данного лица в недобровольном порядке.

4. Комментируемая статья (в ч. 3) определяет действия судьи в случае получения упомянутого выше заявления о госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке. Судья обязан принять такое заявление, но он вправе исследовать все представленные документы и в случае отсутствия главного из них - заключения комиссии врачей-психиатров того стационара, где находится лицо, - отказать в санкции на недобровольную госпитализацию. В связи с этим и возникает требование тщательного оформления всех документов, прилагаемых к заявлению, направляемому в суд.

Закон обязывает одновременно с принятием заявления дать санкцию на пребывание лица в психиатрическом стационаре на срок, необходимый для рассмотрения дела в суде. Заметим, что ст. 34 данного Закона определяет предельный срок такого рассмотрения - пять дней с момента принятия заявления. Изучение судебной практики показывает, что, как правило, установленные Законом сроки судьями соблюдаются. Однако в ряде случаев имеет место формальная оценка представляемых на рассмотрение судьи документов (см. комментарий к ст. 34).

Введение судебного контроля за законностью и обоснованностью помещения гражданина в психиатрический стационар против его воли свидетельствует о реальном расширении гарантий прав личности. Дача судьей санкции на недобровольную госпитализацию не лишает гражданина, помещенного в стационар, его представителя или защитника права обратиться с жалобой на постановление судьи в вышестоящий суд, а также обжаловать действия врачей-психиатров и иных медицинских работников при оказании психиатрической помощи в порядке, предусмотренном ст. 47 комментируемого Закона.

5. В юридической литературе производство по делам о недобровольной госпитализации лиц в психиатрические стационары толкуется неоднозначно (в ГПК РСФСР этот вопрос не получил разрешения). Одни авторы относят рассмотрение таких дел к делам особого производства <\*>, другие - к производству по делам, возникающим из административно-правовых отношений <\*\*\*>, а третьи - полагают, что их рассмотрение находится за рамками гражданского судопроизводства <\*\*\*>.

-----  
<\*> См.: Гражданский процесс: Учебник. М., 1996. С. 134.

<\*\*\*> См. там же. С. 319.

<\*\*\*> См.: О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании: Постатейный комментарий к Закону России. М., 1993. С. 174.

На наш взгляд, в рассматриваемом случае возникают административно-правовые отношения, связанные с административным принуждением (помещением лица в психиатрический стационар против воли). Судебная проверка законности и обоснованности применения такого вида административного принуждения должна была бы вестись по правилам административного судопроизводства, которое предусмотрено ст. 118 Конституции РФ. Но пока в стране отсутствует полноценный закон об административном судопроизводстве, определяющий, в частности, порядок рассмотрения в судах общей юрисдикции дел, связанных с применением специфических мер административного принуждения, приходится руководствоваться нормами ГПК РСФСР и вести рассмотрение таких дел по правилам гражданского судопроизводства с учетом тех изъятий, которые непосредственно установлены нормами комментируемого Закона (специфические условия принятия и рассмотрения в суде заявлений, дача судьей санкции на недобровольное пребывание лица в психиатрическом стационарном лечебном учреждении, краткие сроки рассмотрения дела и т.п.).

### **Статья 35. Постановление судьи по заявлению о госпитализации в недобровольном порядке. (1) Рассмотрев заявление по существу, судья удовлетворяет либо отклоняет его.**

(2) Постановление судьи об удовлетворении заявления является основанием для госпитализации и дальнейшего содержания лица в психиатрическом стационаре.

(3) Постановление судьи в десятидневный срок со дня вынесения может быть обжаловано лицом, помещенным в психиатрический стационар, его представителем, руководителем психиатрического учреждения, а также организацией, которой законом либо ее уставом (положением) предоставлено право защищать права граждан, или прокурором в порядке, предусмотренном Гражданским процессуальным кодексом РСФСР.

Комментарий к статье 35

1. В ч. 1 данной статьи содержится правило, довольно жестко определяющее возможные варианты постановлений, принимаемых судьей по результатам рассмотрения заявления о госпитализации в недобровольном порядке. Рассмотрение заявления нельзя отложить, а в случае недостаточности доказательственной базы заявление подлежит отклонению. Постановление судьи, по сути дела, является судебным решением. Поэтому к нему применимы общие требования ст. 197 ГПК РСФСР <\*>.

-----  
<\*> См.: Комментарий к ГПК РСФСР. М., 1996. С. 265 - 271.

Вопросы, касающиеся общих требований к содержанию судебного решения, рассмотрены также в Комментариях к Гражданскому процессуальному кодексу РСФСР (под ред. М.К. Треушникова), включенном в информационный банк согласно публикации - М.: Издательство "Спарк", юр. бюро "Городец", 1997. Постановление судьи о приеме к производству заявления о госпитализации в недобровольном порядке и даче санкции на временное пребывание лица в психиатрическом стационаре на срок, необходимый для рассмотрения заявления в суде, после его принятия направляется представителю психиатрического учреждения, подавшего заявление.

На судебное заседание вызываются прокурор, представитель психиатрического учреждения, представитель лица, о госпитализации которого заявлено ходатайство, а также представитель организации, которой предоставлено право защищать граждан, по его просьбе. Администрация психиатрического учреждения обеспечивает явку лица, которое госпитализировано. Копии постановления, вынесенного по вопросу о госпитализации в недобровольном порядке, направляются лицам, участвовавшим в заседании, которым в соответствии со ст. 35 Закона предоставлено право обжалования (принесения протеста).

После вступления постановления в законную силу его копия направляется для исполнения руководителю психиатрического учреждения. При отказе в удовлетворении заявления постановление считается исполненным по поступлении сообщения о выписке лица, о котором вынесено постановление, из стационара. На наш взгляд, к постановлению судьи о недобровольной госпитализации следует предъявлять требования, вытекающие из содержания ст. ст. 33, 34 и 35 комментируемого Закона.

В настоящее время, как показывает судебная практика, единый подход к оформлению текста таких постановлений отсутствует. Создается впечатление, что даже в рамках одного многосоставного суда каждый судья самостоятельно решает вопрос о форме такого постановления. Одни судьи в постановлении указывают на присутствие секретаря судебного заседания, что, по существу, свидетельствует о ведении протокола рассмотрения заявления о недобровольной госпитализации. Другие - не указывают на



присутствие секретаря судебного заседания. В одних постановлениях фиксируются фамилия и инициалы представителя лечебного учреждения, в других - указывается лишь на присутствие безымянного лица. Во многих постановлениях не указываются даты помещения лиц в психиатрические учреждения в недобровольном порядке и даты вынесенных медицинской комиссией заключений, не указываются также фамилии врачей-психиатров, подписавших такое заявление, не указывается диагноз заболевания. Более того, допускается грубое нарушение Закона и тогда, когда в постановлении судьи не фиксируется присутствие лица, в отношении которого рассматривалось дело. Не указывается и на присутствие представителя этого лица.

В связи с этим возникает необходимость обстоятельного изучения и обобщения судебной практики по делам, связанным с рассмотрением заявлений о недобровольной госпитализации, и дачи судам разъяснений по применению комментируемого Закона.

2. Постановление судьи об удовлетворении заявления является законным основанием для дальнейшего содержания лица в психиатрическом учреждении в течение необходимого срока. При этом следует учитывать правила ст. 36 комментируемого Закона о продлении госпитализации в недобровольном порядке, имея в виду, что пребывание лица в стационаре продолжается только в течение времени сохранения оснований, предусмотренных ст. 29 Закона. Кроме того, продолжается в известной мере и судебный контроль за недобровольной госпитализацией, поскольку по истечении шести месяцев с момента помещения лица в стационар для продления госпитализации надо вновь получить судебную санкцию (см. комментарий к ст. 36).

3. Законом (ч. 3 комментируемой статьи) предусмотрена возможность обжалования постановления, принятого судьей по заявлению о недобровольной госпитализации, всеми лицами, участвующими в рассмотрении заявления. Речь идет о праве госпитализированного лица либо его представителя, а также руководителя психиатрического учреждения и других лиц, участвующих в рассмотрении дела, обжаловать постановление судьи в течение десяти дней. Правом принесения протеста на постановление обладает и прокурор.

Относительно кассационной инстанции в комментируемой статье дана отсылка к ГПК РСФСР, что предполагает рассмотрение жалоб на постановления судей в кассационном порядке в вышестоящей судебной инстанции, т.е. в областном, краевом суде общей юрисдикции и аналогичном суде второй инстанции.

Специфика рассмотрения дел такой категории, в свою очередь, обуславливает, в качестве исключения из общего правила, необходимость определить в Законе, что подача жалобы или протеста не приостанавливает исполнения вынесенного судьей постановления об удовлетворении заявления психиатрического учреждения и не является поэтому основанием для прекращения пребывания в стационаре лица, госпитализированного в недобровольном порядке.

На наш взгляд, необходимо более четко определить порядок и сроки рассмотрения жалоб и протестов на постановление судьи районного суда о госпитализации в недобровольном порядке.

Практика деятельности судов общей юрисдикции второй инстанции, к сожалению, не обобщена и не находит отражения в периодических специализированных юридических изданиях. Тем не менее, опираясь на практику Московского городского суда, можно предположить, что случаи обжалования постановлений судей о недобровольной госпитализации лиц, страдающих психическими заболеваниями, довольно редки.

Однако было бы целесообразно в судах второй инстанции уделять внимание практике применения комментируемого Закона, учитывая роль суда в охране прав, свобод и личной неприкосновенности граждан.

### **Статья 36. Продление госпитализации в недобровольном порядке. (1) Пребывание лица в психиатрическом стационаре в недобровольном порядке продолжается только в течение времени сохранения оснований, по которым была проведена госпитализация.**

(2) Лицо, помещенное в психиатрический стационар в недобровольном порядке, в течение первых шести месяцев не реже одного раза в месяц подлежит освидетельствованию комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения для решения вопроса о продлении госпитализации. При продлении госпитализации свыше шести месяцев освидетельствования комиссией врачей-психиатров проводятся не реже одного раза в шесть месяцев.

(3) По истечении шести месяцев с момента помещения лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости продления такой госпитализации направляется администрацией психиатрического стационара в суд по месту нахождения психиатрического учреждения. Судья в порядке, предусмотренном статьями 33 - 35 настоящего Закона, постановлением может продлить госпитализацию. В дальнейшем решение о продлении госпитализации лица, помещенного в психиатрический стационар в недобровольном порядке, принимается судьей ежегодно.

Комментарий к статье 36

1. В ч. 1 комментируемой статьи предусматривается, что продолжительность пребывания в психиатрическом стационаре лица, помещенного в него в недобровольном порядке, определяется временем, в течение которого сохраняются основания, по которым была проведена госпитализация. Это означает, во-первых, что госпитализация в недобровольном порядке продолжается в течение всего времени, пока

пациент по своему психическому состоянию соответствует хотя бы одному из критериев, указанных в ст. 29 настоящего Закона (см. также комментарий), и, во-вторых, что, когда в результате лечения или изменений в течении болезни возникает улучшение психического состояния и пациент перестает соответствовать указанным критериям, врач своим решением обязан перевести его на режим добровольного пребывания в стационаре. В истории болезни он делает об этом соответствующую запись с описанием таких изменений. В дальнейшем пациент остается в больнице, если он еще нуждается в продолжении стационарного лечения и не возражает против пребывания в стационаре. Однако теперь он должен быть выписан, если на этом настаивает.

Сказанное важно, поскольку одним из частых нарушений является ситуация, когда поступивший в стационар пациент остается на недобровольном режиме вплоть до выписки, хотя его состояние перестало соответствовать критериям госпитализации в недобровольном порядке задолго до освидетельствования на предмет обоснованности этого очередной комиссией врачей-психиатров. Длительность пребывания в психиатрическом стационаре в недобровольном порядке - один из показателей реализации Закона, следования не только его букве, но и духу.

2. В тех случаях, когда в связи с психическим состоянием пациента основания для недобровольной госпитализации остаются в течение длительного времени, необходимость дальнейшего пребывания пациента в стационаре в соответствии с ч. 2 настоящей статьи контролируется комиссией врачей-психиатров данного медицинского учреждения. В течение шести месяцев с момента помещения в больницу не реже одного раза в месяц комиссия проводит освидетельствование пациента, о чем делается обоснованная запись в истории болезни. Примененная в статье формулировка "не реже одного раза в месяц" означает, что такое освидетельствование может быть проведено и раньше месячного срока, если возникнут обстоятельства, в связи с которыми это станет необходимым (например, в спорных случаях по просьбе пациента или его представителя; в связи с улучшением психического состояния, когда врач самостоятельно не готов принять такое решение).

Если госпитализация длится шесть месяцев и при этом сохраняются основания для ее продолжения в недобровольном порядке, комиссия врачей-психиатров проводит в дальнейшем освидетельствования не реже, чем через каждые шесть месяцев. Это обусловлено тем, что в данном случае речь идет о затяжном или хроническом течении болезни, когда госпитализация может продолжаться свыше года, а нередко и значительно больше. На этом этапе комиссионные освидетельствования с интервалом в один месяц становятся излишне частыми, они могут проводиться, как это и предусмотрено Законом, с интервалом до полугода.

3. Поскольку, однако, лицо, страдавшее на момент помещения в стационар выраженным психическим расстройством, может оказаться в положении лишенного свободы, если его необоснованно, несмотря на улучшение психического состояния, продолжают задерживать в больнице, Закон предусматривает (ч. 3 настоящей статьи) судебный контроль за длительностью содержания пациента в стационаре вопреки его воле. Первый раз по истечении шести месяцев и в дальнейшем ежегодно мотивированное заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости продления недобровольной госпитализации направляется в суд по месту нахождения психиатрического учреждения.

Процедура вынесения судьей постановления о продлении недобровольной госпитализации аналогична той, которая применяется в начале помещения больного в стационар в недобровольном порядке (ст. ст. 33 - 35 настоящего Закона и комментарии к ним). Судья рассматривает заявление представителя психиатрического учреждения, в котором находится больной, в течение пяти дней с момента его принятия в помещении суда или непосредственно в психиатрическом учреждении. Рассмотрение заявления производится в психиатрическом учреждении, если, по полученным от него сведениям, состояние больного таково, что он не может участвовать в рассмотрении вопроса в помещении суда. Предусматривается обязательное участие в рассмотрении заявления, помимо представителя больницы, прокурора, а также представителя лица, в отношении которого решается вопрос о продлении госпитализации в недобровольном порядке. Постановление судьи о продлении недобровольной госпитализации, как и при недобровольном помещении в стационар, в течение десяти дней может быть обжаловано каждой из сторон, участвующих в рассмотрении заявления, а также организацией, которой законом или ее уставом (положением) предоставлено право защищать права граждан.

4. Постановление судьи о продлении недобровольной госпитализации подшивается в историю болезни. Отказ судьи в продлении недобровольной госпитализации является основанием для выписки пациента или для перевода его, если он дает согласие, на режим добровольного пребывания в стационаре.

**Статья 37. Права пациентов, находящихся в психиатрических стационарах. (1) Пациенту должны быть разъяснены основания и цели помещения его в психиатрический стационар, его права и установленные в стационаре правила на языке, которым он владеет, о чем делается запись в медицинской документации.**

(2) Все пациенты, находящиеся на лечении или обследовании в психиатрическом стационаре, вправе: обращаться непосредственно к главному врачу или заведующему отделением по вопросам лечения, обследования, выписки из психиатрического стационара и соблюдения прав, предоставленных настоящим Законом; подавать без цензуры жалобы и заявления в органы представительной и исполнительной власти,

прокуратуру, суд и адвокату;  
встречаться с адвокатом и священнослужителем наедине;  
исполнять религиозные обряды, соблюдать религиозные каноны, в том числе пост, по согласованию с администрацией иметь религиозные атрибуты и литературу;  
выписывать газеты и журналы;  
получать образование по программе общеобразовательной школы или специальной школы для детей с нарушением интеллектуального развития, если пациент не достиг 18 лет;  
получать наравне с другими гражданами вознаграждение за труд в соответствии с его количеством и качеством, если пациент участвует в производительном труде.

(3) Пациенты имеют также следующие права, которые могут быть ограничены по рекомендации лечащего врача заведующим отделением или главным врачом в интересах здоровья или безопасности пациентов, а также в интересах здоровья или безопасности других лиц:

вести переписку без цензуры;  
получать и отправлять посылки, бандероли и денежные переводы;  
пользоваться телефоном;  
принимать посетителей;  
иметь и приобретать предметы первой необходимости, пользоваться собственной одеждой.

(4) Платные услуги (индивидуальная подписка на газеты и журналы, услуги связи и так далее) осуществляются за счет пациента, которому они предоставляются.

Комментарий к статье 37

1. Основания и цели помещения пациента в психиатрический стационар, его права и установленные в стационаре правила разъясняются всем гражданам, госпитализируемым как в добровольном, так и в недобровольном порядке, о чем делается соответствующая запись в их медицинской карте (истории болезни). В случае если в момент госпитализации психическое состояние пациента исключает возможность адекватного восприятия предоставленной ему информации, в медицинской карте стационарного больного делается об этом соответствующая запись. В подобных случаях необходимые разъяснения даются пациенту сразу же по мере наступления улучшения в психическом состоянии, о чем также делается запись в медицинской карте. Все разъяснения даются пациенту на языке, которым он владеет.

2. В случаях, когда не представляется возможным установить местожительство длительно находящегося на стационарном лечении пациента или когда жилье у него отсутствует, его можно зарегистрировать по месту пребывания в психиатрическом стационаре в соответствии с Инструкцией о применении правил регистрации и снятия граждан Российской Федерации с регистрационного учета по месту пребывания и по месту жительства в пределах Российской Федерации, утвержденной Приказом МВД России от 23 октября 1995 г. N 393, с изм. и доп. (БНА. 1996. N 4).

В соответствии с Примерным положением об учреждении социальной помощи для лиц без определенного места жительства и занятий, утвержденным Постановлением Правительства Российской Федерации от 8 июня 1996 г. N 670 с изм., внесенными Постановлением Правительства РФ от 6 июля 1999 г. N 750 (СЗ РФ. 1996. N 25. Ст. 3025; 1999. N 29. Ст. 3734), лица, пребывающие в учреждениях социальной помощи, включая и психоневрологические интернаты, с учетом состояния их здоровья, физических и психических возможностей могут привлекаться на добровольной основе к работе в этих учреждениях или приниматься по усмотрению руководителя учреждения на временную работу, в том числе с неполным рабочим днем, на штатную должность, если эта работа им не противопоказана. Такие лица пользуются всеми правами, предусмотренными законодательством о труде.

Как следует из письма Пенсионного фонда Российской Федерации от 11 декабря 1992 г. N ЮИ-12/258-ИН "Обзор практики применения законодательства по вопросам уплаты страховых взносов в Пенсионный фонд Российской Федерации", работа в лечебно-производственных мастерских, выполняемая по трудовому договору, засчитывается в стаж для назначения пенсии, а заработная плата учитывается при ее исчислении. Страховые взносы на зарплату этих работников начисляются на общих основаниях. Для больных и инвалидов, участвующих в трудовых процессах в лечебно-трудовых мастерских исключительно в целях трудовой терапии, это время в стаж для назначения пенсии не засчитывается, вознаграждение при ее расчете не учитывается и страховые взносы не начисляются.

При разъяснении прав пациентов, находящихся в психиатрическом стационаре, целесообразно указать, что они, как и все граждане, могут нести ответственность за свои действия и поступки, нарушающие установленный внутренний распорядок и ущемляющие права, интересы других лиц, находящихся в стационаре, а также его персонала.

3. Все права пациентов, указанные в Законе, являются равно приоритетными. Ограничения отдельных прав должны быть обусловлены особенностями болезненного состояния пациентов и допускаются исключительно в целях обеспечения защиты их жизни, здоровья или безопасности других лиц, находящихся в психиатрическом стационаре.

4. При возникновении необходимости подобного ограничения личных прав пациентов данный вопрос решается заведующим отделением или главным врачом по представлению лечащего врача больного. Решение об ограничении прав пациента заносится в медицинскую карту (историю болезни); это решение должно быть мотивированным, с указанием срока его действия. Опыт показывает, что длительность таких ограничений не должна превышать двух недель, хотя по истечении этого срока ограничительные действия могут быть продолжены при наличии показаний. Заведующий отделением или главный врач, принимая

решение об ограничении прав пациента, не должны выходить за рамки перечня, приведенного в ч. 3 комментируемой статьи.

5. Если пациент, находящийся в психиатрическом стационаре, в соответствии с правами, предоставленными ему данной статьей, осуществляет подписку на печатные издания, пользуется междугородной телефонной связью, прибегает к услугам службы быта и т.д., оплата осуществляется самим пациентом.

6. При выписке из психиатрического стационара пациент вправе требовать оформления необходимых медицинских документов без указания профиля этого стационара, ссылаясь на Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ от 17 мая 1995 г. N 128 и Постановление Фонда страхования Российской Федерации от 17 мая 1995 г. N 25 "О печатях и штампах для оформления медицинских документов" (БНА. 1995. N 12).

### **Статья 38. Служба защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах. (1) Государством создается независимая от органов здравоохранения служба защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах.**

(2) Представители этой службы защищают права пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, принимают их жалобы и заявления, которые разрешают с администрацией данного психиатрического учреждения либо направляют в зависимости от их характера в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру или суд.

Комментарий к статье 38

1. Как указывается в комментируемой статье, целью создаваемой государством специальной службы является защита прав и законных интересов лиц, страдающих психическими расстройствами, во время их пребывания в психиатрическом стационаре. Такая служба должна быть активным механизмом в реализации Закона в области психиатрической помощи и защиты прав психически больных.

2. Ограничительный режим содержания психически больных в психиатрических больницах, необходимость применения в некоторых случаях в связи с психическим состоянием мер принуждения создают условия для правовой незащищенности госпитализированных лиц. В психиатрических стационарах трудно полностью исключить элементы произвола медицинского персонала, применение недостаточно обоснованных ограничений, невнимание к нуждам больных, грубость, нарушение гражданских прав и прав пациентов (см. ст. 37 и комментариев к ней) на всех этапах госпитализации - от помещения в стационар, назначения терапии, особенно без согласия пациента или без предоставления ему необходимой информации, до решения о выписке. Все это может стать предметом обжалования лиц, находящихся в больнице. Таким образом, в психиатрическом стационаре, где лица, страдающие психическими расстройствами, нередко в течение длительного времени в определенной степени изолированы от внешнего мира и остаются один на один с медицинским персоналом при доминирующем положении последнего, возникают условия, при которых законные интересы и права пациентов становятся особенно уязвимыми. Этим объясняется создание службы защиты прав именно пациентов, находящихся в психиатрических стационарах. Поскольку в указанных условиях больные не могут самостоятельно обеспечить защиту своих прав (в частности, при возникающих конфликтах с персоналом), эту функцию берет на себя служба защитников пациентов в психиатрических стационарах.

3. Такая служба с центральным органом, координирующим ее работу в масштабе страны, должна иметь в каждом психиатрическом стационаре своего представителя (в крупных больницах - также одного или нескольких его помощников). Закон подчеркивает, что эта служба создается как независимая от органов здравоохранения. Ее деятельность должна определяться специально разработанным Положением <\*> и характеризоваться следующими принципиальными установками.

-----  
<\*> В настоящее время указанное Положение еще не утверждено и не введено в действие.

А. Независимое положение защитника прав пациентов обеспечивается тем, что он не входит в штат медицинского учреждения, его труд оплачивается самой службой и он не может быть уволен администрацией больницы в случае несогласия с его действиями. Это увеличивает возможности осуществления им своих функций, независимо от того, какую позицию занимает администрация больницы, и способствует более доверительному отношению к нему пациентов.

Б. Защитник постоянно должен быть доступным для больных; он регулярно совершает обходы отделений, больные всегда могут связаться с ним по телефону, часы и место его работы известны всем пациентам.

В. Защитник работает по принципу отсутствия отбора жалоб: принимает все жалобы без учета того, согласен он с пациентом или не согласен, видит он возможность получения удовлетворения по этой жалобе или нет. Защитник может принять устную просьбу или жалобу от пациента, помочь составить письменную жалобу, в зависимости от характера жалобы может посоветовать пациенту самому вначале обратиться к врачу или заведующему отделением. Защитник может принять жалобу от уже выписанного из больницы пациента, если она касается событий, имевших место в период госпитализации, однако не позднее чем через десять дней с момента выписки.

Г. Защитник использует адвокатскую модель работы; он всегда следует инструкциям пациента, выполняя поставленную им задачу или помогая тому добиться положительного решения в связи с его просьбой. При невозможности удовлетворить просьбу или жалобу защитник должен изложить пациенту мотивы врача или

администрации больницы, по которым они вынуждены были отказать больному в просьбе или в удовлетворении его жалобы.

Таким образом, защитник должен представлять интересы больных, добиваясь соблюдения их прав, выступая посредником между пациентом и администрацией больницы. В тех случаях, когда защитник не может добиться от администрации разрешения жалобы или заявления пациента, он должен иметь право обращаться в зависимости от характера жалобы в органы представительной или исполнительной власти, в прокуратуру, суд. Защитник должен следить за исполнением администрацией учреждения и персоналом своих обязанностей по созданию условий для реализации прав пациентов во время их пребывания в стационаре. Он ставит перед администрацией вопросы о необходимости улучшения условий содержания пациентов, исключения обстоятельств, унижающих их человеческое достоинство или ущемляющих их права; периодически проводит с пациентами беседы об их правах, гарантиях реализации этих прав, законодательстве о психиатрической помощи. Защитники, кроме того, должны консультировать пациентов по вопросам соблюдения законодательства об оказании психиатрической помощи, а в необходимых случаях помогать им связаться с адвокатом.

4. В своей деятельности защитники пациентов взаимодействуют с общественными объединениями, уполномоченными своим уставом (положением) защищать права лиц, страдающих психическими расстройствами, с попечительскими советами больниц, а также с организациями пациентов и их родственников.

5. Для реализации указанных задач защитники должны быть наделены следующими правами: встречаться с пациентом наедине, знакомиться с согласия пациента с той относящейся в нему медицинской документацией, которая имеет отношение к существу жалобы, получать объяснения персонала и администрации учреждения по существу поступившей жалобы. Естественно, что они должны иметь право представлять интересы пациента перед администрацией больницы.

Защитники должны привлекаться к общим мероприятиям, направленным на улучшение деятельности учреждения. Так, они могут участвовать в проведении органами управления здравоохранением инспекции медицинского учреждения, выступать с ходатайствами перед местными законодательными и исполнительными органами о выделении средств из бюджета для улучшения условий содержания пациентов в психиатрической больнице, о принятии других необходимых мер по социальной и бытовой помощи лицам, страдающим психическими расстройствами.

6. Поскольку защитники пациентов в психиатрической больнице имеют доступ к сведениям, содержащимся в медицинской документации, знают о характере имеющихся у госпитализированных лиц расстройств, а также нередко оказываются посвященными в различные стороны жизни и проблемы пациентов, на них распространяется ответственность за разглашение врачебной тайны.

7. Деятельность защитников пациентов контролируется органом, осуществляющим руководство этой службой. Указанный орган рассматривает поступающие на защитников жалобы и в случае ненадлежащего исполнения ими своих обязанностей должен принимать соответствующие меры, вплоть до их увольнения. Вопрос о несоответствии защитника пациентов или его помощника занимаемой должности или об улучшении его деятельности может быть поставлен перед органом, осуществляющим руководство службой, и общественными организациями (советами пациентов, советами родственников пациентов) или администрацией больницы.

8. На должности защитников пациентов следует принимать лиц с высшим (необязательно юридическим) образованием, получивших специальную подготовку по законодательству в области психиатрии; они должны быть ориентированы в отношении психических расстройств и правил обращения с лицами, которые ими страдают, в объеме специально разработанной программы. Защитник пациентов должен иметь удостоверение, подтверждающее его квалификацию. Помощником защитника может быть лицо со средним образованием, также получившее специальную подготовку и имеющее соответствующее удостоверение. Важно, чтобы защитник сумел установить доверительный контакт с пациентами, сумел занять независимую от администрации больницы позицию, проявлял активность в выполнении просьб и поручений пациентов, настойчиво защищал их права и законные интересы.

Защитники пациентов в психиатрических стационарах и их помощники должны регулярно (в соответствии с разработанной органом, осуществляющим руководство службой, программой) повышать свою квалификацию и участвовать в обмене опытом.

9. К настоящему времени служба защиты пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, еще не создана по разным, главным образом финансовым, причинам. Однако приведенное здесь описание характера данной службы и принципов ее работы необходимо и на нынешнем этапе, поскольку они определяют пути защиты прав пациентов, находящихся в стационаре. Эти принципы важны, например, для введенных в настоящее время в штат психиатрических учреждений специалистов по социальной работе и социальных работников, а также для всех категорий медицинского персонала, обеспечивающего права лиц с психическими расстройствами во время пребывания их в стационаре.

**Статья 39. Обязанности администрации и медицинского персонала психиатрического стационара.**  
**Администрация и медицинский персонал психиатрического стационара обязаны создать условия для осуществления прав пациентов и их законных представителей, предусмотренных настоящим Законом, в том числе:**

обеспечивать находящихся в психиатрическом стационаре пациентов необходимой медицинской помощью; предоставлять возможность ознакомления с текстом настоящего Закона, правилами внутреннего распорядка данного психиатрического стационара, адресами и телефонами государственных и общественных органов, учреждений, организаций и должностных лиц, к которым можно обратиться в случае нарушения прав пациентов;

обеспечивать условия для переписки, направления жалоб и заявлений пациентов в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд, а также адвокату;

в течение 24 часов с момента поступления пациента в психиатрический стационар в недобровольном порядке принимать меры по оповещению его родственников, законного представителя или иного лица по его указанию;

информировать родственников или законного представителя пациента, а также иное лицо по его указанию об изменениях состояния его здоровья и чрезвычайных происшествиях с ним;

обеспечивать безопасность находящихся в стационаре пациентов, контролировать содержание посылок и передач;

выполнять функции законного представителя в отношении пациентов, признанных в установленном законом порядке недееспособными, но не имеющих такого представителя;

устанавливать и разъяснять верующим пациентам правила, которые должны в интересах других находящихся в психиатрическом стационаре пациентов соблюдаться при исполнении религиозных обрядов, и порядок приглашения священнослужителя, содействовать в осуществлении права на свободу совести верующих и атеистов;

выполнять иные обязанности, установленные настоящим Законом.

Комментарий к статье 39

1. Деятельность администрации и медицинского персонала психиатрических стационаров осуществляется на основе настоящего Закона, Положения об учреждениях, оказывающих внебольничную и стационарную психиатрическую помощь, которое утверждено Постановлением Правительства Российской Федерации от 25 мая 1994 г. N 522 "О мерах по обеспечению психиатрической помощи и социальной защите лиц, страдающих психическими расстройствами" (СЗ РФ. 1994. N 6. Ст. 606), Приказа Минздрава РФ от 11 апреля 1995 г. N 92 "Об утверждении правил "Больницы психиатрические. Правила устройства, эксплуатации и охраны труда", а также других законодательных актов, ведомственных документов, регламентирующих деятельность учреждений здравоохранения, включая психиатрические.

2. В психиатрическом стационаре должны быть созданы условия для оказания консультативно-диагностической и лечебной психиатрической, соматоневрологической, а также психотерапевтической и социально-реабилитационной помощи. Пребывание лица в психиатрическом стационаре не может быть препятствием для проведения диагностических обследований и лечебных мероприятий в связи с имеющимися у него соматическими заболеваниями. С этой целью в штате психиатрического стационара предусматриваются должности консультантов: терапевтов, хирургов, окулистов и т.п., выделяются необходимые средства для оплаты разовых консультаций специалистов. В зависимости от категории психиатрического стационара должности этих специалистов могут быть предусмотрены в штатном расписании. При многопрофильных больницах создаются соматопсихиатрические отделения для больных с соматической и психической патологией, применяется и краткосрочное помещение психически больных в общесоматический стационар с индивидуальным постом медицинского персонала из психиатрического стационара. Для повышения уровня и качества специализированной психиатрической помощи по решению органов здравоохранения могут создаваться специализированные детские, подростковые, геронтологические, психосоматические, психотуберкулезные, для пограничных состояний и другие больницы и отделения при психиатрических и многопрофильных общесоматических больницах.

3. Администрация психиатрического стационара обязана обеспечить каждое отделение (подразделение) текстом настоящего Закона, который должен постоянно находиться у старшей медицинской сестры или в другом доступном месте и предоставляться больным или посетителям по первому их требованию. Кроме того, в каждом отделении необходимо оформить стенд, доступный больным и посетителям, с адресами и телефонами государственных и общественных органов, учреждений, организаций и должностных лиц, к которым можно обратиться в случае нарушения прав пациентов. На этом же стенде должны быть представлены Правила внутреннего распорядка для больных, находящихся на излечении в психиатрических стационарах, и Правила для посетителей.

4. Правила внутреннего распорядка для больных, находящихся на излечении в психиатрическом стационаре, составляются его администрацией на основании особенностей и условий данного стационара, с учетом прав и гарантий, предусмотренных настоящим Законом. В качестве основы для составления такого документа могут служить положения документов, указанных в п. 1 комментария к настоящей статье. Аналогичным образом составляются и Правила для посетителей, а в случае необходимости - и Правила приема передач больным.

5. Каждый пациент, пожелавший непосредственно обратиться к главному врачу, препровождается к нему в

дни и часы личного приема посетителей (если психическое состояние больного не позволяет отпустить его для этого самостоятельно). Администрация отделения беспрепятственно выделяет для такого визита санитар-проводителя. В экстренных случаях обращение больного непосредственно к главному врачу обеспечивается незамедлительно. Если больной пожелал обратиться к заведующему отделением, последний принимает его немедленно.

6. Все жалобы и заявления пациентов, адресованные в органы представительной власти, в прокуратуру, суд и адвокату, без какой-либо цензуры принимаются старшей медицинской сестрой или дежурной медсестрой отделения, регистрируются в книге жалоб и предложений и отправляются по указанному пациентом адресу. О факте обращения больного в вышестоящую или надзорную инстанцию старшая сестра извещает заведующего отделением и лечащего врача.

7. Каждый больной, находящийся на излечении в психиатрическом стационаре, а также каждый посетитель имеют право записать в специальную книгу заявление о неправильных действиях кого-либо из персонала больницы или о замеченных недостатках, а также предложения, которые могут улучшить работу в больнице. Книга отзывов (жалоб) и предложений должна быть в каждом отделении больницы и храниться у старшей медицинской сестры. В ее отсутствие книга выдается по требованию пациента или посетителя палатной сестрой.

Жалобы и предложения пациентов рассматриваются администрацией больницы или заведующим отделением не позднее следующего дня, причем ответ больному или посетителю оформляется администрацией после разрешения вопроса в письменном виде.

Книга записи отзывов (жалоб) и предложений должна быть обязательно прошнурована, пронумерована, подписана главным врачом или его заместителем и скреплена печатью больницы.

8. В отношении находящихся в психиатрическом стационаре несовершеннолетних в возрасте до 14 лет и лиц, признанных недееспособными, которым ранее до помещения в указанные учреждения органами опеки и попечительства опекуны назначены не были, по нормам ст. 7 настоящего Закона и ч. 4 ст. 35 ГК РФ (СЗ РФ. 1994. N 32. Ст. 3301) администрация выполняет функции опекуна на период пребывания этих пациентов в стационаре. Вместе с тем руководство больницы может направить главе местной административной власти извещение о необходимости назначения опекуна. Это может способствовать подбору опекуна органом опеки и попечительства и ускорить его утверждение.

Администрации психиатрических учреждений, которые выполняют функции опекуна на период пребывания пациентов в стационаре, следует руководствоваться Постановлением Министерства труда и социального развития РФ от 18 сентября 1997 г. N 45 "Об утверждении разъяснения "О перечислении пенсий лицам, находящимся в психиатрическом учреждении", которое согласовано с Министерством здравоохранения Российской Федерации и Пенсионным фондом Российской Федерации. Выплата пенсий производится органом, осуществляющим пенсионное обеспечение, по месту нахождения учреждения, путем перечисления сумм на счет учреждения, открытый в банке для хранения депозитных сумм. При этом имеется в виду, что органы, осуществляющие пенсионное обеспечение, могли приступить к фактической выплате пенсий лицам, признанным в установленном законом порядке недееспособными и находящимся в учреждении, с момента вступления в силу Закона Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", т.е. с 1 января 1993 г. Администрация учреждения представляет в орган, осуществляющий пенсионное обеспечение, по месту нахождения учреждения список недееспособных пенсионеров, опекуном которых оно является. Суммы пенсий, хранящиеся на депозитном счете, используются на личные нужды пенсионеров в соответствии с решением комиссии, которая создается руководителем учреждения из представителей администрации и бухгалтерии. Председателем этой комиссии является руководитель учреждения. Комиссия составляет перечень товаров на личные нужды пенсионеров и назначает лиц, ответственных за приобретение товаров и их выдачу. Решение комиссии оформляется протоколом. Протоколы ведутся в отдельной книге, страницы которой должны быть прошиты, пронумерованы и скреплены печатью учреждения. Комиссия осуществляет контроль за целевым расходованием средств. Бухгалтерия учреждения снимает и выдает суммы пенсии с указанного счета на основании решения комиссии. Приобретение товаров на личные нужды пенсионеров подтверждается платежными поручениями, чеками, счетами-накладными. Выдача товаров оформляется актом, который подписывается лицами, ответственными за их приобретение и выдачу. Акт утверждается руководителем учреждения. При переводе лица из одного учреждения в другое неиспользованные суммы его пенсии перечисляются на соответствующий счет нового учреждения. Ответственность за правильное расходование средств на выплату пенсии, поступающих от органа, осуществляющего пенсионное обеспечение, несут руководитель и главный бухгалтер учреждения в соответствии с действующим законодательством (см. указание Министерства здравоохранения РФ N 2510/1790-98-32 от 27 февраля 1998 г.).

9. В соответствии с Государственной программой приватизации государственных и муниципальных предприятий в Российской Федерации, утвержденной Указом Президента РФ от 24 декабря 1993 г. N 2284, с изм. и доп. (СААП. 1994. N 1. Ст. 2) приватизация психиатрических (психоневрологических) и наркологических учреждений запрещена.

**Статья 40. Выписка из психиатрического стационара. (1) Выписка пациента из психиатрического стационара производится в случаях выздоровления или улучшения его психического состояния, при котором не требуется дальнейшего стационарного лечения, а также завершения обследования или экспертизы, явившихся основаниями для помещения в стационар.**

(2) Выписка пациента, добровольно находящегося в психиатрическом стационаре, производится по его личному заявлению, заявлению его законного представителя или по решению лечащего врача.

(3) Выписка пациента, госпитализированного в психиатрический стационар в недобровольном порядке, производится по заключению комиссии врачей-психиатров или постановлению судьи об отказе в продлении такой госпитализации.

(4) Выписка пациента, к которому по решению суда применены принудительные меры медицинского характера, производится только по решению суда.

(5) Пациенту, помещенному в психиатрический стационар добровольно, может быть отказано в выписке, если комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения будут установлены основания для госпитализации в недобровольном порядке, предусмотренные статьей 29 настоящего Закона. В таком случае вопросы его пребывания в психиатрическом стационаре, продления госпитализации и выписки из стационара решаются в порядке, установленном статьями 32 - 36 и частью третьей статьи 40 настоящего Закона.

Комментарий к статье 40

1. Необходимость правовой регламентации выписки пациентов из психиатрического стационара связана с различиями в основаниях и порядке их госпитализации. Эти различия касаются как целей помещения пациентов в психиатрический стационар, так и порядка госпитализации.

2. Статья прежде всего определяет цели, достижение которых за время пребывания пациента в стационаре является основанием для его выписки (ч. 1). Перечислены все возможные варианты. Среди них на первое место следует поставить выздоровление пациента или такое улучшение его психического состояния, при котором не требуется продолжения лечения в стационаре. Последнее основание для выписки из стационара используется в психиатрической практике весьма часто - долечивание, если это оказывается возможным в соответствии с принципом предпочтительного выбора менее ограничительной альтернативы, осуществляется в условиях дневного стационара или амбулаторно. Кроме того, основанием для выписки может быть завершение обследования, если пациент с этой целью направлялся в стационар, или экспертизы (трудовая, военно-психиатрическая и др.).

Основанием для выписки, в случае если состояние пациента позволяет ему находиться вне стационара, может быть отсутствие целесообразности дальнейшего пребывания в больнице, хотя проведенное лечение и не достигло заметного эффекта. Окончание проведенного в стационаре лечения может рассматриваться как завершение обследования на предмет возможности достижения терапевтического эффекта. На это следует обратить внимание, поскольку нередко дальнейшее пребывание в больнице может иметь и негативные последствия (усугубление социальной дезадаптации). В подобных случаях основанием для выписки может быть также перевод в учреждение Министерства социальной защиты населения.

3. Далее рассматриваемая статья Закона определяет, как осуществляется выписка, если пациент находился в стационаре в добровольном порядке, решение о его выписке принимается лечащим врачом этого пациента самостоятельно и не требует каких-либо юридических процедур. Врач руководствуется при этом медицинскими данными - достигнуты ли те цели госпитализации, которые указаны в ч. 1 настоящей статьи. Вместе с тем указывается, что выписка может быть осуществлена и по заявлению самого пациента. Поскольку пациент находится в стационаре в добровольном порядке, он может потребовать выписать его в любое время и выписка должна быть произведена беспрепятственно.

Несовершеннолетний пациент может быть выписан по заявлению его законных представителей, т.е. родителей, усыновителей или опекуна; выписка пациента, признанного по суду недееспособным, может быть осуществлена по требованию опекуна.

4. Если больной находится в стационаре в недобровольном порядке, ни его требования, ни требования его законных представителей не могут служить основанием для выписки до тех пор, пока психическое состояние пациента соответствует критериям недобровольной госпитализации (ст. 29 и комментарий к ней). Выписка из стационара больного в течение всего периода, пока сохраняются основания для недобровольной госпитализации, исключена. Когда в результате изменения в психическом состоянии пациента основания для госпитализации в недобровольном порядке исчезают, врач обязан перевести больного на режим добровольного пребывания в стационаре или выписать его. Следовательно, выписка пациента, поступившего в стационар в недобровольном порядке, осуществляется после того, как больной будет переведен на режим добровольной госпитализации. Закон, однако, в ч. 3 настоящей статьи указывает два обстоятельства выписки пациента, поступившего в стационар в недобровольном порядке, без указанного перевода на режим добровольного пребывания.

Во-первых, когда поступивший в недобровольном порядке пациент осматривается, как это предусмотрено ст. 32 настоящего Закона, комиссией врачей-психиатров в течение 48 часов с момента госпитализации и комиссия признает, что оснований для недобровольного помещения в больницу нет. Аналогично этому пациент должен быть выписан, если комиссия врачей-психиатров, которая согласно ст. 36 настоящего Закона должна проводить освидетельствование больного не реже одного раза в месяц в течение шести месяцев с момента помещения в стационар и в дальнейшем не реже одного раза в полгода, вынесет решение



о том, что оснований для продления неотложной госпитализации больше нет. В этих случаях основанием для выписки является заключение комиссии врачей-психиатров.

Во-вторых, это может быть в том случае, если после помещения в стационар пациента в недобровольном порядке и мотивированного заключения комиссии врачей-психиатров о необходимости такой госпитализации суд тем не менее с таким решением не согласится и вынесет постановление об отказе в продлении недобровольной госпитализации. Аналогично этому пациент должен быть выписан, если суд, рассматривая вопрос о продлении недобровольной госпитализации в последующем, после заключения комиссии врачей-психиатров о необходимости ее продления, согласно ст. 36 настоящего Закона, через шесть месяцев с момента помещения больного в стационар и в дальнейшем не реже одного раза в полгода, вынесет все же постановление об отказе в продлении недобровольной госпитализации. В этих случаях основанием для выписки пациента является решение суда.

5. Особо оговаривается выписка пациентов, совершивших общественно опасные деяния, к которым по решению суда были применены принудительные меры медицинского характера. Она возможна только по решению суда (см. комментарий к ст. 102 УК).

6. Наконец, данная статья определяет основания и порядок отказа в выписке пациентам, которые поступили в стационар добровольно, но у которых затем изменилось психическое состояние настолько, что оно стало соответствовать критериям недобровольной госпитализации, изложенным в ст. 29 настоящего Закона. При таких обстоятельствах, естественно, исключающих выписку, врач имеет право задержать больного в стационаре, несмотря на то что он или его законные представители настаивают на выписке. Одновременно в соответствии со ст. ст. 32 - 36 настоящего Закона в течение 48 часов с момента отказа в выписке пациента должна освидетельствовать комиссия врачей-психиатров, которая не более чем через 24 часа после освидетельствования направляет мотивированное заключение в суд, а судья, принявший дело, дает санкцию на пребывание в стационаре и в срок не более пяти суток выносит постановление о недобровольной госпитализации либо отказе в ней. Все вопросы дальнейшего пребывания в стационаре такого пациента решаются так же, как и в отношении других лиц, помещенных в стационар в недобровольном порядке.

**Статья 41. Основания и порядок помещения лиц в психоневрологические учреждения для социального обеспечения. (1) Основаниями для помещения в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения являются: личное заявление лица, страдающего психическим расстройством, и заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра, а для несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, - решение органа опеки и попечительства, принятое на основании заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра. Заключение должно содержать сведения о наличии у лица психического расстройства, лишаящего его возможности находиться в неспециализированном учреждении для социального обеспечения, а в отношении дееспособного лица - также и об отсутствии оснований для постановки перед судом вопроса о признании его недееспособным.**

(2) Орган опеки и попечительства обязан принимать меры для охраны имущественных интересов лиц, помещаемых в психоневрологические учреждения для социального обеспечения.

Комментарий к статье 41

1. Психоневрологические учреждения, о которых идет речь в комментируемой статье, в соответствии с Федеральным законом "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов" от 17 мая 1995 г. (2 августа 1995 г.) N 122-ФЗ относятся к стационарным учреждениям социального обслуживания (СЗ РФ. 1995. N 32. Ст. 3198). Такие учреждения могут иметь различные наименования (дома-интернаты, пансионаты и т.д.), а создаются они для стационарного социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов, частично или полностью утративших способность к самообслуживанию и нуждающихся по состоянию здоровья в постоянном уходе и наблюдении (ст. ст. 16, 20 упомянутого выше Федерального закона). Стационарные учреждения (отделения) данного типа являются профильными (по возрасту и состоянию здоровья граждан). Так, в специальный дом-интернат для престарелых и инвалидов государственной системы органов социальной защиты населения не помещаются лица, страдающие психическими расстройствами, которые лишают их возможности находиться в таком доме-интернате; если при наличии психического расстройства больной уже проживает в специальном доме-интернате, то в установленном законодательством порядке его переводят в психоневрологический интернат (Примерное положение о специальном доме-интернате (специальном отделении) для престарелых и инвалидов государственной системы органов социальной защиты населения и Примерные правила внутреннего распорядка в специальном доме-интернате (специальном отделении) для престарелых и инвалидов государственной системы органов социальной защиты населения, утвержденные Приказом Министерства социальной защиты населения РФ от 25 декабря 1995 г. N 312).

В соответствии с вышеназванным Федеральным законом стационарные учреждения социального обслуживания могут принадлежать к государственному, муниципальному и негосударственному секторам социального обслуживания (ст. ст. 25, 26, 27, 33). К государственному сектору относятся учреждения, находящиеся в федеральной собственности и собственности субъектов Российской Федерации, муниципальный сектор включает в себя учреждения муниципального подчинения, а негосударственный - учреждения социального обслуживания, деятельность которых основана на формах собственности, не

относящихся к государственной или муниципальной. Последние могут быть частными или принадлежать благотворительным либо религиозным организациям. В ст. 30 того же Федерального закона установлено, что все учреждения социального обслуживания являются юридическими лицами. Государственные и муниципальные учреждения не подлежат приватизации и не могут быть репрофилированы на иные виды деятельности; кроме того, они не имеют права сдавать в аренду или отдавать в залог имущество, закрепленное за ними на праве оперативного управления. Учреждения, учредителями которых являются благотворительные, общественные или религиозные организации, пользуются льготами по налогообложению в порядке, предусмотренном налоговым законодательством РФ.

2. Все стационарные учреждения социального обслуживания предназначены для оказания разносторонней социально-бытовой помощи помещаемым в них лицам. Психоневрологические интернаты создаются как стационарные учреждения для социального обслуживания лиц, страдающих психическими расстройствами, частично или полностью утративших способность к самообслуживанию и нуждающихся по состоянию психического, а нередко и физического здоровья, в постоянном уходе и наблюдении.

В первую очередь в такие учреждения помещаются лица престарелого и старческого возраста, а также инвалиды, страдающие хроническими психическими расстройствами. Здесь могут проживать и дети-инвалиды начиная с дошкольного возраста, также страдающие хроническими психическими расстройствами либо слабоумием. Среди психических расстройств, дающих право признать ребенка в возрасте до 16 лет инвалидом, можно назвать затяжные психические состояния продолжительностью шесть месяцев и более, умственную отсталость в степени дебильности в сочетании с выраженными нарушениями слуха, зрения, речи, опорно-двигательного аппарата, функций других органов или систем и патологическими формами поведения, стойкие терапевтически резистентные эпилептиформные состояния (один или более больших припадков в месяц), частые малые или бессудорожные припадки (2 - 3 раза в неделю) и др. Общий порядок признания как ребенка, так и взрослого инвалидом, в том числе по причине психического расстройства, регулируется Положением о признании лица инвалидом (утверждено Постановлением Правительства РФ от 13 августа 1996 г. N 965 "О порядке признания граждан инвалидами" // СЗ РФ. 1996. N 34. Ст. 4127).

3. В стационарные учреждения социального обслуживания для лиц, страдающих психическими расстройствами (психоневрологические интернаты), могут помещаться как дееспособные лица с психическими расстройствами, так и те из них, кто в установленном законом порядке были признаны недееспособными (см. комментарий к ст. 4 настоящего Закона). Сам факт помещения в психоневрологический интернат либо проживание в нем не является основанием для лишения гражданина дееспособности (ч. 3 ст. 5 комментируемого Закона). Признание лица, находящегося в психоневрологическом учреждении, недееспособным должно осуществляться по основаниям и в порядке, установленным ГК РФ и ГПК РСФСР. Такие дела в соответствии со ст. 258 ГПК подлежат рассмотрению судом по месту нахождения интерната. Гражданин, о признании которого недееспособным рассматривается дело, вызывается в судебное заседание, если это возможно по состоянию его здоровья (ч. 2 ст. 261 ГПК), а если нет - суд вправе сделать это по месту его нахождения. Таким образом, в зависимости от конкретных обстоятельств дела суд вправе решать вопрос о рассмотрении дела непосредственно в психоневрологическом интернате, но лишить гражданина дееспособности лишь на основании того, что он в таком учреждении проживает, нельзя.

4. Как видно из ч. 1 комментируемой статьи, помещение в психоневрологический интернат совершеннолетнего дееспособного лица осуществляется по его личному заявлению, т.е. является исключительно добровольным. Для несовершеннолетних в возрасте до 18 лет и лиц, признанных в установленном порядке недееспособными, помещение в такое учреждение социального обслуживания осуществляется по решению органа опеки и попечительства. Комментируемый Закон лишает родителей несовершеннолетнего или опекуна недееспособного права решать вопрос об их помещении в психоневрологический интернат, они могут лишь поставить этот вопрос перед органами опеки и попечительства.

Однако более поздний Федеральный закон "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов" (см. п. 1) решает данный вопрос несколько иначе. В ст. 9 указанного Закона устанавливается общее правило о необходимости получения добровольного согласия лица на социальное обслуживание, а для несовершеннолетних в возрасте до 14 лет и недееспособных требуется согласие их законных представителей (родителей, опекунов). Это одно из противоречий между правилами комментируемой статьи и законом, посвященным социальному обслуживанию.

Далее указанный Федеральный закон устанавливает случаи, когда лицо может быть помещено в стационарное учреждение социального обслуживания недобровольно - в порядке, установленном в ст. 15, а также в порядке, предусмотренном Законом РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" (ч. 4 ст. 9). Однако последний таких оснований не содержит, что видно из ч. 1 комментируемой статьи. Статья 15 Закона "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов", в свою очередь, содержит два основания для недобровольного помещения в учреждение социального обслуживания: когда гражданин лишен ухода и поддержки родственников или иных законных представителей и при этом не способен самостоятельно удовлетворять свои жизненные потребности (утрата способности к самообслуживанию и (или) активному передвижению) или когда он признан в установленном порядке недееспособным. Вопрос о помещении такого гражданина без его согласия либо без согласия его законных представителей в стационарное учреждение социального обслуживания решает суд

по представлению органов социальной защиты населения.

Указанные противоречия между комментируемым Федеральным законом и Федеральным законом "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов" должны быть устранены путем внесения соответствующих изменений и дополнений в оба закона. А пока должен действовать комментируемый Федеральный закон как специальный, регулирующий вопросы оказания психиатрической помощи, в том числе и в специализированных стационарных учреждениях социального обслуживания. Таким образом, при помещении в подобные учреждения должны применяться правила комментируемой статьи.

5. Непременным условием помещения лица в психоневрологический интернат является наличие у него психического расстройства, лишаящего его возможности находиться в неспециализированном учреждении социального обслуживания. Факт наличия у лица такого расстройства должен быть зафиксирован в заключении врачебной комиссии с участием врача-психиатра. В заключении не только отражается факт наличия конкретного психического расстройства с использованием соответствующих диагностических категорий и его тяжесть, но и обосновывается невозможность для данного лица вследствие состояния его психического здоровья находиться в неспециализированном стационарном учреждении социального обслуживания. Кроме врача-психиатра, участие которого во врачебной комиссии является обязательным, к ее работе могут быть привлечены любые специалисты, чьи знания будут способствовать полной и всесторонней оценке состояния психического и физического здоровья лица, в отношении которого решается вопрос о помещении в психоневрологическое учреждение. Каждый член комиссии решает вопросы, относящиеся к его компетенции, и подписывает общее заключение.

Поскольку во врачебной комиссии должен принимать участие врач-психиатр, освидетельствование лица проводится с соблюдением требований, содержащихся в ст. ст. 4 (добровольность обращения за психиатрической помощью), 9 (сохранение врачебной тайны при оказании психиатрической помощи) и 23 (психиатрическое освидетельствование) комментируемого Закона. В своей части заключения комиссии врач-психиатр должен решать только те вопросы, которые относятся к его компетенции как специалиста в области психиатрии. При несогласии с другими членами комиссии он вправе дать собственное заключение (ч. 2 ст. 21 комментируемого Закона). Обжалование действий врача-психиатра, так же как и решения врачебной комиссии в целом, производится в порядке, предусмотренном ст. 47 настоящего Закона (см. комментарий).

6. Отнесение специализированных (психоневрологических) стационарных учреждений социального обслуживания к числу оказывающих психиатрическую помощь и особенности находящегося в них контингента больных обязывают каждое такое учреждение иметь в своем штате врача-психиатра и располагать условиями для оказания психиатрической помощи, включая неотложную. Допуск врачей, иных специалистов и персонала психоневрологических учреждений к работе с лицами, страдающими психическими расстройствами, осуществляется в соответствии с требованиями, содержащимися в ст. 19 комментируемого Закона (см. комментарий). Кроме того, Федеральный закон "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов" устанавливает обязательное лицензирование профессиональной деятельности в сфере социального обслуживания (ст. ст. 34, 35). Лицензирование проводится органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

7. В ч. 2 комментируемой статьи предусмотрено, что органы опеки и попечительства принимают меры для охраны имущественных интересов лиц, помещенных в психоневрологические стационарные учреждения социального обслуживания.

Органами опеки и попечительства являются органы местного самоуправления (ст. 34 ГК РФ).

Осуществление ряда действий по опеке и попечительству может возлагаться главой местной администрации на ее структурные подразделения (отделы или управления образования, социальной защиты населения, здравоохранения). В соответствии со ст. 37 ГК органы опеки и попечительства дают предварительное разрешение на расходование доходов подопечного гражданина, совершение сделок по отчуждению, в том числе обмену или дарению имущества подопечного, сдаче его внаем, в безвозмездное пользование, в залог, на совершение сделок, влекущих отказ от принадлежащих подопечному прав, раздел его имущества или выдел его долей, а равно иных сделок, влекущих уменьшение имущества подопечного. Представляется, что именно такой должна быть сфера контроля органов опеки и попечительства за соблюдением имущественных интересов лиц, помещенных в психоневрологические стационарные учреждения социального обслуживания.

Особое внимание должно быть обращено на сохранение жилья и имущества лица, находящегося в стационарном учреждении социального обслуживания (см. п. 3 комментария к ст. 43 Закона).

Орган опеки и попечительства должен заботиться о том, чтобы лицу, находящемуся в психоневрологическом интернате, было сохранено право на ранее установленную пенсию, а если таковой не было, но она должна быть установлена, то проявить заботу и об этом. Таким образом, исходя из смысла ч. 2 комментируемой статьи, на органах опеки и попечительства лежит забота об имущественных интересах лиц, помещенных в специализированные стационарные учреждения социального обслуживания, в самом широком смысле.

**Статья 42. Основания и порядок помещения несовершеннолетних в психоневрологическое учреждение для специального обучения. Основаниями для помещения несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет, страдающего психическим расстройством, в психоневрологическое учреждение для специального обучения являются: заявление его родителей либо иного законного представителя и обязательное заключение комиссии, состоящей из психолога, педагога и врача-психиатра. Заключение должно содержать сведения о необходимости обучения несовершеннолетнего в условиях специальной школы для детей с нарушением интеллектуального развития.**

Комментарий к статье 42

1. Комментируемая статья определяет основания и порядок помещения несовершеннолетних в возрасте до 18 лет в психоневрологические учреждения для получения образования.

Право на образование является одним из основных и неотъемлемых конституционных прав граждан России (ст. 43 Конституции РФ). Закон РФ от 10 июля 1992 г. N 3266-1 "Об образовании", действующий в ред. Федерального закона от 12 июля 1995 г. (13 января 1996 г.) N 12-ФЗ, с изм. и доп. (СЗ РФ. 1996. N 3. Ст. 150) гарантирует всем гражданам России возможность получения образования, независимо от пола, расы, национальности, языка и других обстоятельств, среди которых указано и состояние здоровья (ст. 5). В ч. 6 той же статьи устанавливается, что государство создает гражданам с отклонениями в развитии условия для получения ими образования, коррекции нарушений развития и социальной адаптации на основе специальных педагогических подходов.

В соответствии с п. 5 ч. 4 ст. 12 Закона РФ "Об образовании" психоневрологические учреждения для специального обучения, о которых идет речь в комментируемой статье, следует называть специальными (коррекционными) образовательными учреждениями для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии. На практике такие учреждения могут называться по-разному, например: вспомогательные школы и школы-интернаты, специализированные производственно-технические училища для общеобразовательного и трудового обучения страдающих олигофренией детей и подростков, санаторные школы-интернаты и т.п. Главное, что объединяет эти учреждения - организация в них специального (общеобразовательного и трудового) образования несовершеннолетних в возрасте до 18 лет, страдающих психическими расстройствами, главным образом умственной отсталостью различного происхождения.

2. Умственная отсталость довольно широко распространена в мире (1 - 3% населения), и число страдающих ею лиц в последние годы увеличивается, что во многом можно объяснить большей выживаемостью детей с пороками развития, связанной с успехами медицины. Поэтому практически перед всеми государствами стоит задача оказания умственно отсталым лицам всесторонней помощи и содействия развитию их способностей для включения по мере возможности в обычную жизнь общества. Среди международных правовых документов в этой области назовем Декларацию о правах умственно отсталых лиц (резолюция 2856 (XXVI) Генеральной Ассамблеи ООН от 20 декабря 1971 г.), провозглашающую их право на образование, восстановление трудоспособности и покровительство, которые позволяют им развивать свои способности с максимальным использованием возможностей для этого. Практика показывает, что действительно коррекционные лечебно-педагогические мероприятия, общее и трудовое обучение во многом позволяют преодолеть олигофренический дефект и облегчить социальную адаптацию лиц с умственной отсталостью. Последнее является главной задачей специальных психоневрологических образовательных учреждений, которые входят в систему учреждений, оказывающих психиатрическую помощь, но существенно отличаются от прочих по своим функциям. В деятельности таких учреждений основным является именно обучение несовершеннолетних с нарушениями интеллектуального развития по специальным образовательным программам, коррекция нарушений развития и социальная адаптация на основе соответствующих педагогических подходов, а прочие виды психиатрической помощи выступают в виде необходимого дополнения.

3. Специфика задач и функций специальных (коррекционных) общеобразовательных учреждений обуславливает наличие в них прежде всего педагогов-дефектологов, психологов, а уже затем врачей-психиатров, поскольку в процессе обучения должны участвовать квалифицированные специалисты, подготовленные для работы с умственно отсталыми детьми. На этих специалистов распространяются требования ст. 19 настоящего Закона о необходимости подтверждения своей квалификации для допуска к работе с несовершеннолетними, страдающими психическими расстройствами. На них распространяются также гарантии и льготы для лиц, участвующих в оказании психиатрической помощи, в соответствии со ст. 22 настоящего Закона. На соответствующих работников рассматриваемых учреждений распространяются и положения Закона РФ "Об образовании", в частности ст. ст. 53 - 56, где говорится о допуске к педагогической деятельности, оплате труда, правах, социальных гарантиях, льготах и трудовых отношениях работников образовательных учреждений.

4. Помещение в специальные образовательные учреждения является добровольным и предусматривает волеизъявление родителей несовершеннолетнего или его законного представителя. К заявлению должно быть приложено обязательное заключение комиссии, определяющей психическое состояние ребенка, необходимость его обучения в специальной школе или в ином аналогичном учреждении и рекомендуемый вид такого учреждения. В состав комиссии наряду с врачом-психиатром должны входить педагог и психолог. Каждый член комиссии решает вопросы, относящиеся к его компетенции, и подписывает общее заключение. Представляется, что на "иных специалистов", участвующих в работе данной комиссии, распространяется положение ч. 2 ст. 21 об их праве дать свое заключение, если их мнение не совпадает с решением комиссии. Решение комиссии может быть обжаловано в суд в порядке, установленном ст. 47

настоящего Закона.

Направление детей и подростков на медико-педагогическую комиссию происходит по инициативе учреждений образования, здравоохранения, социальной защиты с согласия родителей несовершеннолетних, а при их отсутствии - законного представителя. Инициатива может принадлежать и самим родителям либо иному законному представителю несовершеннолетнего. Комплектование же специальных (коррекционных) образовательных учреждений для детей с отклонениями в развитии производится, как уже было сказано, на основании заявления родителей либо иного законного представителя ребенка и заключения медико-педагогической комиссии, а содействие в направлении ребенка в эти учреждения и контроль за правильностью их комплектования осуществляют соответствующие органы управления образованием (письмо Министерства образования РФ от 5 апреля 1993 г. N 63-М "О приведении в соответствие с Законом Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" нормативных документов, используемых в своей деятельности органами управления образованием и образовательными учреждениями" // БНА. 1993. N 11). Органы управления образованием также осуществляют перевод ребенка из специального образовательного учреждения одного вида в аналогичное учреждение другого вида, что происходит на основании заявления его родителей или иного законного представителя и заключения медико-педагогической комиссии.

5. В специальном образовательном учреждении, особенно если несовершеннолетние в нем проживают, должны быть созданы все необходимые условия, включая оборудованные помещения для занятий, отдыха, места для прогулок, а также коммунально-бытовые услуги. Здания, в которых такие учреждения располагаются, должны соответствовать санитарным нормам. В зависимости от профиля учреждения и его возможностей при нем могут быть организованы трудовые мастерские, а также подсобное сельское хозяйство как для использования в процессе трудового обучения воспитанников и развития их способностей, так и для улучшения их питания.

6. Для создания и функционирования специальных (коррекционных) образовательных учреждений согласно Закону РФ "Об образовании" необходимы регистрация, лицензирование и государственная аккредитация. Подобные учреждения могут создаваться (учреждаться) органами государственной власти, органами местного самоуправления, общественными и частными фондами, религиозными организациями и другими юридическими лицами, а также гражданами (ст. 11).

Деятельность государственных и муниципальных образовательных учреждений регулируется типовыми положениями об образовательных учреждениях соответствующих видов, утверждаемыми Правительством РФ и разрабатываемыми на их основе уставами этих учреждений. Так, Типовое положение об общеобразовательной школе-интернате, Типовое положение об образовательном учреждении для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и Типовое положение о дошкольном образовательном учреждении были утверждены Постановлениями Правительства РФ от 26 июня 1995 г. N 612, от 1 июля 1995 г. N 676 и от 1 июля 1995 г. N 677 соответственно (СЗ РФ. 1995. N 28. Ст. ст. 2671, 2693, 2694). В них, в частности, предусматривается организация специальных (коррекционных) детских домов, школ-интернатов и детских садов компенсирующего вида с приоритетным осуществлением квалификационной коррекции отклонений в физическом и психическом развитии воспитанников.

Для негосударственных образовательных учреждений типовые положения выполняют функции примерных (ч. 5 ст. 12). Требования к уставу образовательного учреждения закреплены в ст. 13 Закона РФ "Об образовании", а порядку создания и регламентации деятельности образовательного учреждения посвящена ст. 33. В ней установлено, что образовательное учреждение создается учредителем и регистрируется уполномоченным органом в соответствии с законодательством РФ (федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов Федерации либо органами местного самоуправления по принадлежности либо по месту нахождения учреждения). Право на ведение образовательной деятельности появляется у учреждения с момента выдачи ему лицензии, а государственная аккредитация является подтверждением государственного статуса учреждения и уровня реализуемых им образовательных программ (ч. ч. 6, 17 ст. 33). Что касается лицензирования специальных (коррекционных) образовательных учреждений, то на них распространяются также и требования ст. 18 Закона "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании". Контроль за деятельностью образовательных учреждений, включая исполнение законодательства РФ в области образования, бюджетной и финансовой дисциплины, осуществляют федеральные (центральные) государственные органы управления образованием, федеральные ведомственные органы управления образованием и государственные органы управления образованием субъектов Российской Федерации (ст. 37 Закона РФ "Об образовании"). Органы исполнительной власти в области здравоохранения также вправе контролировать в пределах своей компетенции деятельность специальных образовательных учреждений, поскольку они относятся к учреждениям, оказывающим психиатрическую помощь (см. комментарий к ст. 45 настоящего Закона). Не исключается и контроль общественных объединений при условии соблюдения ими требований ст. 46 комментируемого Закона (см. комментарий).

**Статья 43. Права лиц, проживающих в психоневрологических учреждениях для социального обеспечения или специального обучения, и обязанности администрации этих учреждений. (1) Лица, проживающие в психоневрологических учреждениях для социального обеспечения или специального обучения, пользуются правами, предусмотренными статьей 37 настоящего Закона.**

(2) Обязанности администрации и персонала психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения по созданию условий для реализации прав лиц, проживающих в нем, устанавливаются статьей 39 настоящего Закона, а также законодательством Российской Федерации о социальном обеспечении и об образовании.

(3) Администрация психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения обязана не реже одного раза в год проводить освидетельствования лиц, проживающих в нем, врачебной комиссией с участием врача-психиатра с целью решения вопроса об их дальнейшем содержании в этом учреждении, а также о возможности пересмотра решений об их недееспособности.

Комментарий к статье 43

1. Лица, проживающие в психоневрологических стационарных учреждениях социального обслуживания или в соответствующих образовательных учреждениях, пользуются теми же правами, что и пациенты психиатрических стационаров. Эти права перечислены в ст. 37 настоящего Закона (см. комментарий). Таким образом, с точки зрения объема имеющихся прав пациенты всех стационарных учреждений, оказывающих психиатрическую помощь, равны. Среди прав таких пациентов - права встречаться с адвокатом и священнослужителем наедине, исполнять религиозные обряды, соблюдать религиозные каноны, выписывать газеты и журналы, принимать посетителей, получать вознаграждение за свой труд в случае участия в производительном труде, вести переписку без цензуры и ряд других. Следует обратить внимание на то, что положение ч. 3 ст. 37 настоящего Закона о возможности ограничения некоторых прав пациентов в интересах их здоровья и безопасности либо в интересах здоровья и безопасности других лиц в первую очередь относится не к пациентам психиатрических стационарных учреждений, поступившим туда добровольно, а к тем психически больным, которые были госпитализированы в недобровольном порядке (по основаниям, предусмотренным ст. 29 настоящего Закона) либо находятся на принудительном лечении в соответствии с УК РФ и УПК РСФСР (см. комментарий к ст. 13 настоящего Закона). Поэтому подобные ограничения прав пациентов мало применимы к лицам, проживающим в психоневрологических стационарных учреждениях социального обслуживания либо специальных (коррекционных) образовательных учреждениях, и должны быть для данного контингента стационарных пациентов скорее исключением, чем правилом.

2. Помимо равенства правового статуса пациентов, о которых идет речь в комментируемой статье, и правового статуса других пациентов психиатрических стационаров, еще одним важным обстоятельством, влияющим на их положение, является то, что по смыслу настоящего Закона на них полностью распространяются и другие его нормы, в частности предусмотренные ст. 5 общие права лиц, страдающих психическими расстройствами (см. комментарий). Таким образом, эти пациенты должны информироваться о своих правах, с ними надо обращаться гуманно и с уважением к их человеческому достоинству, условия их содержания должны быть наименее ограничительными и т.д. Более того, к ним относятся и нормы о согласии на лечение, праве отказаться от лечения, праве на сохранение в тайне медицинской информации и о других так называемых медицинских правах, предусмотренных в комментируемом Законе (ст. ст. 9, 11, 12 и др.).

3. И наконец, на лиц, проживающих в психоневрологических стационарных учреждениях, распространяются права граждан пожилого возраста и инвалидов в сфере социального обслуживания, предусмотренные гл. II Федерального закона "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов" от 17 мая 1995 г. (2 августа 1995 г.) N 122-ФЗ (СЗ РФ. 1995. N 32. Ст. 3198). Статья 12 этого Закона прямо посвящена правам лиц, проживающих в учреждениях социального обслуживания, и содержит некоторые права, уже имеющиеся у пациентов психиатрических стационаров (свободное посещение их адвокатом и священнослужителем, предоставление помещения для отправления религиозных обрядов, право на образование для тех, кому не исполнилось 18 лет, право на свободу от наказания, включая использование для этого медицинских средств и методов, что прямо запрещено ч. 3 ст. 10 комментируемого Закона, и ряд других). В той же статье установлен и ряд прав для пациентов психоневрологических стационарных учреждений. К ним относятся, в частности, право на медико-социальную экспертизу, проводимую по медицинским показаниям для установления или изменения группы инвалидности; право на сохранение за ними в течение шести месяцев ранее занимаемых жилых помещений в домах государственного, муниципального и общественного жилищных фондов, а если там остались проживать члены семьи пациента, то жилые помещения сохраняются на весь срок нахождения в психоневрологическом учреждении; право на внеочередное обеспечение жильем, если ранее занимаемое жилое помещение было освобождено, а пациент покидает психоневрологическое учреждение; право детей-инвалидов по достижении ими 18 лет и возможности обслуживать себя и вести самостоятельный образ жизни на внеочередное получение жилья от органов местного самоуправления и др.

Следует особо остановиться на праве лиц, проживающих в стационарных учреждениях социального обслуживания, на добровольное участие в лечебно-трудовом процессе с учетом состояния здоровья, интересов, желаний в соответствии с медицинским заключением и трудовыми рекомендациями (п. 5 ч. 1 ст. 12 Федерального закона "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов"). Право

граждан пожилого возраста и инвалидов, проживающих в стационарных учреждениях социального обслуживания, осуществлять трудовую деятельность и запрет на принуждение их к лечебно-трудовой деятельности дополнительно закреплены в ст. 13 указанного Федерального закона. Гражданам пожилого возраста и инвалидам, проживающим в психоневрологических интернатах и работающим на условиях трудового договора, предоставляется ежегодный оплачиваемый отпуск продолжительностью 30 календарных дней, а согласно ст. 37 комментируемого Закона их труд должен быть оплачен в соответствии с его количеством и качеством, т.е. наравне с аналогичным трудом других граждан. Что же касается участия рассматриваемого контингента пациентов психоневрологических интернатов в лечебно-трудовой деятельности, то она не может превышать четырех часов в день, осуществляется строго добровольно, с учетом желания каждого пациента относительно вида и продолжительности такой деятельности, и рассматривается как трудовая терапия, направленная на улучшение общего состояния здоровья пациентов, их трудовое обучение и переобучение новой профессии. За участие в такой деятельности пациентам выплачивается вознаграждение в размере 75% стоимости выполненных работ с зачислением остальных 25% на счета стационарных учреждений, в которых проживают эти пациенты, для использования на улучшение материально-бытового и социально-медицинского обслуживания и другие нужды самих пациентов (п. 11 Порядка участия граждан пожилого возраста и инвалидов, проживающих в стационарных учреждениях социального обслуживания, в лечебно-трудовой деятельности, утвержденного Постановлением Правительства РФ от 26 декабря 1995 г. N 1285 "О порядке участия граждан пожилого возраста и инвалидов, проживающих в стационарных учреждениях социального обслуживания, в лечебно-трудовой деятельности" // СЗ РФ. 1996. N 2. Ст. 117).

Дети-инвалиды, проживающие в психоневрологических стационарных учреждениях социального обслуживания, имеют право получать образование по программе общеобразовательной школы или специальной школы для детей с нарушениями интеллектуального развития, если они не достигли 18 лет (ст. 37 комментируемого Закона), а в соответствии с Федеральным законом "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов", кроме права на образование, они имеют право на профессиональное обучение в соответствии с их физическими и умственными способностями (ч. 2 ст. 12). На несовершеннолетних в возрасте до 18 лет, обучающихся в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях для детей и подростков с отклонениями в развитии либо являющихся воспитанниками таких учреждений, распространяется Закон РФ "Об образовании", в ст. 50 и ст. 51 которого закреплены нормы о правах и социальной защите обучающихся и воспитанников и об охране их здоровья. Все лица, находящиеся в психоневрологических учреждениях для социального обеспечения и специального обучения, получают назначенные им пенсии. Дееспособным лицам выплата пенсий производится в общем порядке. Пенсии, назначенные несовершеннолетним в возрасте до 14 лет и лицам, признанным в установленном порядке недееспособными, выплачиваются их опекунам. Опекунами лиц, которым ранее, до помещения в указанные учреждения, органами опеки и попечительства опекуны назначены не были, являются эти учреждения (ст. 35 ГК РФ). В таких случаях выплата пенсий производится органом, осуществляющим пенсионное обеспечение, по месту нахождения учреждения, путем перечисления сумм на счет этого учреждения, открытый в банке для хранения депозитных сумм. Администрация соответствующего учреждения представляет в орган, осуществляющий пенсионное обеспечение, список недееспособных пенсионеров, опекуном которых оно является, с указанием фамилии, имени, отчества пенсионера, даты рождения, полного адреса места жительства, где пенсионер получал пенсию до помещения в учреждение, а также даты поступления в последнее. Орган, осуществляющий пенсионное обеспечение, проверяет сведения, указанные в списке, и по результатам этой проверки администрация учреждения представляет уточненный список пенсионеров, который заверяется печатью учреждения и подписями его руководителя и главного бухгалтера.

Хранящиеся на депозитном счете суммы пенсий используются на личные нужды пенсионеров в соответствии с решением комиссии, создаваемой руководителем учреждения из представителей администрации и бухгалтерии. Сам же руководитель учреждения является председателем этой комиссии, которая составляет перечень товаров для личных нужд пенсионера и назначает лиц, ответственных за их приобретение и выдачу. Именно на основании решения комиссии бухгалтерия учреждения снимает и выдает суммы пенсий с депозитного счета. Руководитель учреждения и его главный бухгалтер несут ответственность за правильное расходование пенсионных сумм (см. разъяснение "О перечислении пенсии лицам, находящимся в психиатрическом учреждении", утвержденное Постановлением Министерства труда и социального развития РФ от 18 сентября 1997 г. N 45 // БНА. 1998. N 2).

4. Для того чтобы права пациентов стационарных учреждений, оказывающих психиатрическую помощь, были реализованы, в законодательстве, регулирующем деятельность этих учреждений, предусматриваются соответствующие обязанности их администрации. Применительно к перечню таких обязанностей следует прежде всего указать на ст. 39 комментируемого Закона (см. комментарий), ст. 21 Федерального закона "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов" и ст. 32 Закона "Об образовании". Администрация стационарных учреждений, оказывающих психиатрическую помощь, обязана создать условия для осуществления прав пациентов таких учреждений и прежде всего обеспечивать их необходимой медицинской помощью. Для участия пациентов в лечебно-трудовой деятельности администрация обязана организовать разнообразные виды такой деятельности, отличающиеся по своему характеру и сложности и отвечающие возможностям граждан с различным уровнем интеллекта, физического дефекта, остаточной трудоспособности. Подобная деятельность может быть организована и в

виде работы в подсобных сельских хозяйствах, принадлежащих учреждениям (п. 3 Порядка участия граждан пожилого возраста и инвалидов, проживающих в стационарных учреждениях социального обслуживания, в лечебно-трудовой деятельности). Для обеспечения права детей-инвалидов на получение образования и на профессиональное обучение в психоневрологических интернатах создаются специальные образовательные учреждения (классы и группы) и мастерские трудового обучения (ч. 2 ст. 12 Федерального закона "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов").

Таким образом, по смыслу ч. 2 комментируемой статьи каждому праву лиц, проживающих в психоневрологических стационарных учреждениях, должна корреспондировать соответствующая обязанность администрации таких учреждений. Обязанности администрации не исчерпываются указанными в ст. 39 настоящего Закона, а должны обязательно включать и создание условий для реализации прав проживающих в учреждениях лиц, установленных другими нормативно-правовыми актами. Было бы правильно иметь в рассматриваемых учреждениях памятки, стенды с информацией о правах проживающих в них лиц, с указанием имен, номеров телефонов и кабинетов руководителя учреждения, его заместителей и заведующих отделениями, к которым можно обратиться и по вопросам лечения, и по вопросам содержания в учреждении, включая обеспечение реализации и защиту своих прав; имен и телефонов должностных лиц в сфере здравоохранения, социальной защиты и образования, ответственных за деятельность психоневрологических стационарных учреждений, а также сведений о других органах государственной власти и общественных организациях, куда пациенты учреждения либо их представители могли бы обратиться за защитой своих прав.

В обязанности администрации психоневрологических стационарных учреждений либо специальных образовательных учреждений входит создание условий для проживания в них пациентов с соответствующими бытовыми удобствами, включая питание. Так, для проживающих в домах-интернатах для лиц пожилого возраста и инвалидов (взрослых) среднесуточные наборы продуктов питания установлены письмом Министерства социальной защиты населения РФ от 24 августа 1993 г. N 1-2377-18 "О внесении изменений в количественные пропорции отдельных продуктов питания для лиц, проживающих в домах-интернатах для престарелых и инвалидов (взрослых)".

Для создания соответствующих бытовых условий желательно организовывать рассматриваемые, особенно стационарные, учреждения в специально построенных либо приспособленных реконструированных зданиях с необходимыми помещениями, соответствующими санитарным правилам и обеспеченными всеми видами коммунальных услуг. Для лечебно-трудовой деятельности желательно создавать лечебно-производственные (трудоу) мастерские, а при наличии возможностей - подсобное сельское хозяйство.

5. Профессиональные права и обязанности врачей, иных специалистов и персонала учреждений социального обслуживания и образовательных учреждений, кроме комментируемого Закона, содержатся в законодательстве об образовании и социальном обслуживании, в частности в положениях о стационарных учреждениях социального обслуживания либо о специальных образовательных учреждениях различного профиля, утверждаемых соответствующими федеральными органами исполнительной власти, а также в ведомственных должностных инструкциях для работников таких учреждений различных категорий.

6. В ч. 3 комментируемой статьи устанавливается обязанность администрации психоневрологического стационарного учреждения не реже одного раза в год проводить освидетельствование проживающих в нем лиц, чтобы решить вопрос об их дальнейшем проживании в учреждении, а для недееспособных - о возможности пересмотра решения об их недееспособности.

Целью данной нормы Закона является установление контроля за обоснованностью и сроками нахождения лиц, страдающих психическими расстройствами, в психоневрологических стационарных учреждениях социального обслуживания или в специальных образовательных учреждениях. Как пациенты психиатрических стационаров имеют право на содержание в них только в течение срока, необходимого для обследования и лечения (ст. 5 настоящего Закона), так и проживающие в психоневрологических учреждениях должны находиться там только до тех пор, пока они нуждаются в уходе, бытовом и медицинском обслуживании либо специальном обучении. Освидетельствование проводится создаваемой приказом руководителя учреждения врачебной комиссией с участием врача-психиатра. При освидетельствовании несовершеннолетних в возрасте до 18 лет в состав такой комиссии обязательно должны входить психолог и педагог. Освидетельствование может проводиться через любое, обусловленное прежде всего состоянием психического здоровья лица, время, но не реже чем один раз в год. В подавляющем большинстве случаев по результатам такого освидетельствования комиссия может дать заключение о необходимости дальнейшего проживания лица в учреждении с установлением срока следующего освидетельствования или без такового, о возможности перевода лица в аналогичное стационарное, но неспециализированное учреждение социального обслуживания или образовательное учреждение либо о его выписке для проживания самостоятельно или с обязательным уходом за ним членов семьи, иных родственников или законного представителя. При выписке несовершеннолетних в заключении следует указать на возможность его обучения в обычной общеобразовательной школе либо в ином общеобразовательном учреждении.

Для лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными и проживающих в учреждениях социального обслуживания, предусматривается, что в заключении врачебной комиссии наряду с вышеназванными вопросами должно быть указано на целесообразность (или нецелесообразность) пересмотра решения об их недееспособности. Порядок рассмотрения судом этого вопроса установлен ст. 263 ГПК. Указание в комментируемой статье на обязанность администрации психоневрологического



учреждения проводить освидетельствование с этой целью следует признать очень важным, поскольку практика показывает, что нередко лица с психическими расстройствами лишаются дееспособности на неоправданно длительное время, хотя состояние их психического здоровья уже позволяет им понимать значение своих действий и разумно руководить ими. Появление данного положения ч. 3 ст. 43 настоящего Закона направлено на усиление гарантий прав и законных интересов лиц, страдающих психическими расстройствами.

**Статья 44. Перевод и выписка из психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения. (1) Основанием для перевода лица из психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения в аналогичное учреждение общего типа является заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра об отсутствии медицинских показаний к проживанию либо обучению в специализированном психоневрологическом учреждении.**

(2) Выписка из психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения производится:

по личному заявлению лица при наличии заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра о том, что по состоянию здоровья лицо способно проживать самостоятельно;

по заявлению родителей, иных родственников или законного представителя, обязующихся осуществлять уход за выписываемым несовершеннолетним в возрасте до 18 лет либо за лицом, признанным в установленном законом порядке недееспособным.

Комментарий к статье 44

1. Комментируемая статья содержит основания и порядок перевода лица из специализированного - психоневрологического - стационарного учреждения социального обслуживания или образовательного учреждения в аналогичное учреждение общего типа, а также выписки из таких учреждений. Главным для решения вопроса о переводе лица, страдающего психическим расстройством и находящегося в специализированном стационарном либо в специальном образовательном учреждении, является состояние его психического здоровья. Именно медицинские показания для нахождения в психоневрологическом учреждении ставятся во главу угла. Так, если пациент не нуждается больше в специализированной медицинской помощи, уходе и наблюдении, но все же самостоятельно проживать не может и требует общего постоянного ухода, его следует перевести в аналогичное учреждение общего типа.

При переводе следует соблюдать требования ч. 2 ст. 5 комментируемого Закона о том, чтобы подобное учреждение находилось по возможности по месту жительства самого лица, членов его семьи, иных родственников или законного представителя (в зависимости от желания самого пациента). При переводе пациенту должны быть даны необходимые разъяснения в соответствии с ч. 2 ст. 5 настоящего Закона, а также ст. 8 Федерального закона "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов". Соответствующая информация должна быть направлена родственникам либо членам семьи или законному представителю переводимого лица, а также в соответствующие органы исполнительной власти или местного самоуправления по подчиненности психоневрологического учреждения.

2. Как помещение в специализированное стационарное учреждение социального обслуживания либо специальное образовательное учреждение, так и выписка из него осуществляются в соответствии с волеизъявлением самого лица, а равно по заявлению родителей, иных родственников или законного представителя. Последние могут дать обязательство об осуществлении ухода за выписываемым несовершеннолетним в возрасте до 18 лет либо за лицом, признанным в установленном порядке недееспособным. Аналогичное обстоятельство может возникнуть и в отношении дееспособного взрослого пациента, если он не способен самостоятельно удовлетворять свои основные жизненные потребности. На практике такие факты имеют место, и не случайно они были учтены в Федеральном законе "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов". Его ст. 10 предусматривает право совершеннолетнего дееспособного лица на отказ от социального обслуживания, который оформляется письменным заявлением самого лица или его законного представителя. В ч. 3 ст. 15 того же Закона речь прямо идет о гражданах пожилого возраста или инвалидах, утративших способность удовлетворять свои основные жизненные потребности либо признанных в установленном порядке недееспособными. Отказ от услуг стационарного учреждения социального обслуживания оформляется письменным заявлением их законных представителей (опекунов для последней категории, попечителей (помощников) для первой) в том случае, если они обязуются обеспечить указанным лицам уход и необходимые условия проживания.

По сравнению со ст. ст. 41 и 42 комментируемого Закона в ч. 2 рассматриваемой статьи расширен круг лиц, которые могут подавать заявление о выписке из психоневрологического стационарного учреждения либо специального образовательного учреждения за счет иных родственников, обязующихся осуществлять уход за выписываемым. Решение органа опеки и попечительства для выписки не требуется.

3. Обязательным требованием комментируемой статьи для перевода лица из специализированного психоневрологического учреждения в аналогичное учреждение общего типа, а также для выписки совершеннолетнего дееспособного лица из названных учреждений является заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра. В таком заключении должно быть указано на отсутствие медицинских показаний к проживанию либо обучению в специализированном психоневрологическом учреждении. Для несовершеннолетних в возрасте до 18 лет перевод из специального (коррекционного)

учреждения в общеобразовательное учреждение осуществляется на основании заключения медико-педагогической комиссии, куда должны включаться педагог, психолог и врач-психиатр. Аналогично решается вопрос и о переводе несовершеннолетнего из специального образовательного учреждения одного вида в аналогичное другого вида, а равно перевод воспитанника в класс данного учреждения для детей со сложным дефектом (письмо Министерства образования РФ от 5 апреля 1993 г. N 63-М "О приведении в соответствие с Законом Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" нормативных документов, используемых в своей деятельности органами управления образованием и общеобразовательными учреждениями" // БНА. 1993. N 11). Последние два случая не регулируются комментируемой статьей настоящего Закона, но указать на возможность появления таких вопросов на практике и на роль в их решении медико-педагогической комиссии необходимо.

Врачебная либо медико-педагогическая комиссия может давать свое заключение как при периодических освидетельствованиях (ч. 3 ст. 43 настоящего Закона) лиц, проживающих либо находящихся в специализированных учреждениях, так и в другое время при поступлении соответствующих заявлений. В заключении комиссии, помимо указания на отсутствие медицинских показаний к проживанию или обучению в соответствующем учреждении либо на состояние здоровья лица, дающее ему возможность проживать самостоятельно, должны быть отражены все вопросы, значимые для принятия решения о переводе или выписке из специализированного психоневрологического учреждения. Каждый член комиссии, решая вопрос своей компетенции, подписывает общее заключение. Вывод комиссии должен быть мотивированным, а ее решение может быть обжаловано в соответствии со ст. 47 комментируемого Закона.

4. О выписке лиц, проживающих в специализированных стационарных учреждениях социального обслуживания либо в специальных образовательных учреждениях, следует при необходимости информировать органы опеки и попечительства по месту их будущего жительства, с тем чтобы они могли осуществлять контроль за условиями проживания выписываемых и уходом за ними, а равно за деятельностью лиц, взявших на себя обязанности по уходу. В необходимых случаях следует направить информацию и в учреждение, оказывающее амбулаторную психиатрическую помощь, находящееся по месту будущего жительства лица, что важно для оказания ему психиатрической помощи, если таковая потребуется.

#### Раздел V. КОНТРОЛЬ И ПРОКУРОРСКИЙ НАДЗОР ЗА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ПО ОКАЗАНИЮ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

### **Статья 45. Контроль и прокурорский надзор за оказанием психиатрической помощи. (1) Контроль за деятельностью учреждений и лиц, оказывающих психиатрическую помощь, осуществляют органы местного самоуправления.**

(2) Контроль за деятельностью психиатрических и психоневрологических учреждений осуществляют федеральные, республиканские (республик в составе Российской Федерации), автономной области, автономных округов, краевые, областные, городов Москвы и Санкт-Петербурга органы здравоохранения, социального обеспечения и образования, а также министерства и ведомства, имеющие такие учреждения.

(3) Надзор за соблюдением законности при оказании психиатрической помощи осуществляется Генеральным прокурором Российской Федерации, прокурорами республик в составе Российской Федерации и подчиненными им прокурорами.

Комментарий к статье 45

1. Конституция РФ отделила местное самоуправление от системы государственного управления. В соответствии с Федеральным законом "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации", принятым в 1995 г., действуют выборные и другие органы местного самоуправления, наделенные полномочиями на решение вопросов местного значения, и должностные лица местного самоуправления. Статья 6 указанного Закона относит к ведению органов местного самоуправления вопросы организации, содержания и развития муниципальных учреждений здравоохранения, обеспечение социальной поддержки и содействие занятости населения, а также отдельные государственные полномочия, которыми могут наделяться органы местного самоуправления. Такое наделение осуществляется федеральными законами и законами субъектов Федерации с передачей необходимых материальных и финансовых ресурсов.

Настоящий Закон и Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (ст. 8) наделяют органы местного самоуправления полномочиями по контролю за деятельностью учреждений и лиц, оказывающих психиатрическую помощь. Эти полномочия действуют на территории местного самоуправления; реализуются они указанными органами самостоятельно, в порядке, соответствующем настоящему Закону. Исполнение этих полномочий, в свою очередь, подконтрольно государственным органам в порядке, установленном законами.

Контроль со стороны органов местного самоуправления распространяется как на муниципальные, так и на иные психиатрические и психоневрологические учреждения, расположенные на соответствующей территории, а также на лиц, осуществляющих в ее пределах оказание психиатрической помощи, и может носить разносторонний характер, затрагивать хозяйственную, финансовую, основную деятельность учреждения, исполнение требований всего действующего законодательства, включая соблюдение прав и законных интересов граждан при оказании им психиатрической помощи, прав, предоставленных

общественным организациям в соответствии с настоящим Законом (ст. 46), соблюдение этими общественными организациями требований законодательства и т.д. Финансирование исполнения органами местного самоуправления указанной контрольной функции в отношении учреждений, не являющихся муниципальными, осуществляется за счет средств на здравоохранение, поступающих из федерального бюджета и бюджетов субъектов Федерации. Полномочия должностных лиц, осуществляющих контроль от имени органов местного самоуправления, должны подтверждаться документами, выданными полномочными органами местного самоуправления; на этих лиц распространяется требование о сохранении врачебной тайны. Закон не устанавливает для них обязанности подписки о неразглашении защищаемой законом врачебной тайны, но обязанность сохранять ее и ответственность за ее разглашение распространяются на этих лиц ст. 61 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.

2. Органы здравоохранения, социального обеспечения и образования, упомянутые в Законе, действуют в соответствии с положениями о них, утвержденными в установленном порядке, и контролируют деятельность по оказанию психиатрической помощи на основании этих положений; их контроль может распространяться как на непосредственно подчиненные им учреждения, так и на учреждения иной подчиненности, но в сфере, отнесенной к их ответственности. Представители указанных органов должны иметь надлежаще оформленные полномочия на проведение контроля.

Осуществление контроля за деятельностью психиатрических и психоневрологических учреждений федеральными и имеющимися в субъектах Российской Федерации органами здравоохранения, социального обеспечения и образования органически связано с созданием условий, обеспечивающих исполнение положений Закона. В связи с этим по предложениям указанных органов исполнительной власти принимаются целевые программы совершенствования психиатрической помощи. Такие программы действуют в Воронежской, Омской, Новгородской, Тверской, Тюменской, Ярославской областях, в Республике Хакасии и других субъектах Российской Федерации.

3. Руководители министерств и ведомств, имеющих психиатрические и психоневрологические учреждения, контролируют их деятельность в порядке подчиненности, образуя соответствующие подразделения в составе своих министерств (ведомств) и устанавливая необходимый порядок и правила.

4. Прокуроры, упомянутые в настоящей статье, действуют на основании Федерального закона "О прокуратуре Российской Федерации" (ст. ст. 32 - 34 Закона в ред. от 1995 г.). Они осуществляют надзор за соблюдением законности. Прокурор имеет право посещать психиатрическое или психоневрологическое учреждение по служебному удостоверению в любое время, опрашивать лиц, подвергнутых мерам принудительного характера, знакомиться с документами, требовать от администрации создания условий, обеспечивающих права находящихся в учреждении лиц. Предметом прокурорского надзора являются, в частности: законность нахождения лиц в местах исполнения принудительных мер медицинского характера, назначаемых судом, а также соблюдение прав и обязанностей лиц, подвергнутых принудительным мерам медицинского характера, и условий их содержания. При обнаружении нарушений закона прокуроры вносят представления об их устранении, возбуждают уголовные дела или производство об административных правонарушениях, обращаются в суд за защитой прав и охраняемых законом интересов граждан, освобождают своими постановлениями лиц, незаконно подвергнутых задержанию несудебными органами. Постановления и требования прокурора по этим вопросам подлежат безусловному исполнению. Имеются случаи широкой постановки вопроса о реализации законодательства. Так, прокурором Пензенской области в 2000 г. председателю областного правительства, министерствам здравоохранения и социального обеспечения были направлены представления, а губернатору - соответствующая информация о практике исполнения комментируемого Закона. Документы содержали развернутую картину недостатков в обеспечении предусмотренных Законом прав граждан на получение психиатрической помощи. Кроме случаев нарушений законодательства в отношении отдельных лиц, в них приводились факты невыполнения решений по созданию медицинских центров и других организаций, оказывающих психиатрическую помощь, недофинансированию, неукomплектованности психиатрических учреждений штатами и иные недостатки, без устранения которых реализация требований Закона не представляется возможной. Прокурор (или его заместитель) своим постановлением обязан немедленно освободить каждого, кто без законных оснований содержится в учреждениях, исполняющих принудительные меры медицинского характера, либо помещен в судебно-психиатрическое экспертное учреждение.

**Статья 46. Контроль общественных объединений за соблюдением прав и законных интересов граждан при оказании психиатрической помощи. (1) Общественные объединения врачей-психиатров, иные общественные объединения в соответствии со своими уставами (положениями) могут осуществлять контроль за соблюдением прав и законных интересов граждан по их просьбе или с их согласия при оказании им психиатрической помощи. Право посещения психиатрических и психоневрологических учреждений должно быть отражено в уставах (положениях) этих объединений и согласовано с органами, в ведении которых находятся психиатрические и психоневрологические учреждения.**

(2) Представители общественных объединений обязаны согласовать условия посещения с администрацией психиатрического или психоневрологического учреждения, ознакомиться с правилами, действующими в нем, выполнять их и подписать обязательство о неразглашении врачебной тайны.

## Комментарий к статье 46

1. В связи со специфичностью предмета в максимальной степени эффективным и бережным в отношении находящихся в психиатрических и психоневрологических учреждениях граждан должен быть контроль за соблюдением их прав и законных интересов, проводимый профессиональными общественными объединениями. Вместе с тем, как показывает и зарубежная и российская практика, в оказании различных видов помощи, поддержки (социальной, правовой, морально-психологической и др.) и защиты психически больных все большее место занимают общественные объединения, охватывающие самих больных и их родственников. Деятельность таких объединений полезна не только для больных, но и для психиатрических учреждений.

2. Участие общественных и религиозных объединений и организаций в заботе о гражданах, находящихся в лечебных учреждениях, в том числе и психиатрического и психоневрологического профиля, не ограничивается контролем, как вытекает из комментируемой статьи. Вопросы контактов представителей общественных и религиозных объединений и организаций, не предусматривающих в своих уставах контроля за соблюдением прав и законных интересов граждан при оказании им психиатрической помощи, с лицами, находящимися в таких учреждениях, могут решаться администрацией учреждений в рамках действующего законодательства без согласования с вышестоящими органами. Доступ священнослужителей по просьбе граждан, находящихся в лечебном учреждении, других посетителей, в первую очередь представителей общественных объединений, больных и их родственников, должен быть обеспечен администрацией (ст. 37 настоящего Закона).

3. Граждане Российской Федерации имеют право на объединения (ст. 30 Конституции Российской Федерации). Организационно-правовые формы и деятельность общественных объединений граждан регулируются действующим законодательством, и в соответствии с ним целями создания общественных объединений могут быть реализация и защита гражданских, политических, экономических, социальных, культурных прав и свобод, развитие активности и самостоятельности граждан, удовлетворение профессиональных и любительских интересов, осуществление иной деятельности, не запрещенной законом. Ограничение данного права граждан может быть установлено только судом на основании закона. Из этого конституционного положения вытекает обязанность органов, имеющих психиатрические и психоневрологические учреждения, оказывать содействие общественным объединениям, созданным гражданами и действующим на основе самоуправления, законности и гласности в соответствии со своими уставами.

4. Уставы, положения (далее - устав) общественных объединений должны содержать предусмотренные Законом РФ "Об общественных объединениях" сведения о них (название с указанием организационно-правовой формы, цели и задачи, права и обязанности членов и т.д.). В связи с необходимостью защиты прав и законных интересов граждан, страдающих психическими расстройствами, настоящим Законом установлены специфические требования как к уставу, так и к членам тех общественных объединений, уставные задачи которых включают контроль за соблюдением прав и законных интересов граждан при оказании им психиатрической помощи.

Право посещения психиатрических и психоневрологических учреждений должно быть предусмотрено уставом; Закон не устанавливает формы согласования положений устава с органом, в ведении которого находятся указанные учреждения, - на практике это может быть подпись руководителя с печатью соответствующего органа на уставе или письменное согласие, направленное общественной организацией и администрации лечебного учреждения. Закон не связывает регистрацию устава с его предварительным согласованием с упомянутым органом. Но поскольку администрация лечебного учреждения для допуска представителей общественного объединения к выполнению предусмотренных уставом функций должна ознакомиться с его содержанием, целесообразно рабочее согласование устава до утверждения его собранием учредителей.

5. Из смысла комментируемой статьи вытекает, что представители общественного объединения при обращении к администрации должны иметь документы, удостоверяющие их личности и принадлежность к общественному объединению, ознакомиться с правилами, действующими в учреждении, и дать письменное обязательство о неразглашении врачебной тайны.

Врачебной тайной (ст. 61 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан) являются сведения о пациентах психиатрических и психоневрологических учреждений, раскрывающие их личность. Не являются тайной сведения о хозяйственной деятельности администрации, сведения общего характера о применяемых методах лечения, иные сведения о степени соответствия закону деятельности лечебного заведения в части, касающейся соблюдения прав и законных интересов граждан.

6. Особенностью общественных объединений, имеющих целью контроль за соблюдением прав и законных интересов граждан при оказании им психиатрической помощи, является защита прав и интересов третьих лиц, что выделяет указанные объединения в особую категорию. В отличие от других, им предоставлено право (ст. 47 настоящего Закона) обжаловать в суд действия лиц, нарушающих права и законные интересы граждан, не являющихся членами организации. По результатам проверки и оценки деятельности лиц, оказывающих психиатрическую помощь, на соответствие требованиям профессиональной этики может ставиться вопрос о лишении такого гражданина лицензии.

Создание необоснованных препятствий для представителей указанных общественных объединений является поводом для применения мер дисциплинарного воздействия.

7. Осуществление общественным объединением контроля за соблюдением прав и законных интересов

граждан при оказании им психиатрической помощи (ч. 1 настоящей статьи) возможно по их просьбе или с их согласия. Согласие может быть выражено устно или в виде неотрицания помощи, о которой гражданин должен быть информирован. Закон не устанавливает видов контроля, осуществляемого общественными организациями, но из его смысла вытекает право получать от администрации информацию, необходимую для осуществления уставной деятельности, посещать как административные помещения, так и помещения, где размещаются, питаются, отдыхают и трудятся находящиеся в учреждении граждане. Результаты контроля могут доводиться этими организациями до сведения персонала и администрации соответствующих учреждений, вышестоящих органов, прокуратуры, быть использованы для опубликования в средствах массовой информации.

Как показывает практика, наиболее продуктивно результаты контрольной деятельности общественных объединений больных и их родственников реализуются при включении руководителей объединений в состав советов, комиссий психиатрических учреждений и служб здравоохранения. Эта мера в высокой степени способствует решению задач улучшения качества помощи психически больным, условий их содержания, улучшению психологического климата в лечебных подразделениях и совершенствованию форм работы психиатрических учреждений и региональных служб в целом.

Важной частью работы таких объединений, а в еще большей мере - объединений лиц, занятых профессионально оказанием психиатрической помощи, следует считать деятельность, направленную на привлечение внимания средств массовой информации, органов здравоохранения, правительственных кругов и общества в целом к насущным проблемам психически больных и психиатрических служб. Только совместными усилиями работников этих служб и членов общественных объединений можно добиться необходимого изменения сложившегося в нашей стране за долгие годы негативного образа психически больных и психиатрических учреждений.

## Раздел VI. ОБЖАЛОВАНИЕ ДЕЙСТВИЙ ПО ОКАЗАНИЮ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

**Статья 47. Порядок и сроки обжалования. (1) Действия медицинских работников, иных специалистов, работников социального обеспечения и образования, врачебных комиссий, ущемляющие права и законные интересы граждан при оказании им психиатрической помощи, могут быть обжалованы по выбору лица, приносящего жалобу, непосредственно в суд, а также в вышестоящий орган (вышестоящему должностному лицу) или прокурору.**

(2) Жалоба может быть подана лицом, чьи права и законные интересы нарушены, его представителем, а также организацией, которой законом или ее уставом (положением) предоставлено право защищать права граждан, в месячный срок, исчисляемый со дня, когда лицу стало известно о совершении действий, ущемляющих его права и законные интересы.

(3) Лицу, пропустившему срок обжалования по уважительной причине, пропущенный срок может быть восстановлен органом или должностным лицом, рассматривающим жалобу.

Комментарий к статье 47

1. Статья 47 комментируемого Закона регулирует конкретный вид отношений, связанных с защитой прав и свобод гражданина от неправомерных действий (решений) органов государственной власти и органов местного самоуправления, коммерческих и некоммерческих организаций, в том числе общественных объединений, должностных лиц, государственных служащих.

Положения комментируемой статьи должны рассматриваться в аспекте нормативных предписаний Закона РФ от 27 апреля 1993 г. "Об обжаловании в суд действий и решений, нарушающих права и свободы граждан" с изм., внесенными Федеральным законом от 15 ноября 1995 г. (14 декабря 1995 г.) N 197-ФЗ (Ведомости РФ. 1993. N 19. Ст. 685; СЗ РФ. 1995. N 51. Ст. 4970), и гл. 24.1 ГПК РСФСР.

Психиатрические учреждения независимо от форм их организации и подчинения подпадают под перечень субъектов, чьи действия и решения могут быть обжалованы гражданином, если в результате этих действий и решений нарушены его права и свободы, созданы препятствия для их осуществления, незаконно на гражданина наложена какая-либо обязанность. Следует заметить, что ч. 1 ст. 47 данного Закона определяет по сравнению с нормами упомянутого выше Закона от 27 апреля 1993 г. более широкий перечень лиц, действия которых могут быть обжалованы гражданином при оказании ему психиатрической помощи. Это медицинские работники, иные специалисты, работники социального обеспечения, работники образовательного учреждения. Могут быть обжалованы также действия (решения) врачебных комиссий как коллегиальных органов, осуществляющих экспертные функции, кроме судебно-психиатрических, поскольку этот вид экспертиз не является оказанием психиатрической помощи и служит другим целям (см. комментарий к ст. 14 Закона).

2. В соответствии с Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан понятие "медицинский работник" включает врачей и средний медицинский персонал (работники со средним медицинским образованием), профессиональные права и обязанности которых, их социальная и правовая защита, а также ответственность за причинение вреда здоровью граждан определены указанными Основами и издаваемыми в соответствии с ними иными нормативными правовыми актами. Под "иными специалистами" понимаются работники психиатрических учреждений, которые имеют иную профессиональную квалификацию (например, психолог, специалист по трудовому обучению) и работают в

соответствующих психиатрических учреждениях.

К работникам социального обеспечения относятся государственные и муниципальные служащие, работающие в органах управления в сфере социальной защиты населения, в соответствующих специализированных учреждениях, а также лица, которые в соответствии с законодательством о социальном обслуживании отдельных групп населения (инвалидов, престарелых и т.п.) являются социальными работниками.

Под работниками образования в контексте данной статьи понимаются руководители и администрация в целом всех образовательных учреждений, которые в той или иной степени связаны с оказанием помощи лицам, страдающим психическими расстройствами.

3. В ч. 1 комментируемой статьи определены инстанции для обжалования действий перечисленных выше лиц. Это в первую очередь районный суд, куда гражданин или лица, представляющие его законные интересы, могут подать жалобу. Но по выбору гражданина и его представителя жалоба может быть подана в вышестоящий орган (вышестоящему должностному лицу) по отношению к лицу или органу, действия которого обжалуются. В этом случае речь идет об административном (внесудебном) порядке разрешения спора. Здесь нужно учитывать ряд положений, определяющих служебную иерархию в медицинских учреждениях и подчиненность этих учреждений. Так, вышестоящим должностным лицом по отношению к врачу является заведующий отделением, главный врач соответствующего медицинского, включая психиатрическое, учреждения. По отношению к главному врачу (администрации) медицинского учреждения вышестоящими органами в зависимости от подчиненности этого учреждения являются: муниципальный орган здравоохранения, образованный органом местного самоуправления района, города, управление, департамент здравоохранения областной, краевой администрации, министерство здравоохранения республики, Министерство здравоохранения РФ (если речь идет о медицинском учреждении федерального подчинения, каким, например, является Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского). Если же речь идет об обжаловании действий врача-психиатра, занимающегося частной практикой, то жалоба подается в орган, выдающий лицензии на занятие медицинской деятельностью (см. комментарий к ст. 18).

Как уже указывалось, гражданин в связи с оказанием ему психиатрической помощи вправе обжаловать и действия (бездействие) коллегиальных органов, какими являются комиссии врачей-психиатров, а также комиссии, осуществляющие медико-социальную экспертизу <\*>, военно-врачебные комиссии <\*\*\*>.

-----  
<\*> См.: Положение о порядке признания лица инвалидом, утвержденное Постановлением Правительства РФ от 13 августа 1996 г. N 965 // СЗ РФ. 1996. N 34. Ст. 4127.

<\*\*\*> См.: Положение о военно-врачебной экспертизе, утвержденное Постановлением Правительства РФ от 20 апреля 1995 г. N 390 // СЗ РФ. 1995. N 19. Ст. 1758.

4. Порядок рассмотрения таких жалоб в суде регламентируется правилами, содержащимися в главе 24.1 ГПК РСФСР, хотя в данный Кодекс до сих пор не были внесены изменения, непосредственно вытекающие из норм комментируемого Закона.

Следует особо отметить, что судебному обжалованию подлежат практически любые неправомерные действия лиц и органов, перечисленных в ст. 47, в отношении лица, к которому были применены те или иные виды психиатрической помощи.

5. Часть 1 данной статьи предусматривает возможность обращения с жалобой к прокурору. Закон возлагает на Генерального прокурора РФ и подчиненных ему прокуроров надзор за соблюдением законности при оказании психиатрической помощи (см. комментарий к ст. 45).

Как вытекает из ст. 10 Федерального закона "О прокуратуре Российской Федерации" <\*>, в органах прокуратуры в соответствии с их полномочиями разрешаются жалобы в порядке и в сроки, которые установлены федеральным законодательством. Ответ на жалобу должен быть мотивированным. Прокурор обязан принимать предусмотренные законом меры по привлечению к ответственности лиц, нарушивших права и законные интересы граждан. В соответствии со ст. ст. 22, 23 и 27 упомянутого Федерального закона прокурор может внести в орган (должностному лицу) протест на противоречащий закону правовой акт, потребовать объяснений от руководителя учреждения или иных лиц о причинах допущенных нарушений. В случае нарушения прав и свобод гражданина, защищаемых в суде в порядке гражданского судопроизводства, когда пострадавший по состоянию здоровья, возрасту или иным причинам не может лично отстаивать в суде свои интересы, прокурор вправе предъявить иск в суде в интересах пострадавшего. Наконец, если прокурор обнаруживает факт преступного деяния, он вправе возбудить уголовное дело.

-----  
<\*> СЗ РФ. 1995. N 47. Ст. 4472; 1999. N 7. Ст. 878; 1999. N 47. Ст. 5620; 2000. N 2. Ст. 140.

6. В соответствии с ч. 2 данной статьи жалоба может быть подана как лицом, чьи права и свободы ущемлены, так и его представителем. Кроме того, жалоба может быть подана от имени общественной и иной организации, если ее уставом или положением предусмотрено право защищать права граждан, а также если такое право предоставлено этим организациям законом. В России есть правозащитные организации и органы, включая Комиссию по правам человека при Президенте РФ.

Особое значение имеет ныне деятельность Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации, статус, функции и права которого определены Федеральным конституционным законом от 25 декабря 1996 г. (26 февраля 1997 г.) N 1-ФКЗ "Об Уполномоченном по правам человека в Российской Федерации" (СЗ РФ. 1997. N 9. Ст. 1011). В данном Законе подчеркивается, что должность Уполномоченного учреждена в

соответствии с Конституцией РФ в целях обеспечения гарантий государственной защиты прав и свобод граждан, их соблюдения и уважения государственными органами, органами местного самоуправления и должностными лицами. Уполномоченный и его рабочий аппарат уделяют значительное внимание защите прав лиц, страдающих психическими заболеваниями. Об этом, например, свидетельствует специальный доклад Уполномоченного по правам человека о соблюдении прав граждан, страдающих психическими расстройствами <\*>. В указанном докладе отмечалось, что еще широко распространены нарушения прав граждан путем постановки на учет или помещения в психиатрическое лечебное учреждение, чтобы скрыть действительное состояние здоровья человека с корыстной целью (завладение квартирой, иным имуществом и т.п.). Отмечается также, что серьезные ошибки допускают призывные комиссии, к работе которых не привлекаются врачи-специалисты для психолого-психиатрического обследования. Есть факты нарушений избирательных прав лиц, страдающих психическими расстройствами.

<\*> Доклад о деятельности Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации в 1999 г. М., 2000. С. 237 - 270.

В обращениях, получаемых Уполномоченным по правам человека от граждан, страдающих психическими расстройствами, указывается, в частности, на применение непропорциональных методов лечения, произвол врачей и младшего медицинского персонала, содержатся просьбы о проведении независимой психиатрической экспертизы. Некоторые жалобы связаны с вопросами пересмотра диагноза психического заболевания и снятия с диспансерного наблюдения, восстановления в дееспособности граждан, признанных недееспособными по решению суда.

В докладе Уполномоченного приведены конкретные факты и результаты рассмотрения поступивших жалоб. Законом определен срок подачи жалобы. Она может быть подана в месячный срок, который исчисляется с того дня, когда гражданину стало известно о действиях, ущемляющих его права и свободы. Например, военно-врачебная комиссия в своем заключении проигнорировала наличие психического заболевания или, наоборот, по заключению этой комиссии офицер увольняется с военной службы и т.п.

В связи с установленным рассматриваемым Законом месячным сроком подачи жалобы следует заметить, что этот срок касается административного (т.е. внесудебного) порядка обжалования соответствующих действий. Что касается судебного обжалования, то в соответствии со ст. 5 упомянутого ранее Закона РФ от 27 апреля 1993 г. жалоба на непропорциональные действия, ущемляющие права и свободы человека и гражданина, может быть подана в течение трех месяцев со дня, когда гражданину стало известно о нарушении его права. Суды учитывают именно трехмесячный срок для подачи жалобы на непропорциональные действия при оказании психиатрической помощи.

7. Как следует из ч. 3 комментируемой статьи, имеется возможность восстановления пропущенного срока подачи жалобы, если этот срок был пропущен по уважительной причине. Заметим, что ныне в упомянутой выше ст. 5 Закона РФ от 27 апреля 1993 г. (с учетом поправок, внесенных Федеральным законом от 14 декабря 1995 г.) однозначно записано: "Уважительной причиной считаются любые обстоятельства, затруднившие получение информации об обжалованных действиях (решениях) и их последствиях..."

Пропущенный по уважительной причине срок может быть восстановлен судом в порядке ст. 105 ГПК. Для этого жалоба должна содержать ходатайство о продлении срока с объяснением причин пропуска и к ней по возможности должны быть приложены соответствующие документы. Аналогичным образом орган (должностное лицо) при рассмотрении жалобы в административном порядке вправе при наличии уважительных причин восстановить срок подачи жалобы.

**Статья 48. Порядок рассмотрения жалобы в суде. (1) Жалобы на действия медицинских работников, иных специалистов, работников социального обеспечения и образования, а также врачебных комиссий, ущемляющие права и законные интересы граждан при оказании им психиатрической помощи, рассматриваются судом в порядке, предусмотренном главой 24.1 Гражданского процессуального кодекса РСФСР и настоящей статьей.**

(2) Участие в рассмотрении жалобы лица, чьи права и законные интересы нарушены, если позволяет его психическое состояние, его представителя, лица, чьи действия обжалуются, или его представителя, а также прокурора является обязательным.

(3) Расходы, связанные с рассмотрением жалобы в суде, несет государство.

Комментарий к статье 48

1. Как уже указывалось в комментарии к ст. 47, суд рассматривает жалобы на действия работников, перечисленных в ч. 1 настоящей статьи, в процессуальном порядке, регламентированном нормами главы 24.1 ГПК. Данная глава воспроизводит (правда, с определенными расхождениями) положения упомянутого ранее Закона РФ от 27 апреля 1993 г. "Об обжаловании в суд действий и решений, нарушающих права и свободы граждан". Однако в ней не учтены некоторые существенные изменения, в том числе и процессуального характера, которые внесены Федеральным законом от 14 декабря 1995 г. "О внесении изменений и дополнений в Закон Российской Федерации "Об обжаловании в суд действий и решений, нарушающих права и свободы граждан" (СЗ РФ. 1995. N 51. Ст. 4970). В связи с определенными неточностями, содержащимися в нормах ст. ст. 239.1 и 239.2 ГПК, не учитываемыми, в частности, нормы ст. ст. 47 и 48 комментируемого Закона, следует подчеркнуть, что суд должен принять к своему

рассмотрению жалобу на действия любого из перечисленных в ч. 1 ст. 48 лиц.

Если гражданин полагает, что в процессе оказания ему психиатрической помощи какое-либо из этих лиц нарушило его права и свободы либо создало препятствия для их осуществления, суд, руководствуясь ст. 46 Конституции РФ, обязан принять дело к своему производству и рассмотреть его.

Статья 239.4 ГПК устанавливает, что жалоба может быть подана гражданином, права и свободы которого нарушены, либо его представителем, а также по просьбе гражданина - надлежаще уполномоченным представителем общественной организации или трудового коллектива. При этом нужно учитывать и содержание ст. 47 комментируемого Закона, согласно которой жалоба может быть также подана "организацией, которой законом или ее уставом (положением) предоставлено право защищать права граждан". На наш взгляд, обе изложенные позиции относительно защиты прав и свобод соответствующего лица суд должен принимать во внимание. Нужно также учитывать, что полномочия представителей должны быть надлежаще удостоверены в соответствии со ст. 45 ГПК.

В соответствии с ч. 4 ст. 239.4 ГПК жалоба подается по усмотрению гражданина в суд по месту его жительства либо в суд по месту нахождения соответствующего органа, учреждения (например, психиатрического лечебного учреждения-диспансера, больницы и т.п.). Если вопрос касается права военнослужащего и его претензий к военному органу, учреждению (например, военно-врачебной комиссии), то он вправе подать жалобу в соответствующий военный суд.

Статья 239.6 ГПК устанавливает десятидневный срок для рассмотрения судом жалобы. Однако рассмотрению предшествует возбуждение судьей дела и подготовка к его разбирательству. В связи с этим следует учитывать положения ч. 1 ст. 99 ГПК о семидневном сроке подготовки дела со дня принятия заявления. Этот срок может быть продлен до 20 дней по мотивированному определению судьи, как это указано в ст. 99, имея в виду "исключительные случаи и дела особой важности". Видимо, в качестве такого исключительного случая можно рассматривать возникшую необходимость назначения судебно-психиатрической экспертизы <\*>.

<\*> См.: Федеральный закон от 31 мая 2001 г. N 73-ФЗ "О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации" // СЗ РФ. 2001. N 23. Ст. 2291.

Подготовка дела к судебному разбирательству ныне определена в новой редакции гл. 14 ГПК РСФСР (СЗ РФ. 1995. N 49. Ст. 4696). Статья 141 ГПК подчеркивает обязательность подготовки дела к судебному разбирательству в целях разрешения следующих задач: 1) уточнения обстоятельств, имеющих значение для разрешения дела; 2) определения правоотношений сторон и закона, которым следует руководствоваться; 3) разрешения вопроса о составе лиц, участвующих в деле; 4) определения доказательств, которые каждая сторона должна представить в обоснование своих утверждений.

В ст. 142 ГПК определены конкретные процессуальные действия судьи, направленные на решение задач, перечисленных в упомянутой выше ст. 141. В частности, судья разрешает вопрос о вызове свидетеля, истребует от организации письменные доказательства, назначает экспертизу, экспертов для ее проведения, направляет судебные поручения. Признав дело подготовленным, судья выносит определение о назначении разбирательства в судебном заседании, извещает стороны и других участников процесса о времени и месте рассмотрения дела.

В соответствии с ч. 2 ст. 232 и ч. 1 ст. 239.6 ГПК жалоба рассматривается судом в коллегиальном составе, однако с согласия лица, подавшего жалобу, она может быть рассмотрена судьей единолично. О согласии на единоличное рассмотрение дела судья должен опросить всех лиц, участвующих в деле, а не только "жалобщика" <\*>.

<\*> См.: Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 21 декабря 1993 г. N 10 // Сборник постановлений Пленумов по гражданским делам. С. 344.

2. В ч. 2 комментируемой статьи установлено, что участие заинтересованных лиц в процессе по жалобе является обязательным. Определен исчерпывающий перечень таких лиц: 1) лицо, чьи права и законные интересы нарушены, если присутствовать в суде ему позволяет его психическое состояние; 2) представитель указанного лица; 3) лицо (его представители) или представители организации, чьи действия (бездействие) обжалуются; 4) прокурор.

Вопрос о возможности участия в судебном заседании лица, о нарушении прав которого при оказании ему психиатрической помощи подана жалоба, с учетом его психического состояния решается в судебном заседании после заслушивания мнения представителя этого лица и прокурора. При любых обстоятельствах участие представителя данного лица в судебном заседании является обязательным.

Неявка перечисленных выше лиц в судебное заседание (в том числе и по неуважительным причинам) влечет отложение разбирательства дела. Нарушение установленного ст. 48 Закона правила является основанием для отмены решения суда в кассационном порядке.

Права лиц, участвующих в делах по рассмотрению жалоб, определены гражданским процессуальным законодательством. Так, ст. 30 ГПК предусматривает право таких лиц знакомиться с материалами дела, делать выписки из них, снимать копии, заявлять отводы, представлять доказательства, заявлять ходатайства, давать устные и письменные объяснения суду и пользоваться рядом других процессуальных прав.

Одновременно закон обязывает всех лиц добросовестно пользоваться всеми принадлежащими им процессуальными правами. В ст. 149 ГПК определены меры, применяемые к нарушителям порядка в судебном заседании.



Следует отметить, что в соответствии с ч. 2 ст. 6 Закона РФ от 27 апреля 1993 г. в изъятие из общего процессуального порядка судебного разбирательства гражданских дел процессуальная обязанность документально доказать законность обжалуемых действий (решений), а равно бездействия возлагается на государственные органы, муниципальные органы, учреждения, должностных лиц, государственных служащих, действия которых обжалуются гражданином. Гражданин освобождается от обязанности доказывать незаконность соответствующих действий, но обязан доказать факт нарушения своих прав и свобод. Таким образом, бремя доказывания обстоятельств, обосновывающих существо жалобы, перемещено в значительной степени на лиц, действия которых обжалуются.

3. При рассмотрении дела в суде нередко возникает необходимость назначения психиатрической экспертизы. Такая экспертиза, назначаемая судом при рассмотрении жалоб в соответствии с комментируемой статьей, отличается от других судебно-психиатрических экспертиз, поскольку требует разрешения вопросов, связанных с определением психических расстройств, обуславливающих необходимость психиатрического обследования, госпитализации, диспансерного наблюдения, лечения и т.п. В связи с этим следует учитывать нормы ст. 14 комментируемого Закона.

Специфика дел, рассматриваемых по жалобам граждан, прежде всего на действия и решения должностных лиц или коллегиальных органов психиатрических лечебных учреждений, требует особого подхода к выбору судом экспертов при назначении соответствующей экспертизы. Судебный эксперт должен быть не только компетентным специалистом, но и лицом, объективно не заинтересованным в исходе дела. В противном случае эксперт согласно ст. 20 ГПК РСФСР подлежит отводу.

Поэтому когда жалоба касается действий работников психиатрического учреждения (в том числе имеющего судебно-экспертное подразделение), никто из сотрудников этого учреждения не может назначаться судебным экспертом по данному делу. Такому эксперту трудно сохранять объективность и беспристрастность там, где оспариваются действия его коллег по работе. Отметим также, что главный врач психиатрического учреждения руководит деятельностью всех его подразделений, включая экспертные, что ставит под сомнение независимость эксперта от своего начальника (главного врача), если его интересы затрагивает рассматриваемая в суде жалоба.

Практике известны случаи, когда гражданин обращался с жалобой на действия сотрудников областной (краевой, республиканской) психиатрической больницы, руководителем которой являлся одновременно главным психиатром области (края, республики) и нес ответственность за состояние психиатрической помощи на всей территории данного субъекта РФ. В подобной ситуации отвод обоснованно может быть заявлен любому эксперту из числа психиатров, работающих на данной территории, и возможно ходатайство о проведении экспертизы в психиатрическом учреждении, расположенном в другом регионе, или в ведущем судебно-психиатрическом учреждении страны - Государственном научном центре социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, находящемся в непосредственном подчинении Министерства здравоохранения РФ.

Изложенное свидетельствует о трудностях, которые могут возникнуть при выборе судом экспертов по рассматриваемой категории дел.

Согласно требованиям процессуального закона (ч. 1 ст. 74 и ч. 3 ст. 76 ГПК) эксперты обязаны оставаться в пределах своей профессиональной компетенции. Поэтому эксперты-психиатры не вправе касаться вопросов соблюдения процедурно-юридических условий оказания психиатрической помощи, например вопроса о нарушении в ходе недобровольной госпитализации сроков, предусмотренных ст. 32 комментируемого Закона.

Судебные эксперты, как правило, не должны прибегать к юридическим оценкам оспариваемых в суде действий. К сожалению, подобные оценки, относящиеся к исключительной компетенции суда, встречаются в некоторых экспертных заключениях.

Нередко в суде обжалуется необоснованность применения недобровольных психиатрических мер, прежде всего недобровольной госпитализации. С учетом сказанного выше о границах экспертной компетенции можно рекомендовать экспертам следующий минимальный перечень вопросов по таким делам.

А. Страдает ли гражданин психическим расстройством в настоящее время, страдал ли он психическим расстройством в прошлом, в частности в период, относящийся к недобровольной госпитализации, и если да, то каким именно является выявленное психическое расстройство. При положительном ответе эксперты должны указать диагноз психического расстройства, его основные клинические характеристики, определить время возникновения расстройства.

Б. Является ли психическое расстройство, имевшееся у гражданина в период его недобровольной психиатрической госпитализации, тяжелым, и если да, то обуславливало ли это тяжелое психическое расстройство в тот период одно из обстоятельств, предусмотренных ст. 29 комментируемого Закона (см. комментарии к ст. 29).

В специальном докладе Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации "О соблюдении прав граждан, страдающих психическими заболеваниями" <\*> указывается, что имеют место жалобы граждан на действия врачей-специалистов, принимавших участие в оказании психиатрической помощи, а также по поводу применения тех или иных видов психиатрической помощи без согласия больных.

Уполномоченный при этом полагает, что "в том случае, когда на основании установленного врачом или врачебной комиссией диагноза предпринимаются какие-либо действия, ограничивающие свободу личности, ущемляющие права и законные интересы человека, суд, рассматривая жалобу по поводу этих действий, исследует и вопрос диагноза. Причем суд, не обладающий специальными познаниями в области

психиатрии, может прибегнуть к судебно-психиатрической экспертизе <\*>.

<\*> Доклад о деятельности Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации в 1999 г. М., 2000. С. 267 - 269.

<\*> Там же. С. 267.

В докладе отмечено также, что значительные осложнения возникают в связи с обеспечением участия представителей больного в процедуре судебного рассмотрения жалоб, связанных с судебным рассмотрением дел о недобровольной госпитализации.

4. Статья 7 Закона РФ от 27 апреля 1993 г. (в ред. Федерального закона от 14 декабря 1995 г.) подробно определяет содержание решения суда по жалобе. Установив обоснованность жалобы, суд признает обжалуемое действие (решение) незаконным, обязывает удовлетворить требование гражданина, восстанавливает его нарушенные права и свободы. Суд также определяет ответственность соответствующего органа, должностного лица, государственного служащего, предприятия, учреждения за действия, приведшие к нарушению прав и свобод гражданина. В отношении государственного служащего суд определяет меру дисциплинарной и иной ответственности, вплоть до представления об увольнении (меры, предусмотренные федеральным законодательством о государственной службе). Ответственность может быть возложена не только на тех, чьи действия обжалуются, но и на тех, кем была представлена информация, послужившая основанием для обжалуемых действий.

В этой же статье Закона от 27 апреля 1993 г. указано, что убытки, моральный вред, нанесенные гражданину незаконными действиями, а также представлением искаженной информации, возмещаются в установленном Гражданским кодексом РФ порядке. Если же обжалуемое действие (решение) суд признает законным, не нарушающим прав и свобод гражданина, он отказывает в удовлетворении жалобы.

Статья 239.7 ГПК "Решение суда по жалобе" также предусматривает два вида решения по делу. Вместе с тем в данной статье подчеркивается, что при признании жалобы обоснованной суд выносит решение об обязанности соответствующих органов и лиц устранить в полном объеме допущенное нарушение прав и свобод гражданина. Такое решение направляется руководителю учреждения, лицу, чьи действия признаны незаконными, или вышестоящим по отношению к ним органам или должностным лицам.

Содержание решения суда должно отвечать общим требованиям ст. 197 ГПК <\*>. Вынося решение, суд, исходя из конкретных обстоятельств дела и в целях защиты прав гражданина, вправе обратиться к немедленному исполнению. Часть 3 ст. 211 ГПК предоставляет такое право суду (судье), "если вследствие особых обстоятельств замедление в исполнении решения может привести к значительному ущербу для лица или само исполнение может оказаться невозможным". Лица, участвующие в деле, которые указаны в ч. 2 комментируемой статьи, имеют право обжаловать в кассационном порядке принятое судом решение, т.е. подать в течение десяти дней со дня вынесения решения жалобу в вышестоящий суд общей юрисдикции.

<\*> См.: Комментарий к Гражданскому процессуальному кодексу РСФСР. М.: Спарк, 1996. С. 265 - 271.

Вопросы, касающиеся общих требований к содержанию судебного решения, рассмотрены также в Комментариях к Гражданскому процессуальному кодексу РСФСР (под ред. М.К. Треушниковой), включенном в информационный банк согласно публикации - М.: Издательство "Спарк", юр. бюро "Городец", 1997. По вступлении решения суда в законную силу оно подлежит исполнению. Статья 239.8 ГПК устанавливает, что решение суда, вступившее в законную силу, обязательно для исполнения. Оно направляется соответствующему органу, должностному лицу, гражданину не позднее десяти дней со дня вступления в законную силу. Об исполнении решения должно быть сообщено суду и гражданину, подавшему жалобу (его представителю и другим указанным в ч. 2 ст. 47 комментируемого Закона лицам). В ст. 239.8 ГПК указано, что в случае неисполнения решения суд принимает меры, предусмотренные законодательством Российской Федерации. На наш взгляд, в данном случае суд вправе поставить перед администрацией психиатрического и иного учреждения вопрос о привлечении виновных лиц к дисциплинарной ответственности, вплоть до увольнения со службы. Нельзя не учитывать и возможность привлечения представителей власти, служащих государственных и муниципальных учреждений за злостное неисполнение решения суда к уголовной ответственности в соответствии со ст. 315 УК РФ. Обратим внимание и на ст. 165.1 Кодекса РСФСР об административных правонарушениях ("Проявление неуважения к суду"), согласно которой к административной ответственности в виде штрафа могут быть привлечены лица за совершение действий, свидетельствующих о явном пренебрежении к суду.

Согласно ст. 349 ГПК контроль за правильным и своевременным исполнением решений суда осуществляется судьей. Следовательно, именно к судье можно непосредственно обратиться с заявлением по поводу невыполнения принятого им решения по делу, связанному с обжалованием неправомерных действий тех или иных лиц при оказании гражданину психиатрической помощи.

5. В отличие от норм Закона РФ от 27 апреля 1993 г. "Об обжаловании в суд действий и решений, нарушающих права и свободы граждан", предусматривающих уплату государственной пошлины и распределение судебных издержек, подача жалобы, в соответствии с комментируемой статьей, государственной пошлиной не облагается, а судебные издержки (оплата труда экспертов, выплаты свидетелям, расходы по выполнению решения) государство берет на себя.

**Статья 49. Порядок рассмотрения жалобы в вышестоящем органе (вышестоящим должностным лицом). (1)**  
**Жалоба, поданная в вышестоящий орган (вышестоящему должностному лицу), рассматривается в десятидневный срок с момента обращения.**

(2) Решение вышестоящего органа (вышестоящего должностного лица) по существу жалобы должно быть мотивированным и основанным на законе.

(3) Копия решения вышестоящего органа (вышестоящего должностного лица) в трехдневный срок после рассмотрения жалобы по существу направляется или вручается заявителю и лицу, чьи действия обжалуются.

(4) Решение вышестоящего органа (вышестоящего должностного лица) может быть обжаловано в суд в порядке, предусмотренном главой 24.1 Гражданского процессуального кодекса РСФСР.

Комментарий к статье 49

1. Статья 49 разрешает вопросы, связанные с порядком рассмотрения жалобы, предусмотренной ст. 47 настоящего Закона. Как указывалось в комментарии к ст. 47, в административном порядке жалобы разрешаются вышестоящим по отношению к органу или должностному лицу, действие которого обжаловано, органом или должностным лицом. Следует заметить, что в России пока не принят федеральный закон об административном порядке рассмотрения и разрешения жалоб. Поэтому приходится руководствоваться общими, не противоречащими Конституции РФ положениями, установленными Указом Президиума Верховного Совета СССР от 12 апреля 1968 г. "О порядке рассмотрения предложений, заявлений и жалоб граждан" в ред. Указа Президиума Верховного Совета СССР от 4 марта 1980 г. (Ведомости ВС СССР. 1980. N 11. Ст. 192). Установлено, что жалобы должны подаваться в те органы или тому должностному лицу, которому подчинено данное учреждение или данное лицо, действия которого обжалуются. Орган (должностное лицо), получивший жалобу, обязан рассмотреть ее в установленный срок, причем руководитель органа (учреждения) несет личную ответственность за рассмотрение жалобы. Запрещается пересылать жалобы тем должностным лицам, действия которых обжалуются. О результатах рассмотрения жалобы должно быть извещено лицо, ее направившее. Если жалоба направлена в ненадлежащий орган, она должна быть в пятидневный срок переслана по принадлежности. За нарушение порядка рассмотрения жалоб должностные лица привлекаются к дисциплинарной ответственности, а причинение существенного вреда правам, свободам и законным интересам гражданина влечет уголовную ответственность.

Часть 1 ст. 49 Закона устанавливает десятидневный срок рассмотрения жалобы с момента обращения. Столь краткий срок обусловлен необходимостью обеспечить своевременную защиту прав и законных интересов гражданина при оказании ему психиатрической помощи.

2. Закон определяет основные требования, предъявляемые к решению вышестоящего органа (вышестоящего должностного лица) по жалобе: она должна быть разрешена по существу, а решение должно быть мотивированным и основанным на законе. Невыполнение этих требований является основанием для подачи жалобы в суд и рассмотрения дела в суде.

3. Комментируемый Закон, а также Закон от 27 апреля 1993 г. "Об обжаловании в суд действий и решений, нарушающих права и свободы граждан" (см. комментарии к ст. 47 и ст. 48) не содержат требования об обязательном присутствии гражданина или его представителя при рассмотрении жалобы в административном порядке. Однако если гражданин или его представитель будут настаивать на рассмотрении такой жалобы в их присутствии, то, на наш взгляд, нет оснований для отказа в удовлетворении такой просьбы. Вместе с тем Закон (ч. 3 ст. 49) обязывает соответствующий орган (должностное лицо) в трехдневный срок после рассмотрения жалобы направить копию принятого им решения или вручить ее заявителю (лицу, подавшему жалобу) и лицу, чьи действия обжалуются.

4. В соответствии с ч. 4 ст. 49 и ст. 4 Закона РФ от 27 апреля 1993 г. гражданин, получивший отказ в удовлетворении жалобы от вышестоящего органа (вышестоящего должностного лица), вправе обратиться с жалобой в суд. Такое право имеет и гражданин, не получивший своевременно ответа на свою жалобу. Статья 4 Закона РФ от 27 апреля 1993 г. и вслед за ней ст. 239.4 ГПК указывают, что в том случае, когда ответ от вышестоящих инстанций не получен в течение месяца со дня подачи жалобы, гражданин вправе обратиться с жалобой в суд. Но при этом законодатель не учел сокращенный, десятидневный срок рассмотрения жалобы, установленный ст. 49 комментируемого Закона. В связи с этим, с нашей точки зрения, если жалоба не рассмотрена в десятидневный срок и у гражданина имеются достоверные сведения о нарушении этого срока, он вправе обратиться в суд до истечения месяца со дня подачи жалобы за защитой своих законных интересов. Во всяком случае при подготовке нового гражданского процессуального кодекса это существенное обстоятельство должно быть учтено <\*>. В соответствии с ч. 2 ст. 239.5 ГПК гражданин или его представитель в течение месяца со дня получения уведомления об отказе вышестоящей инстанции в удовлетворении его жалобы вправе обратиться с жалобой в суд. В случае пропуска месячного срока на подачу жалобы в суд по уважительной причине этот срок может быть восстановлен судом в соответствии со ст. 105 ГПК.

<\*> В юридической литературе высказан ряд критических замечаний по содержанию гл. 24.1 ГПК РСФСР (см.: Общая теория прав человека. М., 1996. С. 226, 239).

Рассмотрение дела в суде ведется по правилам, установленным в гл. 24.1 ГПК, с изъятиями, предусмотренными Законом РФ от 27 апреля 1993 г. (с поправками, внесенными Федеральным законом от 14 декабря 1995 г.) и ст. 48 комментируемого Закона (в части судебных расходов).

**Статья 50. Ответственность за нарушение настоящего Закона. Уголовная ответственность за нарушение настоящего Закона устанавливается законодательством Российской Федерации. Административная и иная ответственность за нарушение настоящего Закона устанавливается законодательством Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации.**

Комментарий к статье 50

1. В комментируемом Законе не содержится норм, устанавливающих ответственность за его нарушение. Имеется лишь отсылка к уголовной, административной и иной ответственности. Установление уголовной ответственности за нарушение комментируемого Закона - компетенция федерального законодательства, что соответствует п. "о" ст. 71 Конституции Российской Федерации, которая, как известно, была утверждена после принятия данного Закона. Что касается гражданско-правовой ответственности (согласно гражданскому законодательству), то ее установление в соответствии с уже упомянутым п. "о" ст. 71 Конституции РФ также относится к ведению Российской Федерации. Из этого следует, что ст. 50 Закона, допускающая регулирование гражданской ответственности законодательством республик в составе Российской Федерации, применению в этой части не подлежит.

Установление административной, дисциплинарной и материальной ответственности, которая также может наступать за нарушение данного Закона, в соответствии с п. "к" ч. 1 ст. 72 Конституции РФ относится к совместному ведению Российской Федерации и ее субъектов. Поэтому названные здесь виды ответственности могут наступать и в соответствии с законодательными актами субъектов Федерации, а не только по федеральным законам.

2. Уголовная ответственность - это правовое последствие совершения преступления, т.е. общественно опасного деяния, предусмотренного уголовным законом. УК РФ предусмотрена уголовная ответственность за незаконное помещение лица в психиатрический стационар (ст. 128). В этой статье установлена и более строгая ответственность за совершение данного преступления, если лицо помещено в психиатрический стационар с использованием служебного положения или если в результате незаконного помещения в психиатрический стационар наступила по неосторожности смерть потерпевшего либо иные тяжкие последствия (см. комментарий к ст. 128 УК в данном издании).

3. Отсутствие специальных норм об ответственности за нарушение настоящего Закона не исключает уголовной ответственности виновных за небрежное обращение с лицами, страдающими психическими расстройствами, или за ущемление их прав, например за причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности (ст. 118 УК), оставление в опасности (ст. 125 УК), злоупотребление полномочиями (ст. 201 УК), незаконное занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью (ст. 235 УК), превышение должностных полномочий (ст. 286 УК) и за другие деяния, причиняющие вред личности, ее правам и интересам, охраняемым уголовным законом.

4. Гражданско-правовая ответственность устанавливается нормами гражданского права и в отношении нарушений настоящего Закона состоит прежде всего в возмещении вреда, причиненного здоровью. По общему правилу, в соответствии со ст. ст. 1064, 1068 и 1081 ГК 1995 г., вред, причиненный личности, подлежит возмещению в полном объеме лицом, причинившим вред. Юридическое лицо либо гражданин возмещают вред, причиненный его работником при исполнении трудовых (служебных, должностных) обязанностей. Лицо, возместившее вред, причиненный другим лицом (работником при исполнении им служебных, должностных или иных трудовых обязанностей), имеет право обратного требования (регресса) к этому лицу в размере выплаченного возмещения, если иной размер не установлен законом.

При причинении гражданину увечья или при ином повреждении здоровья возмещению подлежит утраченный потерпевшим заработок (доход), который он имел либо определенно мог иметь, а также дополнительно понесенные расходы, вызванные повреждением здоровья, в том числе расходы на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, протезирование, посторонний уход, санаторно-курортное лечение, приобретение транспортных средств, подготовку к другой профессии, если установлено, что потерпевший нуждается в этих видах помощи и ухода и не имеет права на их бесплатное получение (ст. 1085 ГК). При причинении вреда здоровью возмещению подлежит и моральный вред, причиненный потерпевшему, независимо от подлежащего возмещению имущественного вреда. Компенсация морального вреда осуществляется в денежной форме (ст. ст. 151, 1099 - 1101 ГК).

В случае смерти потерпевшего (кормильца) право на возмещение вреда имеют: нетрудоспособные лица, состоявшие на иждивении потерпевшего; его ребенок, родившийся после его смерти; некоторые другие указанные в законе лица (ст. ст. 1088, 1089 ГК).

В ГК отражена относительно недавно воспринятая законодательством многих стран идея "ответственности производителя", построенная на сочетании договорной и внедоговорной ответственности за определенный случай причинения вреда" <\*>. В нашей стране данная идея также воплощена в Законе РФ от 7 февраля 1992 г. N 2300-1 "О защите прав потребителей" в ред. Федерального закона от 5 декабря 1995 г. (9 января 1996 г.) N 2-ФЗ с изм. и доп. (СЗ РФ. 1996. N 3. Ст. 140). Этот Закон детализирует изложенные положения ГК о защите жизни и здоровья граждан. В нем подчеркивается общее право всех потребителей на безопасность для их жизни и здоровья оказываемых им услуг, включая медицинские, независимо от того, состоял ли потребитель в договорных отношениях с исполнителем или нет (ст. 7). Вред, причиненный жизни или здоровью потребителя, подлежит возмещению исполнителем в течение десяти лет с момента

получения услуги. Исполнитель несет ответственность за причиненный вред в связи с использованием материалов, оборудования, приборов, инструментов и иных средств, необходимых для оказания услуги, независимо от того, позволял ли уровень научных и технических знаний выявить их особые свойства, чреватые причинением вреда, или нет. Исполнитель освобождается от возмещения вреда, если докажет, что вред причинен вследствие непреодолимой силы или нарушения потребителем правил, которые необходимо соблюдать при оказании услуги (ст. 14).

<\*> См.: Гражданский кодекс Российской Федерации. Часть вторая (текст, комментарии, алфавитно-предметный указатель). М., 1996. С. 587.

При обнаружении недостатков в оказании медицинской услуги, при ее принятии или в ходе оказания потребитель в соответствии со ст. 29 Закона "О защите прав потребителей" вправе потребовать безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги (например, при угрозе занесения инфекции в результате медицинских манипуляций можно потребовать использование других инструментов) либо соответствующего уменьшения вознаграждения за оказанную услугу. Потребитель также вправе расторгнуть договор об оказании услуги, если недостатки не были устранены исполнителем, например отказаться от услуг частной или хозрасчетной поликлиники с требованием возмещения средств, затраченных на оплату медицинской услуги. Такие действия потребителя возможны независимо от подачи иска о возмещении вреда, причиненного его жизни и здоровью в результате оказания услуги с дефектом. Закон РФ "О защите прав потребителей", как и ГК РФ, предусматривает возможность возмещения морального вреда (ст. 15). Моральный вред, причиненный потребителю в связи с нарушением его прав, предусмотренных законодательством о правах потребителей, подлежит компенсации тем лицом, которое причинило этот вред, при наличии его вины. Размер компенсации определяется судом. Привлечение к гражданско-правовой ответственности в виде возмещения вреда, причиненного жизни и здоровью потерпевшего, осуществляется в судебном порядке. Иск предъявляется в суд по месту жительства истца, либо по месту нахождения ответчика, либо по месту причинения вреда. При подаче иска истец освобождается от уплаты государственной пошлины, если иск связан с нарушением его прав (ст. 17). Иск о возмещении вреда предъявляется медицинскому учреждению. По регрессному требованию убытки учреждения, причиненные ему в связи с возмещением ущерба потребителю, возмещаются виновным врачом или иным медицинским работником.

5. Административная ответственность наступает для граждан и должностных лиц, виновных в совершении административных правонарушений. Порядок привлечения к административной ответственности регулируется Кодексом РСФСР об административных правонарушениях. В соответствии с Конституцией Российской Федерации административное право относится к совместной компетенции федеральных органов государственной власти и органов государственной власти субъектов Федерации.

В настоящее время в Кодексе РСФСР об административных правонарушениях не содержится специальных норм об ответственности за нарушение настоящего Закона.

6. Дисциплинарная ответственность является формой воздействия на нарушителей трудовой дисциплины и наступает в соответствии с нормами трудового права. Дисциплинарные взыскания (замечание, выговор, строгий выговор, перевод на нижеоплачиваемую работу или смещение на низшую должность на срок до трех месяцев, увольнение с работы) накладываются на виновного работника с учетом тяжести совершенного нарушения, обстоятельств его совершения, предшествующей работы и поведения провинившегося. До наступления ответственности от нарушителя должны быть потребованы объяснения.

Дисциплинарная ответственность применяется администрацией учреждения не позднее одного месяца со дня обнаружения проступка, но не более чем в течение шести месяцев со дня его совершения.

Дисциплинарное взыскание объявляется в приказе руководителя учреждения и сообщается работнику под расписку. Если в течение года со дня наложения взыскания работник не получит нового дисциплинарного взыскания, то считается, что он взысканию не подвергался. До истечения года дисциплинарное взыскание может быть снято приказом руководителя учреждения.

Медицинские работники могут подвергаться дисциплинарным взысканиям за нарушение своих служебных обязанностей, определяемых в должностных инструкциях, относящихся к работе с лицами, страдающими психическими расстройствами.

7. Материальная ответственность медицинских работников психиатрических стационаров и других психиатрических учреждений определяется трудовым законодательством. Она состоит в обязанности работника возместить учреждению ущерб, причиненный по его вине. Как правило, это ограниченная материальная ответственность в размере среднего месячного заработка. Материальная ответственность работника выше среднего заработка допускается лишь в случаях, специально указанных в законе.

Президент  
Российской Федерации  
Б.ЕЛЬЦИН  
Москва, Дом Советов России  
2 июля 1992 года  
N 3185-1

30 ноября 1994 года N 51-ФЗ  
ГРАЖДАНСКИЙ КОДЕКС РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
Принят  
Государственной Думой  
21 октября 1994 года  
Одобен  
Советом Федерации  
ЧАСТЬ ПЕРВАЯ  
(в ред. Федеральных законов от 20.02.1996 N 18-ФЗ,  
от 12.08.1996 N 111-ФЗ, от 08.07.1999 N 138-ФЗ,  
от 16.04.2001 N 45-ФЗ, от 15.05.2001 N 54-ФЗ)

**Статья 29. Признание гражданина недееспособным. 1. Гражданин, который вследствие психического расстройства не может понимать значения своих действий или руководить ими, может быть признан судом недееспособным в порядке, установленном гражданским процессуальным законодательством. Над ним устанавливается опека.**

2. От имени гражданина, признанного недееспособным, сделки совершает его опекун.
3. Если основания, в силу которых гражданин был признан недееспособным, отпали, суд признает его дееспособным. На основании решения суда отменяется установленная над ним опека.

**Статья 30. Ограничение дееспособности гражданина. 1. Гражданин, который вследствие злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами ставит свою семью в тяжелое материальное положение, может быть ограничен судом в дееспособности в порядке, установленном гражданским процессуальным законодательством. Над ним устанавливается попечительство.**

Он вправе самостоятельно совершать мелкие бытовые сделки. Совершать другие сделки, а также получать заработок, пенсию и иные доходы и распоряжаться ими он может лишь с согласия попечителя. Однако такой гражданин самостоятельно несет имущественную ответственность по совершенным им сделкам и за причиненный им вред.

2. Если основания, в силу которых гражданин был ограничен в дееспособности, отпали, суд отменяет ограничение его дееспособности. На основании решения суда отменяется установленное над гражданином попечительство.

Комментарий к статьям 29, 30

1. Гражданская дееспособность - это способность гражданина своими действиями приобретать и осуществлять имущественные и личные неимущественные права (п. 1 ст. 21 ГК РФ), создавать для себя гражданские обязанности, вступая в гражданско-правовые отношения, и исполнять их. В полном объеме дееспособность по общему правилу возникает по достижении совершеннолетия. Ранее этого возраста дееспособность может возникнуть при вступлении в брак, когда законом (ст. 13 СК) допускается такая возможность до достижения 18 лет (ст. 21 ГК), и эмансипации по достижении 16 лет (ст. 27 ГК). Помимо полной дееспособности ГК РФ признает частичную дееспособность несовершеннолетних в возрасте от 14 до 18 лет, при которой несовершеннолетний самостоятельно совершает все сделки (большинство с согласия родителей, усыновителей или попечителя, а остальные без их согласия - п. 2 ст. 26 ГК), несет имущественную ответственность по этим сделкам, а также за причиненный вред.

Согласно ст. 22 ГК РФ никто не может быть ограничен в правоспособности и дееспособности иначе как в случаях и в порядке, установленных законом.

Статьи 29 и 30 ГК применяются в отношении как полной, так и частичной дееспособности гражданина.

2. Статья 29 ГК определяет основания и порядок признания гражданина недееспособным, т.е. лишения его способности своими действиями приобретать и осуществлять гражданские права, создавать для себя гражданские обязанности и исполнять их (ст. 21 ГК РФ).

Основанием для признания гражданина недееспособным является психическое расстройство, но не любое, а только такое, при котором гражданин лишается способности понимать значение своих действий либо руководить ими.

3. Для того чтобы ограничить дееспособность гражданина, ст. 30 ГК предусматривает следующие

основания: гражданин злоупотребляет спиртными напитками или наркотическими средствами; такое злоупотребление является причиной тяжелого материального положения его семьи.

Злоупотреблением спиртными напитками или наркотическими веществами, дающим основание для ограничения дееспособности гражданина, является такое чрезмерное или систематическое их употребление, которое находится в противоречии с интересами его семьи и влечет за собой непосильные расходы денежных средств на их приобретение, чем вызывает материальные затруднения и ставит семью в тяжелое положение. Наличие у других членов семьи заработка или иных доходов само по себе не является основанием для отказа в удовлетворении требования заявителя, если семья не получает от лица, злоупотребляющего спиртными напитками или наркотическими веществами, необходимых средств либо вынуждена содержать его полностью или частично.

При этом необходимо также учитывать, что ст. 30 ГК не ставит возможность ограничения дееспособности гражданина в зависимость от признания его хроническим алкоголиком или наркоманом.

О членах семьи гражданина, злоупотребляющего спиртными напитками и наркотическими средствами, см. п. 6 комментария.

4. Признание гражданина недееспособным либо ограничение его дееспособности допускаются только на основании решения суда. Это означает, что в административном порядке гражданин не может быть лишен дееспособности полностью или частично. Поэтому акт государственного или иного органа, предусматривающий лишение гражданина дееспособности или ограничение ее, можно признать недействительным на основании ст. 13 ГК.

5. Дела о признании гражданина недееспособным или об ограничении его дееспособности рассматриваются в порядке особого производства, который урегулирован ст. ст. 258 - 263 ГПК РСФСР. Практика применения этих статей нашла отражение в Постановлении Пленума Верховного Суда РСФСР от 4 мая 1990 г. N 4 "О практике рассмотрения судами Российской Федерации дел об ограничении дееспособности граждан, злоупотребляющих спиртными напитками и наркотическими средствами" с изм. и доп. (Сборник постановлений Пленумов по гражданским делам. С. 230 - 234) (далее - Постановление Пленума от 4 мая 1990 г.). Это Постановление имеет значение и для признания гражданина недееспособным в части разъяснений процессуальных вопросов ст. ст. 258 - 263 ГПК.

На основании ч. 1 ст. 258 ГПК РСФСР заявление о признании гражданина недееспособным либо об ограничении его дееспособности могут подать в суд члены семьи, профсоюзные и общественные организации, прокурор, органы опеки и попечительства, а также психиатрическое лечебное учреждение. Круг указанных лиц расширительному толкованию не подлежит. Если заявление подано лицом, не имеющим на то права, суд, не прекращая рассмотрение дела по существу, обязан обсудить вопрос о замене заявителя на надлежащего в порядке ст. 36 ГПК РСФСР (абз. 4 п. 4 Постановления Пленума от 4 мая 1990 г.).

Отказ заявителя от предъявленного в суд требования не препятствует последующему обращению с подобным заявлением других лиц, указанных ст. 258 ГПК, а также самого заявителя (ч. ч. 3, 4 п. 8 Постановления Пленума от 4 мая 1990 г.).

Возражение кого-либо из членов семьи против рассмотрения дела, начатого по заявлению лиц, упомянутых в ст. 258 ГПК, не является основанием для прекращения дела, однако доводы, приводимые в обоснование такого возражения, должны быть обязательно проверены судом (ч. ч. 1, 2 п. 8 Постановления Пленума от 4 мая 1990 г.).

6. К числу членов семьи гражданина, злоупотребляющего спиртными напитками или наркотическими веществами, которые могут подать заявление, относятся: супруг, совершеннолетние дети, родители, другие родственники и нетрудоспособные иждивенцы, которые совместно с ним проживают и ведут общее хозяйство (ч. 2 п. 4 Постановления Пленума от 4 мая 1990 г.). Однако представляется, что это разъяснение не учитывает положения раздела V СК РФ "Алиментные обязанности членов семьи". Этот раздел, во-первых, закрепляет круг членов семьи, в отношении которых установлена обязанность по содержанию (супруг, дети, родители, братья и сестры, внуки, дед и бабушка, отчим, мачеха, пасынки и падчерицы, а также фактические воспитатели), и, во-вторых, не ставит эту обязанность в зависимость от совместного проживания и ведения общего хозяйства. Поэтому к членам семьи следует отнести тех лиц, которых гражданин обязан содержать на основании СК РФ и которые вследствие злоупотребления им спиртными напитками или наркотическими средствами поставлены в тяжелое материальное положение, независимо от того, проживали ли они вместе с ним и вели ли общее хозяйство.

Представляется, что круг членов семьи, которые могут подать заявление о признании гражданина недееспособным, шире, чем круг членов семьи гражданина, злоупотребляющего спиртными напитками или наркотическими средствами, так как признание гражданина недееспособным осуществляется в большей степени для защиты именно его прав и охраняемых законом интересов, а не членов его семьи. Поэтому заявление о признании гражданина недееспособным могут подать любые члены его семьи, но заинтересованными в решении данного вопроса членами семьи являются трудоспособные супруг, родители и совершеннолетние дети, которые совместно проживают с гражданином, страдающим психическим расстройством, т.к. именно они несут ответственность за вред, причиненный этим гражданином имуществу, жизни или здоровью других лиц (п. 3 ст. 1078 ГК).

Часть 4 ст. 261 ГПК предусматривает неблагоприятные последствия для членов семьи гражданина, которые, как установлено судом, подав заявление, действовали недобросовестно с целью заведомо необоснованного ограничения или лишения дееспособности гражданина. Если по общему правилу с заявителя не

взыскиваются судебные издержки, связанные с рассмотрением дела, то на таких членов семьи возлагается бремя возмещения всех судебных расходов. В отношении других заявителей, указанных в ст. 258 ГПК, правило ч. 4 ст. 261 ГПК не применяется.

7. Право подачи заявления предоставлено профсоюзам или иным общественным организациям. На основании ст. ст. 2, 8, 22 Федерального закона от 8 декабря 1995 г. (12 января 1996 г.) N 10-ФЗ "О профессиональных союзах, их правах и гарантиях деятельности" с изм. (СЗ РФ. 1996. N 3. Ст. 148; РГ. 2002. 7 февр.) профсоюзная организация может обратиться с заявлением о признании гражданина недееспособным или об ограничении его дееспособности только в том случае, если этот гражданин является членом данного профсоюза. Аналогично вопрос должен решаться и в отношении права иных общественных организаций начать дело о признании гражданина недееспособным. К иным общественным организациям относятся те, в уставах и положениях которых предусмотрено право возбуждать вопрос об ограничении дееспособности гражданина, злоупотребляющего спиртными напитками или наркотическими средствами (ч. 3 п. 4 Постановления Пленума от 4 мая 1990 г.).

8. С заявлением может обратиться орган опеки и попечительства по месту жительства гражданина, в отношении которого возбуждается дело о признании его недееспособным или об ограничении его дееспособности, так как именно на него возложены функции по защите прав и законных интересов недееспособных или не полностью дееспособных граждан (п. 1 ст. 31 ГК).

Органами опеки и попечительства являются органы местного самоуправления: районная, городская, районная в городе, поселковая и сельская администрации (ст. 34 ГК, ст. 6 Федерального закона от 12 августа 1995 г. (28 августа 1995 г.) N 154-ФЗ "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации" с изм. и доп. (СЗ РФ. 1995. N 35. Ст. 3506); ст. ст. 53, 64, 75 Закона РФ от 6 июля 1991 г. N 1550-1 "О местном самоуправлении в РСФСР" с изм. и доп. (Ведомости РСФСР. 1991. N 29. Ст. 1010)). Осуществление ими государственных полномочий по опеке и попечительству - это особая их функция, которая выходит за пределы решения вопросов местного значения (ч. 1 ст. 130 и ч. 2 ст. 132 Конституции РФ). Организация работы органов местного самоуправления по реализации переданных в их ведение полномочий по опеке и попечительству определяется уставами муниципальных образований в соответствии с законами субъектов Российской Федерации (ст. 8 Закона об общих принципах организации местного самоуправления).

9. Ст. 18 Закона о психиатрической помощи определяет учреждения, которые оказывают психиатрическую помощь (см. комментарий к ней). В контексте ч. 2 ст. 258 ГПК правом на возбуждение дела о признании гражданина недееспособным обладает осуществляющее стационарную психиатрическую помощь учреждение, в которое помещен гражданин для лечения.

Согласно ч. 2 ст. 7 Закона о психиатрической помощи защиту прав и законных интересов несовершеннолетних при отсутствии у них законных представителей осуществляет администрация психиатрического стационара либо психиатрического учреждения для социального обеспечения или специального обучения. Представляется, что указанные учреждения также могут возбудить дело о признании несовершеннолетнего, достигшего 14-летнего возраста и находящегося под их надзором, недееспособным.

10. Правом на обращение в суд обладает прокурор по месту жительства гражданина, страдающего психическим расстройством либо злоупотребляющего спиртными напитками или наркотическими средствами, в целях защиты прав и законных интересов этого гражданина, а также других лиц.

11. Заявление о признании гражданина недееспособным или об ограничении его дееспособности подается по месту жительства гражданина, а если он находится на лечении в психиатрическом лечебном учреждении, то по месту нахождения этого учреждения. К заявлению о признании гражданина недееспособным должны быть приложены документы, свидетельствующие о психическом расстройстве гражданина, из-за которого он не может понимать значение своих действий или руководить ими. К ним относятся выписки из истории болезни лечебных учреждений, справки о состоянии здоровья, врожденных психических заболеваниях, перенесенных травмах, которые могли повлечь нарушение психики, данные органов милиции о вызове неотложной психиатрической помощи, совершение поступков, свидетельствующих об отклонениях в поведении, и др.

В связи с тем что согласно п. 3 ст. 5 Закона "О психиатрической помощи" 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: оценка психического состояния гражданина дается судебно-психиатрической экспертизой. Такая экспертиза назначается судом на основании ст. 260 ГПК при подготовке дела к судебному разбирательству - при наличии достаточных данных о психическом расстройстве гражданина. Под достаточными данными понимаются любые представленные заявителем сведения, которые позволяют предполагать, что у гражданина имеется определенное психическое расстройство. Если достаточные данные отсутствуют, судебно-психиатрическая экспертиза не назначается, а заявление удовлетворению не подлежит.

Суд может вынести определение о принудительном направлении гражданина на судебно-психиатрическую экспертизу в случае явного его уклонения от прохождения экспертизы. Такое определение может быть вынесено только в судебном заседании и при обязательном участии прокурора и психиатра.

Перед судебно-психиатрической экспертизой ставятся следующие вопросы: страдает ли гражданин психическим расстройством; может ли он при наличии такого психического расстройства понимать



значение своих действий или руководить ими; возможно ли по состоянию здоровья личное участие гражданина в рассмотрении дела?

В заявлении об ограничении дееспособности гражданина должны быть изложены обстоятельства, свидетельствующие о том, что лицо злоупотребляет спиртными напитками или наркотическими веществами и ставит свою семью в тяжелое материальное положение. По делам этой категории могут быть использованы любые средства доказывания, в частности: свидетельские показания, судебные решения, акты милиции, справки из лечебных учреждений, акты администрации об отстранении от работы в связи с появлением в нетрезвом состоянии или в состоянии наркотического опьянения, документы о доходах семьи, числе ее членов, а также другие материалы, подтверждающие факты злоупотребления спиртными напитками или наркотическими веществами и характеризующие материальное положение семьи (п. 7 Постановления Пленума от 4 мая 1990 г.).

Дела о признании гражданина недееспособным и об ограничении дееспособности рассматриваются с обязательным участием прокурора и представителя органа опеки и попечительства, что является дополнительной гарантией защиты прав и интересов гражданина, в отношении которого возбуждено дело. Вопрос об участии самого гражданина в рассмотрении дела решается по-разному применительно к каждой из этих категорий дел. По делам об ограничении дееспособности обязательно участие самого гражданина. Дело не может быть рассмотрено по существу без его фактического присутствия, и неявка в судебное заседание является основанием для отложения рассмотрения дела.

По-иному решается этот вопрос применительно к делам о признании гражданина недееспособным. Его присутствие при рассмотрении дела зависит от состояния здоровья. Судья выясняет мнение заявителя, прокурора, органа опеки и попечительства, заинтересованных лиц, оценивает имеющуюся в деле информацию о психическом состоянии гражданина, выводы судебно-психиатрической экспертизы и, если сочтет его психическое состояние удовлетворительным на момент слушания дела, принимает решение о вызове в судебное заседание.

12. На основании решения суда над гражданином, признанным недееспособным, устанавливается опека, а над гражданином, ограниченным в дееспособности, - попечительство (ст. ст. 32, 33 ГК РФ). Опекун или попечитель назначается органами опеки и попечительства.

Согласно п. 2 ст. 34 ГК суд, принявший решение о признании гражданина недееспособным или об ограничении его дееспособности, должен сообщить об этом органу опеки и попечительства по месту жительства этого гражданина в течение трех дней со времени вступления решения в законную силу. Порядок вступления решения в законную силу определен ст. ст. 208, 284 ГПК. В течение месяца с момента получения этого сообщения орган опеки и попечительства должен назначить опекуна или попечителя путем принятия главой местной администрации акта (постановления, решения или т.п. административного акта) о назначении конкретного лица опекуном (попечителем). В случае установления заслуживающих внимания обстоятельств опекун (попечитель) может быть назначен не по месту жительства подопечного, а по месту жительства опекуна. Если будущий опекун (попечитель) и подопечный проживают в разных государствах СНГ, применяются положения Конвенции стран СНГ от 22 января 1993 г. "О правовой помощи и правовых отношениях по гражданским, семейным и уголовным делам" (СЗ РФ. 1995. N 17. Ст. 1972).

Акт главы местной администрации о назначении опекуна (попечителя) может быть обжалован в суд в соответствии с Законом РФ от 27 апреля 1993 г. "Об обжаловании в суд действий и решений, нарушающих права и свободы граждан" с изм., внесенными Федеральным законом от 15 ноября 1995 г. (14 декабря 1995 г.) N 197-ФЗ (Ведомости РФ. 1993. N 19. Ст. 685; СЗ РФ. 1995. N 51. Ст. 4970). Подача жалобы не приостанавливает действия решения о назначении опекуна (попечителя). Он обязан приступить к выполнению своих обязанностей немедленно по принятии решения. Полномочия опекуна (попечителя) подтверждаются удостоверением, выдаваемым органом опеки и попечительства.

13. При назначении опекуна (попечителя) должны соблюдаться установленные п. п. 2, 3 ст. 35 ГК требования. Во-первых, опекунами (попечителями) могут быть только совершеннолетние полностью дееспособные граждане, за исключением граждан, лишенных родительских прав (ст. ст. 69 - 70 СК). Во-вторых, для назначения лица опекуном (попечителем) необходимо его согласие. В-третьих, учитываются нравственные и иные личные качества: способность к выполнению обязанностей опекуна (попечителя); отношения, существующие между лицом, назначаемым опекуном (попечителем) и подопечным, а если это возможно - и желание последнего. Некоторые дополнительные требования предусмотрены СК (см. ст. ст. 73, 141, 146), в частности не могут быть опекунами (попечителями) лица, страдающие заболеваниями, указанными в Перечне, утвержденном Постановлением Правительства РФ от 1 мая 1996 г. N 542 (СЗ РФ. 1996. N 19. Ст. 2304). К этим заболеваниям относятся туберкулез (активный и хронический) всех форм локализации у больных I, II, V групп диспансерного учета; заболевания внутренних органов, нервной системы, опорно-двигательного аппарата в стадии декомпенсации; злокачественные онкологические заболевания всех локализаций; наркомания, токсикомания, алкоголизм; инфекционные заболевания до снятия с диспансерного учета; психические заболевания, при которых больные признаны в установленном порядке недееспособными или ограниченно дееспособными; все заболевания и травмы, приведшие к инвалидности I и II группы, исключающие трудоспособность.

Гражданам, которые находятся или помещены в соответствующие воспитательные лечебные учреждения, учреждения социальной защиты населения или другие аналогичные учреждения, опекуны (попечители) не назначаются, так как указанные учреждения являются опекунами (попечителями) таких граждан в силу закона (п. 4 ст. 35 ГК).

Если лицу, признанному недееспособным или ограниченному в дееспособности, в течение месяца не назначен опекун или попечитель, исполнять их обязанности должен орган опеки и попечительства до момента, когда назначат опекуна (попечителя).

14. Обязанности и права опекуна (попечителя) закреплены в ст. ст. 36 и 37 ГК. Обязанности опекунов и попечителей различаются в зависимости от того, над каким лицом установлена опека (попечительство).

Опекуны (попечители) несовершеннолетнего по существу заменяют ему родителей, поэтому на них возлагаются все те обязанности, которые в соответствии с СК несут родители.

Опекун недееспособного гражданина, страдающего психическим расстройством, должен заботиться о его здоровье, обеспечивать его медицинской помощью и лечением, осуществлять необходимый уход, а также контроль и надзор за его действиями, с тем чтобы предотвратить нарушение подопечным прав и интересов других лиц, защищать интересы и права подопечного, а в случае его выздоровления - ходатайствовать перед судом о признании подопечного дееспособным и об отмене опеки.

Обязанности попечителя совершеннолетнего гражданина, дееспособность которого ограничена вследствие злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами, ограничиваются контролем за распоряжением им денежными средствами и иным имуществом, а также возбуждением в суде дела об отмене ограничения его дееспособности и попечительства, если основания, послужившие основанием для ограничения дееспособности, отпали.

Статья 37 ГК значительно ограничивает правомочия опекуна (попечителя) по распоряжению имуществом подопечного.

Опекун (попечитель) вправе самостоятельно распоряжаться доходом подопечного (заработком, стипендией, пособиями, пенсией, дивидендами по акциям, процентами по банковским вкладам и т.п.) только в той степени, в которой это необходимо для удовлетворения повседневных потребностей подопечного в пище, одежде, лекарствах и т.д. Все остальные расходы за счет дохода подопечного опекун (попечитель) может осуществлять исключительно в интересах подопечного и с предварительного разрешения органа опеки и попечительства.

Без предварительного разрешения органа опеки и попечительства опекун не вправе совершать, а попечитель - давать согласие на совершение сделок:

- по отчуждению имущества подопечного (продаже, обмену, дарению, сдаче в наем (аренду), в безвозмездное пользование, в залог и др.);

- влекущих отказ от принадлежащих подопечному прав (отказ от наследства, прощение долга и др.);

- направленных на раздел имущества или выдел из него доли. Разрешение требуется и для совершения иных сделок, связанных с уменьшением имущества подопечного. Сделки, предметом которых является имущество подопечного, совершенные опекуном (попечителем) без предварительного разрешения органа опеки и попечительства, на основании ст. 168 ГК - ничтожны. Иск о возврате имущества подопечного может быть заявлен в суд любым заинтересованным лицом (ч. 2 п. 2 ст. 166 ГК).

Опекуну, попечителю, их супругам и близким родственникам запрещается совершать сделки с подопечным (за исключением подарков подопечному и передачи ему имущества в безвозмездное пользование), а также представлять подопечного при заключении сделок или ведении судебных дел, когда другой стороной сделки (дела) являются супруг опекуна (попечителя) или его близкие родственники. К близким родственникам опекуна (попечителя) относятся его дети, родители, родные братья и сестры.

15. В случае ненадлежащего выполнения опекуном (попечителем) лежащих на нем обязанностей, в том числе при использовании им опеки или попечительства в корыстных целях или при оставлении подопечного без надзора и необходимой помощи, орган опеки и попечительства может отстранить опекуна (попечителя) от исполнения обязанностей и принять меры для привлечения его к установленной законом ответственности. Так, если виновными действиями (бездействием) опекуна (попечителя) подопечному причинен вред, орган опеки и попечительства может потребовать его возмещения на основании ст. 1064 ГК.

Опекун (попечитель), оставивший своего подопечного без помощи в состоянии, опасном для жизни или здоровья, может быть привлечен к уголовной ответственности по ст. 125 УК.

16. Гражданин, который признан судом недееспособным, не вправе самостоятельно совершать какие-либо сделки, он не отвечает по сделкам, если таковые были им совершены, а также за причинение вреда жизни или здоровью других граждан, их имуществу или имуществу юридических лиц. Все сделки от его имени совершает опекун с соблюдением требований, установленных ст. 37 ГК.

По сделкам, совершенным недееспособным гражданином, ответственности не несет и опекун. Такие сделки ничтожны на основании ст. 171 ГК. Каждая из сторон сделки обязана возвратить другой все полученное в натуре, а если полученное в натуре не сохранилось - возместить его стоимость в деньгах. Иск о применении указанных последствий вправе заявить в суд любое заинтересованное лицо (опекун, орган опеки и попечительства, прокурор, родственники подопечного и др.). На контрагента недееспособного гражданина возлагается дополнительная ответственность: он обязан возместить понесенный недееспособным реальный ущерб в случае, если знал или должен был знать о его недееспособности. Реальный ущерб согласно ст. 15 ГК - это расходы, которые произведены или должны быть произведены для восстановления нарушенного права, утрата или повреждение имущества.

Если сделка совершена к выгоде недееспособного гражданина, она по требованию его опекуна может быть признана судом действительной (п. 2 ст. 171 ГК).

Статья 177 ГК решает вопрос и о судьбе сделок, совершенных полностью дееспособным гражданином, который в момент ее совершения находился в состоянии, когда не был способен понимать значения своих

действий или руководить ими, в частности и по причине психического расстройства. Такая сделка может быть признана судом недействительной по иску этого гражданина либо иных лиц, чьи права или охраняемые законом интересы нарушены в результате ее совершения.

Если сделка совершена гражданином, впоследствии признанным недееспособным, она может быть признана судом недействительной по иску его опекуна, если доказано, что в момент ее совершения гражданин не был способен понимать значения своих действий или руководить ими. Последствия совершения указанных сделок аналогичны последствиям сделок, совершенных гражданином, признанным судом недееспособным вследствие психического расстройства.

Статьи 1076, 1077 ГК подробно регулируют вопросы имущественной ответственности за вред, причиненный жизни, здоровью или имуществу гражданином, признанным судом недееспособным вследствие психического расстройства или неспособным понимать значение своих действий либо руководить ими.

За вред, причиненный гражданином, признанным недееспособным, ответственность несет его опекун или организация, обязанная осуществлять за ним надзор. Противоправность действий опекуна заключается в ненадлежащем исполнении им своих обязанностей, т.е. в ненадлежащем надзоре за подопечным.

Организации, обязанные осуществлять надзор за психически больными недееспособными гражданами, - это лечебные психиатрические и психоневрологические учреждения для социального обеспечения (дома-интернаты, пансионаты и т.д.) или специального обучения (см. комментарии к ст. ст. 41, 42 Закона). Хотя п. 1 ст. 1076 ГК ответственность этих организаций не связывает с местом причинения вреда (она не зависит от нахождения гражданина в указанных организациях в момент причинения вреда), все же следует различать функции указанных психиатрических учреждений. Учреждения социального обеспечения и обучения могут нести ответственность только за вред, причиненный гражданином, помещенным в это учреждение, так как надзор за ним они обязаны осуществлять лишь во время, пока он находится в учреждении. Ответственность же лечебных психиатрических учреждений может наступить и за неосуществление, и ненадлежащее осуществление надзора (например, ответственность администрации стационара, в котором на лечении находится гражданин), и за неустановление надзора (например, при отказе госпитализировать или неприятии мер к госпитализации при наличии достаточных оснований).

Опекуны и соответствующие психиатрические учреждения отвечают за вред, причиненный гражданином, признанным недееспособным, при наличии своих противоправных действий и вины, поэтому их ответственность не прекращается в случае последующего выздоровления гражданина и признания его дееспособным (п. 2 ст. 1076 ГК).

В целях защиты прав и законных интересов потерпевшего в случае смерти опекуна или отсутствия у него достаточных средств для возмещения вреда вред, причиненный жизни или здоровью, может возмещаться за счет недееспособного гражданина либо лица, признанного впоследствии дееспособным, если он обладает необходимыми средствами. Соответствующее решение принимает суд с учетом имущественного положения потерпевшего и такого гражданина, а также других обстоятельств.

В случае смерти гражданина, которому причинен вред, нетрудоспособным лицам, находившимся на иждивении умершего, ежемесячно до наступления совершеннолетия, на срок инвалидности, пожизненно и т.д. возмещается та доля его заработка (дохода), которую они получали или имели право получать на свое содержание при жизни умершего гражданина (ст. ст. 1088, 1089, 1092 ГК).

При причинении вреда здоровью возмещению подлежат дополнительные расходы, связанные с лечением, и утраченный потерпевшим заработок (доход) за все время, пока не восстановится его профессиональная трудоспособность (ст. ст. 1085, 1087, 1090, 1092 ГК).

Полностью или частично дееспособный гражданин не отвечает за вред, причиненный в состоянии, когда он не мог понимать значения своих действий или руководить ими (п. 1 ст. 1078 ГК). Из этого правила имеются исключения:

а) гражданин, который сам привел себя в такое состояние употреблением спиртных напитков, наркотических средств или иным способом, от ответственности не освобождается (п. 2 ст. 1078 ГК);

б) если вред причинен жизни или здоровью, суд с учетом имущественного положения причинителя и потерпевшего и других обстоятельств может возложить обязанность по его возмещению полностью или частично на причинителя (ч. 2 п. 1 ст. 1078 ГК);

в) ответственность за вред, причиненный лицом, которое не могло понимать значения своих действий или руководить ими вследствие психического расстройства, несут проживающие совместно с ним его трудоспособные супруг, родители, совершеннолетние дети, которые знали о психическом расстройстве этого лица, но не ставили вопроса о признании его недееспособным (п. 3 ст. 1078 ГК).

17. Ограничение дееспособности гражданина, злоупотребляющего спиртными напитками или наркотическими средствами, заключается в следующем:

а) он не вправе самостоятельно совершать какие-либо сделки, за исключением мелких бытовых сделок. Под мелкими бытовыми сделками понимаются сделки на небольшую сумму, расчет по которым производится за наличные деньги; целью совершения такой сделки является удовлетворение бытовых потребностей:

покупка продуктов, ремонт одежды и обуви, пользование услугами городского транспорта и т.п. К мелким бытовым сделкам не могут быть отнесены сделки, предметом которых являются спиртные напитки и наркотические средства;

б) все остальные сделки могут совершаться им только с согласия попечителя. Следовательно, гражданин не вправе сам распоряжаться своими денежными средствами и иным имуществом: продавать, дарить,

обменивать, завещать его и т.д. Сделка, совершенная без согласия попечителя, может быть на основании ст. 176 ГК признана судом недействительной по иску попечителя. Последствием такой сделки является возврат сторонами друг другу всего полученного в натуре, а при невозможности возвратить полученное в натуре - возмещение его стоимости в деньгах. Кроме этого дееспособная сторона обязана возместить другой стороне понесенный ею реальный ущерб (см. предыдущий пункт комментария), если она знала или должна была знать об ограничении ее дееспособности (п. 1 ст. 176 и ч. 2, 3 п. 1 ст. 171 ГК). Если сделка не оспорена, ответственность по ней несет сам гражданин, дееспособность которого ограничена. Попечитель не отвечает ни по каким сделкам подопечного: ни по совершенным с согласия попечителя, ни по совершенным без его согласия, в том числе мелким бытовым.

Вред, причиненный гражданином, ограниченным в дееспособности вследствие злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами, возмещается им самим (п. 1 ст. 30 и ст. 1077 ГК);

в) заработную плату и иные виды дохода подопечного (пенсию, авторский гонорар, вознаграждения за изобретения, промышленные образцы, полезные модели; плату по договорам подряда и возмездного оказания услуг; дивиденды по акциям, проценты по вкладам и т.д.) получает попечитель либо с его согласия подопечный. Эти доходы попечитель расходует с соблюдением правил п. 1 ст. 37 ГК, из них он может выдавать подопечному суммы для самостоятельного распоряжения.

18. Если основания, в силу которых гражданин был признан недееспособным или ограничен в дееспособности, отпали, суд признает его дееспособным или отменяет ограничение его дееспособности. На основании такого решения суда, которое в трехдневный срок направляется органу опеки и попечительства, отменяется установленная над ним опека (попечительство) путем принятия специального акта главой местной администрации.

Недееспособный гражданин считается выздоровевшим, если улучшение его психического состояния является устойчивым, из чего следует, что он может понимать значение своих действий и руководить ими. Для определения психического состояния гражданина в процессе подготовки дела к рассмотрению суд на основании ч. 1 ст. 263 ГПК обязан назначить судебно-психиатрическую экспертизу. Из этого следует, что заключения лечебного психиатрического учреждения, в котором недееспособный гражданин находился для стационарного или амбулаторного лечения, недостаточно для рассмотрения дела по существу.

Отмена ограничения дееспособности осуществляется при наличии достаточных доказательств, свидетельствующих о прекращении гражданином злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами, в связи с чем ему может быть доверено самостоятельное распоряжение денежными средствами и иным имуществом. В п. 11 Постановления Пленума от 4 мая 1990 г. указано еще одно основание: прекращение существования семьи лица, дееспособность которого ограничена (развод, смерть, разделение семьи), и, как следствие, отпадение обязанности этого лица предоставлять средства на ее содержание. Представляется, что это разъяснение не соответствует положениям СК, который, в частности, после развода возлагает на родителей или одного из супругов обязанность содержать соответственно своих детей или другого супруга (см. гл. 13, 14 СК). Поэтому основанием для отмены ограничения дееспособности гражданина может служить лишь смерть лиц, которых гражданин на основании СК обязан содержать, или отпадение обстоятельств, при которых он их должен содержать.

Заявление о признании гражданина дееспособным или об отмене ограничения его дееспособности могут подать в суд опекун или попечитель, а также те же лица, которым ст. 258 ГПК предоставила право возбуждать дела о признании гражданина недееспособным или ограниченно дееспособным (см. п. п. 5 - 10 комментария). С заявлением об отмене ограничения дееспособности вправе обратиться также и сам гражданин, дееспособность которого была ограничена.

При рассмотрении дела обязательно присутствие представителя органа опеки и попечительства, прокурора, а также самого гражданина, в отношении которого возбуждено дело.

Отказ суда в признании гражданина дееспособным или в отмене ограничения дееспособности за отсутствием оснований не препятствует обращению впоследствии в суд с аналогичным заявлением.

13 июня 1996 года N 63-ФЗ

УГОЛОВНЫЙ КОДЕКС РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Принят

Государственной Думой

24 мая 1996 года

Одобрен

Советом Федерации

5 июня 1996 года

(в ред. Федеральных законов от 27.05.1998 N 77-ФЗ,

от 25.06.1998 N 92-ФЗ, от 09.02.1999 N 24-ФЗ,

от 09.02.1999 N 26-ФЗ, от 15.03.1999 N 48-ФЗ,

от 18.03.1999 N 50-ФЗ, от 09.07.1999 N 156-ФЗ,

от 09.07.1999 N 157-ФЗ, от 09.07.1999 N 158-ФЗ,

от 09.03.2001 N 25-ФЗ, от 20.03.2001 N 26-ФЗ,

от 19.06.2001 N 83-ФЗ, от 19.06.2001 N 84-ФЗ,

**Статья 21. Невменяемость. 1. Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, то есть не могло осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия либо иного болезненного состояния психики.**

2. Лицу, совершившему предусмотренное уголовным законом общественно опасное деяние в состоянии невменяемости, судом могут быть назначены принудительные меры медицинского характера, предусмотренные настоящим Кодексом.

Комментарий к статье 21

1. Понятие невменяемости в новом УК сформулировано иначе, чем в ст. 11 УК РСФСР 1960 г. Вместо несколько архаичной формулировки "не могло отдавать себе отчета в своих действиях" применена более современная - "не могло осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия)". Уточнена и медицинская терминология: устаревшее понятие "душевная болезнь" заменено более современным и принятым в документах Всемирной организации здравоохранения понятием "психическое расстройство".

2. Правовые категории вменяемости и невменяемости говорят о способности или неспособности лица нести уголовную ответственность, и потому при выяснении этих вопросов следователи и судьи должны анализировать не обстоятельства, относящиеся к субъективной стороне и ее доказанности или недоказанности, а в соответствии с законом - данные о личности субъекта и его поведении во время (в момент) совершения деяния.

3. Невменяемость, как она сформулирована в комментируемой статье, исключает уголовную ответственность лица, совершившего общественно опасное деяние, если она установлена в предусмотренном законом порядке. Основанием для такого решения является заключение судебно-психиатрической экспертизы, которое, наряду с другими данными дела, первоначально оценивается следователем, а окончательно - в решении, принимаемом судом.

4. Уголовный закон исходит из двух критериев невменяемости: 1) медицинского (биологического) и 2) юридического (психологического). Лишь совокупность этих критериев определяет невменяемость лица, так как каждый из них в отдельности характеризует только одну сторону (медицинскую или юридическую) психического отношения лица к совершенному общественно опасному деянию.

5. Медицинский (биологический) критерий невменяемости состоит с точки зрения закона из четырех признаков: хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия либо иного болезненного состояния психики. Хотя примененная в статье классификация психических расстройств не построена по единому принципу, вследствие чего одно и то же заболевание может быть отнесено иногда сразу к двум из приведенных признаков (например, хроническое психическое расстройство может протекать в виде повторяющихся кратковременных обострений, приступов, фаз; слабоумие носит, как правило, хронический характер), она охватывает фактически все встречающиеся на практике болезненные расстройства психики.

К хроническим психическим расстройствам при таком понимании следует относить не только традиционно включаемые в разряд хронических душевных заболеваний шизофрению, маниакально-депрессивный психоз, прогрессивный паралич, но и любые другие трудноизлечимые или неизлечимые болезненные расстройства психики, развивающиеся на почве эпилепсии, органических поражений головного мозга и т.п. Под временным психическим расстройством понимают кратковременные или более затяжные, но заканчивающиеся выздоровлением психические заболевания. Сюда относятся, например, алкогольные и другие интоксикационные психозы, реактивные состояния, различные припадки с глубоким помрачением сознания, так называемые исключительные состояния (патологическое опьянение, патологический аффект и др.).

Слабоумие - это выраженное и стойкое снижение или недоразвитие интеллекта, причиной которого могут быть атеросклероз мозговых сосудов, старческая атрофия головного мозга, грубые органические поражения центральной нервной системы (травматические, инфекционные и т.д.), генетические факторы.

К иным болезненным состояниям психики относятся любые психические расстройства, не относящиеся к трем предыдущим признакам медицинского критерия. Традиционно здесь рассматриваются, например, тяжелые формы психопатии, психические расстройства, вызванные общесоматическими заболеваниями, и некоторые другие.

Любое из перечисленных заболеваний или дефектов психики в отдельности при наличии юридического (психологического) критерия может оказаться достаточным для признания лица невменяемым и освобождения его от уголовной ответственности.

6. Юридический (психологический) критерий невменяемости отражает глубину психического расстройства, соответствующего одному из признаков медицинского критерия, и характеризует в основном две стороны

нарушений психической деятельности: отсутствие у лица способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) - интеллектуальный признак; отсутствие способности руководить ими - волевой признак. Для признания лица невменяемым в аспекте психологического критерия достаточно одного из этих признаков, хотя на практике у каждого конкретного больного, признающегося невменяемым, в большинстве случаев имеют место оба признака и можно говорить лишь о преобладании одного из них.

Интеллектуальный признак свидетельствует о том, что лицо, совершившее то или иное действие или бездействие, не понимало фактических обстоятельств содеянного или не могло осознавать их общественное значение. Волевой признак психологического критерия невменяемости состоит в неспособности лица руководить своими действиями. Это относительно самостоятельный признак, который и при отсутствии интеллектуального может свидетельствовать о невменяемости. Не случайно в законе между этими признаками стоит союз "либо". Иногда лицо, совершая общественно опасное деяние, при определенном состоянии психики может сохранять возможность формальной оценки событий, их понимания, но неспособно управлять своим поведением, в частности воздержаться от опасного поступка. В таких случаях о наличии психологического критерия невменяемости можно судить на основании одного волевого признака. Но неспособность осознавать характер своих действий (интеллектуальный признак) всегда свидетельствует и о неспособности руководить ими, а следовательно, о наличии обоих признаков психологического критерия невменяемости.

7. При констатации одного из рассмотренных критериев (обычно медицинского) и отсутствии второго лицо признается вменяемым, значит, подлежит уголовной ответственности. Если установлено, что при совершении общественно опасного деяния имелись оба критерия (и медицинский и юридический), то вменяемость лица полностью исключается, даже если болезненное состояние продолжалось очень короткое время.

8. Вопрос о вменяемости рассматривается и решается всегда ретроспективно - в отношении уже совершенного конкретного деяния. Признание лица невменяемым в отношении одного деяния не исключает возможности признания вменяемым в отношении другого. Поэтому в случае повторного привлечения лица к уголовной ответственности необходимо проведение судебно-психиатрической экспертизы для решения вопроса о вменяемости в отношении нового деяния.

9. Под действием или бездействием, о которых идет речь в комментируемой статье, понимается общественно опасное деяние, предусмотренное одной или несколькими статьями Особенной части УК.

10. В ч. 2 ст. 21 УК говорится, что по решению суда лицу, признанному невменяемым, могут быть назначены принудительные меры медицинского характера. Это означает, что при определенных обстоятельствах общественно опасного деяния, данных, характеризующих личность, а также особенности психического расстройства лица, его совершившего и признанного невменяемым, упомянутые меры могут и не применяться (см. комментарий к ст. ст. 97 - 104 УК).

11. В отличие от ст. 11 УК РСФСР в комментируемой статье ничего не говорится о лицах, которые заболели психическим расстройством после совершения преступления. Это объясняется тем, что такие лица признаются вменяемыми и, таким образом, к проблеме невменяемости, рассматриваемой в данной статье УК, отношения не имеют. Вопросы правового положения этих лиц и применения к ним принудительных мер медицинского характера трактуются в ст. ст. 81, 97, 103 УК (см. комментарий).

## **Статья 22. Уголовная ответственность лиц с психическим расстройством, не исключающим вменяемости. 1. Вменяемое лицо, которое во время совершения преступления в силу психического расстройства не могло в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, подлежит уголовной ответственности.**

2. Психическое расстройство, не исключающее вменяемости, учитывается судом при назначении наказания и может служить основанием для назначения принудительных мер медицинского характера.

Комментарий к статье 22

1. В ст. 22 речь идет об уголовной ответственности лиц, признанных вменяемыми в отношении совершенного преступления, но страдающих психическими расстройствами, ограничивающими их способность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими. Законодательством ряда стран, например Венгрии, Германии, Польши, Японии, предусмотрено признание таких лиц совершившими преступление в состоянии уменьшенной (ограниченной) вменяемости, в связи с чем им назначается более мягкое наказание, чем другим лицам, совершившим аналогичные преступления при тех же условиях, но при отсутствии психического расстройства.

2. Комментируемая статья в российском уголовном законодательстве появилась впервые, ее не было в нашем законодательстве и до 1917 г. Включение такой статьи в УК объясняется прежде всего тем, что значительная часть преступлений (например, до 65 - 70% преступлений против личности) совершается лицами, обнаруживающими психические аномалии. Кроме того, как показал опыт, такие лица нуждаются в повышенном внимании в ходе предварительного следствия и судебного разбирательства, иногда они заслуживают снисхождения, нередко во время исполнения наказания им показано лечение.

3. Как и при признании лица невменяемым (ст. 21 УК), законом предусмотрена констатация двух критериев:

медицинского (психическое расстройство) и юридического (утрата способности в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими).

4. Формулировка медицинского критерия, хотя и более краткая, чем в ст. 21, не дает оснований исключить из нее какой-либо из четырех видов перечисленных там психических расстройств (хроническое, временное, слабоумие, иное болезненное состояние психики). Речь может идти лишь о преобладании в случаях, предусмотренных комментируемой статьей, менее тяжелых психических расстройств, относимых обычно к категории так называемых пограничных состояний <\*>, поскольку в данном случае, несмотря на их наличие, сохраняется способность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий, а также руководить ими, хотя и не в полной мере.

<\*> Лежащих на грани психического заболевания и нормы.

Важно подчеркнуть, что клинической и экспертной оценкам подлежит не любое имеющееся у субъекта психическое расстройство, а лишь такое, которое в данной конкретной обстановке совершения преступления действительно ограничивало указанную способность. Так, если субъект совершил агрессивные действия в ответ на оскорбление или аморальный поступок потерпевшего, повышенную эмоциональную возбудимость вследствие психопатии или травматического поражения головного мозга следует оценивать как фактор, ограничивающий его способность руководить своими действиями. Но такое же расстройство при совершении мошеннических действий не ограничивает эту способность. Очевидно, этим объясняется сравнительно небольшое число лиц, прошедших судебно-психиатрическую экспертизу по уголовным делам, которым рекомендовано применение ст. 22, - всего 2,2%.

Заслуживают внимания и данные о характере психических расстройств, при которых в настоящее время рекомендуется применение ст. 22 УК: органические психические расстройства - 59,2%, легкие степени умственной отсталости (олигофрении) - 16,4%, расстройства личности (психопатии) - 7,1%, эпилепсия - 4,3%, шизофрения - 2,8% (Аргунова Ю.Н., 1998). Эти данные подтверждают высказанное мнение о том, что обычно в таких случаях речь идет о так называемых пограничных состояниях.

5. Юридический критерий в данной статье отличается более существенно от аналогичного критерия в ст. 21, поскольку, как уже говорилось, здесь речь идет не о полной утрате лицом способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, а лишь о ее ограничении. В этом заключается принципиальное отличие от невменяемости, которое делает деяние, совершенное таким лицом, преступлением, что и влечет за собой его уголовную ответственность. Законодатель не применяет понятия ограниченной вменяемости, поскольку имеет в виду психические расстройства, которые могут учитываться судом при вынесении приговора, но не обязательно приводят к смягчению наказания и ни при каких условиях не могут привести к освобождению лица от уголовной ответственности. Преступление, совершенное лицом в состоянии психического расстройства, не исключающего вменяемости, не обусловлено непосредственно этим расстройством. Следовательно и суд, опираясь на заключение судебно-психиатрической экспертизы, на материалы дела, собранные на предварительном следствии и в судебном заседании, должны выяснить, в какой степени психические нарушения повлияли на поведение лица при совершении преступления. При этом имеющиеся психические отклонения необходимо анализировать в каждом конкретном случае с позиции как интеллектуального (осознание фактического характера и общественной опасности деяния), так и волевого (способность руководить своими действиями) признаков юридического (психологического) критерия.

6. Как уже отмечалось, некоторые зарубежные законодательства идут по пути жесткого увязывания уменьшенной вменяемости со смягчением наказания. Комментируемая статья УК вполне обоснованно таких указаний не содержит, поскольку многообразие психических аномалий и ситуаций совершения преступлений не позволяет заранее сделать для таких случаев однозначный вывод. Поэтому представляется, что психическим расстройствам, не исключающим вменяемости, исходя из ст. 22 УК и в соответствии с задачами и принципами, провозглашенными в ст. ст. 2 - 7 УК, необходимо дать новую трактовку (определить их основные черты), приемлемую для доктрины российского уголовного права. В соответствии с этим психические расстройства, ограничивающие способность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими:

- характеризуют интеллектуальное и волевое отношение лиц с психическими аномалиями к совершенному преступлению;

- не являются промежуточной категорией между вменяемостью и невменяемостью, а полностью охватываются (покрываются) понятием вменяемости;

- не являются обстоятельством, безусловно смягчающим уголовную ответственность, не имеют самостоятельного значения и учитываются судом при назначении наказания в совокупности с другими данными и обстоятельствами, характеризующими преступление и личность виновного;

- никогда и ни при каких условиях не могут быть истолкованы как обстоятельство, отягчающее ответственность;

- могут иметь уголовно-правовое значение для выявления распределения ролей соучастников при совершении групповых преступлений;

- могут служить основанием для назначения принудительных мер медицинского характера, соединенных с наказанием, и для определения режима содержания осужденных к лишению свободы;

- относятся только ко времени (моменту) совершения лицом преступления и самостоятельно никаких правовых или иных последствий после отбывания наказания не влекут.

7. Совершение преступления в состоянии психического расстройства, лишаящего лицо возможности в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, может устанавливаться предварительно органом расследования в постановлении и окончательно судом в приговоре на основании заключения судебно-психиатрической экспертизы.

8. Принудительные меры медицинского характера, соединенные с наказанием, могут быть применены судом в отношении лиц с психическими расстройствами, не исключаящими вменяемости, лишь при наличии оснований, предусмотренных ч. 2 ст. 97 настоящего Кодекса ("когда психические расстройства связаны с возможностью причинения этими лицами иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц"), и только в форме амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра (см. также комментарий к ст. ст. 97, 99, 103, 104 настоящего Кодекса).

### **Статья 23. Уголовная ответственность лиц, совершивших преступление в состоянии опьянения. Лицо, совершившее преступление в состоянии опьянения, вызванном употреблением алкоголя, наркотических средств или других одурманивающих веществ, подлежит уголовной ответственности.**

Комментарий к статье 23

1. В комментируемой статье более полно, чем в ст. 12 УК РСФСР 1960 г., сформулированы условия наступления уголовной ответственности за совершение преступления в состоянии опьянения. Теперь снимается вопрос об источнике (веществе) опьянения. Любой вид опьянения не освобождает лицо, совершившее преступление в таком состоянии, от уголовной ответственности.

2. Законодатель не включает опьянение в число признаков медицинского критерия невменяемости, приведенных в ст. 21 настоящего Кодекса. Комментируемая статья прямо указывает, что опьянение не может быть основанием для признания лица невменяемым. Поэтому беспредметным является обсуждение вопроса о том, способно ли лицо, находящееся в состоянии опьянения, осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими (юридический критерий невменяемости). По-видимому, в зависимости от степени и характера опьянения, возможен и положительный, и отрицательный ответ на этот вопрос. Однако в любом случае лицо, находившееся при совершении деяния в состоянии опьянения, должно быть признано вменяемым, не потому, что оно всегда может осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, а потому, что отсутствует медицинский критерий невменяемости, и комментируемая статья содержит прямое указание на вменяемость этих лиц.

3. Очевидно, причина столь однозначного отношения законодателя к состоянию опьянения состоит в распространенности злоупотребления в первую очередь алкоголем, а также наркотиками и другими одурманивающими средствами и в прямой связи этого социального порока с преступностью. Имеет значение и то, что лицо, принимающее алкоголь, наркотическое или другое психоактивное средство, обычно осведомлено о его действии, может произвольно выбрать дозу этого вещества и, следовательно, регулировать глубину развивающегося в результате опьянения. Таким образом, сам факт возникших при этом психических отклонений и их глубина определяются его желанием, в отличие от болезненных расстройств, возникающих помимо воли заболевшего.

4. Одной из задач судебно-психиатрической экспертизы по делам, когда преступление совершено лицом, находившимся в состоянии опьянения, является отграничение опьянения от других, в подлинном смысле болезненных состояний, которые хронологически могут развиваться тоже после приема алкоголя или другого психоактивного средства и могут быть даже в какой-то мере обусловлены его приемом, но по клинической картине и механизму возникновения опьянением не являются.

Имеется в виду прежде всего так называемое патологическое опьянение, которое диагностируется только после употребления алкоголя (а не других психоактивных веществ). Несмотря на терминологическое сходство, патологическое опьянение не является опьянением в собственном смысле. Это болезненное, психотическое состояние, спровоцированное приемом алкоголя и развивающееся обычно на фоне органического поражения центральной нервной системы (особенно сопровождающегося повышением внутричерепного давления) или ослабляющего (астенизирующего) действия различных временных неблагоприятных факторов (недосыпание, недоедание, переутомление, эмоциональное напряжение и т.п.). При развитии такого состояния отсутствует определенная, свойственная опьянению, пропорциональность между количеством принятого алкоголя и выраженностью нарушений поведения; патологическое опьянение может развиваться и после приема незначительной дозы спиртного. При патологическом опьянении отсутствуют так называемые физические признаки в виде смазанной речи, шаткой походки, расстройства координации движений. Поведение и поступки таких лиц определяются не общей расторможенностью и более или менее выраженной оглушенностью сознания, свойственным и опьянению, а сумеречным состоянием сознания или картиной острейшего параноидного (бредового) синдрома. Все болезненные переживания и поступки не являются реакцией, хотя и несколько извращенной, на реальные события (как при опьянении), а возникают как бы спонтанно по закономерностям развития психоза. Начинается патологическое опьянение довольно резко и внезапно и так же резко обрывается, переходя в состояние общей расслабленности или критического сна. Воспоминаний обо всем периоде патологического опьянения либо совсем не сохраняется, либо почти не сохраняется. Возможные отрывочные воспоминания касаются обычно не происходивших в это время реальных событий, а болезненных (бредовых,



галлюцинаторных) переживаний.

Довольно близкую клиническую картину имеют спровоцированные алкоголем сумеречные состояния сознания при различных органических поражениях головного мозга со склонностью к пароксизмальным (приступообразным) проявлениям. В отличие от патологического опьянения такие состояния могут быть спровоцированы приемом не только алкоголя, но и других психоактивных веществ. Наряду с этим у лиц, страдающих алкоголизмом и нарко- или токсикоманией, опьянение в некоторых редких случаях может наложиться на алкогольный делирий (белую горячку) или другой психоз, обусловленный хронической интоксикацией, которые обычно возникают у этих лиц вне опьянения и даже трактуются как проявление синдрома отмены (воздержания от приема вещества, к которому имеется привыкание).

Во всех таких случаях нет никаких оснований трактовать указанные психотические (от слова "психоз") явления как проявления опьянения. Эти психозы связаны с хронической интоксикацией (отравлением) тем или иным психоактивным средством (или их сочетанием), но они (в отличие от опьянения) отвечают требованиям одного из признаков медицинского критерия невменяемости (временное психическое расстройство - ст. 21 УК), в силу чего в сочетании с юридическим критерием невменяемости (невозможность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими) полностью исключают вменяемость. Обратим еще раз внимание на то, что в комментируемой статье речь идет не о любых нарушениях психики, вызванных алкоголем или другими психоактивными веществами, а только о состояниях, к которым применимо понятие опьянения, содержание которого раскрыто выше.

5. К сожалению, остается не решенным уголовным законодательством вопрос об ответственности лиц, приведенных в состояние опьянения насильственно или путем обмана. В таком случае лицо, незнакомое с действием алкоголя или наркотического средства, может быть доведено до глубокого опьянения и может совершить уголовно наказуемое деяние (включая и бездействие) под влиянием другого лица. Если приведенное таким образом в состояние выраженного опьянения лицо оказывается потерпевшим по уголовному делу, то оно может быть признано находившимся в беспомощном состоянии со всеми вытекающими из этого правовыми последствиями. По нашему мнению, аналогичным в некоторых случаях мог бы быть подход и к обвиняемому. Однако прямых указаний на это в законе нет.

6. Представляется, что наказание лицу, совершившему преступление в состоянии опьянения, назначается на общих основаниях (ст. 60 УК).

**Статья 81. Освобождение от наказания в связи с болезнью. 1. Лицо, у которого после совершения преступления наступило психическое расстройство, лишающее его возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, освобождается от наказания, а лицо, отбывающее наказание, освобождается от дальнейшего его отбывания. Таким лицам суд может назначить принудительные меры медицинского характера.**

2. Лицо, заболевшее после совершения преступления иной тяжелой болезнью, препятствующей отбыванию наказания, может быть судом освобождено от отбывания наказания.

3. Военнослужащие, отбывающие арест либо содержание в дисциплинарной воинской части, освобождаются от дальнейшего отбывания наказания в случае заболевания, делающего их негодными к военной службе. Неотбытая часть наказания может быть заменена им более мягким видом наказания.

4. Лица, указанные в частях первой и второй настоящей статьи, в случае их выздоровления могут подлежать уголовной ответственности и наказанию, если не истекли сроки давности, предусмотренные статьями 78 и 83 настоящего Кодекса.

Комментарий к статье 81

1. В комментируемой статье описываются три случая освобождения от наказания в связи с болезнью: 1) освобождение от наказания в связи с тяжелым психическим расстройством; 2) освобождение от наказания в связи с иной тяжелой болезнью и 3) освобождение от наказания военнослужащих в связи с заболеванием, делающим их негодными к военной службе.

С различными основаниями освобождения от наказания по болезни уголовный закон связывает разные правовые последствия такого освобождения. Объединяет же все указанные выше случаи то, что болезнь наступает у лица после совершения им преступления, в том числе и во время отбывания наказания. Тяжелое психическое расстройство либо иная болезнь препятствуют участию этого лица в следственных действиях и осуществлению им своего права на защиту или же, если речь идет об осужденном, отбыванию назначенного ему наказания.

Кроме комментируемой статьи, вопросы освобождения от наказания в связи с болезнью регулируются уголовно-процессуальным законодательством (ст. ст. 195, 362, п. 4 ст. 409, ч. 1 ст. 410 УПК РФ), а также совместным Приказом Министерства здравоохранения РФ и Министерства юстиции РФ от 9 августа 2001 г. N 311/242 "Об освобождении от отбывания наказания осужденных к лишению свободы в связи с тяжелой болезнью" (БНА. 2001. N 44). Этим Приказом был утвержден Порядок медицинского освидетельствования осужденных к лишению свободы и их представления к освобождению от отбывания наказания в связи с тяжелой болезнью. Кроме того, в приложении к Приказу содержится Перечень заболеваний, который может быть использован в качестве основания для представления к освобождению от отбывания наказания осужденных к лишению свободы. При определении годности военнослужащих к

военной службе надо руководствоваться "Требованиями к состоянию здоровья граждан, подлежащих первоначальной постановке на воинский учет, граждан, подлежащих призыву на военную службу, граждан, поступающих на военную службу по контракту, граждан, поступающих в училища, военно-учебные заведения, военнослужащих, граждан, пребывающих в запасе Вооруженных Сил Российской Федерации" (приложение к Положению о военно-врачебной экспертизе: Утв. Постановлением Правительства РФ от 20 апреля 1995 г. N 390 с изм. и доп. // СЗ РФ. 1995. N 19. Ст. 1758; 1998. N 44. Ст. 5464; 2000. N 39. Ст. 3865).

2. Комментируемая статья в ч. 1 повторяет ч. 2 ст. 11 УК РСФСР, предусматривавшую освобождение от наказания лица, совершившего преступление в состоянии вменяемости, но затем заболевшего психическим расстройством до вынесения судом приговора. Новым является дополнение об освобождении от наказания лица, заболевшего психическим расстройством во время отбывания наказания, которое предусматривалось только в уголовно-процессуальном законодательстве. Как в первом, так и во втором случаях речь идет о лицах, совершивших деяния в состоянии вменяемости и на момент совершения этого деяния подлежащих уголовной ответственности.

3. В рассматриваемой ситуации важно установить наличие психического расстройства, при котором становится очевидным, что подозреваемый, обвиняемый, подсудимый или осужденный в ходе предварительного следствия, заключения или отбывания наказания не может быть субъектом соответственно процессуальных или уголовно-исполнительных отношений. Такие лица лишены возможности из-за психического расстройства понимать смысл предъявленного обвинения, показания свидетелей, осознавать вину, наступление уголовной ответственности и наказания.

4. В тех случаях, когда психическое расстройство возникло до вынесения приговора, подозреваемый, обвиняемый или подсудимый подлежит направлению на судебно-психиатрическую экспертизу в том же порядке, как и при решении вопроса о вменяемости на момент совершения преступления, но в этом случае при производстве экспертизы на первом плане оказываются вопросы о диагнозе, характере психического расстройства (временное или хроническое), способности лица осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими. Вполне понятно, что последний вопрос относится не к моменту совершения преступления, а к периоду производства экспертизы.

5. Если вопрос о наличии или отсутствии психического расстройства возникает при отбывании осужденным наказания, то он решается комиссией врачей-психиатров; эта комиссия не является экспертизой в уголовно-процессуальном смысле, но в качестве признака, исключающего возможность отбывать наказание, применяется тот же юридический или психологический критерий - неспособность лица осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими в настоящее время, а не в момент совершения преступления.

6. Как в первом, так и во втором случаях (при психическом расстройстве до вынесения приговора или во время отбывания наказания) имеет значение характер течения заболевания. Если установлено, что развившееся психическое расстройство носит характер хронического (неизлечимого, необратимого) или относится к категории слабоумия (упоминавшийся Перечень заболеваний в качестве таких расстройств называет психозы и слабоумие), то принимается решение об освобождении от наказания или от дальнейшего отбывания наказания и о назначении при необходимости принудительного лечения (см. комментарий к ст. ст. 97 - 104 УК). Когда же психическое расстройство носит временный (обратимый) характер, следователь или суд лишь приостанавливают производство по уголовному делу. При выздоровлении лица, когда производство по делу приостановлено до вынесения приговора, оно возобновляется и продолжается в обычном порядке. В том случае, когда выздоровевшее лицо уже было осуждено и отбывало наказание, оно возвращается в место исполнения наказания в соответствии с приговором. Порядок приостановления производства по уголовному делу и его возобновления предусматривается уголовно-процессуальным законодательством.

7. При заболевании иной тяжелой болезнью (ч. 2 ст. 81), не являющейся психическим расстройством, препятствующей отбыванию наказания, решение данного вопроса требует иного подхода. Если в случаях психического расстройства освобождение от наказания является безусловным, то здесь необходимы дополнительные обстоятельства: учитываются тяжесть совершенного преступления, личность осужденного (опасность для общества), характеристика его поведения при исполнении наказания, отношение к лечению в санитарной части исправительного учреждения и др. Все эти обстоятельства суд принимает во внимание в своем решении об освобождении по болезни или об отказе в таком освобождении.

8. Особенностью ч. 3 ст. 81 является то, что лицо, отбывающее наказание в виде ареста либо содержания в дисциплинарной воинской части, подлежит освобождению в связи с заболеванием, делающим его негодным к военной службе, а следовательно, и к отбыванию данного вида наказания. В законе, к сожалению, нет указаний, о каких преступлениях идет речь. Можно лишь предположить, что исходя из ст. 55 УК (содержание в дисциплинарной воинской части) речь идет о преступлениях небольшой тяжести, поскольку допускается замена более мягкой мерой наказания. Представляется, что здесь возможны два решения: 1) если военнослужащий заболел болезнью, которая препятствует прохождению военной службы и отбыванию наказания, он подлежит освобождению от наказания; 2) если болезнь не препятствует прохождению военной службы, такому лицу наказание в виде ареста или содержания в дисциплинарной части может быть заменено более мягким наказанием.

9. В соответствии с ч. 4 ст. 81 в случаях, предусмотренных ч. ч. 1 и 2 этой статьи, лицо подлежит уголовной ответственности (возобновляется производство по уголовному делу или это лицо направляется в исправительное учреждение для наказания) только тогда, когда не истекли сроки давности уголовной

ответственности или сроки давности исполнения обвинительного приговора.

10. Приказом Минздрава России и Минюста России от 9 августа 2001 г. N 311/242 "Об освобождении от отбывания наказания осужденных к лишению свободы в связи с тяжелой болезнью" утвержден Перечень заболеваний, который может быть использован в качестве основания для представления к освобождению от отбывания наказания осужденных к лишению свободы. В соответствии с этим Перечнем лица, страдающие хроническими психическими расстройствами (психозы и слабоумие), лишаящими лицо способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) или руководить ими, освобождаются от отбывания наказания.

Глава 15. ПРИНУДИТЕЛЬНЫЕ МЕРЫ МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА

### **Статья 97. Основания применения принудительных мер медицинского характера. 1. Принудительные меры медицинского характера могут быть назначены судом лицам:**

а) совершившим деяния, предусмотренные статьями Особенной части настоящего Кодекса, в состоянии невменяемости;

б) у которых после совершения преступления наступило психическое расстройство, делающее невозможным назначение или исполнение наказания;

в) совершившим преступление и страдающим психическими расстройствами, не исключающими вменяемости;

г) совершившим преступление и признанным нуждающимся в лечении от алкоголизма или наркомании.

2. Лицам, указанным в части первой настоящей статьи, принудительные меры медицинского характера назначаются только в случаях, когда психические расстройства связаны с возможностью причинения этими лицами иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц.

3. Порядок исполнения принудительных мер медицинского характера определяется уголовно-исполнительным законодательством Российской Федерации и иными федеральными законами.

4. В отношении лиц, указанных в части первой настоящей статьи и не представляющих опасности по своему психическому состоянию, суд может передать необходимые материалы органам здравоохранения для решения вопроса о лечении этих лиц или направлении их в психоневрологические учреждения социального обеспечения в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации о здравоохранении.

Комментарий к статье 97

1. Основания применения принудительных мер медицинского характера (далее для краткости - "принудительные меры" или "принудительное лечение") определяются в значительной степени содержанием этих мер, соединяющих в себе юридическое и медицинское начало.

2. Юридическими принудительные меры являются потому, что как основания, так и цели, виды, порядок применения и прекращения этих мер определяются уголовным законом; процедура их назначения и отмены регламентирована уголовно-процессуальным законом; решения о назначении принудительных мер в отношении конкретных лиц, а также о продлении этих мер, их изменении и прекращении принимаются судом; надзор за законностью применения принудительных мер возложен на прокуратуру. Правовой статус лиц, которым назначены принудительные меры медицинского характера, определяется настоящим Кодексом, а также Законом РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" (ст. ст. 13, 37).

3. Медицинскими принудительные меры являются потому, что как основания, так и цели, виды, условия назначения, изменения и прекращения этих мер по своему содержанию зависят от состояния психического здоровья лица, в отношении которого они применяются. Рекомендации по применению принудительных мер дает комиссия врачей-психиатров либо в предусмотренных законом случаях - судебно-психиатрическая экспертиза, включая выводы о диагнозе заболевания, невменяемости или наличии психического расстройства, не исключающего вменяемости, алкоголизма, наркомании, о назначении и проведении лечения указанных расстройств, а также о необходимых социально-реабилитационных мероприятиях.

4. Принудительное лечение, назначенное по определению или по приговору суда, необходимо отличать от недобровольных мер психиатрической помощи (психиатрического освидетельствования и госпитализации в психиатрический стационар), в том числе и осуществленных по постановлению суда. Последние применяются к лицам, которые не совершили общественно опасного деяния, в целях лечения, обеспечения безопасности их и общества в соответствии со ст. ст. 23 - 25, 29, 32 - 35 Закона РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" (см. комментарий к указанным статьям Закона).

5. Основания применения принудительных мер в новом УК в отличие от УК РСФСР записаны более четко и определено, путем перечисления конкретных категорий лиц, к которым они могут быть применены. Первыми закономерно названы лица, совершившие общественно опасные деяния в состоянии невменяемости (п. "а"), поскольку именно они составляют подавляющее большинство среди направляемых на принудительное лечение. Необходимость применения принудительных мер к большей части таких больных связана с тем, что неспособность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, с одной стороны, полностью исключает их уголовную ответственность, а с другой - может привести к совершению повторного общественно опасного деяния (ООД) <\*>. При оценке заключения судебно-психиатрической экспертизы в отношении таких лиц, решении вопроса о необходимости применения принудительной меры и выборе ее вида существенное значение

имеют характер психического расстройства и психопатологический механизм совершенного деяния.

<\*> Здесь и далее ООД - общественно опасное(ые) деяние(я).

В соответствии с современными научными представлениями судебные психиатры выделяют определенные разновидности таких механизмов. Прежде всего все психически больные, совершившие ООД, делятся на две большие группы: совершившие деяния по продуктивно-психотическим и совершившие деяния по негативно-личностным механизмам. К первым относят больных, находившихся во время правонарушения в состоянии острого или хронического психоза, т.е. обнаруживавших грубые расстройства психической деятельности, сопровождавшиеся помрачением сознания, такой продуктивной психотической симптоматикой, как бредовые идеи, галлюцинации, тяжелые эмоциональные нарушения (депрессивные, маниакальные, дисфорические состояния), и др. Общественно опасные деяния таких больных обычно непосредственно обусловлены указанными болезненными переживаниями и чаще всего носят агрессивный характер, представляя опасность для жизни окружающих. У больных с хроническими психозами эти деяния нередко тщательно подготовлены, спланированы и законспирированы. Вместе с тем клиническая картина подобных психических расстройств обычно позволяет специалисту-психиатру предвидеть вероятность деяния и его направленность, что создает благоприятную почву для целенаправленных лечебно-профилактических мероприятий. Из конкретных психопатологических механизмов такого рода наиболее распространены деяния по бредовым мотивам, когда больной с бредом преследования, например, совершает агрессивные действия, защищаясь от мнимых преследователей (бредовая защита) или в порядке возмездия за якобы причиненный ему вред (бредовая месть); депрессивный больной с бредовыми идеями самообвинения и самоуничтожения, задумав самоубийство, убивает прежде всего членов своей семьи, чтобы оградить их от "несмыслимого позора", на который они якобы обречены как его родственники (искупление мнимой бредовой вины), и т.п. Продуктивно-психотические механизмы ООД могут быть и не связаны с бредовыми идеями, а обусловлены, например, галлюцинаторными переживаниями, когда больной может выполнять "приказы" галлюцинаторных голосов (императивные галлюцинации), склонностью к внезапным немотивированным поступкам (импульсивные действия) или глубоким помрачением сознания с хаотическим нецеленаправленным возбуждением.

Негативно-личностные механизмы ООД имеют место у больных с состояниями эмоционально-волевого или интеллектуального дефекта, достигающего иногда степени слабоумия. Конкретные формы таких механизмов также довольно разнообразны. В одних случаях опасные деяния совершаются только в определенных ситуациях, предъявляющих к уязвимым сторонам психики больного непосильные требования, например сильное эмоциональное воздействие при нарушенной способности сдерживать эмоциональные проявления (эмоциональная бесконтрольность); критическая ситуация, требующая от слабоумного больного оперативного рационального решения и действия (интеллектуальная несостоятельность). В других случаях психический дефект приводит к коренной перестройке морально-этических представлений личности, выработке эгоцентрической жизненной позиции, в связи с чем больные совершают, например, деяния, направленные на удовлетворение сиюминутных низменных влечений (извращенность и расторможенность влечений), или подвергают третированию и физическому истязанию окружающих, любой ценой стремятся к завладению материальными ценностями, чтобы обеспечить себе различные излишества (утрата высших эмоций). Негативно-личностные механизмы встречаются чаще продуктивно-психотических, они приводят обычно к деяниям имущественного характера, к сексуальным деликтам и обнаруживают выраженную тенденцию к их повторению. Больные такого рода обычно плохо поддаются лечебному воздействию и во время принудительного лечения нередко больше нуждаются в коррекционно-воспитательных и реабилитационных мероприятиях, требующих значительного времени и направленных на перестройку жизненной позиции и выработку социально-приемлемого стереотипа поведения.

6. В пункте "б" комментируемой статьи речь идет о не столь многочисленной, но довольно разнообразной категории лиц, вменяемых в отношении совершенного преступления, но после этого заболевших психическим расстройством, лишаящим их способности осознавать фактический характер и общественную опасность содеянного либо руководить своими действиями (ч. 1 ст. 81 УК). Психическое расстройство, выраженное в степени, соответствующей юридическому критерию невменяемости, делает невозможным назначение и исполнение наказания, поскольку для этого необходимо, чтобы лицо было способно к адекватной оценке происходящего, пониманию смысла предъявленного обвинения и значения назначенного наказания. Однако правовое положение лиц, заболевших психическим расстройством до вынесения приговора, и лиц, заболевших во время исполнения наказания, существенно различается.

В отношении первых проводится судебно-психиатрическая экспертиза, которая и рекомендует применение принудительной меры медицинского характера. Освидетельствование вторых - с дачей соответствующих рекомендаций в части принудительного лечения - проводят комиссии врачей-психиатров по поручению администрации исправительной колонии или другого учреждения, осуществляющего исполнение наказания.

Если развившееся до вынесения приговора психическое расстройство является временным (обратимым), то суд принимает решение о приостановлении производства по делу (ст. 409 УПК) и направлении лица на принудительное лечение. По выздоровлении такого лица это постановление отменяется и дело рассматривается в общем порядке. Если же до вынесения приговора лицо заболело хроническим психическим расстройством, которое приводит к тяжелым и необратимым нарушениям психики,

принимается решение о его освобождении от наказания (ст. 410 УПК) и применении при наличии показаний принудительных мер медицинского характера (ч. 1 ст. 410 УПК).

В отношении лиц, заболевших психическим расстройством во время исполнения наказания, при временном характере этого расстройства принудительные меры медицинского характера на практике не применяются. Такому лицу оказывается необходимая психиатрическая помощь медицинской службой пенитенциарной системы, при необходимости путем помещения в психиатрический стационар уголовно-исполнительной системы. При этом срок наказания не прерывается. И только если психическое расстройство приобретает хронический характер, администрация учреждения, осуществляющего исполнение наказания, направляет соответствующее заключение комиссии врачей-психиатров в суд. Суд на основании этого заключения может принять решение об освобождении лица от дальнейшего наказания и применении к нему принудительных мер медицинского характера, если имеются основания, предусмотренные ч. 2 ст. 97 настоящего Кодекса.

7. При прекращении применения принудительных мер медицинского характера в отношении лиц, заболевших после совершения преступления хроническим психическим расстройством, если судом при назначении принудительного лечения было принято решение об освобождении от наказания, вопрос о возобновлении производства по делу или возобновлении исполнения наказания в соответствии с ч. ч. 1 и 2 ст. 412 УПК не ставится. Если же при рассмотрении вопроса о прекращении принудительного лечения возникают сомнения в правильности первоначальной квалификации психического расстройства как хронического (необратимого), то суд должен исследовать вопрос о способности лица в данное время осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия), а также руководить ими. В случае восстановления такой способности после проведения принудительного лечения суд может принять решение о возобновлении производства по делу либо о продолжении исполнения наказания.

8. К основаниям применения принудительных мер отнесено также совершение преступления в состоянии психического расстройства, лишающего лицо возможности в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими (п. "в" ст. 97), а также признание лица, совершившего преступление, нуждающимся в лечении от алкоголизма или наркомании (п. "г" ст. 97). К указанным лицам принудительные меры всегда применяются в соединении с исполнением наказания (см. комментарий к ст. 104 УК РФ) и только в виде амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра (ч. 2 ст. 99). Однако, как и в отношении лиц, упомянутых в пп. "а" и "б" настоящей статьи, принудительное лечение им может быть назначено лишь в случаях, когда психические расстройства (включая алкоголизм и наркоманию) связаны с их опасностью для себя или других лиц либо с возможностью причинения иного существенного вреда (ч. 2 комментируемой статьи).

9. Основанием применения принудительных мер к лицам, совершившим преступление в состоянии вменяемости и признанным нуждающимися в лечении от алкоголизма и наркомании, может служить также совершение преступления в условиях ограниченной возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий или руководить ими в связи с психическими нарушениями, вызванными алкоголизмом или наркоманией. Такая дифференциация позволяет при назначении принудительного лечения алкоголикам и наркоманам учесть степень изменений личности и избрать соответствующее основание принудительного лечения.

10. Применение принудительных мер к лицам, указанным в ч. 1 ст. 97 УК, не является обязательным. Если эти лица по своему психическому состоянию не представляют общественной опасности либо дело в отношении их прекращено или вынесен оправдательный приговор, суд может передать необходимые материалы на этих лиц органам здравоохранения для решения вопроса об их лечении или направлении в психоневрологическое учреждение социального обеспечения в порядке, установленном законодательством РФ о здравоохранении. Это касается лиц, совершивших общественно опасные деяния, в отношении которых они признаны невменяемыми, и лиц, заболевших после совершения преступления психическим расстройством, делающим невозможным назначение или исполнение наказания.

11. Порядок исполнения принудительных мер медицинского характера, как указано в комментируемой статье, регулируется уголовно-исполнительным законодательством Российской Федерации и иными федеральными законами. Действительно, в принятом в 1997 г. Уголовно-исполнительном кодексе (с поправками, внесенными в него Федеральным законом от 21 февраля 2001 г. (9 марта 2001 г.) N 25-ФЗ) установлено, что к осужденным к ограничению свободы, аресту, лишению свободы, больным алкоголизмом или наркоманией, а также страдающим психическими расстройствами, не исключающими вменяемости, принудительные меры в виде амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра применяются учреждениями, исполняющими указанные виды наказаний (ч. 1 ст. 18 УИК). Во второй части этой же статьи говорится, что, если при исполнении названных видов наказания будет установлено, что осужденный болен алкоголизмом или наркоманией либо он страдает психическим расстройством, не исключающим вменяемости, которое связано с возможностью причинения этим осужденным иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц, администрация учреждения, исполняющего наказание, направляет в суд представление о применении к нему принудительных мер медицинского характера. Вышеуказанным Законом РФ от 9 марта 2001 г. в Уголовно-исполнительный кодекс внесены изменения, согласно которым: из перечня лиц, которым не разрешаются выезды за пределы исправительных учреждений, изъяты осужденные, страдающие психическими расстройствами, не исключающими вменяемости (ч. 3 ст. 97 УИК); уклонение от исполнения принудительных мер

медицинского характера отнесено к злостным нарушениям режима (ст. 116 УИК).

Каких-либо норм, касающихся исполнения принудительных мер медицинского характера в отношении лиц, освобожденных в связи с психическим расстройством от уголовной ответственности или наказания, в УИК не содержится. Представляется, что порядок исполнения принудительных мер медицинского характера в отношении этой категории лиц, наряду с ведомственными и межведомственными нормативными актами, мог бы регулироваться самостоятельным федеральным законом.

**Статья 98. Цели применения принудительных мер медицинского характера. Целями применения принудительных мер медицинского характера являются излечение лиц, указанных в части первой статьи 97 настоящего Кодекса, или улучшение их психического состояния, а также предупреждение совершения ими новых деяний, предусмотренных статьями Особенной части настоящего Кодекса.**

Комментарий к статье 98

1. В УК РСФСР о целях применения принудительных мер ничего не говорилось. В комментируемой статье они указаны, но сформулированы достаточно скупо и поэтому нуждаются в расшифровке. Прежде всего следует сказать, что применяемые во время принудительного лечения медицинские средства и методы обычно служат одновременно достижению обеих названных в статье целей. Можно выделить следующие решаемые при этом конкретные задачи: 1) излечение или такое улучшение состояния больного, при котором он перестает представлять общественную опасность; 2) предупреждение совершения лицом нового общественно опасного деяния или преступления как во время лечения, так и после его завершения; 3) обеспечение больному безопасности от посягательств на собственную жизнь и здоровье; 4) проведение мер социальной реабилитации (выработка социально приемлемых навыков жизни в обществе) в той мере, в какой это возможно в условиях медицинских учреждений, осуществляющих принудительное лечение.
2. В отношении лиц, признанных ограниченно вменяемыми, алкоголиков и наркоманов, которые отбывают наказание за совершенные преступления, целью применения принудительных мер является также способствование исправлению и перевоспитанию этих категорий осужденных.
3. Достижение целей принудительных мер медицинского характера в отношении конкретного больного является основанием для постановки перед судом вопроса о прекращении их применения.

**Статья 99. Виды принудительных мер медицинского характера. 1. Суд может назначить следующие виды принудительных мер медицинского характера:**

- а) амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра;
- б) принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа;
- в) принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа;
- г) принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением.

2. Лицам, осужденным за преступления, совершенные в состоянии вменяемости, но нуждающимся в лечении от алкоголизма, наркомании либо в лечении психических расстройств, не исключающих вменяемости, суд наряду с наказанием может назначить принудительную меру медицинского характера в виде амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра.

Комментарий к статье 99

1. В новом УК предусмотрены более разнообразные виды принудительных мер медицинского характера, чем в УК РСФСР в ред. 1960 г. и 1988 г. Опыт показал, что принудительные меры нуждались в дифференциации. Кроме того, необходимо было согласовать нормы о принудительном лечении в новом УК с Законом РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", который демократизировал всю систему оказания психиатрической помощи в России.
2. При характеристике видов принудительных мер, предусмотренных новым УК, необходимо отметить два нововведения: во-первых, допускается амбулаторное принудительное наблюдение и лечение вне психиатрического стационара, а именно в психоневрологическом диспансере (отделении, кабинете) (см. комментарий к ст. 100 УК); во-вторых, принудительное лечение предусмотрено в трех видах психиатрического стационара, которым даны новые названия, более точно отражающие их профиль (см. комментарий к ст. 101).
3. От назначения судом принудительных мер не зависит выбор методов лечения, лекарственных препаратов, режима содержания. Характер лечебно-реабилитационных мероприятий и наблюдения в отношении каждого конкретного больного определяется лечащими врачами в соответствии с установками Министерства здравоохранения РФ. К лицам, которым назначено принудительное лечение, применяются те же методы диагностики, лечения и профилактики, а также все необходимые меры социальной реабилитации, что и ко всем лицам, страдающим психическими расстройствами, в зависимости от особенностей заболевания. Только применение в отношении лиц, направленных на принудительное лечение, хирургических и других методов, вызывающих необратимые последствия, а также проведение испытаний медицинских средств и методов запрещено Законом о психиатрической помощи (см. комментарий к ст. 11 Закона).

4. Впервые в нашей стране настоящим Кодексом предусматривается принудительная мера, не связанная с помещением лица в стационарное психиатрическое учреждение, - амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра (п. "а"). Необходимость введения этой меры обосновывалась рядом юристов и судебных психиатров. При этом был примерно очерчен круг психопатологических состояний, являющихся показанием для применения этой меры, конкретизированы ее содержание, порядок применения, правовое положение лиц, к которым она применяется. Определенный положительный опыт применения аналогичных мер накоплен в том или ином виде в зарубежных странах, где они особенно успешно используются как завершающий этап после проведения принудительного лечения в стационаре. Сущность рассматриваемой меры состоит в том, что лицо, к которому она применяется, направляется под наблюдение учреждения, осуществляющего амбулаторную психиатрическую помощь по месту жительства больного. Определение суда о назначении этой меры объявляется лицу и направляется в указанное учреждение (психоневрологический диспансер, психоневрологический кабинет поликлиники) и в отделение милиции. Осуществление данной меры состоит в необходимости явки к психиатру с предписанной им периодичностью и выполнения данных им рекомендаций и лечебных назначений. Отделение милиции оказывает содействие в проведении этих мероприятий в пределах своей компетенции, а при необходимости - и в госпитализации лица. Главное преимущество этой меры по сравнению с принудительным лечением в стационаре состоит в возможности сохранения привычного для больного образа жизни, продолжения работы, если для этого нет противопоказаний, выполнения гражданских, семейных и прочих обязанностей, сохранения контактов с близкими. В отличие от обычного диспансерного наблюдения, в случае возрастания общественной опасности больного при амбулаторном принудительном лечении судом по представлению комиссии психиатров может быть изменен вид принудительной меры на принудительное лечение в стационаре. Во избежание повторных ООД амбулаторное принудительное лечение может быть применено лишь при наличии соответствующих показаний, о которых будет сказано в комментарии к ст. 100 УК.

5. Лицам, совершившим преступление в состоянии вменяемости, но страдающим алкоголизмом, наркоманией или психическим расстройством, ограничивающим способность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, при наличии показаний суд может назначить принудительную меру только в виде амбулаторного наблюдения и лечения у психиатра. Место проведения данного вида принудительного лечения зависит от меры наказания, которая избрана судом: для лиц, осужденных к лишению свободы, это лечение проводится по месту отбывания наказания в исправительном учреждении; для лиц, осужденных к наказаниям, не связанным с лишением свободы, принудительное лечение проводится у психиатра или нарколога по месту жительства (см. комментарий к ст. 104 УК).

6. Три вида стационарного принудительного лечения, перечисленные в пп. "б", "в" и "г", представляют собой несколько модифицированные, в основном по названию, меры, предусматривавшиеся в УК РСФСР (ст. ст. 58 и 59 в ред. 1988 г.), в виде помещения в психиатрическую больницу с обычным, усиленным и строгим наблюдением. Названия изменены с целью сделать их более точными, отражающими наиболее существенные особенности этих мер с учетом сложившейся после 1988 г. практики их применения. Вопросы практического применения различных видов стационарного принудительного лечения подробно разъяснены в Методическом письме Минздрава РФ от 23 июля 1999 г. "О порядке применения принудительных и иных мер медицинского характера в отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния (статья 21 и часть 1 статьи 81 УК РФ)".

<Письмо> Минздрава РФ от 23.07.1999 N 2510/8236-99-32 <О порядке применения принудительных и иных мер медицинского характера в отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния> утратило силу в связи с изданием <письма> Минздрава РФ от 10.05.2001 N 2510/4817-01-25 "Об отмене методического письма".

7. Под психиатрическим стационаром общего типа (пункт "б") следует понимать отделение психиатрической больницы или другого аналогичного учреждения, оказывающего стационарную психиатрическую помощь. Проведение принудительного лечения не является основной функцией данного отделения. Оно может быть как общепсихиатрическим (территориальным), так и узкопрофилированным (эпилептологическим, геронто-психиатрическим, подростковым и т.п.). Выбор отделения, в которое больной помещается для принудительного лечения, определяется характером имеющегося у него психического расстройства и профилем отделения или зоной его обслуживания (п. 5.1 Методического письма). Поскольку большая часть больных такого отделения находится там на общих основаниях (т.е. не на принудительном лечении), режим содержания такого лица будет соответствовать режимам, применяемым в отношении других пациентов. Единственным дополнительным условием является закрытый характер отделения (отсутствие свободного выхода), проведение прогулок только на территории больницы, непредоставление домашних отпусков (п. 5.2 Методического письма).

<Письмо> Минздрава РФ от 23.07.1999 N 2510/8236-99-32 <О порядке применения принудительных и иных мер медицинского характера в отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния> утратило силу в связи с изданием <письма> Минздрава РФ от 10.05.2001 N 2510/4817-01-25 "Об отмене методического письма".

8. Стационары специализированного типа (пункт "в") (бывшие отделения с усиленным наблюдением - по терминологии УК РСФСР в ред. 1988 г.) обычно представляют собой отделения психиатрической больницы, целиком предназначенные для проведения принудительного лечения. Они создаются в одной из крупных психиатрических больниц административной территории (одно-два отделения на регион), но имеется опыт специализации целой больницы, обычно с небольшим количеством коек (150 - 200). Порядок работы такого стационара регламентирован Временным

положением об отделении с усиленным наблюдением психиатрической больницы (утверждено Приказом МЗ СССР от 21 марта 1988 г. N 225; согласовано с Верховным Судом СССР, Прокуратурой СССР, Минюстом СССР, МВД СССР). Основные требования этого документа сохраняют свою силу до издания Минздравом РФ нового положения и применимы к психиатрическим стационарам специализированного типа. В настоящее время оно недействительно лишь в части, касающейся охраны таких отделений силами подразделений милиции на основе договоров (п. п. 8, 22), поскольку эти пункты вошли в противоречие с принятым в 1991 г. Законом РСФСР "О милиции". Некоторые из таких отделений вообще не охраняются, в других охрану осуществляют сотрудники создаваемой в больницах службы обеспечения безопасности. Следует сказать, что штатные нормативы Минздрава, устанавливающие обеспечение медицинским персоналом отделений для принудительного лечения (Приказ Минздрава России от 28 августа 1992 г. N 240 с изм. и Приказ Минздрава России от 24 марта 1993 г. N 49), позволяют в какой-то мере компенсировать отсутствие охраны.

Клинико-социальные особенности контингента больных, содержащихся в этих отделениях, диктуют определенные требования к организации их работы. С одной стороны, они касаются контрольно-наблюдательных мер: охранная сигнализация, изолированные прогулочные дворы, контроль за передачами, соответствующий инструктаж персонала; с другой - они связаны с необходимостью проведения большого объема реабилитационных мероприятий: трудотерапия с применением разнообразных по сложности видов труда, психокоррекция, культурно-воспитательные мероприятия, вовлечение больных в общественную жизнь и т.п.

9. Стационары специализированного типа с интенсивным наблюдением (п. "г") (бывшие психиатрические больницы со строгим наблюдением - по терминологии УК РСФСР в ред. 1988 г. или психиатрические больницы специального типа - по терминологии УК РСФСР в ред. 1960 г.) в настоящее время представляют собой самостоятельные больницы федерального подчинения. Каждая из них выполняет межрегиональные функции и обслуживает территорию нескольких субъектов Российской Федерации. Деятельность этих учреждений регламентируется Временным положением о психиатрической больнице со строгим наблюдением (утверждено Приказом МЗ СССР от 21 марта 1988 г. N 225; согласовано с Верховным Судом СССР, Прокуратурой СССР, Минюстом СССР, МВД СССР), которое не противоречит законам и нормативным документам, принятым после 1988 г., в силу чего действует в настоящее время.

Поскольку эти учреждения предназначены для относительно небольшого числа психически больных, представляющих особую опасность для общества, потребность в них не столь велика. В настоящее время в России имеется всего семь больниц со строгим (интенсивным) наблюдением, причем все они располагаются в ее европейской части. Такое распределение больниц по территории страны делает актуальной проблему транспортировки больных. В связи с этим для равномерного распределения таких учреждений наряду с возможным созданием новых больниц поставлен вопрос об организации отделений с интенсивным наблюдением в структуре психиатрических больниц регионального подчинения, что в принципе было поддержано решением Коллегии Минздрава РФ от 23 июня 1992 г. (протокол N 7). Настоящий Уголовный кодекс также открывает возможности для этого, поскольку с введением понятия "психиатрический стационар" этот вид принудительного лечения не связывается с определенным видом учреждения (больница, диспансер и т.п.).

Основная особенность организации работы специализированных стационаров с интенсивным наблюдением состоит в том, что, поскольку в них находятся психически больные, представляющие особую опасность для общества, наибольшее внимание здесь уделяется созданию безопасных условий их содержания. Для этого наряду с мерами, которые принимаются в стационарах специализированного типа (см. предыдущий пункт комментария), здесь предусмотрено функционирование специальных отделов охраны, в которых в соответствии с Постановлением Совета Министров СССР от 5 января 1988 г. N 19 был задействован невоинской контролерский состав МВД. В настоящее время указанные отделы в составе подразделений Главного управления исполнения наказаний (ГУИН) переданы в подчинение Минюста РФ. Отделы охраны оснащены специальными средствами контроля и сигнализации, они осуществляют не только наружную охрану больниц, но и надзор за поведением больных внутри отделения, во время прогулок, культурных мероприятий, занятий трудом. Деятельность охраны регламентируется специальной инструкцией. Начальник отдела охраны по вопросам, касающимся режима и наблюдения за больными, находится в функциональном подчинении у главного врача учреждения.

**Статья 100. Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра. Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра может быть назначено при наличии оснований, предусмотренных статьей 97 настоящего Кодекса, если лицо по своему психическому состоянию не нуждается в помещении в психиатрический стационар.**

Комментарий к статье 100

1. В комментируемой статье говорится о новом виде принудительных мер медицинского характера, ранее не известных УК РСФСР. До 1988 г. в некоторых республиках бывшего СССР (Украина, Узбекистан, Грузия, Азербайджан, Казахстан) в числе таких мер была предусмотрена передача лица, совершившего общественно опасное деяние в состоянии невменяемости либо заболевшего после совершения преступления или во время отбывания наказания тяжелым психическим расстройством, на попечение родственникам или



опекунам при обязательном врачебном наблюдении. По сути это было амбулаторное принудительное наблюдение и лечение. В Российской Федерации подобная мера не входила в число принудительных и могла быть применена в случае, если суд не сочтет необходимым применение принудительного лечения, или в случае прекращения принудительных мер медицинского характера (ч. 4 ст. 60 УК РСФСР).

Осуществление этой меры на практике основывается на накопленном психиатрической службой нашей страны богатом опыте диспансерной курации лиц, выписанных из стационарных учреждений, осуществляющих принудительное лечение, так же как и других категорий амбулаторных пациентов. По отчетным данным, за последние годы доля лиц, к которым применяется данная мера, достигает 10 - 11% от всех пациентов, направляемых на принудительное лечение.

2. Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра назначаются по определению или приговору суда, основанному на рекомендации судебно-психиатрической экспертной комиссии или другой компетентной комиссии психиатров, уполномоченной на это законом, о необходимости применения к лицу принудительных мер медицинского характера и их виде. Заключение психиатров подлежит тщательной оценке судом в совокупности со всеми материалами дела (п. 6 Постановления Пленума Верховного Суда СССР от 26 апреля 1984 г. N 4 с изм., внесенными Постановлением Пленума Верховного Суда СССР от 1 ноября 1985 г. N 17 // Сборник постановлений Пленумов по уголовным делам. С. 186). Рекомендации экспертов-психиатров не являются обязательными для суда, хотя и учитываются при вынесении решения по делу.

3. При решении вопроса о назначении амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра, помимо установления оснований применения принудительных мер медицинского характера (см. комментарий к ст. 97), суд учитывает характер психического расстройства лица, общественную опасность им содеянного, а также возможность осуществления лечения и наблюдения за этим лицом в амбулаторных условиях. Последнее обстоятельство должно быть отражено в заключении судебно-психиатрической экспертизы либо в заключении врачебной комиссии (см. комментарий к ст. ст. 81, 102 УК) при обосновании рекомендации данного вида принудительного лечения.

По своему содержанию амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра предполагает наблюдение за психическим состоянием лица с помощью регулярных осмотров врачом-психиатром и оказания ему необходимой медицинской и социальной помощи, т.е. является особой разновидностью диспансерного наблюдения (см. комментарий к ст. 26 Закона РФ "О психиатрической помощи и гарантиях права граждан при ее оказании"). Такое наблюдение осуществляется путем регулярных осмотров лица врачом-психиатром (на дому, в психоневрологическом диспансере или ином учреждении, оказывающем амбулаторную психиатрическую помощь). Частота осмотров зависит от психического состояния лица, динамики его психического расстройства и потребности в психиатрической помощи, хотя не должна быть реже, чем один раз в месяц. Диспансерное наблюдение включает психофармакологическое и иное лечение, в том числе психотерапию, а также социально-реабилитационные мероприятия. Существенным компонентом амбулаторного психиатрического наблюдения и лечения является оказание лицу необходимой социально-бытовой помощи, так как практика свидетельствует о том, что жилищно-бытовая неустроенность, отсутствие материального обеспечения, в том числе пенсии либо работы, усугубляют социальную дезадаптацию психически больного и увеличивают риск совершения повторного общественно опасного деяния.

4. По представлению администрации учреждения, оказывающего амбулаторную психиатрическую помощь, основанному на заключении комиссии врачей-психиатров, суд может изменить амбулаторное принудительное лечение на стационарное. К такой мере целесообразно прибегать при ухудшении психического состояния лица, если становится невозможным проведение принудительного лечения без помещения в психиатрический стационар, а также в случае грубых нарушений режима амбулаторного лечения либо при уклонении от него.

5. Отличие правового статуса психически больных, которым назначено амбулаторное принудительное наблюдение и лечение, от правового статуса иных пациентов, получающих амбулаторную психиатрическую помощь, заключается в невозможности прекратить эту меру без решения суда. Такие пациенты не вправе отказаться от предписанных им лечебных мероприятий: при отсутствии их согласия эти мероприятия проводятся по решению комиссии врачей-психиатров (ч. 4 ст. 11 Закона РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании").

6. При реализации амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра врачи и иные медицинские работники, оказывающие такую помощь, должны тесно взаимодействовать с органами внутренних дел, поскольку на практике могут возникнуть случаи отказа лица от амбулаторной помощи, уклонения от нее, перемены места жительства и т.д.

Эти вопросы регулируются специальной Инструкцией об организации взаимодействия органов здравоохранения и органов внутренних дел Российской Федерации по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами, утвержденной совместным Приказом МЗ РФ и МВД РФ от 30 апреля 1997 г. N 133/269 (см.: Вопросы расследования преступлений. С. 105 - 109). Согласно Инструкции психоневрологический диспансер обязан ежегодно направлять в орган внутренних дел по месту жительства лица, находящегося на амбулаторном принудительном лечении, список таких лиц, сведения об изменении ими места жительства, о длительном отсутствии по месту регистрации, а также данные о лицах, принятых на амбулаторное принудительное наблюдение и снятых с него. В свою очередь, орган внутренних дел направляет в психоневрологический диспансер информацию о лицах, находящихся на

рассматриваемом лечении, в случаях совершения ими общественно опасных деяний, возбуждения уголовных дел, заключения под стражу, совершения административных правонарушений, перемены ими места жительства, причем аналогичная информация сообщается и органу внутренних дел по новому месту жительства пациентов. При получении из диспансера сведений об изменении находящимся на амбулаторном принудительном лечении лицом места жительства или при длительном отсутствии его по месту регистрации орган внутренних дел обязан незамедлительно принимать меры к установлению местонахождения этого лица и предупреждению возможных общественно опасных действий с его стороны. Если местонахождение пациента будет установлено, то орган внутренних дел информирует об этом соответствующий психоневрологический диспансер.

7. Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра могут применяться как первичная мера принудительного лечения, например, когда общественно опасное деяние совершено в состоянии временного болезненного расстройства психической деятельности, повторение которого не исключено. Эта мера может стать также последней ступенью при переходе от стационарного принудительного лечения к оказанию необходимой для лица психиатрической помощи в общем порядке. Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра связано со значительно меньшими ограничениями личной свободы и в то же время с большей ответственностью самого больного за соблюдение режима лечения. Современная психиатрическая практика свидетельствует о том, что участие пациента в собственном лечении, взаимная ответственность пациента и психиатра, их терапевтическое сотрудничество во многом определяют эффективность психиатрической помощи.

8. Применение амбулаторного принудительного наблюдения и лечения к лицам, признанным виновными в отношении совершенного преступления, но нуждающимся в лечении от алкоголизма, наркомании либо в лечении психических расстройств, не исключающих вменяемости (ч. 2 ст. 99 УК), принципиально отличается от рассмотренного. Эти отличия состоят в следующем. Во-первых, принудительная мера применяется к этим лицам только в соединении с наказанием. Во-вторых, сохранение способности осознать значение своих действий и руководить ими делает их ответственными за выполнение медицинских назначений. Наконец, при назначении наказания в виде лишения свободы исполнение данной меры возлагается не на учреждения здравоохранения, а на медицинскую службу уголовно-исполнительной системы. Подробнее об этом см. комментарий к ст. 104 УК.

**Статья 101. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре. 1. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре может быть назначено при наличии оснований, предусмотренных статьей 97 настоящего Кодекса, если характер психического расстройства лица требует таких условий лечения, ухода, содержания и наблюдения, которые могут быть осуществлены только в психиатрическом стационаре.**

2. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа может быть назначено лицу, которое по своему психическому состоянию нуждается в стационарном лечении и наблюдении, но не требует интенсивного наблюдения.

3. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа может быть назначено лицу, которое по своему психическому состоянию требует постоянного наблюдения.

4. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением может быть назначено лицу, которое по своему психическому состоянию представляет особую опасность для себя или других лиц и требует постоянного и интенсивного наблюдения.

Комментарий к статье 101

1. Для назначения принудительного лечения в психиатрическом стационаре, помимо наличия оснований, предусмотренных ст. 97 настоящего Кодекса (см. комментарий), суд должен установить, что данное лицо нуждается именно в стационарном психиатрическом лечении. Это означает, что характер психического расстройства лица, в частности его тяжесть и неблагоприятное течение, не позволяет обеспечить оказание необходимой психиатрической помощи в иных условиях, кроме стационарных. Нуждаемость именно в стационарном лечении определяется также опасностью этого лица для себя или окружающих либо возможностью причинения им иного существенного вреда.

2. Тяжесть психического расстройства и нуждаемость в стационарном принудительном лечении должны быть установлены судом на основании заключения комиссии психиатров, а в установленных законом случаях - судебно-психиатрической экспертизы, в котором указывается, какой вид принудительных мер медицинского характера рекомендуется данному лицу. При выборе рекомендуемой для назначения судом принудительной меры психиатрические комиссии основываются на общем принципе необходимости и достаточности рекомендуемой меры для предотвращения новых общественно опасных деяний психически больного лица, а также проведения необходимых для него лечебно-реабилитационных мероприятий.

3. Назначение принудительных мер медицинского характера является исключительной компетенцией суда, и заключение экспертов-психиатров оценивается в совокупности со всеми обстоятельствами дела. Суд должен оценить психическое состояние лица, характер совершенного им деяния, включая способ его совершения и тяжесть наступивших последствий (п. 6 и п. 15 Постановления Пленума Верховного Суда СССР от 26 апреля 1984 г. № 4 // Сборник постановлений Пленумов по уголовным делам. С. 186, 188). На основании оценки психического состояния лица, характера совершенного им деяния и учитывая заключение экспертов-психиатров, суд принимает решение о назначении конкретной принудительной меры

медицинского характера и при выборе стационарного принудительного лечения указывает, в стационар какого типа следует направить данное лицо.

4. Настоящий Кодекс устанавливает три вида принудительного лечения в психиатрическом стационаре, как это было предусмотрено и в УК РСФСР в ред. 1988 г. Психиатрические стационары для принудительного лечения могут быть общего типа, специализированного типа и специализированного типа с интенсивным наблюдением. Специализированность психиатрического стационара означает, что лечебное учреждение имеет специальный режим содержания пациентов, включая принятие мер по предотвращению повторных общественно опасных деяний и побегов, а также специализированные реабилитационно-профилактические и коррекционно-воспитательные программы, ориентированные на особенности поступающих туда пациентов. Специализированный характер такого психиатрического стационара исключает возможность поступления и содержания в нем других больных, не направленных на принудительное лечение. Принудительное же лечение в психиатрическом стационаре общего типа проводится совместно с психически больными, не совершившими общественно опасных деяний, с соблюдением в основном тех же режимных требований. Изменение названия видов стационарных учреждений для принудительного лечения в настоящем Кодексе не отразилось на сложившейся практике организации принудительного лечения и назначении его конкретных видов.

5. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа может быть назначено лицу, которое по своему психическому состоянию нуждается в больничном лечении и наблюдении, но не требует интенсивного наблюдения. Необходимость принудительного лечения здесь обусловлена тем, что даже при относительной быстроте выведения пациента из психотического состояния с помощью медикаментозного лечения может сохраняться вероятность рецидива такого состояния и, следовательно, совершения повторного общественно опасного деяния. Содержание же больного в стационарных условиях способствует контролю за устойчивостью улучшения психического состояния пациента. Как правило, эта мера должна назначаться больным, совершившим общественно опасные деяния в психотическом состоянии, при отсутствии выраженных тенденций к нарушениям режима, но при вероятности повторения психоза либо при недостаточной критической оценке своего состояния, а также больным со слабоумием и состояниями психического дефекта различного происхождения, совершившим деяния, спровоцированные внешними неблагоприятными обстоятельствами без склонности к грубым нарушениям режима.

6. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа может быть назначено лицу, которое по своему психическому состоянию требует постоянного наблюдения. В такие больницы попадают пациенты, представляющие значительную опасность из-за склонности к совершению повторных общественно опасных деяний. Большая часть пациентов таких больниц обнаруживает психопатоподобные расстройства, различные проявления психического дефекта и изменения личности. Совершенные ими деяния в большинстве случаев носят корыстный, имущественный характер либо представлены хулиганскими действиями. Лечебно-реабилитационные мероприятия в специализированных стационарах строятся с опорой на коррекционно-воспитательные меры и трудовую реабилитацию. Постоянное наблюдение в этих отделениях обеспечивается предусмотренным штатными нормативами дополнительным медицинским персоналом (см. п. 9 комментария к ст. 99 УК РФ) и возможной организацией наружной охраны силами специально организуемой в больнице службы обеспечения безопасности.

7. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением является аналогом принудительного лечения со строгим наблюдением, по формулировке Уголовного кодекса РСФСР в ред. 1988 г. Эта мера медицинского характера предназначена для больных, которые по своему психическому состоянию представляют особую опасность для себя или других лиц, а также требуют постоянного и интенсивного наблюдения. По мнению ряда судебных психиатров и с учетом сложившейся практики, под особой опасностью лица, страдающего тяжелым психическим расстройством, следует понимать вероятность совершения деяний, отнесенных настоящим Кодексом (ст. 15) к категории особо тяжких, а также систематическое совершение общественно опасных деяний, несмотря на применявшиеся в прошлом меры медицинского характера. Кроме того, как и в ряде зарубежных стран, в такие больницы направляются лица, психическое состояние которых сопровождается расстройствами поведения, делающими невозможным их содержание и лечение без специально организованного интенсивного наблюдения. Все перечисленные признаки и являются показаниями для применения рассматриваемой принудительной меры медицинского характера. Необходимо обратить внимание на то, что между рассмотренными критериями нет строго очерченных границ. Нередко и особую опасность, и трудности содержания в стационаре можно констатировать у одного и того же больного. Некоторые из них, хотя и не совершили особо тяжкого деяния, своим поведением во время применения принудительной меры, попытками побега, агрессивными действиями в отношении персонала и других больных, упорным отказом от лечения не только препятствуют проведению медицинских мероприятий, но и становятся все более опасными для окружающих. Безопасность больных, содержащихся в этих стационарах, наряду с лечебными мероприятиями, обеспечивается, как уже отмечалось, и отделами охраны (см. п. 9 комментария к ст. 99 УК).

8. В целях предотвращения социальной дезадаптации психически больных принудительное лечение в стационарах общего и специализированного типа проводится с учетом развитой сети этих учреждений по месту жительства больного либо его родственников. Что же касается специализированных стационаров с интенсивным наблюдением, то их особенности и требования к режиму содержания пациентов не позволяют организовать такую работу в полном соответствии с вышеназванным принципом, и зачастую пациенты этих

учреждений находятся на принудительном лечении в значительном отдалении от дома.

9. Принудительное стационарное лечение связано не только с изоляцией пациентов от общества, но и с другими правоограничениями, обусловленными принудительным характером данной медицинской меры, например запретом свободного выхода с территории больницы, непредоставлением домашних отпусков. Пациенты таких стационаров не могут быть выписаны без решения суда о прекращении принудительного лечения. Кроме того, при наличии показаний медикаментозное и иное лечение этих лиц может проводиться без их согласия по решению комиссии врачей-психиатров (ч. 4 ст. 11 Закона РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании"), но их нельзя использовать для испытаний медицинских средств и методов. К ним также не применяются хирургические и иные методы лечения психических расстройств, имеющие необратимые последствия, - лоботомия, разрушение очага эпилептической активности в головном мозге и др. (ч. 5 ст. 11 названного Закона).

10. Вместе с тем Закон "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" предусматривает, что "лица, помещенные в психиатрический стационар по решению суда о применении принудительных мер медицинского характера, пользуются правами, предусмотренными ст. 37 настоящего Закона" (см. комментарии к ст. ст. 13 и 37 Закона). В соответствии с ч. 2 ст. 13 Закона пациенты, находящиеся на принудительном лечении, признаются нетрудоспособными на весь период пребывания в психиатрическом стационаре и имеют право на пособие по государственному социальному страхованию или на пенсию на общих основаниях. И наконец, на лиц, находящихся на принудительном лечении, в полной мере распространяется ст. 5 указанного Закона (см. комментарий), закрепляющая права лиц с психическими расстройствами, а также иные нормы, направленные на обеспечение и защиту их прав, например право на обжалование действий и решений медицинских работников, включая медицинские комиссии, при оказании психиатрической помощи (см. комментарии к ст. ст. 47 - 49 Закона).

11. При решении вопроса об изменении или прекращении применения принудительной меры медицинского характера может быть использован принцип "ступенчатости", в соответствии с которым, прежде чем прекратить применение этой меры, прибегают к ее замене на менее строгую. Так, улучшение психического состояния лица, повлекшее за собой уменьшение опасности для себя или окружающих, при котором отпадает необходимость в стационарном принудительном лечении, позволяет суду перейти к амбулаторному принудительному наблюдению и лечению у психиатра (см. комментарий к ст. 100 УК). Хотя постепенное изменение вида принудительного лечения облегчает социальную адаптацию психически больного, надо иметь в виду, что данный принцип не является обязательным. Верховный Суд СССР в свое время разъяснил, что более строгая мера принудительного лечения при наличии к тому оснований может быть отменена и без предварительного перевода лица в психиатрическую больницу менее строгого типа (п. 19 Постановления Пленума Верховного Суда СССР от 26 апреля 1984 г. N 4 // Сборник постановлений по уголовным делам. С. 188).

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

### **1. Продление, изменение и прекращение применения принудительных мер медицинского характера осуществляются судом по представлению администрации учреждения, осуществляющего принудительное лечение, на основании заключения комиссии врачей-психиатров.**

2. Лицо, которому назначена принудительная мера медицинского характера, подлежит освидетельствованию комиссией врачей-психиатров не реже одного раза в шесть месяцев для решения вопроса о наличии оснований для внесения представления в суд о прекращении применения или об изменении такой меры. Освидетельствование такого лица проводится по инициативе лечащего врача, если в процессе лечения он пришел к выводу о необходимости изменения принудительной меры медицинского характера либо прекращения ее применения, а также по ходатайству самого лица, его законного представителя и (или) близкого родственника. Ходатайство подается через администрацию учреждения, осуществляющего принудительное лечение, вне зависимости от времени последнего освидетельствования. При отсутствии оснований для прекращения применения или изменения принудительной меры медицинского характера администрация учреждения, осуществляющего принудительное лечение, представляет в суд заключение для продления принудительного лечения. Первое продление принудительного лечения может быть произведено по истечении шести месяцев с момента начала лечения, в последующем продление принудительного лечения производится ежегодно.

(в ред. Федерального закона от 20.03.2001 N 26-ФЗ)

3. Изменение или прекращение применения принудительной меры медицинского характера осуществляется судом в случае такого изменения психического состояния лица, при котором отпадает необходимость в применении ранее назначенной меры либо возникает необходимость в назначении иной принудительной меры медицинского характера.

4. В случае прекращения применения принудительного лечения в психиатрическом стационаре суд может передать необходимые материалы в отношении лица, находившегося на принудительном лечении, органам здравоохранения для решения вопроса о его лечении или направлении в психоневрологическое учреждение социального обеспечения в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации о здравоохранении.

Комментарий к статье 102

1. В связи с тем что принудительные меры направлены на возможное излечение лица, страдающего психическим расстройством, а также на снижение или устранение его опасности для общества, заранее определить срок пребывания такого лица в лечебном учреждении или его амбулаторного наблюдения невозможно. Поэтому принудительное лечение после его назначения судом продолжается до тех пор, пока наблюдение за больным не позволит сделать вывод об улучшении состояния его психического здоровья и (или) снижении его общественной опасности до такой степени, когда представится возможным отменить принудительное лечение или изменить его вид.

2. В отличие от УК РСФСР в новом УК более четко урегулированы вопросы продления, изменения и прекращения принудительного лечения в соответствии с Принципами защиты лиц, страдающих психическим заболеванием, и улучшения здравоохранения в области психиатрии, утвержденными резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 17 декабря 1991 г. N 46/119.

3. Для того чтобы принудительное лечение не превратилось в бессрочное пребывание в психиатрическом стационаре лиц, совершивших общественно опасное деяние в состоянии невменяемости или заболевших психическим расстройством после совершения преступления, в Кодексе определены сроки обязательного освидетельствования таких лиц комиссией врачей-психиатров. Данная норма - "не реже одного раза в шесть месяцев" - впервые предусмотрена законом. До принятия настоящего Кодекса периодичность освидетельствования регламентировалась Временной инструкцией Минздрава СССР. Многолетняя практика показала, что при установленной УК частоте освидетельствований нет опасности пропустить перемену в состоянии больного и задержать его на принудительном лечении без достаточных оснований; вместе с тем она не является и слишком частой, чтобы стать обременительной для врачей, а также сделать саму процедуру ненужной формальностью. Формулировка закона, с одной стороны, не допускает превышения этого срока, а с другой - позволяет лечащим врачам при наличии к тому оснований ставить вопрос о прекращении или изменении вида принудительного лечения и в более короткий срок (т.е. не дожидаясь истечения шести месяцев).

4. Комиссия врачей-психиатров, которая проводит периодические освидетельствования больных, находящихся на принудительном лечении, в соответствии с Методическим письмом МЗ РФ "О порядке применения принудительных и иных мер медицинского характера в отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния", обычно состоит из врачей учреждения, осуществляющего данные меры, список которых утверждается органом управления здравоохранением, которому подчинено учреждение. В этот список могут быть включены и специалисты, не являющиеся сотрудниками данного учреждения. Предусматривается также возможность в особенно сложных случаях помещать больного для обследования и решения вопроса об отмене, изменении формы или продлении принудительного лечения (см. комментарий к ст. 14 Закона) в Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского (п. 2 указанного Методического письма). <Письмо> Минздрава РФ от 23.07.1999 N 2510/8236-99-32 <О порядке применения принудительных и иных мер медицинского характера в отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния> утратило силу в связи с изданием <письма> Минздрава РФ от 10.05.2001 N 2510/4817-01-25 "Об отмене методического письма".

5. Основанием для решения вопроса о продлении, изменении и прекращении применения принудительного лечения может быть только состояние психического здоровья лица, в отношении которого применяются принудительные меры.

6. Результаты освидетельствования, независимо от конкретных выводов, к которым пришла комиссия врачей (о продлении, изменении или прекращении лечения), администрация представляет в суд, который принимает соответствующее решение.

7. Определенной новацией по сравнению с Уголовным кодексом РСФСР 1960 г. является требование о том, чтобы суд принимал решение и о продлении принудительной меры. Как следует из закона, первое продление производится судом через шесть месяцев после ее назначения. В последующем вопрос о необходимости продления принудительного лечения рассматривается судом ежегодно. До принятия настоящего Кодекса в соответствии с упоминавшейся Временной инструкцией (утверждена Приказом Минздрава СССР от 21 марта 1988 г. N 225) продление принудительного лечения без изменения его вида осуществлялось по решению комиссии врачей-психиатров. Поскольку максимальные сроки принудительного лечения законом не установлены, это приводило иногда к тому, что оно продолжалось до 20 и более лет без какого-либо вмешательства суда. Такой порядок вошел в противоречие с общим направлением развития и совершенствования организации психиатрической помощи и ее правовых основ. Так, в соответствии с Законом РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" (см. комментарии к ст. ст. 32 - 36 Закона) при госпитализации в психиатрическую больницу в недобровольном порядке необходима санкция судьи, который рассматривает вопрос с участием прокурора и обязательным присутствием самого больного (обычно судья выезжает для этого в больницу). Предусмотренный этим Законом судебный контроль не ограничивается только обоснованностью помещения больного в стационар; в течение полугода пребывания лица в больнице ежемесячно проводятся комиссионные освидетельствования, а по истечении шести месяцев решение о продлении недобровольного содержания в стационаре по представлению администрации больницы вновь принимается судьей. В дальнейшем аналогичная судебная процедура повторяется ежегодно. Таким образом, установление настоящим Кодексом аналогичного порядка и в отношении продления принудительных мер медицинского характера соответствует тенденции развития психиатрии в направлении укрепления гарантий защиты прав человека, большей демократизации, гуманизации и усиления контроля со стороны общества за

обоснованностью применения различных мер психиатрической помощи, особенно осуществляемых в недобровольном (в том числе принудительном) порядке.

8. Основания для продления принудительных мер медицинского характера сформулированы в ч. 2 ст. 102 УК от противного, как "отсутствие оснований для прекращения применения или изменения принудительной меры медицинского характера". Под этой формулировкой следует понимать, что критерии применения принудительных мер, приведенные в ч. 2 ст. 97 и в ст. ст. 100, 101 Кодекса, имевшие место при назначении данной меры, сохраняются и в настоящее время. Поэтому врачебные комиссии, принимая решение о необходимости продления принудительной меры медицинского характера, должны не просто констатировать отсутствие существенных изменений в клиническом состоянии больного, но и проанализировать его состояние и другие данные с точки зрения его опасности для себя и других лиц. При этом комиссия не должна исходить только из состояния больного на момент освидетельствования, ибо больной может не представлять опасности в связи с временным улучшением или проводящейся в стационаре интенсивной терапией. Необходимо оценить психическое расстройство в прогностическом аспекте с учетом проводящегося лечения и динамики состояния за время применения принудительной меры. При отсутствии данных, говорящих о стойкости достигнутого безопасного состояния, следует рекомендовать продление принудительной меры медицинского характера.

Так же следует подходить и к продлению принудительных мер медицинского характера лицам, у которых на данный момент (во время очередного освидетельствования комиссией) восстановилась способность осознавать фактический характер, общественную опасность своих действий (бездействия) и руководить ими, если сохраняется достаточно высокая вероятность повторения патологических состояний, исключающих такую способность. Примером могут служить больные эпилепсией, совершившие общественно опасные деяния в состоянии одной из разновидностей закономерно повторяющихся у них пароксизмальных (приступообразных) состояний (эпилептического припадка, сумеречного состояния, дисфории). Принудительные меры в отношении этих лиц нередко применяются, несмотря на то что вне названных пароксизмальных состояний они способны правильно воспринимать и оценивать окружающее, а также руководить своими действиями. Необходимость применения данных мер диктуется лишь высокой вероятностью повторения и необходимостью предотвращения указанных состояний, возникновение которых не зависит от воли этих лиц и может причинить значительный ущерб обществу.

9. Основания для изменения или прекращения применения принудительной меры медицинского характера в ч. 3 ст. 102 изложены вместе, хотя они существенно различаются. Для прекращения принудительного лечения необходимо, чтобы "отпала необходимость в применении ранее назначенной меры". Поскольку речь идет о прекращении любой из предусмотренных данным Кодексом принудительных мер (ст. 99), должно отсутствовать общее основание, которое в ч. 2 ст. 97 трактуется как наличие психических расстройств, связанных "с возможностью причинения иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц".

В клиническом отношении наиболее убедительным показанием для прекращения применения любой принудительной меры медицинского характера является выздоровление. Этот критерий, казалось бы, абсолютно ясен и однозначен: если психическое расстройство полностью прошло и человек выздоровел, совершенно отпадают основания для применения к нему каких бы то ни было медицинских мер. К сожалению, не часто встречаются случаи, когда можно с достаточной уверенностью говорить о полном выздоровлении. Так, лицо может излечиться от алкогольного психоза, но, во-первых, при сохраняющемся алкоголизме, выздоровление от которого всегда проблематично, остается высокая вероятность рецидива. Если подойти формально, в таком случае надо говорить о новом заболевании алкогольным психозом, хотя большого принципиального значения это не имеет. Поскольку закон призван охранять не только интересы больного, но и интересы общества, необходимы гарантии того, что опасное деяние, обусловленное психическим расстройством, не повторится. Во-вторых, можно ли считать выздоровление от алкогольного психоза полным, если не наступило выздоровление от алкоголизма, являющегося необходимым условием (и даже главной причиной) его возникновения?

Рассмотренная ситуация характерна не только для алкоголизма и алкогольных психозов, но и для ряда других расстройств психического уровня, развивающихся на почве умеренно выраженных (пограничных) психических нарушений, общесоматических заболеваний и т.д. К ним можно отнести состояния декомпенсации (патохарактерологические развития, реакции) при психопатиях (расстройствах личности), интоксикационные психозы при нарко- или токсикоманиях, соматогенные психозы при хроническом соматическом заболевании, реактивные психозы при сохраняющейся психотравмирующей ситуации и т.п. Во всех этих случаях речь идет о необходимости лечебного воздействия не только на само расстройство, приведшее к ООД и (или) явившееся основанием для освобождения лица от уголовной ответственности или наказания, но и на патологическую почву, ставшую условием или даже причиной возникновения этого расстройства, т.е. о профилактике рецидива или повторения заболевания, вероятность которых достаточно велика. Таким образом, хотя случаи полного выздоровления в собственном смысле, безусловно, могут иметь место (психозы на почве случайной однократной интоксикации; симптоматические психозы при инфекционных или общесоматических заболеваниях, которые полностью излечены; реактивные психозы на почве разрешившейся впоследствии психогении), они встречаются сравнительно редко, что ограничивает возможность применения критерия выздоровления как основания для прекращения принудительного лечения.

Гораздо чаще приходится иметь дело не с выздоровлением, а с таким изменением психического состояния,

при котором отпадает необходимость в применении принудительных мер. Как уже отмечалось, в соответствии с ч. 2 ст. 97 УК, это означает, что психическое расстройство данного лица не связано больше с возможностью причинения существенного вреда либо его опасностью для себя или других лиц. При этом речь совершенно обоснованно идет не обязательно об улучшении, а именно об изменении состояния, лишь бы оно сопровождалось снижением потенциальной опасности лица. Чаще всего это бывает связано с улучшением клинического состояния, развившимся в результате проведенного лечения и (или) реабилитационных мероприятий. Но нередко снижение вероятности совершения опасных деяний не сопровождается существенным изменением клинико-психопатологических характеристик психического расстройства или даже является следствием их ухудшения. Например, развитие слабоумия или апатико-абулического синдрома <\*> вследствие прогрессирования хронического психического заболевания в клиническом смысле, безусловно, следует оценить как утяжеление состояния. Но утрата способности к последовательной деятельности, снижение активности, которые обычно сопровождают эти расстройства, нередко приводят и к уменьшению опасности таких больных. То же можно сказать и о физической немощности, возникшей в результате осложнений в течении основного заболевания (например, сосудистого) или присоединения соматических нарушений. Опасность таких больных резко снижается, поскольку даже при наличии опасных тенденций больной не в силах их реализовать. Во всех таких случаях, если есть основания расценивать произошедшие изменения как достаточно стойкие, следует ставить вопрос об отмене принудительных мер, что будет соответствовать и принципу необходимости, и достаточности при их применении.

-----  
<\*> Эмоциональное опустошение, потеря активности.

10. Для изменения принудительной меры медицинского характера требуется, чтобы не только "отпала необходимость в применении ранее назначенной меры", но и "возникла необходимость в назначении иной принудительной меры медицинского характера". Иными словами, речь идет о появлении признаков, перечисленных в ст. ст. 100 и 101 УК в качестве критериев для назначения отдельных видов принудительного лечения (более подробно эти критерии изложены в Методическом письме МЗ РФ от 23 июля 1999 г.). Чаще всего это происходит в результате улучшения клинического состояния больного под влиянием лечения и (или) реабилитационных (восстановительных) мероприятий. Но возможно снижение общественной опасности и в результате утяжеления, как это отмечалось в п. 9 комментария к настоящей статье, или качественного изменения состояния больного. Если такое состояние оказывается длительным и требует иных условий содержания больного, прибегают к изменению принудительной меры в соответствии с процедурой, описанной в ч. 2 комментируемой статьи.

<Письмо> Минздрава РФ от 23.07.1999 N 2510/8236-99-32 <О порядке применения принудительных и иных мер медицинского характера в отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния> утратило силу в связи с изданием <письма> Минздрава РФ от 10.05.2001 N 2510/4817-01-25 "Об отмене методического письма". В ряде случаев, особенно после принудительного лечения с интенсивным наблюдением, при улучшении состояния прибегают к изменению принудительной меры и переводу больного в отделение специализированного типа, после чего по истечении более или менее длительного времени ставится вопрос о прекращении применения принудительной меры вообще. Это получило название ступенчатой отмены принудительного лечения. С введением настоящим Кодексом еще одной принудительной меры - амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра (ст. 99) - принцип ступенчатости найдет еще более широкое применение, поскольку позволит достаточно широко использовать эту меру в качестве заключительного этапа (ступени) применения принудительных мер медицинского характера (см. комментарий к ст. 100 УК).

11. Поскольку состояние больного во время принудительного лечения может измениться в противоположном направлении и привести к возрастанию его общественной опасности, это может потребовать изменения меры медицинского характера на более строгую (например, психиатрический стационар общего типа на стационар специализированного типа).

12. Предусмотренная настоящим Кодексом система принудительных мер медицинского характера позволяет не только выбрать меру, наиболее адекватную состоянию больного при ее назначении, но и в процессе применения принудительного лечения изменять его форму, добиваясь максимального соответствия медицинской меры характеру психического расстройства.

13. К изменению меры медицинского характера в направлении ее ослабления следует подходить с известной осторожностью, прибегая к этому лишь тогда, когда исключается риск нового утяжеления (возрастания опасности) состояния после перевода больного в условия менее жесткого контроля и наблюдения, так как это может привести к опасным последствиям в смысле возможности побега, агрессии в отношении других больных и персонала, совершения повторных ООД и т.п.

В случае необходимости перевода больного в условия более строгого наблюдения, напротив, необходима оперативность, поскольку к тем же неблагоприятным последствиям может привести промедление и оставление больного в условиях, не соответствующих его изменившемуся состоянию. На практике такое промедление нередко имеет место по причине того, что суды неоправданно затягивают рассмотрение соответствующих представлений психиатрических больниц, осуществляющих принудительное лечение. При оценке состояния больного с точки зрения показаний для изменения вида принудительного лечения на более строгий следует исходить из принципа необходимости и достаточности, избегая назначения более строгой, чем достаточно, меры, чтобы предотвратить повторное ООД и обеспечить проведение показанных

большому лечебно-реабилитационных мероприятий. Отступления от этого принципа встречаются в тех случаях, когда нарушения поведения, расцененные как возрастание опасности больного, бывают обусловлены не его состоянием (изменившимся или недостаточно правильно квалифицированным при назначении принудительной меры медицинского характера), а отступлениями от предписанного режима, допущенными персоналом стационара. Имеются в виду возможные грубость и даже рукоприкладство персонала, спровоцировавшие ответную агрессию больного, предоставление больному возможности свободного выхода с последующей оценкой этого как попытки побега либо инциденты, когда персоналом приносятся для больных спиртные напитки или наркотические средства. Во всех этих случаях нет оснований для изменения больному ранее назначенной меры медицинского характера, ибо оно ущемляло бы его права и законные интересы. Ходатайства администрации психиатрических учреждений об изменении принудительной меры по приведенным основаниям подлежат отклонению судом.

14. При прекращении принудительного лечения лица, совершившего общественно опасное деяние, материалы об этом лице передаются органам здравоохранения для последующего диспансерного наблюдения по месту жительства, лечения в психиатрическом стационаре на общих основаниях или направления в психоневрологическое учреждение социального обеспечения.

15. В случае прекращения принудительного лечения лица, совершившего преступление, но заболевшего в ходе расследования, судебного разбирательства или отбывания наказания временным психическим расстройством, соответственно возобновляются предварительное следствие, судебное разбирательство либо лицо направляется в исправительное учреждение для отбывания наказания.

**Статья 103. Зачет времени применения принудительных мер медицинского характера. В случае излечения лица, у которого психическое расстройство наступило после совершения преступления, при назначении наказания или возобновлении его исполнения время, в течение которого к лицу применялось принудительное лечение в психиатрическом стационаре, засчитывается в срок наказания из расчета один день пребывания в психиатрическом стационаре за один день лишения свободы.**

Комментарий к статье 103

1. При выздоровлении лица, совершившего преступление в состоянии вменяемости и затем в связи с психическим расстройством находившегося на принудительном лечении, возникают основания для назначения наказания или продолжения отбывания наказания за это преступление.

2. О выздоровлении и прекращении применения принудительного лечения см. комментарий к ст. 102 УК.

3. При необходимости производства предварительного расследования, судебного разбирательства, назначения и исполнения наказания органы расследования, прокурор, суд и органы исполнения наказания действуют в общем порядке, установленном соответственно уголовно-процессуальным, уголовным и уголовно-исполнительным законодательством.

4. В отношении лица, заболевшего психическим расстройством после совершения преступления, но до вынесения приговора, соответственно органом расследования, прокурором или судом должно быть проверено, не истекли ли сроки давности привлечения к уголовной ответственности (ст. 78 УК), а в отношении лица, заболевшего психическим расстройством после вынесения приговора, - проверено, не истекли ли сроки давности исполнения обвинительного приговора (ст. 83 УК).

5. Одновременно органы расследования, прокурор и суд обязаны соответственно проверить, не имеется ли других оснований для освобождения лица, в отношении которого прекращено принудительное лечение, от уголовной ответственности или от наказания (ст. ст. 77, 82, 85, 92, 93 УК).

6. С учетом того что принудительное лечение засчитывается в срок наказания в виде лишения свободы из расчета один день пребывания в психиатрическом стационаре за один день лишения свободы, при прекращении принудительного лечения администрация психиатрического стационара обязана проверить, не истек ли за время применения принудительных мер срок наказания, назначенный по приговору суда (ст. 72 УК). Представляется, что по истечении срока наказания такое лицо подлежит выписке из стационара по правилам прекращения принудительного лечения лица, совершившего преступление в состоянии невменяемости (см. п. 9 комментария к ст. 102 УК).

7. В тех случаях, когда принудительное лечение длилось дольше срока наказания, назначенного по приговору суда, срок погашения судимости исчисляется со дня истечения срока наказания, а не со дня выписки из психиатрического стационара.

8. Поскольку при проведении принудительного лечения в психиатрическом стационаре ограничения свободы более значительны, чем ограничения, которыми сопровождается наказание, не связанное с лишением свободы, по смыслу данной статьи при назначении или возобновлении исполнения такого наказания время принудительного лечения в психиатрическом стационаре также засчитывается в срок наказания.

9. Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра не налагает на больного существенных ограничений, данная мера предоставляет довольно большую свободу лицу, к которому она применяется (см. комментарий к ст. ст. 99, 100). В силу сказанного нет оснований засчитывать время, в течение которого применялось амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра, в срок наказания, тем более связанного с лишением свободы, что и следует из текста статьи. Впрочем, с учетом показаний для



амбулаторного лечения (см. комментарий к ст. 100 УК) применение данной меры к рассматриваемой категории лиц, заболевших после совершения преступления, маловероятно.

**Статья 104. Принудительные меры медицинского характера, соединенные с исполнением наказания. 1. В случаях, предусмотренных частью второй статьи 99 настоящего Кодекса, принудительные меры медицинского характера исполняются по месту отбывания лишения свободы, а в отношении осужденных к иным видам наказаний - в учреждениях органов здравоохранения, оказывающих амбулаторную психиатрическую помощь.**

2. При изменении психического состояния осужденного, требующем стационарного лечения, помещение осужденного в психиатрический стационар или иное лечебное учреждение производится в порядке и по основаниям, которые предусмотрены законодательством Российской Федерации о здравоохранении.

3. Время пребывания в указанных учреждениях засчитывается в срок отбывания наказания. При отпадении необходимости дальнейшего лечения осужденного в указанных учреждениях выписка производится в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации о здравоохранении.

4. Прекращение применения принудительной меры медицинского характера, соединенной с исполнением наказания, производится судом по представлению органа, исполняющего наказание, на основании заключения комиссии врачей-психиатров.

Комментарий к статье 104

1. В данной статье имеются в виду две категории лиц, совершивших преступление в состоянии вменяемости: 1) страдающие психическим расстройством, не исключающим вменяемости; 2) страдающие алкоголизмом или наркоманией. Этим лицам может быть назначено амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра (ч. 2 ст. 99 УК), но только при вынесении судом обвинительного приговора с назначением наказания. При назначении наказания в виде лишения свободы принудительная мера исполняется по месту отбывания наказания силами медицинской службы учреждений, исполняющих наказание <\*>. В отношении осужденных к иным мерам наказания принудительное лечение проводят учреждения, оказывающие психиатрическую помощь по месту жительства лица. В случае вынесения обвинительного приговора с освобождением осужденного от наказания (включая и условное осуждение) принудительное лечение не может быть применено.

<\*> В Уголовно-исполнительном кодексе к числу таких видов наказания отнесены также ограничение свободы и арест (ч. 1 ст. 18 УИК РФ).

2. К первой категории относятся лица, которые во время совершения преступления в силу психического расстройства не могли в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими (см. комментарий к ст. 22 УК). Данные обстоятельства являются основанием (наряду с основанием, приведенным в ч. 2 ст. 97 УК) для назначения такому лицу принудительного лечения.

3. Ко второй категории относятся лица, которые имеют болезненную склонность к систематическому употреблению спиртных напитков либо наркотических веществ и которые не желают или не в состоянии прекратить их употребление. Именно эти обстоятельства обуславливают необходимость применения принудительного лечения в отношении алкоголиков и наркоманов, совершивших преступление. Однако наряду с этим, как и в отношении лиц, отнесенных к первой категории, необходимо установить, что указанные расстройства связаны с возможностью причинения такими лицами существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц (ч. 2 ст. 97 УК).

4. При назначении принудительного лечения лицу, страдающему психическими аномалиями, суд основывает свое решение на заключении судебно-психиатрической экспертизы о состоянии психического здоровья подсудимого. Для принятия решения о необходимости применения принудительного лечения суд должен получить ответы на два вопроса: 1) о наличии психического расстройства, лишаящего лицо возможности во время совершения преступления в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими; 2) о необходимости применения принудительного лечения. Представляется, что суд может не согласиться с рекомендацией экспертизы применить принудительное лечение, но обязан мотивировать свое решение. В то же время суд, по нашему мнению, не вправе назначить принудительное лечение при отсутствии рекомендаций на этот счет судебно-психиатрической экспертизы.

5. Пленум Верховного Суда РФ в Постановлении от 20 декабря 1973 г. N 10 "О судебной практике по применению к осужденным алкоголикам и наркоманам принудительных мер медицинского характера" с изм. и доп. обратил внимание судов на то, что вопрос о применении принудительных мер медицинского характера к алкоголикам и наркоманам не может быть решен без медицинского заключения, отвечающего на вопросы: является ли лицо алкоголиком или наркоманом, нуждается ли оно в лечении и нет ли противопоказаний к такому лечению; медицинское заключение подлежит оценке судом, несогласие с ним должно быть мотивировано в приговоре; при отсутствии в деле такого заключения суд обязан восполнить пробел в судебном заседании, а при невозможности сделать это - решить вопрос о возвращении дела на дополнительное расследование (см.: Сборник постановлений Пленумов по уголовным делам. С. 332).

6. Как следует из комментируемой статьи, заключение о возможности прекращения принудительных мер, соединенных с наказанием, в отношении лиц, совершивших преступление в состоянии психического

расстройства, не исключающего вменяемости, а также в отношении алкоголиков и наркоманов дает комиссия врачей-психиатров (психиатров-наркологов).

7. В отличие от лиц с психическими расстройствами, не исключающими вменяемости, принудительное лечение которых прямо связано с их состоянием во время совершения преступления, принудительное лечение алкоголиков и наркоманов может быть назначено безотносительно к тому, совершено ли преступление в состоянии алкогольного или наркотического опьянения. Важно установить, что данное лицо нуждается в применении принудительных мер в связи с наличием у него алкоголизма или наркомании (см. п. 3 комментария к данной статье).

8. Наряду с алкоголизмом или наркоманией у лица могут быть психические расстройства (как обусловленные этими заболеваниями, так и имеющие иное происхождение), лишаящие его возможности в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими. В этом случае суд вправе назначить принудительное лечение по любому из двух оснований - психическое расстройство, не исключающее вменяемости; алкоголизм или наркомания - с учетом рекомендаций судебно-психиатрической экспертизы. Если эти категории лиц содержатся раздельно, от выбора основания назначения принудительного лечения может зависеть место его проведения (см. комментарии к ст. ст. 22 и 99 УК).

9. При исполнении принудительной меры, соединенной с наказанием, состояние осужденного может измениться и потребовать его помещения в психиатрический или наркологический стационар. Если наказание не связано с лишением свободы, то лицо помещается в стационар органов управления здравоохранением. При наказании в виде лишения свободы такое лицо помещается в стационарное учреждение медицинской службы уголовно-исполнительной системы Минюста России. Время пребывания такого лица в стационарном лечебном учреждении засчитывается в срок отбывания наказания (см. комментарий к ст. 103 УК).

10. Длительность принудительного лечения, соединенного с исполнением наказания, ограничена сроком назначенного судом наказания, но принудительное лечение может завершиться и до истечения этого срока, если в установленном порядке будет констатировано, что лицо перестало нуждаться в таком лечении. Решение об этом принимает суд по представлению органа, исполняющего наказание, на основании заключения врачей-психиатров (психиатров-наркологов).

11. По истечении срока наказания в виде лишения свободы осужденный, которому было назначено принудительное лечение, соединенное с наказанием, подлежит освобождению из исправительного учреждения. В тех случаях, когда начатое лечение не закончено и освобождаемый нуждается в его продолжении, необходимая документация направляется в органы управления здравоохранением по месту жительства и он может продолжить лечение в учреждении, оказывающем психиатрическую или наркологическую помощь, на общих основаниях (в добровольном порядке).

12. Необходимо особо отметить, что в соответствии с ч. 5 ст. 73 УК РФ на условно осужденного суд может возложить определенные обязанности, в частности пройти курс лечения от алкоголизма, наркомании, токсикомании и др. Систематическое или злостное уклонение от исполнения возложенных судом обязанностей в соответствии с ч. 3 ст. 74 может быть основанием для отмены условного осуждения и исполнения наказания, назначенного приговором суда. В Постановлении Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 27 мая 1998 г. N 9 "О судебной практике по делам о преступлениях, связанных с наркотическими средствами, психотропными, сильнодействующими и ядовитыми веществами" отмечается, что суды при условном осуждении должны прибегать именно к этой мере, а не к назначению принудительного лечения (Сборник по уголовным делам. С. 488). Действительно, амбулаторное принудительное лечение в отношении этих лиц, как мера, соединенная с исполнением наказания, не может быть проведено, поскольку наказание в данном случае не исполняется. По-видимому, аналогичным должен быть подход при условном осуждении и к лицам, страдающим психическими расстройствами, не исключающими вменяемости.

13. В новый УК не включена норма из ст. 62 УК РСФСР об ограничении дееспособности алкоголиков и наркоманов, поскольку лишение или ограничение дееспособности относится к сфере не уголовного, а гражданского законодательства.

## **Статья 128. Незаконное помещение в психиатрический стационар. 1. Незаконное помещение лица в психиатрический стационар -**

наказывается лишением свободы на срок до трех лет.

2. То же деяние, если оно совершено лицом с использованием своего служебного положения либо повлекло по неосторожности смерть потерпевшего или иные тяжкие последствия, - наказывается лишением свободы на срок от трех до семи лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

Комментарий к статье 128

1. Преступление, ответственность за которое предусмотрена в комментируемой статье, посягает на свободу и личную неприкосновенность личности. Это право является конституционным и гарантируется ст. 22 Конституции РФ.

2. Основания и порядок помещения лиц, страдающих психическими расстройствами, в психиатрические

учреждения, оказывающие стационарную помощь, установлены Законом РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании". В нем предусмотрены основания для госпитализации в психиатрический стационар как добровольно - по просьбе либо с согласия лица (ст. 28), так и недобровольно (ст. 29). Кроме этого, в ст. 36 того же Закона установлен порядок продления госпитализации, произведенной без согласия лица, а ст. 40 допускает возможность отказа в выписке добровольному пациенту, если будут обнаружены основания для его госпитализации в недобровольном порядке. Порядок госпитализации в психиатрический стационар без согласия лица закреплен в ст. ст. 32 - 35 названного Закона и требует освидетельствования недобровольно госпитализированных пациентов комиссией врачей-психиатров стационара, а затем обращения в суд для получения соответствующего постановления судьи.

3. Под незаконным помещением лица в психиатрический стационар следует понимать недобровольное помещение туда человека, не нуждающегося в лечении в стационарных условиях, хотя бы и страдающего психическим расстройством, либо вообще таковым не страдающего. Это следует из оснований для недобровольной госпитализации в психиатрический стационар, установленных в ст. 29 вышеназванного Закона. К таким основаниям относятся: наличие у лица тяжелого психического расстройства, которое обуславливает его непосредственную опасность для себя либо окружающих, или его беспомощность, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи. При этом также требуется, чтобы обследование или лечение такого пациента можно было провести только в условиях стационара. Поэтому помещение в психиатрический стационар лица, которое страдает психическим расстройством, отвечающим требованиям ст. 29, и нуждающегося в обследовании или лечении именно в условиях психиатрического стационара, хотя бы и с нарушением установленного вышеназванным Законом порядка, не образует состава преступления, предусмотренного комментируемой статьей. Не будет влечь уголовной ответственности и помещение в психиатрический стационар лица, чье расстройство не отвечает требованиям ст. 29, но согласившегося на госпитализацию.

4. Порядок, установленный упомянутым Законом для недобровольной госпитализации, - заключение комиссии врачей-психиатров психиатрического стационара и последующее рассмотрение дела в суде - направлен на то, чтобы в психиатрическую больницу помещались лишь те пациенты, которые действительно нуждаются в психиатрической помощи и при этом не могут получать ее в нестационарных условиях. Таким образом, незаконность в смысле комментируемой статьи означает такое нарушение решения вопроса о госпитализации лица, в результате которого в психиатрическом стационаре недобровольно окажется человек, в такой госпитализации не нуждавшийся. Подобное нарушение может произойти и при осуществлении госпитализации (ст. 29 упомянутого Закона), при продлении недобровольной госпитализации (ст. 36 того же Закона), и при отказе в выписке пациенту, находившемуся в психиатрическом стационаре добровольно, при установлении оснований для его госпитализации в недобровольном порядке, т.е. при переходе пациента из добровольного в недобровольный правовой статус (ч. 5 ст. 40 Закона).

5. Объективная сторона рассматриваемого преступления состоит в незаконном помещении лица в психиатрический стационар без его согласия, в незаконном продлении недобровольной госпитализации и в незаконном отказе пациенту, находящемуся в стационаре добровольно, в выписке и переводе его в статус недобровольного пациента.

6. Состав преступления, предусмотренного ч. 1 комментируемой статьи, формальный, и преступление будет окончено: в первом случае, когда лицо формально, юридически становится пациентом психиатрического стационара; во втором и третьем случаях - с момента отказа в выписке из психиатрического стационара. Доставка лица в приемный покой психиатрического стационара при осуществлении недобровольной госпитализации для осмотра врачом приемного покоя и последующего оформления госпитализации составляет покушение на рассматриваемое преступление (ст. 30 УК РФ). Длительность нахождения лица в психиатрическом стационаре в результате незаконного помещения туда для наступления уголовной ответственности по ч. 1 комментируемой статьи значения не имеет, но длительное нахождение в психиатрическом стационаре может быть расценено как тяжкие последствия данного деяния (ч. 2 комментируемой статьи).

7. Субъектом рассматриваемого преступления могут быть лица, которые в соответствии с Законом РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" уполномочены принимать решения о недобровольной госпитализации в психиатрический стационар либо о продлении такой госпитализации или о выписке из стационара. Это врач-психиатр скорой помощи, врач-психиатр внебольничного психиатрического учреждения, врач-психиатр приемного покоя психиатрического стационара, врач-психиатр, который является членом соответствующей врачебной комиссии, лечащий врач-психиатр или судья. Иные лица, достигшие 16-летнего возраста, например члены семьи или родственники потерпевшего, вызвавшие врача-психиатра либо уговорившие его поместить лицо в больницу, а равно лица, помогавшие везти потерпевшего в стационар и т.д., могут нести ответственность за соучастие в незаконном помещении лица в психиатрический стационар (ст. 33 УК).

8. С субъективной стороны рассматриваемое преступление характеризуется прямым умыслом. Виновный осознает, что незаконно помещает лицо, в недобровольной госпитализации не нуждающееся, в психиатрический стационар и желает этого. Мотивы преступления на квалификацию не влияют, на

практике они могут быть самыми разными (месть, корысть, желание скомпрометировать человека и т.п.) и могут учитываться при назначении наказания.

9. В ч. 2 комментируемой статьи предусмотрена ответственность за рассматриваемое преступление, совершенное при отягчающих обстоятельствах. К таким обстоятельствам относится совершение данного деяния лицом с использованием своего служебного положения, например главным врачом либо заведующим отделением психиатрического стационара; смерть потерпевшего или наступление иных тяжких последствий.

Смерть лица, незаконно помещенного в психиатрический стационар, может наступить в результате его самоубийства, применения лекарств без медицинских показаний для данного лица и т.п. Она должна находиться в причинной связи с незаконным помещением лица в психиатрический стационар, быть последствием этого. Смерть наступает по неосторожности, т.е. умыслом виновного не охватывается, но он предвидит возможности наступления смерти потерпевшего, хотя без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывает на ее предотвращение, либо не предвидит возможность ее наступления, хотя должен был и мог это предвидеть. С субъективной стороны такое деяние характеризуется двойной формой вины, но в целом преступление считается совершенным умышленно (ст. 27 УК).

Иными тяжкими последствиями в смысле ч. 2 комментируемой статьи могут быть причинение здоровью потерпевшего тяжкого или средней тяжести вреда как следствия пребывания в психиатрическом стационаре, причинение имущественного ущерба в результате длительной незаконной госпитализации, потеря работы, тяжелое заболевание близкого потерпевшему человека как результат его помещения в больницу и т.п. Оценка наступивших последствий как тяжких производится судом, однако квалификация конкретного деяния по ч. 2 комментируемой статьи как повлекшего тяжкие последствия возможна лишь тогда, когда эти последствия находятся в причинной связи с незаконным помещением потерпевшего в психиатрический стационар.

#### Приложение 1

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

№ 133

МИНИСТЕРСТВО ВНУТРЕННИХ ДЕЛ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

№ 269

ПРИКАЗ

от 30 апреля 1997 года

О МЕРАХ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ  
ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

В целях практического исполнения Закона Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", Федеральной целевой программы "Неотложные меры по совершенствованию психиатрической помощи (1995 - 1997 годы)", утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 20 апреля 1995 г. № 383, Уголовного кодекса Российской Федерации, в части, касающейся мер медицинского характера, и комплексного подхода к решению этих задач приказываем:

1. Утвердить прилагаемую Инструкцию об организации взаимодействия органов здравоохранения и внутренних дел Российской Федерации по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами.
2. Руководителям органов управления здравоохранением и руководителям МВД, ГУВД, УВД субъектов Российской Федерации, УВД (ОВД) 8 ГУ МВД России:
  - 2.1. Изучить в первом квартале 1997 года утвержденную Инструкцию с медицинскими работниками и сотрудниками соответствующих подразделений органов внутренних дел и принять меры к ее исполнению.
  - 2.2. Обеспечить взаимодействие соответствующих подразделений органов здравоохранения и органов внутренних дел в работе с лицами, страдающими психическими расстройствами, а также неразглашение сведений о состоянии психического здоровья граждан, тактичное и гуманное отношение к ним при исполнении служебных обязанностей.
  - 2.3. Проводить служебные проверки по фактам совершения лицами, страдающими психическими расстройствами, общественно опасных действий, в процессе которых вскрывать причины, способствовавшие их совершению, давать оценку эффективности ранее проведенных в отношении этих лиц лечебных, социально-реабилитационных и профилактических мероприятий, принимать меры к виновным и устранению выявленных недостатков.
3. Руководителям органов управления здравоохранением:
  - 3.1. Установить контроль за деятельностью психиатрических, психоневрологических и наркологических учреждений по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами, выявлению этих лиц, активному наблюдению за ними, проведению амбулаторной терапии и своевременной госпитализации.
  - 3.2. Обеспечить преемственность в деятельности внебольничных и стационарных учреждений по наблюдению, лечению и социально-трудовой реабилитации лиц с психическими расстройствами,

оказанию им правовой помощи, особенно при наличии общественно опасных тенденций.

3.3. Запретить выписку из стационаров, в нарушение действующего законодательства, лиц с психическими расстройствами, представляющих общественную опасность. Установить контроль за своевременным оформлением инвалидности лицам, утратившим трудоспособность, направлением больных, не имеющих определенного места жительства, в общежития для лиц, страдающих психическими расстройствами и утративших социальные связи, оформлением материалов при наличии показаний для опеки и направления в психоневрологические интернаты, обеспечением совместно с органами внутренних дел больных необходимыми документами.

3.4. Обязать руководителей учреждений здравоохранения своевременно информировать горрайорганы внутренних дел о самовольно ушедших из психиатрических стационаров больных, находящихся на принудительном лечении и госпитализированных в недобровольном порядке. Запретить выписку указанных лиц, самовольно ушедших из стационара.

4. Руководителям МВД, ГУВД, УВД субъектов Российской Федерации, УВД (ОВД) 8 ГУ МВД России:

4.1. Планировать и проводить занятия с личным составом соответствующих подразделений органов внутренних дел по вопросам осуществления недобровольной госпитализации лиц с психическими расстройствами, предупреждения с их стороны антиобщественного поведения.

4.2. Реагировать на факты агрессивного поведения и своевременно информировать соответствующие учреждения здравоохранения о возможном совершении общественно опасных действий лицом, страдающим психическим расстройством.

При оказании содействия медицинским работникам в недобровольной госпитализации руководствоваться Законом РСФСР "О милиции", ведомственными нормативными актами, гарантирующими строгое соблюдение прав граждан и их безопасность.

4.3. По каждому факту совершения лицами с психическими расстройствами преступлений, проводить предварительное следствие. Устанавливать причины и условия, способствовавшие совершению таких действий, и в установленном порядке вносить в соответствующие органы и учреждения представления об устранении имеющихся недостатков.

4.4. Паспортно-визовым подразделениям органов внутренних дел осуществлять:

4.4.1. По просьбе психиатрических и психоневрологических учреждений документирование (паспортизацию) лиц с психическими расстройствами, а также восстановление регистрации их по месту жительства.

4.4.2. По месту нахождения следственных изоляторов документирование находящихся в них лиц с психическими расстройствами, освобождаемых судом от уголовной ответственности и подлежащих переводу в психиатрические стационары для применения к ним принудительных мер медицинского характера.

5. Установить, что Приказ Минздрава СССР и МВД СССР от 5 мая 1988 г. N 357/93 в органах здравоохранения и в органах внутренних дел Российской Федерации не применяется.

6. Ответственность за выполнение настоящего Приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Российской Федерации Стародубова В.И. и заместителя министра внутренних дел Российской Федерации Латышева П.М.

Министр здравоохранения

Российской Федерации

Т.Б.ДМИТРИЕВА

Министр внутренних дел

Российской Федерации

А.С.КУЛИКОВ

Приложение

к Приказу Минздрава РФ и МВД РФ

от 30 апреля 1997 г. N 133/269

ИНСТРУКЦИЯ

ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ОРГАНОВ

ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ РОССИЙСКОЙ

ФЕДЕРАЦИИ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ

ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

1. Общие положения

1.1. Лица, страдающие хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, склонные к общественно опасным действиям, а равно лица, направленные судом на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра, подлежат активному диспансерному наблюдению в психоневрологических диспансерах (диспансерных отделениях, кабинетах) <\*>.

<\*> В дальнейшем именуются "психоневрологические диспансеры" или "ПНД".

Контрольные карты диспансерного наблюдения за этими лицами (формы N 030-1/У) располагаются в

общих картотеках психоневрологических диспансеров с пометкой в верхнем углу лицевой стороны карты "АДН" (активное диспансерное наблюдение), "ПЛ" (принудительное лечение) и цветной маркировкой либо формируются отдельным массивом с той же пометкой.

1.2. Решение о включении в группу лиц с психическими расстройствами, склонных к общественно опасным действиям, а также о выведении из нее в каждом конкретном случае принимается комиссией врачей-психиатров на основании медицинской документации психиатрических стационаров, а также данных, полученных врачами психоневрологических диспансеров.

1.3. На указанную в пункте 1.2 настоящей Инструкции комиссию направляются лица:

1.3.1. Совершившие в прошлом общественно опасные деяния, предусмотренные уголовным законодательством, с освобождением от уголовной ответственности или наказания и применением к ним принудительных мер медицинского характера.

1.3.2. Отбывшие наказание за преступления, совершенные до установления у них психического расстройства.

1.3.3. В структуру психических расстройств больных входят симптомы, обуславливающие склонность к совершению общественно опасных действий (императивные галлюцинации, некоторые формы бреда, психопатоподобные состояния с повышенной поведенческой активностью и патологией влечений и т.п.), в том числе приводившие в прошлом к недобровольной госпитализации.

1.3.4. Страдающие пограничными формами психических расстройств, совершившие в прошлом общественно опасные деяния, в отношении которых они признавались невменяемыми в связи с развившимся на этой почве психозом.

1.4. Лица с психическими расстройствами, включенные в группу активного диспансерного наблюдения, а также находящиеся на амбулаторном принудительном наблюдении и лечении у психиатра, обследуются врачом-психиатром психоневрологического диспансера не реже одного раза в месяц.

1.5. При госпитализации лиц с психическими расстройствами в психиатрический стационар, переводе из одного стационара в другой или передаче под диспансерное наблюдение ПНД направляющее учреждение в обязательном порядке извещает принимающее учреждение о склонности этих лиц к общественно опасным действиям либо нахождению на амбулаторном принудительном наблюдении и лечении у психиатра. В дополнение к сведениям, включаемым в медицинскую документацию, сообщаются также следующие данные о больном: ведущий синдром; тип течения заболевания; психопатологический механизм, характер и кратность общественно опасных деяний; личностные и ситуационные факторы, способствующие или препятствующие их осуществлению; проведенные на данном этапе лечебно-реабилитационные мероприятия и их эффективность; рекомендуемые меры по предотвращению общественно опасных деяний.

1.6. Лицо, страдающее психическим расстройством и представляющее по своему психическому состоянию непосредственную опасность для себя или окружающих, в соответствии с Законом Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" может быть госпитализировано в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя по решению врача-психиатра до постановления судьи, с немедленным уведомлением об этом его родственников или законного представителя.

При необходимости госпитализации из дома психически больного, представляющего непосредственную опасность для себя или окружающих, и при наличии оснований предполагать, что он или его родственники окажут сопротивление, работники психоневрологического диспансера, скорой психиатрической помощи обращаются за содействием в орган внутренних дел, на территории обслуживания которого находится психически больной.

Начальник органа внутренних дел, его заместитель по просьбе работников психиатрической службы обеспечивает к назначенному времени (при необходимости - немедленно) и по указанному адресу прибытие сотрудников милиции для оказания содействия медицинским работникам.

1.7. Недобровольная госпитализация возлагается на работников психиатрической службы.

Сотрудники милиции осуществляют розыск и оказывают содействие в задержании лиц, подлежащих госпитализации, обеспечивают охрану общественного порядка, безопасные условия для доступа к госпитализируемому лицу и его осмотра, пресекают противоправные действия граждан, препятствующих госпитализации.

Сотрудниками милиции совместно с медицинскими работниками в обязательном порядке производится личный досмотр больного с целью изъятия предметов, которые могут быть использованы им в качестве орудий нападения.

При госпитализации психически больных, не имеющих родственников либо проживающих отдельно, сотрудниками милиции принимаются меры по обеспечению сохранности их имущества.

2. Порядок взаимодействия органов здравоохранения с органами внутренних дел по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами

2.1. Психоневрологический диспансер:

2.1.1. Направляет в орган внутренних дел по месту жительства лиц с психическими расстройствами, состоящих на активном диспансерном наблюдении и на амбулаторном принудительном наблюдении и лечении у психиатра, следующую письменную информацию:

- ежегодно, до 20 января, список лиц, находящихся на активном диспансерном наблюдении и лечении у психиатра;
- сведения об изменении места жительства лицом с психическим расстройством, находящимся на активном диспансерном наблюдении или амбулаторном принудительном наблюдении и лечении у психиатра, а также при длительном отсутствии его по месту регистрации;
- данные о лицах, вновь включенных в список активного диспансерного наблюдения, принятых на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра и снятых с него, немедленно по принятии соответствующих решений.

2.1.2. Получив информацию органа внутренних дел о совершении лицом, страдающим психическим расстройством, действий, содержащих признаки уголовно наказуемого деяния, административного правонарушения либо о появлении у него особенностей поведения, свидетельствующих о реальной возможности совершения общественно опасных действий, а также информацию о лицах, поведение которых объективно свидетельствует о возможности наличия у них психического расстройства и совершения по этой причине общественно опасных действий, незамедлительно обеспечивает их освидетельствование (в необходимых случаях с выездом в подразделение органа внутренних дел, которым задержано указанное лицо) и решает вопрос о целесообразности немедленной госпитализации.

## 2.2. Психиатрическая больница:

2.2.1. В течение суток сообщает в территориальный орган внутренних дел о поступлении психически больного без документов, удостоверяющих личность (если он неизвестен медицинскому учреждению), или с документами, вызывающими сомнение в их принадлежности больному, а также о поступлении больного, который по психическому состоянию не может сообщить о себе сведения.

2.2.2. Принимает меры к розыску и возвращению совершившего побег психически больного из психиатрического стационара, склонного к общественно опасным действиям (в том числе находящегося на принудительном лечении), а также информирует об этом:

- орган внутренних дел, на территории обслуживания которого находится психиатрический стационар, а также орган внутренних дел, на территории которого проживает лицо, совершившее побег (с указанием полных анкетных данных, примет, в том числе особых, одежды, адресов места жительства бежавшего и его родственников, законных представителей);

- лечебно-профилактические учреждения, оказывающие внебольничную (в том числе экстренную) психиатрическую помощь населению территории, на которой расположен стационар, а также территории, на которой проживает лицо, совершившее побег, на предмет психиатрического освидетельствования и госпитализации.

При обнаружении (задержании) бежавшего больного администрация психиатрической больницы, психоневрологический диспансер и орган внутренних дел обеспечивают взаимную информацию о прекращении розыскных мероприятий.

2.2.3. Письменно или телефонограммой информирует психоневрологический диспансер, орган внутренних дел по месту жительства больного, а также его родственников либо законных представителей о его предстоящей выписке после принудительного лечения или недобровольной госпитализации.

## 2.3. Орган внутренних дел:

2.3.1. Направляет в психоневрологический диспансер информацию о лицах с психическими расстройствами, находящихся под активным диспансерным наблюдением и на амбулаторном принудительном наблюдении и лечении у психиатра, в случаях:

- совершения ими общественно опасных деяний, возбуждения уголовного дела, задержания, заключения под стражу;
- совершения ими административных правонарушений;
- появления у них особенностей поведения, свидетельствующих о реальной возможности совершения ими общественно опасных деяний, и необходимости их освидетельствования;
- перемены ими места жительства (аналогичное сообщение направляется в орган внутренних дел по новому месту проживания больных).

2.3.2. Перечисленная информация на лиц с психическими расстройствами направляется в психоневрологический диспансер в течение трех дней с момента возбуждения в отношении его уголовного дела, задержания, заключения под стражу, совершения административного правонарушения, снятия с регистрационного учета по месту жительства. В случае появления у такого лица особенностей поведения, свидетельствующих о реальной возможности совершения им общественно опасного деяния, и необходимости его освидетельствования, информация доводится до органов здравоохранения незамедлительно.

2.3.3. Получив сообщение о поступлении в психиатрическую больницу (отделение) больного без документов, удостоверяющих личность, или с документами, вызывающими сомнение в их принадлежности больному, а также психически больного, который по состоянию здоровья не может сообщить о себе сведения, орган внутренних дел принимает меры по установлению его личности.

2.3.4. При получении из психоневрологического диспансера сведений об изменении лицом с психическим расстройством, находящимся на активном диспансерном наблюдении, амбулаторном принудительном наблюдении и лечении, места жительства, длительном отсутствии его по месту регистрации, орган внутренних дел незамедлительно принимает меры к установлению места нахождения

лица и предупреждению возможных с его стороны общественно опасных действий. Об установлении данного лица орган внутренних дел информирует психоневрологический диспансер.

## Приложение 2

### КОДЕКС ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИКИ ПСИХИАТРА

(Принят на Пленуме Правления

Российского общества психиатров 19 апреля 1994 г.)

С давних пор и до наших дней этика была и остается органической частью медицины. Под профессионализмом в медицине всегда понималось сочетание специальных знаний и искусства врачевания с высокой нравственностью.

Наиболее значима роль этики в профессиональной деятельности психиатра, что обусловлено особым характером его взаимоотношений с пациентом и спецификой возникающих при этом моральных проблем.

Поскольку психиатрия располагает средствами воздействия на психику человека, она является объектом пристального внимания со стороны общества. И хотя психиатр, как и любой врач, в своих действиях руководствуется чувством сострадания, доброжелательности, милосердия, существует необходимость письменного закрепления общепринятых правил профессиональной психиатрической этики.

Данный Кодекс основан на гуманистических традициях отечественной психиатрии, фундаментальных принципах защиты прав и свобод человека и гражданина и составлен с учетом этических стандартов, признанных международным профессиональным сообществом.

Назначение Кодекса состоит в том, чтобы обозначить нравственные ориентиры, дать психиатрам "ключи" к принятию решений в сложных (с этической, правовой и медицинской точек зрения) проблемных ситуациях, свести к минимуму риск совершения ошибок, защитить психиатров от возможных неправомерных к ним претензий. Кодекс призван также способствовать консолидации профессионального сообщества психиатров России.

1

**ГЛАВНОЙ ЦЕЛЬЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХИАТРА ЯВЛЯЕТСЯ ОКАЗАНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВСЯКОМУ НУЖДАЮЩЕМУСЯ В НЕЙ, А ТАКЖЕ СОДЕЙСТВИЕ УКРЕПЛЕНИЮ И ЗАЩИТЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ.**

Высшими ценностями для психиатра в его профессиональной деятельности являются здоровье и благо пациентов.

Психиатр должен быть постоянно готов оказать помощь пациентам независимо от их возраста, пола, расовой и национальной принадлежности, социального и материального положения, религиозных и политических убеждений или иных различий.

Любые проявления превосходства над пациентами, равно как и выражение кому-либо из них предпочтений по соображениям немедицинского характера со стороны психиатра недопустимы.

Психиатр должен заботиться об охране психического здоровья населения; активно участвовать в развитии и повышении качества психиатрической помощи; привлекать внимание общественности и средств массовой информации к ее нуждам, достижениям и недостаткам; прилагать усилия к улучшению осведомленности и образованности общества в вопросах психиатрии.

Каждый психиатр несет моральную ответственность за деятельность психиатрического сообщества, представителем которого он является.

2

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ ПСИХИАТРА - ЕГО СПЕЦИАЛЬНЫЕ ЗНАНИЯ И ИСКУССТВО ВРАЧЕВАНИЯ - ЯВЛЯЕТСЯ НЕОБХОДИМЫМ УСЛОВИЕМ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.**

Психиатр должен постоянно совершенствоваться в своей профессии, используя все доступные источники медицинских знаний, возможности для научного поиска, собственный опыт и опыт своих коллег. Профессиональная компетентность дает психиатру моральное право самостоятельно принимать ответственные решения и осуществлять руководство другими специалистами и персоналом.

При возникновении затруднений в процессе оказания помощи пациенту психиатр должен обратиться за консультацией к коллегам, а при аналогичном обращении коллег - оказывать им содействие.

3

**ПСИХИАТР НЕ ВПРАВЕ НАРУШАТЬ ДРЕВНЮЮ ЭТИЧЕСКУЮ ЗАПОВЕДЬ ВРАЧА: "ПРЕЖДЕ ВСЕГО НЕ ВРЕДИТЬ!"**

Недопустимо причинение вреда пациенту как намеренно, так и по небрежности, нанесение ему морального, физического или материального ущерба со стороны психиатра. Психиатр не вправе безучастно относиться к действиям третьих лиц, стремящихся причинить пациенту такой ущерб.

Если обследование или лечение сопряжены с побочными эффектами, болевыми ощущениями, возможными осложнениями, применением мер принуждения, другими негативными для пациента явлениями, психиатр обязан тщательно сопоставить риск нанесения ущерба с ожидаемым положительным результатом.

Психиатрическое вмешательство может быть морально оправдано только тогда, когда реально



достижимая польза пациенту от такого вмешательства перевешивает возможные негативные последствия:

"Лекарство не должно быть хуже болезни!"

4

**ВСЯКОЕ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ ПСИХИАТРОМ СВОИМИ ЗНАНИЯМИ И ПОЛОЖЕНИЕМ ВРАЧА НЕСОВМЕСТИМО С ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИКОЙ.**

Психиатр не вправе использовать свои профессиональные знания и возможности вопреки медицинским интересам или с целью искажения истины; без достаточных оснований и необходимости применять медицинские меры или отказывать в психиатрической помощи тем, кому она необходима.

Психиатр не вправе навязывать пациенту свои философские, религиозные, политические взгляды.

Личные предубеждения психиатра или иные непрофессиональные мотивы не должны оказывать воздействие на диагностику и лечение. Диагноз психического расстройства не может основываться только на несовпадении взглядов и убеждений человека с принятыми в обществе.

Психиатр не вправе при оказании пациенту психиатрической помощи заключать с ним имущественные сделки, использовать его труд в личных целях, вступать в интимную связь, пользуясь своим положением врача или психической несостоятельностью пациента.

Психиатр не вправе способствовать самоубийству пациента. Психиатр не вправе применять медицинские методы и средства с целью наказания пациента, для удобства персонала или других лиц, а также участвовать в пытках, казнях, иных формах жестокого и бесчеловечного обращения с людьми.

5

**МОРАЛЬНАЯ ОБЯЗАННОСТЬ ПСИХИАТРА - УВАЖАТЬ СВОБОДУ И НЕЗАВИСИМОСТЬ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТА, ЕГО ЧЕСТЬ И ДОСТОИНСТВО, ЗАБОТИТЬСЯ О СОБЛЮДЕНИИ ЕГО ПРАВ И ЗАКОННЫХ ИНТЕРЕСОВ.**

Унижение психиатром человеческого достоинства пациента, негуманное, немилосердное отношение к нему являются грубейшими нарушениями профессиональной этики.

Психиатр обязан проявлять максимальную деликатность в отношении личной жизни пациента, не вторгаться в эту сферу без его согласия, а в случаях, требующих по медицинским показаниям установления контроля за поведением пациента, ограничивать свое вмешательство рамками профессиональной необходимости; в таких случаях следует сообщать пациенту о причинах и характере предпринимаемых мер.

Психиатр должен оказывать помощь пациентам в условиях наименьшего стеснения их свободы, способствовать формированию у них чувства ответственности за свои поступки.

При возникновении конфликта интересов психиатр должен отдавать предпочтение интересам пациента, если только их реализация не причинит пациенту серьезного ущерба и не будет угрожать правам других лиц.

6

**ПСИХИАТР ДОЛЖЕН СТРЕМИТЬСЯ К УСТАНОВЛЕНИЮ С ПАЦИЕНТОМ "ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СОТРУДНИЧЕСТВА", ОСНОВАННОГО НА ВЗАИМНОМ СОГЛАСИИ, ДОВЕРИИ, ПРАВДИВОСТИ И ВЗАИМНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ.**

Если психическое состояние пациента исключает возможность таких отношений, они устанавливаются с его законным представителем, родственником или другим близким лицом, действующим в интересах пациента. В случае установления отношений, не имеющих целью лечение, например при производстве экспертизы, их цель и характер должны быть разъяснены обследуемому в полном объеме.

Психиатр обязан обсуждать с пациентом проблемы его психического здоровья, предлагаемый план обследования и лечения, преимущества и недостатки соответствующих медицинских методов и средств, не скрывая от пациента характера побочных эффектов и осложнений, если вероятность их появления существенна. При этом психиатру следует избегать причинения пациенту психической травмы и стараться вселить надежду на лучшее.

Психиатр не должен обещать пациенту невыполнимого и обязан выполнять обещанное. Его задача - привлечь пациента в качестве союзника для достижения здоровья и благополучия.

7

**ПСИХИАТР ДОЛЖЕН УВАЖАТЬ ПРАВО ПАЦИЕНТА СОГЛАШАТЬСЯ ИЛИ ОТКАЗЫВАТЬСЯ ОТ ПРЕДЛАГАЕМОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОСЛЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ НЕОБХОДИМОЙ ИНФОРМАЦИИ.**

Никакое психиатрическое вмешательство не может быть произведено против или независимо от воли пациента, за исключением случаев, когда вследствие тяжелого психического расстройства пациент лишается способности решать, что является для него благом, и когда без такого вмешательства с высокой вероятностью может последовать серьезный ущерб самому пациенту или окружающим.

Применение психиатром в этих случаях к пациенту недобровольных мер необходимо и морально оправдано, но допустимо лишь в пределах, которые определяются наличием такой необходимости.

Отсутствие законных оснований для применения недобровольных мер к пациенту, психическое состояние которого вызывает у психиатра опасения, не освобождает психиатра от моральной обязанности искать другие возможности и действовать ненасильственным путем. Отказ такого пациента от психиатрической помощи остается на совести врача.

В особых случаях, когда на психиатра возлагается обязанность осуществления принудительного

обследования или иных принудительных психиатрических мер по решению суда или иного уполномоченного на то органа, психиатр может осуществлять эти меры только в строгом соответствии с требованиями закона. Если же психиатр считает, что для применения принудительных мер отсутствуют медицинские показания, то его моральный долг - сообщить об этом органу, принявшему соответствующее решение.

8

**ПСИХИАТР НЕ ВПРАВЕ РАЗГЛАШАТЬ БЕЗ РАЗРЕШЕНИЯ ПАЦИЕНТА ИЛИ ЕГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ СВЕДЕНИЯ, ПОЛУЧЕННЫЕ В ХОДЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА И СОСТАВЛЯЮЩИЕ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ**, включая сам факт оказания психиатрической помощи. Психиатр не вправе без такого разрешения разглашать сведения, составляющие врачебную тайну, если они были получены им от другого врача, из медицинских документов или иных источников.

Смерть пациента не освобождает психиатра от обязанности сохранения врачебной тайны.

Психиатр вправе сообщать третьим лицам сведения, составляющие врачебную тайну, независимо от согласия пациента или его законного представителя только в случаях, предусмотренных законом, и в случаях, когда у психиатра нет иной возможности предотвратить причинение серьезного ущерба самому пациенту или окружающим. При этом психиатру следует, по возможности, ставить пациента в известность о неизбежности раскрытия информации.

9

**ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ИЛИ ИСПЫТАНИИ НОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ МЕТОДОВ И СРЕДСТВ С УЧАСТИЕМ ПАЦИЕНТОВ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ЗАРАНЕЕ ОПРЕДЕЛЕНЫ ГРАНИЦЫ ДОПУСТИМОСТИ И УСЛОВИЯ ИХ ПРОВЕДЕНИЯ** путем тщательного взвешивания риска причинения ущерба пациенту и вероятности достижения положительного эффекта. Психиатр-исследователь обязан руководствоваться приоритетом блага пациента над общественной пользой и научными интересами.

Испытания и эксперименты могут проводиться лишь при условии получения согласия пациента или его законного представителя после сообщения необходимой информации, а также по иным установленным законом правилам.

Психиатр-исследователь обязан соблюдать право пациента на отказ от участия в исследовательской программе на любом ее этапе и по любым мотивам. Этот отказ ни в коей мере не должен отрицательно влиять на отношение к пациенту и оказание ему психиатрической помощи.

Аналогичные этические требования с гарантиями сохранения врачебной тайны и уважения достоинства пациентов должны предъявляться и при их представлении на научных собраниях и участии в учебном процессе.

10

**МОРАЛЬНОЕ ПРАВО И ДОЛГ ПСИХИАТРА - ОТСТАИВАТЬ СВОЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ НЕЗАВИСИМОСТЬ.**

Оказывая медицинскую помощь, участвуя в комиссиях и консультациях, выступая в роли эксперта, психиатр обязан открыто заявлять о своей позиции, защищать свою точку зрения, а при попытках давления на него - требовать юридической и общественной защиты.

Психиатр должен отказаться от сотрудничества с представителями пациентов или иными лицами, если они добиваются от него действий, противоречащих этическим принципам или закону.

Право психиатра отстаивать свою точку зрения должно сочетаться с высокой требовательностью к себе, способностью признавать и исправлять собственные ошибки, обнаруженные коллегами или самостоятельно.

11

**ВО ВЗАИМООТНОШЕНИЯХ С КОЛЛЕГАМИ ГЛАВНЫМИ ЭТИЧЕСКИМИ ОСНОВАНИЯМИ СЛУЖАТ ЧЕСТНОСТЬ, СПРАВЕДЛИВОСТЬ, ПОРЯДОЧНОСТЬ, УВАЖЕНИЕ К ИХ ЗНАНИЯМ И ОПЫТУ, А ТАКЖЕ ГОТОВНОСТЬ ПЕРЕДАТЬ СВОИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗНАНИЯ И ОПЫТ.**

Психиатр обязан делать все от него зависящее для консолидации профессионального сообщества, руководствуясь нравственными принципами, защищать честь и достоинство коллег как свои собственные.

Долг психиатра - беспристрастно анализировать как собственные ошибки, так и ошибки своих коллег.

Выражение несогласия с их мнениями и действиями или критика в их адрес должны быть объективными, аргументированными и неоскорбительными. Психиатр должен избегать отрицательных высказываний о работе коллег в присутствии пациентов или их родственников, за исключением случаев, связанных с обжалованием действий врача. Попытки завоевать себе авторитет путем дискредитации коллег не этичны.

Моральная обязанность психиатра - активно препятствовать практике бесчестных и некомпетентных коллег, как и различного рода непрофессионалов, наносящих ущерб здоровью пациентов.

12

**ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА НАРУШЕНИЕ КОДЕКСА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИКИ ПСИХИАТРА** определяется Уставом Российского общества психиатров (Уставом профессионального сообщества, принимающего данный Кодекс).

Приложение 3  
ПРИМЕРНЫЕ ФОРМЫ ДОКУМЕНТОВ,  
РЕКОМЕНДУЕМЫХ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В ПРОЦЕССЕ  
ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ  
СОГЛАСИЕ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ  
В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР

Я, \_\_\_\_\_, 19\_\_ г.р.

(фамилия, имя, отчество)

согласен на госпитализацию \_\_\_\_\_

(моего сына, дочери, в возрасте до 15 лет,

\_\_\_\_\_ или моего подопечного - указать фамилию, имя, отчество пациента)

в психиатрический стационар \_\_\_\_\_

(наименование)

Дата Подпись пациента

(или его законного представителя)

\_\_\_\_\_  
Врач-психиатр Подпись врача-психиатра

(фамилия, имя, отчество)

учреждения

(наименование)

Место и время осмотра N \_\_\_\_\_ наряда

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество  
врача)

\_\_\_\_\_  
(наименование учреждения)

НАПРАВЛЕНИЕ  
НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ

N \_\_\_\_\_

В психиатрическую больницу \_\_\_\_\_

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя, отчество \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_

Адрес больного (с указанием района) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Адрес близких родственников \_\_\_\_\_

Место работы больного \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Кем работает больной \_\_\_\_\_

Направляется в больницу первично, повторно \_\_\_\_\_

(подчеркнуть)

Краткий анамнез данного заболевания \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Соматический статус с указанием температуры тела, повреждений,  
угрожающих для жизни явлений \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Психический статус \_\_\_\_\_



От \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)  
врача-психиатра \_\_\_\_\_  
(наименование)

и адрес психиатрического  
учреждения)  
О получении санкции судьи  
на психиатрическое  
освидетельствование гражданина  
без его согласия или без  
согласия его законного  
представителя  
(нужное подчеркнуть)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

По поступившим сведениям у гр-на(ки) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)  
\_\_\_\_\_ года рождения, проживающего(ей) по адресу \_\_\_\_\_  
(заполняется,

если адрес известен, либо указывается место пребывания гр-на(ки)  
имеют место признаки тяжелого психического расстройства, которое  
обуславливает:

- 1) его (ее) беспомощность, т.е. неспособность самостоятельно  
удовлетворять основные жизненные потребности, или
- 2) существенный вред его (ее) здоровью, вследствие ухудшения  
психического состояния, если он (она) будет оставлен(а) без  
психиатрической помощи (нужное подчеркнуть).

Мое предположение о наличии тяжелого психического расстройства  
у гр-на(ки)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)  
основывается на информации о его (ее) поведении, полученной от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указывается лицо или лица, подавшие заявление об  
освидетельствовании, а также его (их)

\_\_\_\_\_ (адрес либо должность и место работы)  
Письменное(ые) заявление(я) с просьбой об освидетельствовании  
прилагается(ются).

Гр-ну(ке) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)  
либо его (ее) законному представителю \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество, адрес)

было предложено \_\_\_\_\_

(указывается кем и когда)  
дать согласие на освидетельствование. Согласие получено не было  
вследствие (нужное подчеркнуть):

- 1) Отказа гр-на(ки) \_\_\_\_\_ ;  
(фамилия, имя, отчество)
- 2) Отказа его (ее) законного представителя \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)
- 3) Невозможности получить согласие вследствие \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указать причину)

На основании части 4 ст. 23 (п. п. б", "в" (нужное  
подчеркнуть)), части 2 ст. 24 и части 5 ст. 25 Закона РФ "О  
психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании"  
прошу вынести постановление о даче санкции на психиатрическое  
освидетельствование гр-на(ки) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ года рождения,

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)  
без его (ее) согласия или без согласия его (ее) законных  
представителей (нужное подчеркнуть).

Приложения

1) Заявление об освидетельствовании

2)

3)

4)

(п. 2 и последующие заполняются при наличии других материалов, подтверждающих просьбу заявителя).

Дата Подпись врача и

его личная печать

В \_\_\_\_\_ районный

народный суд

От \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

главного врача \_\_\_\_\_

(наименование

и адрес психиатрического  
учреждения)

О госпитализации гражданина

в психиатрический стационар

без его согласия или без

согласия его законного

представителя

(нужное подчеркнуть)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Гр-н(ка) \_\_\_\_\_, 19\_\_ года рождения,

(фамилия, имя, отчество)

проживающий(ая) по адресу \_\_\_\_\_

(заполняется, если адрес известен,

либо указывается место пребывания гр-на(ки)

был(а) госпитализирован(а) " \_\_ " \_\_\_\_\_ 200\_\_ г., в \_\_\_\_\_ часов,

в \_\_\_\_\_

(наименование психиатрического учреждения)

Направление на госпитализацию было выдано \_\_\_\_\_,

(когда и кем - фамилия, имя, отчество)

врачом-психиатром \_\_\_\_\_

(наименование и адрес психиатрического учреждения

либо реквизиты бригады скорой помощи)

который после личного осмотра гр-на(ки) \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

пришел к выводу о необходимости его (ее) госпитализации в

психиатрический стационар для обследования и (или) лечения в связи

с наличием у него (нее) тяжелого психического расстройства,

которое обуславливает:

а) его (ее) непосредственную опасность для себя или для

окружающих, или

б) его (ее) беспомощность, т.е. неспособность самостоятельно

удовлетворять основные жизненные потребности, или

в) существенный вред его (ее) здоровью, вследствие ухудшения

психического состояния, если лицо будет оставлено без

психиатрической помощи (нужное подчеркнуть).

Основаниями для вывода о необходимости госпитализации также

послужили сведения о поведении гр-на(ки) \_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

поступившие от \_\_\_\_\_

(указывается лицо или лица, обратившиеся к

врачу-психиатру - фамилия, имя, отчество, адрес

либо место работы и должность(и)

По этим сведениям гр-н(ка) \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

При поступлении в психиатрический стационар гр-н(ка) \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

был(а) осмотрен(а) врачом-психиатром \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

в приемном покое в \_\_\_\_\_ час " \_\_\_\_\_ " 200\_\_ г., подтвердившим вывод о необходимости госпитализации.

" \_\_\_\_\_ " 200\_\_ г. в \_\_\_\_\_ час гр-н(ка) \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

был(а) освидетельствован(а) комиссией врачей-психиатров \_\_\_\_\_

(наименование учреждения)

в составе: \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество, должность)

(при участии в комиссии врача-психиатра по просьбе

госпитализированного указываются его фамилия, имя, отчество,

место работы и должность)

Комиссия подтвердила обоснованность решения о госпитализации в соответствии со статьей 29 (п. п. "а", "б", "в" (нужное подчеркнуть)) Закона Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании". Врачебная комиссия считает, что обследование и (или) лечение гр-на(ки) \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

возможно только в стационарных условиях (заключение комиссии прилагается).

Согласие гр-на(ки) \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

на госпитализацию отсутствует вследствие (нужное подчеркнуть):

1) отказа гр-на(ки) \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

от предложенной госпитализации;

2) отказа от предложенной госпитализации его (ее) законного

представителя \_\_\_\_\_

(указывается кто - родитель, опекун,

фамилия, имя, отчество, адрес)

(нужное подчеркнуть)

3) невозможности получить согласие гр-на(ки) \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

на госпитализацию вследствие \_\_\_\_\_

(указать причину)

На основании изложенного и в соответствии со статьей 29 (п. п.

"а", "б", "в" (нужное подчеркнуть)), статьями 32 и 33 Закона

Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав

граждан при ее оказании"

ПРОШУ

вынести постановление о дальнейшем содержании гр-на(ки) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, 19\_\_ года рождения, в

(фамилия, имя, отчество)

психиатрическом стационаре без его (ее) согласия или без согласия

его (ее) законного представителя. По своему психическому состоянию

гр-н(ка) \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

находиться в помещении суда: может, не может (нужное подчеркнуть).

Приложения

1) Заключение комиссии врачей-психиатров психиатрического стационара

- 2)  
3)  
4)

(п. 2 и последующие заполняются при наличии других материалов, представляемых в суд).

Дата Подпись главного врача  
психиатрического стационара

В \_\_\_\_\_ районный  
народный суд

От \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)  
врача-психиатра \_\_\_\_\_  
(наименование

и адрес психиатрического  
учреждения)

О продлении госпитализации  
гр-на(ки), помещенного(ой)  
в психиатрический стационар  
в недобровольном порядке

#### ЗАЯВЛЕНИЕ

Гр-н(ка) \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)

19\_\_ года рождения, проживающий(ая) по адресу \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,  
(заполняется, если адрес известен, либо указывается последнее  
перед госпитализацией место пребывания гражданина(ки)  
был(ла) госпитализирован(а) " \_\_ " \_\_\_\_\_ 200\_\_ г.

в \_\_\_\_\_  
(наименование психиатрического учреждения)

на основании статьи 29, п. п. "а", "б", "в" (нужное подчеркнуть),  
Закона РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при  
ее оказании".

" \_\_ " \_\_\_\_\_ 200\_\_ г. народный судья \_\_\_\_\_  
(наименование суда)

вынес постановление о дальнейшем содержании гр-на(ки) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)

в психиатрическом стационаре.

В соответствии с частью 2 статьи 36 Закона РФ "О  
психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании"  
за время нахождения в \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (наименование психиатрического стационара)

гр-н(ка) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)

в течение первых шести месяцев с " \_\_ " \_\_\_\_\_ 200\_\_ г.

по " \_\_ " \_\_\_\_\_ 200\_\_ г. проходил(а) медицинское освидетельствование  
комиссией врачей-психиатров \_\_\_\_\_ раз

\_\_\_\_\_ (указываются даты освидетельствований)

\_\_\_\_\_ (заполняется при продлении

\_\_\_\_\_ недобровольной госпитализации в первый раз)

На основании части 3 статьи 36 Закона РФ "О психиатрической  
помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" решение о  
продлении госпитализации гр-на(ки) \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)

помещенного(ой) в психиатрический стационар в  
недобровольном порядке, принималось \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (наименование суда)



"\_\_" \_\_\_\_\_ 200\_\_ г.

(указывается дата предыдущего судебного решения)

"\_\_" \_\_\_\_\_ 200\_\_ г. гр-н(ка) \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

был(а) освидетельствован(а) комиссией врачей-психиатров \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(наименование учреждения)

в составе: \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество, должность,

\_\_\_\_\_

при участии в комиссии врача-психиатра по просьбе

\_\_\_\_\_

госпитализированного указывается его фамилия, имя, отчество,

\_\_\_\_\_

место работы и должность)

\_\_\_\_\_