

Юридический факультет
СПбГУ

Г.М. Усов, М.Ю. Федорова

Правовое регулирование психиатрической помощи

Учебное пособие
для вузов

ЮСТИЦ  ИНФОРМ

Усов Г.М., Федорова М.Ю. Правовое регулирование психиатрической помощи. Учебное пособие

В учебном пособии рассматриваются наиболее актуальные вопросы правового регулирования психиатрической помощи: раскрываются организационно-правовые основы психиатрической помощи, принципы и порядок ее оказания, права пациентов при оказании психиатрической помощи, в том числе без их согласия, а также юридические гарантии реализации и защиты этих прав. Авторы анализируют особенности правового статуса врачей-психиатров, других медицинских работников и иных специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи, а также лиц, страдающих психическими расстройствами. Учебное пособие может быть рекомендовано студентам медицинских и юридических вузов, слушателям системы послевузовского профессионального образования врачей психиатров, психиатров-наркологов, а также социальным работникам, социальным психологам, работникам правоохранительных органов.

Усов Г.М., Федорова М.Ю.
Издательство Юстицинформ
Год издания 2006 ISBN 5-
7205-0717-5 Тираж 1000

Правовое регулирование психиатрической помощи: учебное пособие для вузов

Введение

Конституция 1993 г. провозгласила Российскую Федерацию правовым социальным государством, в котором человек, его права и свободы являются высшей ценностью, а их признание, соблюдение и защита - обязанностью государства. Важнейшими среди прав и свобод человека являются право на социальное обеспечение, право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Исходя из общеправового принципа равноправия граждан и запрета дискриминации это утверждение в полной мере можно отнести и к правам лиц, страдающих психическими расстройствами. Медицинское обслуживание таких граждан связано в первую очередь с оказанием психиатрической помощи.

Психиатрическая помощь является одним из видов специализированной медицинской помощи. Общественные отношения, возникающие в процессе ее оказания, регулируются несколькими нормативными актами - источниками различных отраслей права (Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, Гражданским процессуальным кодексом РФ и др.). Особую роль среди них играет Закон РФ от 2 июля 1992 г. №3185-1 "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании". Не случайно именно психиатрическая помощь стала одним из видов медицинской помощи, который впервые в истории нашей страны был урегулирован специальным законом. Отношение к психиатрии сформировалось в России во многом под влиянием ее применения в качестве инструмента политических репрессий. Лишь в 1988 г.

оказание психиатрической помощи было урегулировано нормативным актом, изданным органом законодательной власти (Положением об условиях и порядке оказания психиатрической помощи, которое было утверждено Указом Президиума Верховного Совета СССР от 5 января 1988 г.). До этого момента рассматриваемую сферу регулировали ведомственные нормативные акты, недоступные для ознакомления и не подлежащие официальному опубликованию.

В условиях социально-экономических и политических реформ актуальность эффективного правового регулирования психиатрической помощи не снижается, а напротив - возрастает.

Во-первых, это связано с увеличением числа лиц, страдающих психическими расстройствами. По данным, приведенным в докладе о деятельности Уполномоченного по правам человека в РФ за 2003 г., за последнее десятилетие на 50% увеличились психические заболевания среди взрослых и в 2,5 раза у детей. В настоящее время тяжелыми психическими недугами страдают 3,8 млн. человек. Рост неврозов, психопатии чаще отмечается у социально незащищенного населения, у пострадавших от военных действий, стихийных бедствий, техногенных катастроф, беженцев. Увеличивается число совершаемых больными общественно опасных деяний. Расстройства психики наблюдаются и у лиц, страдающих соматическими заболеваниями. Депрессиями страдают 50% пациентов, перенесших инфаркт, и 70-80% - перенесших инсульт.

Во-вторых, оказание психиатрической помощи возможно в недобровольном порядке, без согласия гражданина. Условием законности таких мер является строгое соблюдение процедурно-процессуальных требований.

В-третьих, поскольку недобровольному психиатрическому лечению подвергаются чаще всего лица, которые в силу психического расстройства представляют непосредственную опасность не только для себя, но и для общества, правоограничительные механизмы должны работать эффективно.

В-четвертых, лица, страдающие психическими расстройствами, не представляющие опасности для окружающих, имеют право на социальную защиту в целях обеспечения их интеграции и реинтеграции в общество посредством психосоциальной реабилитации.

Потребность в правовых знаниях в области оказания психиатрической помощи существует не только у врачей-психиатров и других специалистов, участвующих в ее оказании (социальных педагогов, социальных работников, психологов), но и у представителей других врачебных специальностей, а также юристов, которые работают в психиатрических учреждениях, органах управления здравоохранением, правоохранительных структурах.

Предлагаемое учебное пособие должно способствовать приобретению таких знаний в целях правильного применения норм законодательства при оказании психиатрической помощи, при предоставлении лицам, страдающим психическими расстройствами, мер социальной защиты, а также для обеспечения соблюдения прав и интересов врачей-психиатров и других специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи.

Раздел I. Организационно-правовые основы психиатрической помощи в Российской Федерации

Глава 1. Законодательство Российской Федерации о психиатрической помощи

1.1. Соотношение права и психиатрии

Для определения соотношения права и психиатрии следует выяснить, что они собой представляют.

Право является одним из социальных регуляторов наряду с моралью, религией и др. Оно представляет собой систему общеобязательных, формально определенных, гарантированных государством правил поведения, в которых закрепляется относительно равный масштаб свободы и справедливости для всех членов общества. Эти правила регулируют отношения, возникающие между людьми, и обеспечивают нормальное функционирование общества.

Психиатрия - это область клинической медицины, изучающая патологию психики и разрабатывающая методы лечения психических заболеваний.

В процессе оказания гражданам психиатрической помощи возникают общественные отношения, нуждающиеся в правовом регулировании. С одной стороны, психические расстройства нарушают социальное функционирование личности, а нередко полностью лишают ее способности к принятию осознанных решений и целенаправленному поведению, в результате чего она может стать опасной. В силу этого психиатрическая помощь связана с возможным ограничением личной свободы пациента и применением различных недобровольных мер. С другой стороны, ограничение социального

функционирования вследствие болезни требует определенной социальной защиты лиц, страдающих психическими расстройствами, предоставления им гарантий и льгот.

Деятельность сотрудников психиатрических учреждений по применению специфических видов психиатрической помощи также нуждается в правовой регламентации. В правовых нормах должны найти свое отражение меры и способы правовой и социальной защиты медицинских работников и других специалистов, которые участвуют в оказании психиатрической помощи.

Таким образом, между психиатрическими учреждениями и их работниками, с одной стороны, и пациентами таких учреждений, с другой стороны, возникают общественные отношения, которые следует рассматривать как элемент предмета правового регулирования. С этих позиций психиатрия представляет собой специфический объект правового регулирования.

Право и система оказания психиатрической помощи взаимодействуют между собой с момента появления первых законов о психическом здоровье. В своей практической деятельности врачам приходится решать широкий круг вопросов, имеющих непосредственное отношение к действующему законодательству. Поэтому представляется целесообразным рассматривать вопрос о соотношении психиатрии и права с позиций отраслевого деления последнего.

Исходя из особенностей предмета (т.е. тех общественных отношений, которые необходимо упорядочить) и метода правового регулирования (т.е. тех приемов и способов, которые применяются для достижения названной цели), право делится на отрасли. Отрасли права представляют собой совокупность правовых норм, которые регулируют однородные общественные отношения особым методом. В теории права принято выделять самостоятельные и комплексные отрасли права. Для первых характерно наличие однородного предмета регулирования и специфического метода. К числу таких отраслей в системе российского права относятся конституционное, административное, гражданское, уголовное, трудовое, уголовное процессуальное и гражданское процессуальное право, право социального обеспечения и др. Комплексные отрасли права объединяют нормы различных самостоятельных отраслей, которые участвуют в механизме правового регулирования определенной группы общественных отношений, не являющихся однородными. Одной из таких отраслей является медицинское право, которое обеспечивает комплексное регулирование общественных отношений, возникающих в области охраны здоровья населения и оказания гражданам медицинской помощи.

Отношения, связанные с оказанием психиатрической помощи и оценкой психического состояния, регулируются нормами различных отраслей права. Так, конституционное право закрепляет основы правового статуса человека и гражданина, право на медицинскую помощь. Административное право регулирует отношения, связанные с управлением отраслью здравоохранения. Трудовое право устанавливает ряд специальных правил регулирования труда врачей-психиатров и среднего медицинского персонала психиатрических учреждений. Гражданское право охватывает нормы, регулирующие основания, а гражданское процессуальное - порядок признания гражданина недееспособным. Семейное право содержит ряд ограничений для лиц, страдающих психическими расстройствами, в отношениях, связанных с заключением и расторжением брака, воспитанием и усыновлением детей. Оценка психического состояния лица (его вменяемости, т.е. способности отдавать отчет в своих действиях и руководить ими) необходима для того, чтобы признать человека субъектом преступления и привлечь к уголовной ответственности. Порядок осуществления судебно-психиатрических экспертиз, а также порядок применения принудительных мер медицинского характера регулируется отраслями уголовного, уголовно-процессуального и уголовно-исполнительного права.

Чаще всего врачам-психиатрам приходится обращаться к законам и иным нормативным актам, которые являются источниками (т.е. содержат нормы) таких отраслей права, как медицинское, гражданское и гражданское процессуальное, уголовное и уголовно-процессуальное. В связи с этим названные нормативные акты можно разделить на три основные группы.

В первую группу входят законы и иные нормативные акты, регулирующие повседневную клиническую практику, т.е. виды психиатрической помощи и порядок ее оказания (психиатрическое освидетельствование, госпитализация в психиатрический стационар, в том числе в недобровольном порядке, установление диспансерного наблюдения и т.д.). Безусловно, ведущая роль среди них принадлежит Закону РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" (далее - Закон; Закон "О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании").

Вторую группу составляют законы, относящиеся к гражданскому и семейному законодательству, касающиеся таких вопросов, как признание гражданина недееспособным, признание брака недействительным, реализация права на воспитание детей родителями, страдающими психическими расстройствами.

Законы третьего типа распространяются на лиц, совершивших преступления и страдающих психическими расстройствами. Хотя такие преступники и составляют небольшую часть среди всех нарушителей уголовного законодательства (по данным разных исследователей, 1-3%), но они представляют весьма серьезные проблемы для психиатрии и права. Круг вопросов, регулируемых этими

правовыми актами, касается уголовной ответственности, способности лица участвовать в судебном разбирательстве и отбывать наказание. Важным разделом является оценка необходимости назначения принудительных мер медицинского характера и их осуществления. Для решения этих проблем психиатру необходимо не только знать соответствующие правовые нормы, но и быть осведомленным о связи между определенными видами преступлений и особенностями проявления и течения психических расстройств. На стыке права и психиатрии появляется такая важная наука, как судебная психиатрия. Если общая психиатрия изучает характер и причины психических заболеваний в целях их предупреждения и лечения, то судебная психиатрия изучает психические расстройства применительно к определенным вопросам уголовного и гражданского права.

1.2. Законодательство РФ о здравоохранении

Законодательство РФ о здравоохранении представляет собой систему нормативных правовых актов, регулирующих отношения в области организации здравоохранения и оказания медицинской помощи населению.

Формирование российского законодательства о здравоохранении осуществляется с начала 1990-х годов. Общеправовой классификатор отраслей законодательства, подготовленный Главным государственно-правовым управлением Президента РФ в соответствии с его Указом от 16 декабря 1993 г., содержал раздел 220.000.000 "Законодательство об охране здоровья населения". В него были включены следующие подразделы:

- общие вопросы охраны здоровья населения;
- органы управления в системе здравоохранения;
- медицинское страхование (общие вопросы, обязательное и добровольное);
- финансирование системы здравоохранения;
- медицинские учреждения;
- лечебно-профилактическая помощь населению;
- протезирование;
- обеспечение медикаментами и лекарствами;
- наркологическая помощь;
- психиатрическая помощь;
- трансплантация органов и тканей человека;
- донорство;
- диспансеризация;
- охрана здоровья матери и ребенка;
- санитарно-эпидемиологическое благополучие населения и т.д.

В настоящее время классификатор отраслей законодательства утратил силу и теперь применяется классификатор правовых актов, одобренный Указом Президента РФ от 15 марта 2000 г. N511⁽¹⁾. В нем содержится раздел "Здравоохранение. Физическая культура и спорт. Туризм". В подразделе "Здравоохранение" воспроизведены такие вопросы, как общие положения, управление в сфере здравоохранения, медицинское страхование, медицинские учреждения, лечебно-профилактическая помощь населению, обеспечение населения медикаментами, лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, порядок оказания медицинской помощи различным категориям граждан, медицинская документация, частная медицинская практика, предоставление платных медицинских услуг, санитарно-эпидемиологическое благополучие населения, медицинская экспертиза, санаторно-курортное лечение и др.

К настоящему времени законодательство РФ о здравоохранении является весьма обширным и сложным. Структура российского здравоохранительного законодательства может быть представлена в трех аспектах: отраслевом, иерархическом и федеративном.

Поскольку отношения в сфере здравоохранения, как отмечалось ранее, регулируются нормами различных отраслей права, отраслевая структура законодательства о здравоохранении может быть представлена законами и другими нормативными правовыми актами, которые содержат нормы указанных отраслей. Например, нормы Гражданского кодекса, регулирующие возмездное оказание услуг, в соответствии со ст. 779 применяются и в отношении медицинских услуг. Медицинское право помимо регулятивного механизма правового регулирования охватывает также охранительный механизм, который обеспечивает привлечение к ответственности лиц, виновных в нарушении прав граждан в сфере охраны здоровья. С этой точки зрения к законодательству о здравоохранении можно отнести нормы ст. 124 Уголовного кодекса РФ об ответственности за неоказание помощи больному и ряд других специальных составов. Статья 1.2 Кодекса РФ об административных правонарушениях в числе основных задач административного законодательства называет охрану здоровья граждан и обеспечение

санитарно-эпидемиологического благополучия. В состав законодательства о здравоохранении можно включить и гл. 6 КоАП РФ "Административные правонарушения, посягающие на здоровье, санитарно-эпидемиологическое благополучие населения и общественную нравственность". Перечень подобных примеров может быть продолжен.

Но более важно рассмотреть иерархическую структуру здравоохранительного законодательства, в рамках которой все нормативные правовые акты, регулирующие соответствующие отношения, распределяются по юридической силе. В первую очередь они делятся на законы и подзаконные нормативные правовые акты. Закон - это нормативный акт, принятый высшим органом законодательной власти государства и регулирующий наиболее важные общественные отношения. В структуре российского законодательства имеются законы, непосредственно регулирующие отношения в сфере здравоохранения. Их можно разделить на две группы: общие и специальные. Законы первой группы закрепляют основные принципы организации отрасли здравоохранения и оказания медицинской помощи. Особое место среди них занимают Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, которые были приняты 22 июля 1993 г. (далее - Основы). Они представляют собой кодифицированный нормативный акт, закрепляющий понятие и принципы охраны здоровья, структуру системы здравоохранения в нашей стране, виды медицинской помощи и порядок ее организации и оказания. Центральное место в Основах занимают разделы, посвященные правовому положению гражданина в области охраны здоровья (разд. IV "Права граждан в области охраны здоровья", разд. V "Права отдельных групп населения в области охраны здоровья" и разд. VI "Права граждан при оказании медико-социальной помощи"). В первую группу следует включить также Закон РФ от 28 июня 1991 г. N 1499-1 "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации", который регулирует отношения по обеспечению доступности медицинской помощи населению в системе обязательного и добровольного медицинского страхования. В общую часть медицинского права входят нормы Федерального закона от 30 марта 1999 г. N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения в Российской Федерации", Федерального закона от 22 июня 1998 г. N 86-ФЗ "О лекарственных средствах".

Вторую группу образуют законы, которые регулируют отдельные виды медицинской помощи (например, Закон РФ от 2 июля 1992 г. "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", Закон РФ от 22 декабря 1992 г. "О трансплантации органов и (или) тканей человека" и т.д.) либо направлены на борьбу с конкретными заболеваниями (Федеральный закон от 30 марта 1995 г. "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)" и Федеральный закон от 18 июня 2001 г. "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации").

Подзаконные акты обладают меньшей юридической силой по сравнению с законами. Они принимаются на основе законов и не должны им противоречить. К их числу на федеральном уровне относятся указы Президента РФ, постановления Правительства РФ, а также приказы Министерства здравоохранения и социального развития РФ. Среди источников медицинского права достаточно много подзаконных нормативных актов в виде постановлений Правительства РФ и приказов Минздравсоцразвития. Назовем некоторые из них в качестве примеров: постановление Правительства РФ от 25 декабря 2001 г. N 892 "О реализации Федерального закона "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации"; постановление Правительства РФ от 1 декабря 2004 г. N 715 "Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих"; приказ Минздравсоцразвития России от 22 ноября 2004 г. N 256 "О порядке медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение".

Значительный интерес представляет также федеративная структура здравоохранительного законодательства. Согласно ст. 72 Конституции РФ координация вопросов здравоохранения относится к совместному ведению РФ и ее субъектов. Это означает, что субъекты РФ могут принимать соответствующие федеральному законодательству законы и иные нормативные акты по вопросам охраны здоровья населения. В частности, в Омской области действуют Закон от 20 декабря 2004 г. "Об охране здоровья населения Омской области", Положение о лекарственном обеспечении на территории Омской области отдельных групп граждан и лиц, страдающих отдельными категориями заболеваний, утв. постановлением Правительства РФ от 31 декабря 2004 г. N 102-п, приказ Министерства здравоохранения Омской области от 11 мая 2004 г. N 128 "О совершенствовании работы по выдаче диплома целителя" и др.

1.3. Сравнительный анализ зарубежного законодательства в области психиатрии

В предыдущем [разделе](#) было показано, насколько тесно соприкасаются психиатрия и право. По степени правовой и социальной значимости данной дисциплине нет равных среди медицинских

специальностей. Кроме того, в связи с возможностью совершения больными общественно опасных деяний за психиатрией была исторически закреплена косвенная немедицинская функция - поддержание общественного порядка. Указанные предпосылки привели к необходимости законодательного регулирования всех аспектов психиатрической помощи (Фергаген, 1991; Мальцева, Котов, 1994).

Принятие первых правовых актов относят к периоду становления европейской институциональной психиатрии, т.е. к XVI в. На протяжении 500 лет менялось отношение общества к лицам, страдающим психическими расстройствами, что находило свое отражение и в законе. Традиционно выделяют три модели психиатрического законодательства: "медицинскую", американскую и английскую. Основное отличие между ними заключается в соотношении права больного на защиту от постороннего вмешательства в личную жизнь, с одной стороны, и права членов общества быть огражденными от его действий - с другой. Индикатором такого баланса является процедура оказания психиатрической помощи без согласия пациентов, а особенно недобровольной госпитализации. Оценка критериев, необходимых для ее осуществления, позволяет безошибочно отнести закон о психическом здоровье, принятый в конкретном государстве, к той или иной модели.

Первой в историческом плане возникла медицинская модель законодательства. Она закрепляет исключительное право врача решать вопрос о необходимости оказания психиатрической помощи пациенту, в том числе и без согласия последнего. В Средние века гражданская изоляция применялась не только по отношению к психически больным, но и к нищим, безработным, бездомным и прочим нежелательным членам общества. В связи с этим XVI в. называется некоторыми авторами "Эрой Великого Заключения". В соответствии с декретом Парижского Парламента 1532 г. нищих надлежало арестовывать, заковывать парами в цепи и насильно направлять в мастерские, а в 1606 г. тем же законодательным органом было решено клеймить их и выгонять из города. Принятый в Англии в 1575 г. подобный акт предписывал наказывать бродяг и заключать их в учреждения, называвшиеся "исправительными домами".

В контексте того времени положительную роль сыграло учреждение в Париже Людовиком XIII "общей больницы" - Hospital General - для помощи беднякам, больным и инвалидам войн. Впервые в истории была создана больница, обязанная принимать, содержать и кормить своих пациентов. Начиная с 1697 г. аналогичные учреждения, существующие за счет сбора налогов с населения, начинают создаваться и в Англии. Однако в течение XVII в. психически больные по-прежнему не выделялись среди безработных, нищих и лиц с физическими недостатками. Подобная ситуация была характерной и для Соединенных Штатов, где первые больницы (оказывающие помощь в том числе и психически больным) были созданы лишь в середине XVIII в.

Такая ситуация сохранялась до конца XVIII в., когда впервые психические расстройства стали рассматриваться как заболевания, отличные от социальных девиаций. Начавшееся выделение психически больных среди прочих нежелательных для общества индивидуумов стимулировало процесс создания законодательных актов, регламентирующих изоляцию этих людей от остальной части общества. Уже в начале XIX в. такой закон был принят в США, несколько позже - в странах Европы (Голландия- 1841 и 1884гг., Англия- 1845г., Норвегия- 1848г.); тогда же впервые были сформулированы основания для недобровольной госпитализации лиц, страдающих психическими расстройствами. Однако до середины 60-х гг. XX столетия главным критерием для помещения больного в стационар без его согласия оставалась установленная врачом необходимость оказания помощи.

Наиболее важное событие того периода развития законодательства относится к 1867 г., когда Элизабет Паккард, бывшая пациентка психиатрической больницы штата Иллинойс, направила в законодательный орган штата заявление о внесении в закон поправок, предписывающих обязательное судебное рассмотрение случаев недобровольной госпитализации. Ее требования были удовлетворены, но, несмотря на судебный надзор, помещение психически больных в стационар часто осуществлялось врачами единолично.

Появление второй модели законодательства - американской - относится к середине 60-х гг. XX столетия. В это время в США велась активная борьба за гражданские права обделенных групп населения: сначала чернокожих, затем заключенных, студентов, женщин и лиц, страдающих психическими заболеваниями. Все это привело, в конечном итоге, к радикальным изменениям в законе о госпитализации в гражданском порядке, который в течение 15 лет коренным образом изменил существующий порядок во всех штатах страны. Применение недобровольной госпитализации ограничилось больными, которые могли представлять опасность для окружающих или себя, причем в последнюю категорию включались те, кто был не в состоянии удовлетворить свои повседневные нужды. Произошел отход от исторического стандарта оказания психиатрической помощи - закона, позволяющего госпитализировать лиц только по причине "необходимости оказания помощи". В соответствии с основным мотивом реформ был провозглашен приоритет прав лиц, страдающих психическими расстройствами.

Закон позволил врачам-психиатрам госпитализировать больных без предварительной санкции

суда лишь для предотвращения общественно опасных деяний. Лица, отвечающие установленным законом критериям, могли удерживаться в стационаре в течение непродолжительного времени - обычно от трех до пяти рабочих дней - до слушания в суде. При длительной изоляции (как правило, от трех до шести месяцев с возможностью дальнейшего продления) судья должен был утвердить срок госпитализации, а больной имел право наблюдать за процессом, присутствовать и выступать перед судом, иметь юридического советника.

В ближайшие десять лет после "правовой революции" в Соединенных Штатах аналогичные реформы начали отмечаться в других странах. Среди государств, идущих более или менее в одном направлении с США во введении критериев госпитализации, основанных на опасности больных, были Австрия, Бельгия, Германия, Израиль, Нидерланды, Северная Ирландия, Россия, Тайвань и ряд других. Однако это не было формальным следованием новой тенденции: законодатели большинства названных стран осознанно отходили от ограничений, налагаемых американской моделью. Так, например, в Австралии опасность для себя включает также риск финансового ущерба для лиц в мании, а опасность для других подразумевает не только риск физического вреда, но и беспокойство, "так далеко выходящее за пределы нормального социального поведения, что разумный человек счел бы его невыносимым". Израильский закон от 1991 г. также разрешает госпитализацию без согласия психически больных со значительным нарушением чувства реальности или суждений, ставших причиной тяжелых психических страданий других лиц.

Однако американская модель и близкие к ней варианты не стали определяющими в мире. Гораздо больше последователей появилось у английской модели, которая берет свое начало с принятия в 1983 г. "Закона о психическом здоровье" в Англии и Уэльсе. Критерии недобровольной госпитализации этого закона требуют, чтобы пациенты страдали психическим расстройством "такой природы или в такой степени, которые соответствуют получению ими медицинской помощи в больнице", и чтобы госпитализация была необходима для здоровья и безопасности пациента или для защиты других лиц. Термин "здоровье и безопасность" интерпретируется с учетом психического здоровья, так что оказание помощи без согласия оправданно в случае, если это необходимо для лечения психических расстройств пациента. С точки зрения процедуры отсутствует обязательный и немедленный пересмотр решений врачей о госпитализации, однако пациенты могут затребовать пересмотра после помещения в стационар. Автоматический пересмотр производится через 6 месяцев и впоследствии - каждые три года. Органом пересмотра является не суд, а трибунал по психическому здоровью, в состав которого входят юрист, врач и неспециалист.

Анализ законов, принятых в других странах, свидетельствует о том, что британский подход в большей степени отражает международные тенденции, чем более строгая американская модель. Так, датский закон от 1989 г. разрешает недобровольную госпитализацию по критерию опасности или с целью избежать снижения перспектив выздоровления или улучшения. Немедленно назначается квалифицированный защитник пациента, но процедура обязательного судебного пересмотра не предусмотрена. Аналогичные подходы отражены в норвежском, а также в шведском и финском законах.

Принятый во Франции в 1990 г. закон разрешает госпитализацию по усмотрению врача для лиц, нуждающихся в лечении, и передает решение о госпитализации вследствие опасности в руки префекта полиции, который в течение трех дней должен подтвердить ее обоснованность. В течение первого месяца госпиталь может удерживать пациента в стационаре, после чего префект может продлить госпитализацию на три месяца, а по истечении их - еще на 6 месяцев.

Швейцария предусматривает "задержание в интересах благополучия пациента", если "иначе необходимая индивидуальная помощь не гарантируется".

Греческий закон от 1992 г. содержит критерии неспособности выносить суждения в интересах собственного здоровья и предусматривает недобровольную госпитализацию в случаях, "если ее неприменение может привести к невозможности лечения или к ухудшению состояния, а также опасности по отношению к себе и к другим".

В Италии радикальные изменения в законодательство о психическом здоровье были внесены в ходе реформы 1979 г., и в настоящее время изоляция от общества может производиться в случае необходимости срочного вмешательства, при отказе от лечения и в случае отсутствия менее ограничительной альтернативы. Аналогичные тенденции прослеживаются и за пределами Европы: в Японии, Индии, Новой Зеландии.

Таким образом, в 80-90-е гг. XX столетия во всем мире произошла глобальная реформа законодательства, регулирующего оказание психиатрической помощи. Хотя ведущим мотивом этих изменений было более четкое определение критериев недобровольной госпитализации, обеспечение надзора за решениями врачей и защита прав пациентов, большинство стран не зашло в этих инициативах так же далеко, как и Соединенные Штаты.

Сложившаяся в мире ситуация с законодательством, регулирующим вопросы недобровольного оказания психиатрической помощи, не является окончательной. Напротив, признается необходимость

дальнейших реформ. Практика показала, что чрезмерно жесткие рамки законов, созданных в американском стиле, не находят поддержки у родственников больных и психиатров, которые игнорируют некоторые их положения, например обязательное обращение в суд. Поэтому современные тенденции в преобразовании законов о психиатрической помощи заключаются в дальнейших попытках сбалансировать права и свободы пациентов и интересы общества, начало которым было положено в английской модели.

1.4. Общая характеристика Закона РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании"

Современный период становления и развития нормативно-правовой базы оказания психиатрической помощи берет начало с момента принятия 2 июля 1992 г. Закона РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании". В нем были воспроизведены и получили дальнейшее развитие основные принципы организации и оказания психиатрической помощи, закрепленные в первом в истории нашей страны законодательном акте такого содержания - Положении об условиях и порядке оказания психиатрической помощи, которое было утверждено Указом Президиума Верховного Совета СССР от 5 января 1988 г.

Основной смысл Закона состоит в стремлении сделать психиатрическую помощь максимально гуманной и демократичной, по возможности сблизить 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 от желания пациента.

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;
- 3) защиту общества от возможных опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами;
- 4) защиту врачей, медицинского персонала и иных специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи.

Закон согласован с Принципами защиты лиц, страдающих психическими расстройствами, и улучшения психиатрической помощи, которые были приняты Генеральной ассамблеей ООН 17 декабря 1991 г. При этом международно-правовые принципы защиты психически больных лиц конкретизированы и развиты в соответствии с особенностями правовой системы РФ. В юридической литературе отмечается, что с принятием Закона появилась законодательная база, устанавливающая единый порядок деятельности психиатрических учреждений.

Вместе с тем базовый характер Закона о психиатрической помощи в сфере регулируемых им отношений обусловлен тем, что его нормы и принципы охватывают все направления психиатрической помощи, в том числе добровольной, недобровольной и принудительной.

Характеризуя сферу действия Закона о психиатрической помощи, следует подчеркнуть, что он распространяется на граждан РФ при оказании им психиатрической помощи и на всех субъектов, оказывающих такую помощь на территории РФ, а также на иностранных граждан и лиц без гражданства, которые получают психиатрическую помощь в нашей стране.

Закон состоит из преамбулы и шести разделов, включающих в себя 50 статей. В преамбуле подчеркиваются социальная значимость здоровья вообще и психического здоровья в частности, необходимость адекватного правового регулирования указанной сферы общественных отношений во избежание использования психиатрии в немедицинских целях, нарушения прав и свобод граждан, умаления авторитета России в международном сообществе.

В первом разделе сформулированы наиболее общие и принципиальные положения, касающиеся добровольности психиатрической помощи (ст. 4), прав лиц, страдающих психическими расстройствами (ст. 5), понятия врачебной тайны и мер по ее сохранению при оказании психиатрической помощи (ст. 8, 9), требования согласия на лечение и права отказа от него (ст. 11, 12), принудительных мер медицинского характера (ст. 13), судебно-психиатрической экспертизы (ст. 14) и других ранее не урегулированных вопросов.

Во втором разделе освещены вопросы обеспечения психиатрической помощью, гарантированной всем гражданам. Здесь приводятся ее основные виды и меры по социальной защите лиц, страдающих психическими расстройствами (ст. 16); определяются источники финансирования психиатрической помощи (ст. 17).

Третий раздел посвящен учреждениям и лицам, оказывающим психиатрическую помощь (ст. 18, 19). В нем устанавливаются права и обязанности врачей-психиатров, закрепляется их независимость при оказании психиатрической помощи (ст. 21), что должно исключить любые формы вмешательства заинтересованных органов и лиц в профессиональные действия врачей. 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 (ст. 22).

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 диспансерное наблюдение, помещение в психоневрологические учреждения для социального обеспечения и специального обучения. Кроме того, в четвертом разделе регламентированы права пациентов психиатрических стационаров и гарантии их обеспечения.

Важным достоинством данного раздела и Закона в целом является детально разработанная процессуальная часть: законодателями четко разработана последовательность действий при оказании психиатрической помощи, перечислены все участники этого процесса, а также последовательность и сроки оформления документов. Такой подход способствовал более точному и полному соблюдению требований Закона и, по мнению юристов, сделал его одним из самых исполняемых нормативно-правовых актов в медицине.

Пятый и шестой разделы посвящены вопросам обеспечения контроля и прокурорского надзора, а также порядку обжалования действий по оказанию психиатрической помощи. Наряду с прокурорским надзором и контролем органов местного самоуправления за оказанием психиатрической помощи предусмотрен контроль общественных объединений. Закон устанавливает возможность обжалования действий по оказанию психиатрической помощи всеми заинтересованными лицами, включая психически больных, их представителей и организации, которым предоставлено такое право, непосредственно в суд, в прокуратуру либо в вышестоящий орган. Установлены порядок рассмотрения таких жалоб, а также ответственность за нарушение настоящего Закона.

Как показал опыт применения Закона, его основные положения вызвали неоднозначную оценку как среди врачей-психиатров, так и среди пациентов, права которых он призван защищать. Уже сегодня многие из них говорят о позитивных и негативных его аспектах и необходимости пересмотра. Как отмечают некоторые авторы (Тихоненко В.А. и соавт., 1995), содержащиеся в Законе нормы с определенной долей условности можно разделить на три категории:

- 1) нормы, реализуемые и дающие позитивные результаты (одобрение вызывают положения о добровольности госпитализации, о двух видах амбулаторной психиатрической помощи - консультативно-лечебной и диспансерном наблюдении, повышение гарантий соблюдения врачебной тайны);
- 2) нормы, трудно реализуемые в современных социально-экономических условиях (экономический кризис в стране не позволяет осуществить предусмотренные Законом мероприятия по укреплению материально-технической базы службы; по этой же причине становится нереальным осуществление норм Закона, гарантирующих предоставление гражданам в полном объеме всех видов психиатрической помощи, включая социальные ее формы);
- 3) нормы, которые нуждаются в изменениях и дополнениях.

Таким образом, уже сегодня очевидно, что отдельные положения Закона требуют пересмотра и внесения в него изменений и дополнений на основе широкого обсуждения.

В системе законодательства РФ Закон о психиатрической помощи взаимодействует с другими нормативными актами.

Во-первых, он представляет собой основу формирования законодательства в области психиатрии. В развитие его положений принимаются подзаконные нормативные правовые акты, которые должны ему соответствовать и обеспечивать реализацию отдельных его норм. Так, ст. 6 Закона предусматривает ограничения выполнения определенных видов деятельности для граждан, страдающих психическими расстройствами. Перечень медицинских психиатрических противопоказаний утвержден постановлением Правительства РФ от 28 апреля 1993 г. N 377. Постановлением Правительства РФ от 25 мая 1994 г. N522 "О мерах по обеспечению психиатрической помощью и социальной защите лиц, страдающих психическими расстройствами" утверждено Положение об учреждениях, оказывающих внебольничную и стационарную психиатрическую помощь. Таким образом, развиваются соответствующие положения третьего раздела Закона.

Структура законодательства о психиатрии характеризуется в ст. 2 Закона в которой, помимо указанного Закона, названы другие федеральные законы и законы субъектов РФ, а также нормативные правовые акты Правительства РФ и иных федеральных органов исполнительной власти, наделенных

нормотворческими полномочиями в рассматриваемой сфере.

Следует также подчеркнуть, что согласно ст. 15 Конституции РФ общепризнанные принципы и нормы международного права и международные договоры РФ являются составной частью ее правовой системы и обладают преимуществом по сравнению с нормами национального законодательства. Аналогично в Законе о психиатрии решен вопрос о соотношении его норм с международными договорами России.

Во-вторых, Закон о психиатрической помощи включается в законодательство РФ о здравоохранении и с этих позиций может рассматриваться как специальный законодательный акт, регулирующий порядок предоставления конкретного вида медицинской помощи. В этом смысле показательное его соотношение с Основами законодательства об охране здоровья граждан, которые выступают общим законом. С одной стороны, в Законе о психиатрической помощи детализируются отдельные нормы Основ (в частности, о принципе добровольности; о правах лиц, страдающих психическими расстройствами, при получении психиатрической помощи; о ее недобровольном оказании). С другой стороны, в случае коллизии между нормами рассматриваемых законодательных актов применению подлежит норма Закона о психиатрической помощи как специального акта, обладающего приоритетом в сравнении с общим.

В-третьих, Закон взаимодействует с отраслевым законодательством (гражданским, трудовым, социальным, военно-служебным и др.). Так, он пересекается с процессуальным законодательством (Гражданским процессуальным и Уголовно-процессуальным кодексами РФ) в части, касающейся проведения судебно-психиатрических экспертиз в гражданском и уголовном процессах (ст. 14), а также с Федеральным законом от 31 мая 2001 г. N 73-ФЗ "О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации". Это пересечение стало еще более явным с принятием нового Гражданского процессуального кодекса РФ, гл. 35 которого регулирует порядок принудительного психиатрического освидетельствования и принудительной госпитализации в психиатрический стационар. В ГПК РФ были воспроизведены процессуальные нормы Закона о психиатрической помощи. При этом некоторые вопросы были решены с учетом конституционных принципов и норм. Так, если Закон обязывает администрацию психиатрического учреждения обратиться в суд с заявлением о недобровольной госпитализации в течение 24 часов с момента проведения комиссионного освидетельствования пациента, которое должно последовать не позднее 48 часов с момента помещения в стационар (ст. 32 и 33), то ГПК РФ в ст. 303 отводит на осуществление всех перечисленных действий 48 часов. Положения ГПК соответствуют ст. 22 Конституции, которая не допускает задержание, арест или содержание под стражей до вынесения соответствующего судебного решения в течение более 48 часов. Поскольку при недобровольной госпитализации ограничивается право гражданина на свободу и личную неприкосновенность, такая аналогия вполне допустима. Налицо коллизия (противоречие) в нормах двух законодательных актов. Она должна быть разрешена на основании правила о приоритете норм кодифицированных законов по отношению к обычным. Применению, таким образом, подлежит ст. 303 ГПК РФ.

Глава 2. Организация психиатрической помощи в РФ и порядок ее оказания

2.1. Организационно-финансовые основы психиатрической помощи

Психиатрическая помощь в соответствии со ст. 40 Основ должна рассматриваться как специализированная медицинская помощь. Она оказывается гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных медицинских технологий. Виды и стандарты специализированной медицинской помощи, оказываемой в учреждениях здравоохранения, должны быть установлены Министерством здравоохранения и социального развития РФ.

Единая номенклатура государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, утвержденная приказом Минздрава России от 3 июня 2003 г., в числе других специализированных больниц называет детские психиатрические, психиатрические, а также психиатрические стационары специализированного типа, включая стационары с интенсивным наблюдением.

Финансовое обеспечение мероприятий по оказанию специализированной медицинской помощи является расходным обязательством субъектов РФ.

Финансирование специализированной медицинской помощи, оказываемой федеральными специализированными медицинскими организациями, перечень которых утверждается Правительством РФ, осуществляется из федерального бюджета. Аналогичные нормы закреплены и в ст. 17 Закона о психиатрической помощи.

Программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи

на 2005 г. была утверждена постановлением Правительства РФ от 26 ноября 2004 г. N 690. Она предусматривает, что обязательства субъектов РФ по финансированию медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения охватывают обеспечение психиатрических и психоневрологических учреждений субъектов РФ лекарственными и иными средствами, изделиями медицинского назначения, иммунобиологическими препаратами и дезинфекционными средствами. Программа, кроме того, устанавливает нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и подушевые нормативы финансирования, на основании которых в регионах с учетом районных коэффициентов должны быть определены аналогичные нормативы.

Порядок финансирования государственных психиатрических и психоневрологических учреждений субъектов РФ определяется бюджетным законодательством РФ.

Наряду с основными источниками финансирования постановление Правительства РФ от 13 января 1996 г. N27 "Об утверждении Правил предоставления 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.

2.2. Субъекты, оказывающие психиатрическую помощь

В соответствии с действующим законодательством право оказывать психиатрическую помощь имеют государственные и негосударственные психиатрические и психоневрологические учреждения, а также частнопрактикующие врачи-психиатры, получившие на это специальное разрешение. Такое государственное разрешение, дающее право на осуществление определенных, указанных в нем, видов медицинской деятельности, называется лицензией. Закон "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" вводит обязательный порядок получения разрешений на деятельность по оказанию психиатрической помощи, однако он не содержит специальных норм, регламентирующих данную процедуру. Напротив, в ч. 1 ст. 18 указывается, что порядок выдачи лицензий устанавливается законодательством РФ. Таким образом, порядок лицензирования психиатрических учреждений принципиально не отличается от выдачи разрешений на другие виды медицинской деятельности.

Впервые положение о лицензировании медицинских учреждений появилось в ст. 21 Закона РФ "О медицинском страховании граждан в РСФСР", который был принят 28 июня 1991 г. Следующим правовым актом в этой области стал Закон РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", 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. 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. Кроме того, медицинская деятельность отнесена к видам деятельности, на занятие которыми требуется получение лицензии, и Федеральным законом от 8 августа 2001г. N 128-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности". Порядок выдачи лицензий определен постановлением Правительства РФ от 4 июля 2002 г. N 499 в Положении о лицензировании медицинской деятельности.

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 указывается: 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, свидетельство о постановке на учет в налоговом органе, которое подтверждает присвоение идентификационного номера налогоплательщика); 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.

Для получения лицензии необходимо выполнить ряд предъявляемых требований, которые перечислены в п. 7 Положения о лицензировании медицинской деятельности. К ним относятся:

выполнение требований законодательства РФ; наличие соответствующего помещения; наличие в штате работников, имеющих профессиональное образование, а также специальную подготовку, отвечающую требованиям и характеру выполняемой работы; наличие организационно-технических возможностей и материально-технического оснащения, включая оборудование и инструменты, для осуществления медицинской деятельности.

Лицензирование медицинской деятельности осуществляется уполномоченным на то федеральным органом исполнительной власти. В настоящее время такими полномочиями наделена Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, положение о которой утверждено постановлением Правительства РФ от 30 июня 2004 г. Для получения лицензии соискатель подает в лицензирующий орган 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.

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. Срок рассмотрения вопроса о выдаче или об отказе в выдаче лицензии не должен превышать 30 дней с даты приема заявления, а уведомление о принятом решении должно быть направлено соискателю лицензии в течение трех дней с даты его принятия. Уведомление об отказе в выдаче лицензии должно содержать причину отказа. Решение лицензионной комиссии об отказе в выдаче лицензии может быть обжаловано в административном порядке или в суд.

В связи с тем, что срок действия лицензии не может превышать 5 лет, его продление осуществляется также по заявлению лицензиата и в том же порядке, который установлен для ее выдачи. 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. 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 РФ.

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 в следующих случаях:

при обнаружении недостоверных или искаженных данных в документах, представленных для получения лицензии;

лицензиат неоднократно или грубо нарушал лицензионные требования и условия;

решение о выдаче лицензии было незаконным.

В соответствии с Законом РФ "О медицинском страховании граждан в РСФСР" лицензирование медицинских учреждений дополняется их аккредитацией. Аккредитация предполагает определение соответствия медицинского учреждения установленным профессиональным стандартам. Она 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 РФ либо местные администрации выдают сертификат. Этот документ является подтверждением качества услуг, оказываемых медицинским учреждением.

Для обеспечения информирования граждан, проживающих на конкретной территории, и осуществления их прав при оказании психиатрической помощи законодательно закреплено правило об обязательности и доступности информации о конкретных видах психиатрической помощи, оказываемой данным учреждением или частнопрактикующим врачом-психиатром. Осуществить это требования 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 ознакомления с уставными документами учреждения и с оригиналом имеющейся лицензии. Отказ в предоставлении такой информации может быть предметом обжалования в орган исполнительной власти субъекта РФ в области здравоохранения либо в орган местного самоуправления (в зависимости от принадлежности медицинского учреждения), а также в соответствующий лицензирующий орган.

Правовое положение психиатрических учреждений определяется гражданским законодательством, Законом о психиатрической помощи и упоминавшимся выше постановлением Правительства от 25 мая 1994 г. Они являются юридическими лицами, создаются и ликвидируются в соответствии с требованиями Гражданского кодекса РФ, осуществляют свою деятельность, как правило, по территориальному принципу. Психиатрические учреждения оказывают предусмотренные лицензией виды психиатрической помощи (неотложную, консультативно-диагностическую, лечебную, психопрофилактическую, социально-психологическую, реабилитационную); проводят все виды психиатрической экспертизы, в том числе определение временной нетрудоспособности. В их функции входит также решение социально-правовых вопросов в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами (например, оказание социально-бытовой помощи и содействие в трудоустройстве; консультации по правовым вопросам; социально-бытовое устройство инвалидов и престарелых; организация обучения инвалидов и несовершеннолетних из числа соответствующих категорий).

2.3. Основные принципы оказания психиатрической помощи

Одной из важнейших задач, решенных с принятием Закона, стало законодательное закрепление принципов оказания психиатрической помощи. Они являются выражением международных подходов к защите прав лиц, страдающих психическими расстройствами, и сформулированы с учетом результатов правовых реформ, проведенных в зарубежных странах. Таким образом, в основе современной системы оказания психиатрической помощи в РФ наряду с парадигмой врачебного патернализма и юридического контроля лежит также парадигма защиты и гарантий гражданских прав психически больных.

Анализ Закона "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" позволяет выделить и сформулировать ряд основных положений, определяющих повседневную деятельность психиатрической службы. На некоторые из них имеются прямые указания в тексте Закона (государственные гарантии оказания помощи, а также законность, гуманность, соблюдение прав человека). Другие - не обозначены законодателями непосредственно как принципы, однако также имеют фундаментальный характер, что позволяет включить их в эту группу (добровольность, доступность и др.). Кроме того, в законодательстве ряда зарубежных стран эти положения явно именуются как принципы, в связи с чем представляется обоснованным экстраполировать международный опыт на российское психиатрическое законодательство.

Принципами оказания психиатрической помощи в РФ являются:

- 1) законность, гуманность, соблюдение прав человека и гражданина;
- 2) государственные гарантии доступности психиатрической помощи лицам, страдающим психическими расстройствами;
- 3) добровольность при обращении за психиатрической помощью;
- 4) необходимость и достаточность мер диагностики лечения и их проведение в соответствии с современным уровнем научных знаний;
- 5) оказание психиатрической помощи в наименее ограничительных условиях;
- 6) социальная защищенность граждан при оказании психиатрической помощи.

Первые два основополагающих принципа названы уже в ст. 1. Законность при оказании психиатрической помощи выражается в строгом соблюдении Конституции РФ, Закона "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", а также иных законов и подзаконных актов, так или иначе ее регламентирующих. Данный принцип реализуется в повседневной деятельности медицинского персонала психиатрических учреждений, что подразумевает знание положений Закона и их строгое соблюдение. В связи с этим вопросы правового регулирования психиатрической помощи включены в программы подготовки врачей и среднего медицинского персонала по специальности "Психиатрия".

Первостепенная роль в реализации данного принципа принадлежит лечащему врачу, от действий которого зависит выполнение требований Закона в процессе лечения. Соблюдение всех правовых норм на практике во многом зависит от добросовестности и обязательности медицинского персонала, исполнительности контролирующих государственных органов и правовой грамотности потребителей психиатрических услуг.

Гуманность психиатрической помощи означает, что такая помощь оказывается, прежде всего, в интересах лица, страдающего психическим расстройством, в целях лечения и облегчения его страданий. С другой стороны, она проявляется и в том, что другие граждане ограждаются от общественно опасных деяний, которые могут совершать лица, страдающие психическими расстройствами. Кроме того, принцип гуманности обязывает медицинский персонал относиться с уважением к человеческому достоинству психически больных, заботиться об их здоровье, допуская в отношении таких лиц минимальные ограничения и неудобства, которые могут диктоваться исключительно медицинскими показаниями.

Важность соблюдения прав человека и гражданина при оказании психиатрической помощи подчеркивается тем, что данный принцип вынесен в название Закона. Фактически это означает, что в своей повседневной деятельности специалисты в области психиатрии наравне с Законом "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" должны руководствоваться и международными документами о правах человека. Таким образом, была создана правовая основа для приведения российского законодательства, касающегося правового положения лиц, страдающих психическими расстройствами, и практики отечественной психиатрии в соответствие с международными стандартами прав человека.

Вопрос о гарантиях оказания психиатрической помощи гражданам является ключевым. Отличительной чертой действующего Закона является закрепление в нем реальных государственных гарантий, что прослеживается в статьях, регламентирующих конкретные формы оказания помощи лицам, страдающим психическими расстройствами. Данные гарантии содержатся также в нормативных правовых актах, принятых с целью развития положений Закона и регулирующих различные направления оказания психиатрической помощи гражданам. К числу наиболее значимых из них следует отнести:

Закон РФ от 27 апреля 1993 г. N4866-1 "Об обжаловании в суд действий и решений, нарушающих права и свободы граждан" (в ред. Федерального закона от 14 декабря 1995 г. N 197-ФЗ);

постановление Правительства РФ от 28 апреля 1993 г. N 377 "О реализации Закона Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" с изменениями и дополнениями;

постановление Правительства РФ от 25 мая 1994 г. N522 "О мерах по обеспечению психиатрической помощью и социальной защите лиц, страдающих психическими расстройствами", 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 эти предприятия лиц, страдающих психическими расстройствами, включая инвалидов; об общежитиях для лиц, страдающих психическими расстройствами, утративших социальные связи;

постановление Правительства РФ от 20 апреля 1995 г. N383 "О федеральной целевой программе "Неотложные меры по совершенствованию психиатрической помощи (1995-1997 годы)";

приказ Минздрава России от 11 января 1993 г. N6 "О некоторых вопросах деятельности психиатрической службы", которым в связи с принятым Законом внесены поправки в приказы и инструкции Минздрава России, связанные с оказанием психиатрической помощи населению;

совместный приказ Минздрава России и МВД России от 30 апреля 1997 г. N 133/269 "О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами".

Принцип добровольности обращения за психиатрической помощью, закрепленный в ст. 4 Закона, также является основополагающим, т.е. предваряет все прочие нормы. В соответствии со ст. 32 "Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан" необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина. Однако в особых, строго регламентированных, случаях допускается оказание медицинской помощи без согласия граждан или их законных представителей (ст. 34 Основ). Такое ограничение прав пациентов может осуществляться в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих (тяжелые психические расстройства, особо опасные инфекции и др.).

Добровольность обращения за медицинской помощью при соматических заболеваниях является правилом, не нуждающимся в специальном правовом регулировании. Поэтому, по мнению психиатров, необходимость законодательного закрепления добровольности получения психиатрической помощи обусловлена не столько спецификой психических расстройств, сколько особенностями отношения общества к таким больным.

Преобладание добровольности при обращении за психиатрической помощью в настоящее время

стало прочно установившейся традицией в демократических странах и обусловлено необходимостью соблюдения прав человека. Закон предоставляет большинству лиц с психическими расстройствами самостоятельно решать вопрос об обращении за ней и выбирать ее вид. Реализации данного принципа будут способствовать создание специализированных учреждений с условиями пребывания, приближенными к обычной жизни, а также благоприятный психологический климат в обществе, при котором обращение за психиатрической помощью не будет приводить к стигматизации человека и не повлечет социальных ограничений.

Как следует из текста ст. 4 Закона, принцип добровольности предполагает получение психиатрической помощи не только по собственной инициативе лица либо его законного представителя, но и с их согласия, когда инициатива обращения к врачу-психиатру исходит из других источников. Таким образом, услуги по оказанию психиатрической помощи могут свободно предлагаться населению, однако формы такого предложения законом не регулируются. Очевидно, что они должны находиться в пределах правовых норм и быть только профессиональными.

В Законе также регламентируются общие положения оказания психиатрической помощи тем лицам, обращение которых за помощью или отказ от нее не могут быть приняты во внимание в связи с несовершеннолетием или признанной судом недееспособностью. Этот вопрос за них решают их законные представители.

Обозначенный в Законе 15-летний возраст, до которого несовершеннолетний не может принимать решения, связанные с психиатрической помощью, учитывает положения "Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан". С другой стороны, это требование вступает в противоречие с Гражданским кодексом РФ, в котором заложены несколько иные критерии оценки способности принятия решений с учетом возраста: лишь по достижении 18 лет лицо считается совершеннолетним и дееспособным в полном объеме, а начиная с 14 лет - не полностью дееспособным. Однако в своей профессиональной деятельности врачи-психиатры руководствуются требованиями Закона "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", получая согласие с лиц, достигших 15-летнего возраста, поскольку изменений в указанный Закон до сих пор внесено не было.

В соответствии с действующим законодательством законными представителями лиц, которым оказывается психиатрическая помощь, являются:

- опекун - в отношении лиц, признанных судом недееспособными;
- родители (усыновители) или опекун - в отношении несовершеннолетних до 14 лет;
- родители (усыновители) или попечитель - в отношении несовершеннолетних от 14 до 16 лет;
- воспитательное, лечебное учреждение, учреждение социальной защиты населения и др. - в отношении лиц, находящихся в указанных учреждениях;

- орган опеки и попечительства - в отношении недееспособных и несовершеннолетних в случаях, когда у этих лиц отсутствует законный представитель, либо когда его местопребывания неизвестно, либо в случае разногласий между родителями несовершеннолетнего;

- близкие родственники и иные лица, которые в соответствии с гражданским и гражданским процессуальным законодательством оформлены в качестве законных представителей.

При этом предполагается, что законные представители действуют добровольно и в интересах представляемого лица. В случае ненадлежащего выполнения ими своих обязанностей врачи имеют право сообщать о выявленных фактах нарушений или злоупотреблений со стороны законных представителей в территориальный орган опеки и попечительства.

Следующий принцип, который можно обозначить как необходимость и достаточность мер диагностики и лечения, в тексте Закона явно не сформулирован, однако указания на него имеются во многих статьях. Основная суть его заключается в том, что психиатрическая помощь должна оказываться только лицам, страдающим психическими расстройствами. Исключение из данного правила могут составлять только случаи первичного обследования граждан, у которых предполагается наличие психического заболевания. Это связано с тем, что в соответствии со ст. 1 Закона психиатрическое освидетельствование также является одним из видов медицинской помощи. Разумеется, часть проведенных обследований не позволяет подтвердить наличие психического расстройства. Такие лица в дальнейшем оказании психиатрической помощи не нуждаются, что является проявлением второй составляющей рассматриваемого принципа - ее достаточности.

Законодательное закрепление данного положения призвано исключить факты использования психиатрии в немедицинских, в том числе политических, целях, которые имели место в бывшем Советском Союзе, а также является дополнительной гарантией прав лиц, страдающих психическими расстройствами. Принцип необходимости и достаточности отражен также в ст. 5 и 28 Закона. В них содержатся указания на то, что важнейшим основанием для госпитализации в психиатрический стационар является наличие у лица психического расстройства, а содержание в психиатрическом стационаре ограничивается сроками, необходимыми для обследования и лечения.

Вопрос о правовых гарантиях оказания психиатрической помощи в соответствии с современным

уровнем научных знаний закреплён в ст. 10 Закона и подробно он будет рассматриваться в [гл. 4](#).

Принцип получения психиатрической помощи в наименее ограничительных условиях также направлен на минимизацию ограничений свободы больного и служит дополнительным подкреплением принципа добровольности. Реализация данного положения в практической деятельности заключается в том, что врач, решая вопрос о лечении конкретного больного, должен выбирать наименее ограничительные условия, в которых оно может быть получено. Так, пациенту не следует предлагать госпитализацию, если существует возможность лечения вне стационара. Если же госпитализация необходима, то наименее ограничительные условия для содержания данного пациента выбираются внутри больницы. Во многом выбор вида психиатрической помощи и условий ее осуществления определяется необходимостью обеспечения безопасности самого больного и его окружающих.

Личная свобода любого человека, страдающего психическими расстройствами, может быть ограничена лишь в минимальных пределах, обусловленных его психическим состоянием. В связи с этим пациентам гарантируется право получать лечение по месту своего жительства. Реализации данного принципа способствует территориальность организации медицинской, в том числе и психиатрической, помощи, т.е. каждое лечебное учреждение обслуживает население конкретного населенного пункта либо его районов.

К сожалению, это право не может быть в полной мере обеспечено, по крайней мере вследствие двух причин. Во-первых, в некоторых отдаленных районах страны специализированная медицинская помощь остается удаленной от ее потребителей. Во-вторых, психически больные лица могут по болезненным мотивам совершать перемещения на значительные расстояния, что делает невозможным проведение лечения по месту жительства, как минимум, до наступления улучшения состояния.

Говоря о социальной защищенности граждан при оказании психиатрической помощи, следует вновь вернуться к проблеме международных и внутригосударственных гарантий защиты прав лиц, в том числе и тех, кто страдает психическими расстройствами. В соответствии с их основными принципами в Законе "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" принят ряд положений, направленных на защиту психически больных от необоснованных ущемлений прав и свобод человека и носящих антидискриминационный характер.

Таким образом, принципы оказания психиатрической помощи выражают дух всего Закона и служат основой для его практического применения не только специалистами-медиками, но и органами исполнительной власти, органами местного самоуправления, должностными лицами и общественными объединениями. Они направлены на гуманизацию психиатрии, преодоление стереотипов общественного сознания и повышение престижа профессии психиатра.

2.4. Виды психиатрической помощи, гарантируемые государством

Психиатрическая помощь включает в себя обследование психического здоровья граждан, диагностику психических расстройств, лечение, уход и медико-социальную реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами. Приведенная общая формулировка, закреплённая в ст. 1 Закона "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", объединяет по содержанию психиатрию с другими отраслями медицины и не подчеркивает ее специфики. В Принципах защиты прав психически больных и улучшения психиатрической помощи, которые были приняты Генеральной ассамблеей ООН 17 декабря 1991 г., термин "психиатрическая помощь" включает в себя анализ или диагноз психического состояния лица, а также лечение, уход и реабилитацию в связи с установленным или предполагаемым психическим заболеванием.

Перечисление конкретных видов психиатрической помощи и ее минимальный объем, гарантированный государством, закреплёны в ст. 16 Закона, а также в Положении об учреждениях, оказывающих внебольничную и стационарную психиатрическую помощь (утв. постановлением Правительства РФ от 25 мая 1994 г. N522 "О мерах по обеспечению психиатрической помощью и социальной защите лиц, страдающих психическими расстройствами"). Перечень основных видов помощи 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. Приведем их краткую характеристику.

Неотложная психиатрическая помощь представляет собой комплекс мероприятий, направленных на оказание экстренной помощи больным, либо находящимся в состоянии острого психоза, либо обнаруживающим такое хроническое психическое расстройство, которое обуславливает в данное время их опасность для себя или для окружающих. Основными мерами данного вида помощи являются госпитализация в психиатрический стационар, а также применение медикаментозных средств, физическое стеснение и т.п. Поскольку большая часть этих мер может быть предпринята только по решению врача-психиатра, их исполнение возлагается в основном на службу скорой психиатрической

помощи либо на учреждения, оказывающие внебольничную психиатрическую помощь. В экстренных случаях эти функции могут также выполняться до прибытия врача-психиатра бригадой общей скорой помощи, а иногда и органами милиции.

К сожалению, до настоящего момента деятельность скорой психиатрической помощи не регламентирована на уровне федеральных законов; не обсуждается она и в соответствующем разделе Закона. На сегодняшний день врачи-психиатры скорой психиатрической помощи руководствуются ведомственным приказом Министерства здравоохранения РФ от 8 апреля 1998 г. N108 "О скорой психиатрической помощи".

Консультативно-диагностическая, лечебная психопрофилактическая, реабилитационная помощь во внебольничных и стационарных условиях включает в себя все виды плановой психиатрической помощи, основную часть которой составляют диагностика и лечение. Именно к этому сводится в конечном итоге вся деятельность психиатрической службы. Однако в Законе закреплены и обязанности государства по обеспечению мер, направленных на предупреждение психиатрических заболеваний (профилактика), а также по восстановлению уровня социальной адаптации, снизившегося в результате психического расстройства (реабилитация).

Важным разделом психиатрической помощи являются и все виды психиатрической экспертизы. Проведение экспертизы является органической составной частью лечебно-диагностической работы врача, на которого ложится вся полнота ответственности за ее правильность. Без экспертной оценки характера и глубины психического расстройства в аспекте его влияния на выполнение тех или иных социальных функций невозможно решить вопрос о необходимости защиты прав и законных интересов больного либо об их ограничении.

В настоящее время выделяют следующие виды экспертиз в психиатрии.

1. Судебно-психиатрическая экспертиза, проведение которой регламентируется Гражданским процессуальным кодексом РФ, Уголовно-процессуальным кодексом РФ, Кодексом РФ об административных правонарушениях, Федеральным законом от 31 мая 2001 г. N 73-ФЗ "О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации".
2. Военно-психиатрическая экспертиза как раздел военно-врачебной экспертизы проводится в соответствии с постановлением Правительства РФ от 25 февраля 2003 г. N123 "Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе", а также приказом Минобороны России от 20 августа 2003 г. N 200 "О порядке проведения военно-врачебной экспертизы в Вооруженных Силах Российской Федерации" и приказом МВД России от 14 июля 2004 г. N 440 "Об утверждении Инструкции о порядке проведения военно-врачебной экспертизы в органах внутренних дел Российской Федерации и внутренних войсках Министерства внутренних дел Российской Федерации".
3. Экспертиза временной нетрудоспособности, правовой основой которой является Инструкция о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан, утвержденная приказом Минздравмедпрома России от 19 октября 1994 г. N 206.
4. МСЭ, которая проводится в соответствии с Положением о порядке признания граждан инвалидами (утв. постановлением Правительства РФ от 13 августа 1996 г. N965) и постановлением Министерства труда и социального развития и Министерства здравоохранения от 29 января 1997 г. N1/30 "Об утверждении Классификаций и временных критериев, используемых при осуществлении МСЭ".
5. Специфической разновидностью психиатрической экспертизы можно считать проведение обследований в соответствии с требованиями ст. 6 для определения пригодности к некоторым видам профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности. Правовой основой данного раздела трудовой экспертизы является "Перечень медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности" (утв. постановлением Совета Министров - Правительства РФ от 28 апреля 1993 г. N 377 с изменениями от 23 мая, 31 июля 1998 г., 21 июля 2000 г., 23 сентября 2002 г.).

Проводимые экспертные обследования помогают выносить квалифицированные и обоснованные заключения, необходимые для решения вопросов, связанных с психическим состоянием лица, страдающего психическим расстройством, и влекущие для него определенные правовые последствия.

Социально-бытовая помощь и содействие в трудоустройстве являются одной из существенных сторон деятельности психиатра. Она включает в себя различные меры по обеспечению лицам, страдающим психическими расстройствами, 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.

Особое значение для реализации этого 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, утв. постановлением Правительства РФ от 25 мая 1994 г. N522. Положением предусмотрено, что такое предприятие является структурным подразделением государственного или муниципального учреждения, оказывающего психиатрическую помощь.

Решение вопросов опеки для защиты личных и имущественных прав и интересов лиц, признанных в установленном порядке недееспособными, также в значительной степени является сферой деятельности учреждений, оказывающих психиатрическую помощь. С одной стороны, данный вид помощи заключается в выполнении администрацией психиатрического учреждения опекунских (попечительских) обязанностей. В соответствии с ч. 4 ст. 35 ГК РФ "опекунами и попечителями граждан, находящихся или помещенных в: лечебные учреждения, являются эти учреждения". На практике часть этих функций может делегироваться подразделениям, оказывающим амбулаторную психиатрическую помощь.

С другой стороны, врачи-психиатры в своей повседневной деятельности могут выявлять лиц, нуждающихся в установлении над ними опеки, участвовать в подборе кандидатуры опекуна и осуществлять контроль за его деятельностью. В случае выявления медицинскими работниками фактов ненадлежащего выполнения опекуном своих обязанностей или злоупотребления ими психиатрические учреждения ставят вопрос перед органом местного самоуправления об освобождении или отстранении опекунов (ст. 39 ГК РФ).

Осуществление консультаций по правовым вопросам и другой юридической помощи в психиатрических и психоневрологических учреждениях предполагает наличие в них специалистов, компетентных в вопросах права. В первую очередь пациенты нуждаются в предоставлении информации о вопросах, касающихся правового положения лиц, страдающих психическими расстройствами. Определенным минимумом таких знаний должны обладать все медицинские работники (врачи-психиатры, медицинские сестры, специалисты по социальной работе 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.

Социально-бытовое устройство инвалидов и престарелых, страдающих психическими расстройствами, а также 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, направление в специальные общежития, лечебно-производственные мастерские и т.д. Осуществление основного объема такой помощи падает на психоневрологические учреждения для социального обеспечения 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.

Обучение инвалидов и несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами, может проводиться в нескольких формах. В случае длительности проведения лечебных или оздоровительных мероприятий возникает опасность отрыва детей и подростков от учебного процесса. Для предотвращения этих негативных последствий госпитализации в психиатрических учреждениях обеспечивается продолжение обучения за счет включения в штат определенного числа педагогов.

Для несовершеннолетних, не способных по психическому состоянию усваивать программу общеобразовательных школ, создана сеть школ и интернатов для умственно отсталых детей, где обучение проводится по специальной программе педагогами, имеющими соответствующую подготовку. Привитие трудовых навыков и элементов профессионального обучения также осуществляется в названных школах. Особое значение имеет отбор в эти школы, осуществляемый психолого-медико-педагогическими комиссиями (ПМПК), 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.

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 имевшей у них специальности. В настоящее время эту функцию могут осуществлять частично лечебно-производственные мастерские психиатрических 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 приобретает все большую значимость в связи с увеличением количества чрезвычайных ситуаций, которые, как правило, сопровождаются выраженным психотравмирующим воздействием. Столкновение с такой ситуацией нередко приводит к психическим расстройствам, принимающим массовый характер. Опыт работы по ликвидации последствий указанных явлений говорит о необходимости участия в них специализированных психиатрических бригад или включения психиатров в состав общемедицинских подразделений, оказывающих медицинскую помощь пострадавшим. Во исполнение данного положения Закона был принят приказ Минздрава России от 24 октября 2002 г. N 325, которым утверждено Положение об организации психологической и психиатрической помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях.

Для обеспечения граждан всеми перечисленными видами психиатрической помощи и социальной защиты государство берет на себя следующие обязательства, которые закреплены в ч. 2 ст. 16 Закона "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании".

Среди организационных форм психиатрической помощи и социальной защиты названо, прежде всего, создание всех видов учреждений, оказывающих внебольничную и стационарную психиатрическую помощь, по возможности по месту жительства пациентов. Реализация этого требования тесно связана с утверждением постановлением Правительства РФ от 25 мая 1994 г. N 522 Положения об учреждениях, оказывающих внебольничную и стационарную психиатрическую помощь. Следовательно, 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.

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, санаторно-лесные школы-интернаты, специальные ПТУ), а также проведением школьных занятий в психиатрических (психоневрологических) стационарах и санаториях.

Аналогичным образом создаются лечебно-производственные предприятия для трудовой терапии, обучения новым профессиям и трудоустройства лиц, страдающих психическими расстройствами. Реальные успехи в этом направлении были достигнуты благодаря принятию Положения о лечебно-производственных государственных предприятиях для проведения трудовой терапии, обучения новым профессиям и трудоустройства на этих предприятиях лиц, страдающих психическими расстройствами, включая инвалидов (утверждено названным выше постановлением Правительства). До этого момента трудоустройство больных на данных предприятиях не допускалось и данный процесс ограничивался лишь их временным пребыванием для проведения трудотерапии и обучения.

В зависимости от психического состояния больного и степени нарушения трудовых навыков его включение в профессиональную деятельность может осуществляться на лечебно-производственных предприятиях, созданных при лечебно-профилактических учреждениях, либо на специальных производствах, в цехах или участках с облегченными условиями труда, организованных на промышленных предприятиях с участием учреждений психиатрической помощи. Назначение последних в значительно большей степени состоит именно в трудоустройстве на постоянной основе лиц, страдающих психическими расстройствами. Следует отметить, что отечественная психиатрия имеет богатый опыт организации данных форм трудовой реабилитации, поскольку они существовали задолго до принятия Закона "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании".

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. Данная форма позволяет создать для таких лиц облегченные условия труда, однако она лишена некоторых преимуществ, свойственных уже рассмотренным видам помощи, например возможности обеспечения в производственных условиях повседневного психиатрического наблюдения, фармакотерапии и других медицинских мероприятий.

С целью 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. Проблема оказания помощи данной группе пациентов имеет в настоящее время особую значимость в связи с неуклонным увеличением их количества в большинстве стран. Отличительной особенностью этих лиц является отсутствие острых психотических состояний, требующих госпитализации в психиатрический стационар. С другой стороны, они не способны к самостоятельному проживанию в связи с тяжелыми последствиями психического расстройства, проявляющимися выраженными изменениями личности, достигающими порой степени слабоумия. При отсутствии семьи и близких родственников, которые могли бы взять на себя заботу о них, отсутствии собственного жилья и прописки резко затрудняется их социальная адаптация. Больные сталкиваются с неразрешимыми, с учетом имеющегося психического расстройства, бытовыми проблемами, что может приводить к совершению ими общественно опасных действий.

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 РФ от 25 мая 1994 г. N522. 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 больного в дальнейшем он 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.

В заключение следует отметить, что ответственность за обеспечение граждан всеми видами психиатрической помощи и социальной защиты возлагается на органы государственной власти и управления всех уровней и органы местного самоуправления. Закон не предписывает данным органам, как конкретно они должны осуществлять свою деятельность. В данном случае речь идет о закреплении соответствующих обязанностей этих органов на уровне федерального закона, о гарантиях тем самым необходимого минимума видов психиатрической помощи и социальной защиты, а также о примерном перечне форм их реализации.

Глава 3. Правовые аспекты отдельных видов психиатрической помощи 3.1.

Правовые аспекты и принципы психиатрического освидетельствования

3.1.1. Основания и порядок психиатрического освидетельствования

Настоящая [глава](#) посвящена видам психиатрической помощи, которые составляют ее основное содержание как клинической медицинской специальности. Повседневная деятельность врача-психиатра преимущественно складывается из диагностики и лечения психических расстройств, осуществляемых в амбулаторных и стационарных условиях. В связи с важностью данного аспекта работы ему посвящен отдельный раздел Закона РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", который выделяет такие его формы, как психиатрическое освидетельствование, амбулаторная психиатрическая помощь, госпитализация в психиатрический стационар, а также помещение лиц в психоневрологические учреждения для социального обеспечения и специального обучения.

Исходя из содержания психиатрической помощи, заложенного в ст. 1 Закона, первым видом, определяющим начальный момент ее оказания, является обследование психического здоровья граждан. В связи с этим представляется обоснованным начинать разбор отдельных видов психиатрической помощи с процедуры психиатрического освидетельствования, которое по смыслу тесно связано с понятием "обследование". Однако на самом деле психиатрическое освидетельствование имеет более обширное содержание, т.к. оно направлено на решение достаточно широкого круга вопросов.

В соответствии с ч. 1 ст. 23 Закона 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. Таким образом, к данному виду психиатрической помощи можно отнести каждый осмотр пациента врачом-психиатром, поскольку при этом каждый раз решаются перечисленные вопросы.

На психиатрическое освидетельствование в полной мере распространяется основополагающий принцип оказания психиатрической помощи - добровольность ее получения. Следовательно, оно должно проводиться по просьбе или с согласия самого обследуемого или его законного представителя, т.е. инициатива освидетельствования исходит от самого пациента либо он не возражает против освидетельствования, осуществляемого по инициативе третьего лица.

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. Если между родителями несовершеннолетнего нет согласия по этому вопросу и один из них активно возражает против освидетельствования, а также при отсутствии родителей заинтересованные лица могут обратиться в орган опеки, который вправе принять решение о необходимости психиатрического освидетельствования. В последующем решение органа опеки может быть обжаловано в суд.

Соблюдение принципа добровольности предусмотрено и при решении вопроса о допуске к отдельным видам профессиональной деятельности или деятельности, связанной с источником повышенной опасности, проводимого в соответствии со ст. 6 Закона. Если лицо намерено получить или подтвердить право выполнять определенные виды деятельности, для допуска к которым 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.

Врач, проводящий психиатрическое освидетельствование, обязан представиться обследуемому исключительно в качестве психиатра, как того требует ч. 3 ст. 23 Закона. Данное требование должно безусловно соблюдаться во всех случаях добровольного освидетельствования. Оно также выполнимо и в некоторых случаях недобровольного освидетельствования при выраженных психических расстройствах, которые не нарушают ориентировку пациента в окружающем мире и не оказывают негативного влияния на его способность понимать происходящее.

Однако в практике врача могут иметь место исключительные случаи, когда требуется неотложное оказание психиатрической помощи в недобровольном порядке, однако представление в качестве психиатра может усугубить ситуацию и вызвать сопротивление больного. В связи с этим Закон позволяет врачу, опираясь на объективный критерий тяжести психического расстройства, обуславливающего непосредственную опасность лица для себя или для окружающих, не представляться больному. Однако из этого не следует, что во всех таких случаях психиатр обязательно не должен представляться обследуемому - речь идет лишь о допустимости не представляться 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 отрицательно отразиться на его состоянии, затруднить дальнейший контакт с ним и вызвать 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.

3.1.2. Процедура недобровольного психиатрического освидетельствования

В части 4 ст. 23 Закона отдельно сформулированы основания для недобровольного освидетельствования лица, которые соответствуют критериям применения других видов психиатрической помощи в недобровольном порядке. Освидетельствование лица без его согласия или без согласия его законного представителя может быть проведено "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".

Существенной особенностью процедуры установления необходимости недобровольного психиатрического освидетельствования является то, что в данном случае речь не идет о состояниях, которые установлены самим принимающим решение психиатром, что делало бы его ответственным за правильность квалификации психического расстройства. Следствием такого положения является и некоторая громоздкость приведенной в Законе формулировки, в соответствии с которой решение об освидетельствовании принимается на основании предположения о наличии тяжелого психического

расстройства, соответствующего указанным пунктам "а", "б" или "в". Такое предположение базируется на информации, которая предоставляется лицами, не имеющими, как правило, специальной подготовки в области психиатрии. Поэтому даже при тщательном отборе информации трудно гарантировать ее полную достоверность и возможность определенной интерпретации в плане соответствия сформулированным в Законе критериям. Следовательно, предположение о наличии тяжелого психического расстройства во всех случаях 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 неоказания психиатрической помощи, которые могут наступить в случаях, предусмотренных пунктами "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. По мнению большинства специалистов, показания для недобровольного освидетельствования следует трактовать более широко, чем для недобровольной госпитализации, имея в виду неизбежность определенного минимального числа ошибочных решений даже при самом добросовестном подходе к оценке поступающей информации.

Кроме того, психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя, если обследуемый находится под диспансерным наблюдением по основаниям, предусмотренным ст. 27 Закона "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании". Обычно необходимость данной процедуры возникает в случае неявки таких пациентов 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 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.

Отправной точкой процедуры недобровольного психиатрического освидетельствования является зарегистрированный факт обращения граждан к психиатру с заявлением о необходимости его проведения. Обычно заявление подается врачу-психиатру амбулаторного учреждения, за которым закреплен район проживания освидетельствуемого (участковый психиатр диспансера). В экстренных случаях можно также обращаться к дежурному врачу любого психиатрического учреждения или психиатру, оказывающему скорую психиатрическую помощь, а также к главному врачу любого из перечисленных учреждений или к его заместителю.

Форма заявления Законом не определена, однако во всех случаях, кроме экстренных, его следует подавать в письменном виде. Несмотря на свободную форму изложения, заявитель в обязательном порядке должен указать следующие сведения:

фамилия, имя, отчество заявителя;

его адрес (телефон);

отношение к лицу, подлежащему освидетельствованию;

мотивы обращения к психиатру;

фактические данные, которые указывали бы на наличие у лица тяжелого психического расстройства;

сведения о поведении и высказываниях, свидетельствующих об опасности освидетельствуемого, его беспомощности либо необходимости психиатрического вмешательства во избежание существенного вреда его здоровью;

отказ лица или его законного представителя от обращения к врачу-психиатру и невозможность добровольного освидетельствования.

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 должны быть зафиксированы в медицинской документации, по возможности максимально близко к приведенному выше перечню.

Правом инициирования процедуры недобровольного освидетельствования обладают любые граждане, заинтересованные в его проведении. Закон не ограничивает круг лиц, которые могут обращаться с заявлением к психиатру. В зависимости от конкретных обстоятельств (тяжесть состояния, место пребывания освидетельствуемого, наличие близких родственников и т.п.) ими могут быть самые различные лица. Таким образом, чем более экстренный характер носит освидетельствование, тем более широк круг этих лиц, вплоть до случайных встречных. Это связано с необходимостью обеспечить неотложную психиатрическую помощь лицам с острыми, внезапно развившимися психическими расстройствами, а также защитить от потенциально опасных действий больного его окружающих.

Во всех остальных случаях, не носящих характера неотложных, рекомендуется, 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, хотя при определенных обстоятельствах в качестве заявителя может выступить любое лицо.

В случае недостаточности сведений, необходимых психиатру для принятия решения о недобровольном освидетельствовании, он может принять меры к получению дополнительной информации, которая позволит подтвердить, уточнить или опровергнуть данные, полученные от третьих лиц. Источником получения дополнительной информации может быть сам заявитель, другое заинтересованное лицо или законный представитель предполагаемого больного. Врач может также запросить письменно или по телефону необходимые сведения и документы из других медицинских учреждений, военно-учетных, экспертных, педагогических и других учреждений; самостоятельно пригласить родственников или друзей лица; принять другие меры для пополнения информации.

Следующим этапом является оценка полученных сведений врачом-психиатром и принятие решения об обоснованности проведения недобровольного психиатрического освидетельствования. В случаях, если поданное заявление не содержит данных о наличии обстоятельств, предусмотренных п. "а", "б", "в" ч. 4 ст. 23 Закона, врач уведомляет заявителя об отказе. В большинстве случаев его причиной становится недостаточность представленных оснований, т.е. несмотря на возникновение сомнений в психическом здоровье лица, степень его выраженности не соответствует понятию "тяжелого психического расстройства" либо не определяет опасности гражданина, его беспомощности, а также не предполагает наступления существенного вреда здоровью. Кроме того, не являются основанием для недобровольного психиатрического освидетельствования случаи, когда агрессивность, раздражительность, склонность к конфликтам обусловлены личностными особенностями, а не связаны с тяжелым психическим расстройством.

Отрицательный ответ заявителю должен быть мотивирован, т.е. содержать конкретные основания для отказа в освидетельствовании. Наряду с этим психиатру необходимо быть предельно осторожным в формулировках, чтобы избежать разглашения информации о психическом здоровье лица и не нарушить его права на сохранение врачебной тайны.

Если же заявление и полученные дополнительные сведения содержат информацию о проявлениях, характерных для тяжелого психического расстройства, то дальнейшая тактика врача-психиатра зависит от того, в соответствии с каким именно пунктом ч. 4 ст. 23 Закона следует осуществлять недобровольное освидетельствование.

В случаях представления сведений 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. "а" ч. 4 ст. 23), врачу-психиатру предоставляется право единоличного принятия решения о недобровольном освидетельствовании. Необходимость единоличного решения в таких случаях продиктована стремлением максимально упростить и ускорить процедуру, поскольку промедление может привести к самоубийству или совершению общественно опасного деяния.

Аналогичным образом принимается решение и об освидетельствовании лица, находящегося под диспансерным наблюдением, поскольку оно устанавливается независимо от согласия лица, страдающего психическим расстройством, или его законного представителя, а существенным компонентом такого наблюдения являются периодические врачебные осмотры.

Если заявитель представляет сведения о том, что тяжелое психическое расстройство у данного лица обуславливает его беспомощность либо может повлечь существенный вред здоровью в случае не оказания психиатрической помощи, врач-психиатр пишет заключение о необходимости психиатрического освидетельствования без согласия лица и его законного представителя. При этом отмечается, что заключение основывается на сведениях, сообщенных третьим лицом. Особое внимание уделяется обоснованию мнения о вероятности именно тяжелого психического расстройства, а также о наличии признаков, соответствующих п. "б" или "в" ч. 4 ст. 23 Закона. 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.

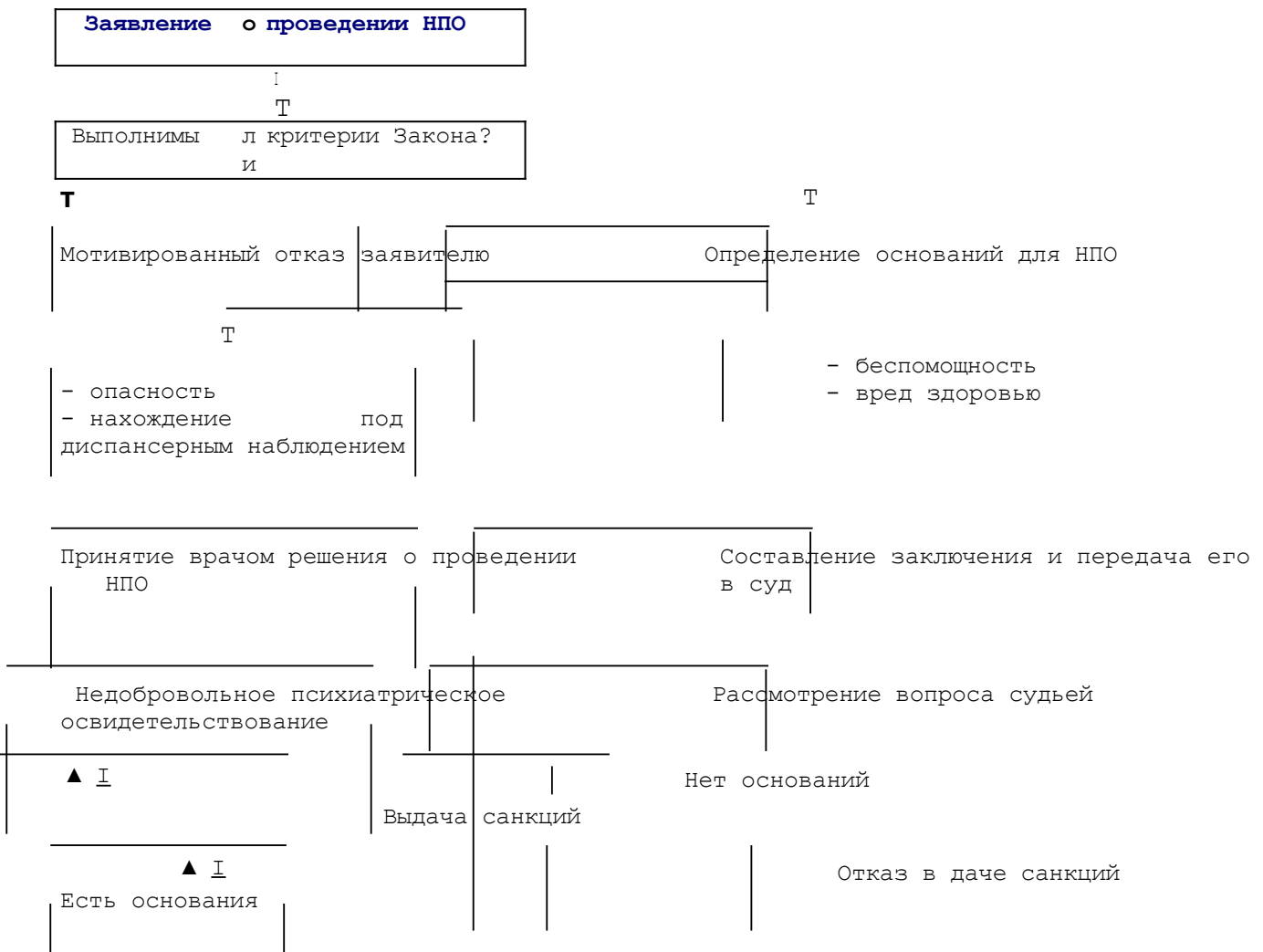
Возможность введения процедуры судебного контроля за решениями психиатров обусловлена тем, что в данных случаях в связи с отсутствием непосредственной опасности для самого лица или окружающих допустимо некоторое промедление с оказанием психиатрической помощи, достаточное для того, чтобы были получены дополнительные гарантии соблюдения прав и законных интересов личности.

В качестве такой гарантии Закон устанавливает необходимость получения санкции судьи на проведение психиатрического освидетельствования.

Получив заключение психиатра о необходимости психиатрического освидетельствования с приложенными к нему материалами, судья в течение трех дней решает вопрос о даче санкции на недобровольное психиатрическое освидетельствование. Судья, не обладая специальными познаниями в области психиатрии, не может самостоятельно принять решение о недобровольном освидетельствовании, поэтому главное внимание он уделяет оценке достоверности представленной информации, а также обоснованности самого решения. Для этого 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 случае несогласия одной из сторон с решением судьи оно может быть обжаловано в суд в порядке, установленном ГПК РФ а также ст. 47, 48 Закона РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании".

В обобщенном виде процедура недобровольного психиатрического освидетельствования (НПО) представлена на рис. 1.

Рис. 1. Схема принятия решения о проведении недобровольного психиатрического освидетельствования (НПО)



3.2. Правовые аспекты оказания амбулаторной психиатрической помощи

Амбулаторной называют разновидность психиатрической помощи, которая оказывается во внебольничных условиях, т.е. без помещения лица в стационар. Ее отличительной особенностью является то, что пациенты продолжают проживать в привычных для себя условиях и даже сохраняют возможность осуществления трудовой деятельности, хотя при этом периодически посещают врача-психиатра. Содержанием амбулаторной психиатрической помощи, как и психиатрической помощи вообще, является обследование психического здоровья, диагностика психических расстройств, их лечение, психопрофилактическая и реабилитационная помощь, а также уход за лицами, страдающими психическими расстройствами.

Основным учреждением, оказывающим амбулаторную психиатрическую помощь, является психоневрологический диспансер. Кроме того, получение внебольничной помощи по месту жительства возможно в дневных стационарах, специализированных психиатрических и психотерапевтических кабинетах, созданных на базе общемедицинских учреждений. Амбулаторная психиатрическая помощь лицу, страдающему психическим расстройством, в зависимости от медицинских показаний оказывается в виде консультативно-лечебной помощи или диспансерного наблюдения. 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.

Представляется обоснованным в качестве одного из видов амбулаторной помощи назвать также скорую психиатрическую помощь, хотя на нее и отсутствует прямое указание в тексте ст. 26 Закона. Дело в том что врачи-психиатры бригад скорой помощи оказывают ее в общественных местах, на дому, в различных учреждениях, т.е. во внебольничных условиях, а также, при необходимости, осуществляют доставку пациента в психиатрический стационар. Несмотря на безусловную важность данного звена психиатрической службы, правовой статус его до настоящего момента не определен.

Существующая дихотомия видов амбулаторной психиатрической помощи предполагает, что каждый конкретный пациент в определенный момент времени может получать ее только в форме либо консультативно-лечебной помощи, либо диспансерного наблюдения. В зависимости от изменений психического состояния лица возможен переход от одного вида помощи к другому, причем число таких изменений вида помощи одному и тому же лицу в принципе не ограничивается.

Как уже было сказано, выбор вида амбулаторной психиатрической помощи определяется медицинскими показаниями. 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. 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.

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. Таким образом, она воплощает в себе общий принцип добровольности обращения за психиатрической помощью и служит проявлением гуманизации отечественной психиатрии. 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. Факт добровольности обращения за консультативно-лечебной помощью следует подтверждать письменным оформлением согласия или, при необходимости, отказа от лечения.

В качестве примеров медицинских показаний для оказания консультативно-лечебной диагностической помощи можно привести следующие психические расстройства:

легкие (непсихотические) органические расстройства вследствие сосудистых, травматических, инфекционных, интоксикационных и других поражений головного мозга при невыраженном снижении интеллекта и без грубых расстройств поведения, препятствующих социальной адаптации;

последствия перенесенного острого психоза или психотический приступ с высокой вероятностью благоприятного исхода в виде выздоровления или полноценной ремиссии;

непсихотические аффективные расстройства;

невротические расстройства, психогенные нарушения физиологических функций, острые реакции на стресс;

расстройства личности (психопатии) в состоянии компенсации;

специфические нарушения развития в детском возрасте, если они не резко выражены и не препятствуют процессу обучения и социальной адаптации (синдром дефицита внимания с гиперактивностью, легкая умственная отсталость);

эпилепсия при отсутствии психотических расстройств и выраженных изменений личности.

Несмотря на минимальный объем ограничений и предоставление значительной свободы пациенту в принятии решений, все лица, которым оказывается консультативно-лечебная помощь, имеют право на получение полного объема лечебно-реабилитационных мероприятий и льгот. К последним можно отнести получение листков временной нетрудоспособности, установление облегченных условий труда или инвалидности, получение направлений на госпитализацию в психиатрические больницы, право на бесплатное получение лекарств, предоставление жилищных и иных льгот, предусмотренных для лиц с психическими расстройствами, и т.п. Кроме того, возможно анонимное оказание консультативно-лечебной помощи.

Другим видом амбулаторной психиатрической помощи является диспансерное наблюдение. В соответствии со ст. 27 Закона его отличительными особенностями являются следующие:

диспансерное наблюдение может устанавливаться только за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми, стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями;

оно может устанавливаться независимо от согласия лица, страдающего психическим расстройством, или его законного представителя, следовательно, по признаку добровольности диспансерное наблюдение существенно отличается от консультативно-лечебной помощи;

диспансерное наблюдение осуществляется путем регулярных осмотров врачом-психиатром и оказания больному необходимой медицинской и социальной помощи, что подразумевает проявление врачом-психиатром активности в оказании помощи больному даже в тех случаях, когда со стороны самого больного такой инициативы не обнаруживается.

Установление диспансерного наблюдения дает врачу-психиатру право проводить осмотры больного с той частотой, которая требуется для полноценного оказания психиатрической помощи, независимо от согласия самого больного (см. [раздел](#) "Процедура недобровольного психиатрического освидетельствования"). 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, а в особых случаях (например, при наблюдении за лицами, представляющими опасность) - не реже одного раза в месяц. Кроме того, осмотр может быть заменен получением сведений о больном другими путями, исключающими 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.

Как следует из содержания ч. 1 ст. 27 Закона "О психиатрической помощи...", диспансерное наблюдение может быть установлено за пациентами, психическое расстройство которых отвечает следующим трем критериям:

- 1) психическое расстройство должно быть хроническим или затяжным;
- 2) его болезненные проявления должны быть тяжелыми;
- 3) тяжелые болезненные проявления должны быть стойкими или часто обостряющимися.

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, психозы позднего возраста, а также о некоторых типах психических расстройств, возникающих вследствие органического поражения головного мозга (атеросклеротического, травматического, инфекционного, интоксикационного и 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. Кроме того, в данную группу включают состояния, которые не являются заболеваниями в общепринятом смысле, а представляют собой нарушения

психического развития - расстройства личности (психопатии) и умственная отсталость (олигофрения).

К затяжным относятся психические расстройства, продолжающиеся не менее года. Длительность их течения определяется не хроническим характером, а особенностями проявления, обусловленными личностными особенностями индивида. В качестве примера можно привести психогенную депрессию, возникающую в ответ на психическую травму, которая может при определенных условиях (особенности личности, повторные психотравмирующие переживания или длительно существующая стрессовая ситуация) принять затяжной характер.

Вторым обязательным критерием является тяжесть психического расстройства. Данное понятие отражает 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 мира 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.

С позиций клинической психиатрии тяжелыми психическими расстройствами являются:

психозы, проявляющиеся синдромами помрачения сознания, выраженными аффективными (депрессивными и маниакальными), бредовыми, галлюцинаторными расстройствами;

выраженное слабоумие;

выраженные формы умственной отсталости, т.е. состояния задержки умственного развития, характеризующиеся интеллектуальной недостаточностью;

грубые изменения личности ("дефект" личности), обусловленные шизофреническим процессом, эпилепсией, другими заболеваниями при их неблагоприятном течении.

Следует учитывать, что тяжелые болезненные проявления при хронических и затяжных психических расстройствах могут не определять всей клинической картины заболевания, а появляться в виде отдельных эпизодов, обострений, сменяющихся периодами полного или частичного улучшения состояния (так называемыми ремиссиями) либо менее тяжелыми психическими расстройствами. Поэтому двух перечисленных признаков (наличие у пациента с хроническим и затяжным психическим расстройством тяжелых болезненных проявлений) в ряде случаев бывает недостаточно для установления за пациентом диспансерного наблюдения. В связи с этим возникает необходимость введения третьего критерия, который дополнительно характеризует длительность тяжелых болезненных проявлений на всем протяжении психического расстройства, т.е. какова их стойкость или частота обострений.

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 обычно 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, что требует высокого уровня профессионализма. Поскольку такой прогноз носит вероятностный характер, он нуждается в постоянной коррекции в процессе наблюдения за больным и его лечения.

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 сомнении в их наличии амбулаторную психиатрическую помощь следует оказывать лицу в консультативно-лечебном виде. Например, больные шизофренией с редкими и непродолжительными приступами при отсутствии выраженных изменений личности могут получать психиатрическую помощь без диспансерного наблюдения. Следует отметить, что лицам, признанным в установленном законом порядке недееспособными, амбулаторная психиатрическая помощь может оказываться только в виде диспансерного наблюдения ввиду наличия всех трех перечисленных критериев.

Вопрос о необходимости установления диспансерного наблюдения и о его прекращении решается не единолично врачом, а комиссией врачей-психиатров, которая назначается приказом главного врача лечебно-профилактического учреждения, оказывающего амбулаторную психиатрическую помощь. Комиссия принимает решение после освидетельствования пациента. Лишь в отдельных беспорядных случаях, при явном уклонении от комиссииного освидетельствования лица, в отношении которого рассматривается вопрос о необходимости установления диспансерного наблюдения, решение может быть принято заочно - по данным медицинской документации. Законом "О психиатрической

помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" врачам-психиатрам психиатрических стационаров не предоставлено право решать вопрос об установлении или прекращении диспансерного наблюдения. Их заключения по данному вопросу имеют рекомендательный характер.

Решение об установлении диспансерного наблюдения оформляется в виде письменного заключения, в котором должны быть изложены основные анамнестические сведения, отражены 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. Данная запись решения комиссии вносится в медицинскую документацию и удостоверяется подписями председателя и членов комиссии. Диспансерное наблюдение считается установленным или прекращенным с момента принятия комиссионного решения, которое в дальнейшем может быть обжаловано в установленном Законом порядке.

Несмотря на тяжесть и стойкость проявлений психического расстройства, которые являются обязательным условием назначения диспансерного наблюдения, не следует рассматривать данный вид амбулаторной психиатрической помощи как неизменный. Дело в том что многие психические расстройства, в том числе хронические и тяжелые, не являются безусловно фатальными. Под влиянием проводимого лечения либо вследствие биологических механизмов течения заболевания они могут иметь благоприятный исход. В этом случае возникают основания для отмены установленного ранее диспансерного наблюдения вследствие "выздоровления или значительного и стойкого улучшения психического состояния лица". Под выздоровлением понимается исчезновение болезненных проявлений психического расстройства и полное восстановление психического здоровья. Однако при заболеваниях, имеющих приступообразное или периодическое течение, исчезновение болезненных проявлений по миновании приступа еще не свидетельствует о прекращении болезни, которая после так называемого светлого промежутка, или ремиссии, может проявиться новым 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 приравнивать к выздоровлению, поскольку вероятность рецидива болезненных проявлений сравнима здесь с вероятностью возникновения болезни у здоровых людей.

Если у лица, за которым было установлено диспансерное наблюдение, исчезают не все болезненные проявления психического расстройства, а лишь тяжелые стойкие или часто обостряющиеся, то это свидетельствует о значительном улучшении психического состояния. В качестве примеров можно привести исчезновение психотических проявлений (синдромов помрачения сознания, выраженных аффективных, бредовых, галлюцинаторных, кататонических расстройств), значительную компенсацию слабоумия или умственной отсталости, сглаживание или коррекцию дефектов личности. При этом у лица могут оставаться менее тяжелые болезненные проявления психического расстройства, 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.

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. Однако после прекращения диспансерного наблюдения лицо, страдающее психическим расстройством, может быть освидетельствовано без его согласия или без согласия его законного представителя по основаниям, предусмотренным ч. 4 ст. 23 Закона. В случае повторного обнаружения оснований для назначения диспансерного наблюдения оно может быть вновь возобновлено по решению комиссии врачей-психиатров.

Среди больных, состоящих под диспансерным наблюдением, в зависимости от особенностей их состояния участковым психиатром могут быть выделены различные группы в соответствии с принятой в данном регионе системой организации внебольничной психиатрической помощи. Принадлежность к одной из выделенных групп определяются частота врачебных осмотров и другие параметры диспансерного наблюдения. Одной из наиболее значимых является категория больных, склонных к общественно опасным действиям, которые выделяются в группу активного диспансерного наблюдения (АДН). Работа с данным контингентом больных является важным разделом профилактики совершения возможных правонарушений и служит выражением закрепленной за психиатрией немедицинской

функции - поддержания общественного порядка.

Таким образом, несмотря на кажущуюся простоту организации амбулаторной психиатрической помощи, в практической деятельности врача-психиатра существует множество нюансов, которые необходимо учитывать при проведении лечебно-реабилитационных мероприятий. Связано это с целесообразностью выделения среди контингента больных, находящихся под диспансерным наблюдением, разнородных групп пациентов. При формальном сходстве их правового статуса на деле степень принуждения и обязательности получения ими психиатрической помощи существенно различается. При слабоумии и стойком психическом дефекте, особенно в отношении недееспособных лиц, значительная доля ответственности по лечению и уходу за больными возлагается на их родственников и законных представителей. Однако при активном диспансерном наблюдении врачу отводится активная роль в проведении мероприятий, направленных на снижение социальной опасности больного, которые при необходимости могут осуществляться при содействии работников милиции.

3.3. Госпитализация в психиатрический стационар

3.3.1. Основания для госпитализации в психиатрический стационар

Стационарную психиатрическую помощь можно без преувеличения назвать важнейшим разделом психиатрии, индикатором всех происходящих в ней изменений. Вся история психиатрии неразрывно связана с эволюцией психиатрических учреждений, сначала представлявших собой "исправительные дома" для изоляции неугодных членов общества, а затем превратившихся в лечебные учреждения, решающие сугубо медицинские задачи. И в наши дни, несмотря на тенденции в смещении приоритетов со стационарного звена оказания помощи на амбулаторное, психиатрические больницы не утратили своего значения в связи с сохраняющейся необходимостью госпитализации пациентов с наиболее тяжелыми формами психических расстройств. По оценкам специалистов, в РФ количество психиатрических коек достигает 10% мощностей всех стационарных медицинских учреждений.

При оказании стационарной психиатрической помощи наиболее остро встают вопросы правового регулирования положения психически больных, т.к. помещение в психиатрическую больницу предполагает определенную степень ограничения прав больного. Более того, в отдельных случаях госпитализация может осуществляться без согласия больного, что сопоставимо с лишением свободы. В связи с этим большое внимание в Законе "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" уделяется основаниям для госпитализации в психиатрический стационар, закрепленным в ст. 28. Эти основания не зависят от того, осуществляется ли помещение в стационар с согласия больного или является недобровольным.

Важнейшим положением названной статьи Закона является указание на то, что для госпитализации в психиатрическую больницу необходимо наличие у гражданина психического расстройства. Это означает, что при отсутствии такового он не может быть помещен в психиатрический стационар. Иными словами, госпитализация психически здорового лица противоречит Закону, кроме случаев направления на экспертизу. Однако, как следует из текста Закона, просто наличия психического расстройства для госпитализации недостаточно, т.к. дополнительно необходимы:

решение врача-психиатра о проведении обследования или лечения в стационарных условиях;
либо постановление судьи.

Помимо названного основания, госпитализация в психиатрический стационар может осуществляться при необходимости проведения психиатрической экспертизы в случаях и в порядке, установленных законами РФ. Здесь имеется в виду необходимость проведения судебно-психиатрической, военно-врачебной или медико-социальной (трудовой) экспертизы.

Процедура помещения в психиатрический стационар, за исключением строго регламентированных Законом случаев, осуществляется в соответствии с основополагающим принципом оказания психиатрической помощи - добровольности ее получения. Полученное согласие на госпитализацию оформляется записью в медицинской документации за подписью лица или его законного представителя и врача-психиатра. Госпитализация несовершеннолетних в возрасте до 15 лет или больных, признанных судом недееспособными, также считается добровольной, если на нее дают согласие их законные представители.

Однако закрепленный в Законе порядок помещения в психиатрический стационар несовершеннолетних и недееспособных, по существу, лишает этих пациентов возможности определить свое отношение к факту их госпитализации. Для исключения возможных злоупотреблений законными представителями своими правами (например, когда родители, усыновители или опекуны хотят положить больного в стационар, чтобы отделаться от него, или затягивают выпуск) ст. 31 Закона

предусматривает особую процедуру в виде периодических освидетельствований таких больных в стационаре комиссией врачей-психиатров. Такие осмотры проводятся 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. 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. Аналогичным образом решаются вопросы о госпитализации в случае отсутствия законных представителей. В последующем решение органа опеки и попечительства может быть обжаловано в суд.

3.3.2. Недобровольная госпитализация

Недобровольная госпитализация является одной из форм оказания психиатрической помощи, связанной с помещением лица, страдающего психическим расстройством, в психиатрический стационар, но не по его просьбе или с согласия, а вопреки его воле. В англоязычной литературе используется термин "involuntary commitment", что дословно переводится как "недобровольная изоляция". Использование такого названия связано с тем, что в ряде стран пациенты, госпитализированные в недобровольном порядке, имеют закрепленное законом право отказаться от лечения.

Проблема недобровольной госпитализации психически больных в стационар является актуальной, т.к., по мнению ряда юристов, помещение в психиатрическую больницу вопреки воле самого пациента или его законных представителей сопоставимо с лишением свободы. Поэтому во многих странах мира, в том числе и в России, данный вид вмешательства в жизнь граждан законодательно регулируется.

Преобладание добровольности в обращении за психиатрической помощью стало на сегодня прочно установившейся традицией в демократических государствах, однако в большинстве западных стран в недобровольном порядке госпитализируются от 10 до 40% пациентов. Помимо своей многочисленности и особенностей правового положения эта группа пациентов состоит из наиболее тяжелых больных с неблагоприятно протекающими формами заболеваний, которые представляют значительные сложности в плане лечения и реабилитации, особенно с учетом того факта, что они активно отказываются от предлагаемой психиатрической помощи, а также чаще совершают побеги из больниц.

Особенностью недобровольной госпитализации является то, что помещение лица в стационар без его согласия осуществляется до постановления судь и только на основании заключения врача, что связано с неотложностью психиатрической помощи. Поэтому состояние госпитализируемого должно соответствовать определенным критериям, которые являются непременным условием для принятия врачом решения о госпитализации больного в недобровольном порядке.

В соответствии со ст. 29 Закона лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя до постановления судь, 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;
- б) его беспомощность, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности;
- в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Таким образом, статья содержит три обязательных условия, одновременное наличие которых делает недобровольную госпитализацию обоснованной:

- 1) тяжесть психического расстройства;
- 2) возможность обследования и лечения только в стационарных условиях;
- 3) соответствие состояния пациента хотя бы одному из трех перечисленных пунктов "а", "б" или "в".

Безусловно, ведущее место в данном перечне занимает тяжесть психического расстройства, которая подразумевает наличие 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 психопатии, когда возникает непосредственная опасность агрессии). Тяжесть заболевания во многом определяет наличие следующего условия, делающего

возможным обследование и лечение пациента только в стационарных условиях, исключая любую другую менее ограничительную альтернативу.

Что касается третьего условия, который образуют пункты "а", "б" и "в" (соответственно, критерии непосредственной опасности, беспомощности, вреда здоровью), то их содержание и конкретное клиническое значение подробно изложены в Комментарий к законодательству РФ в области психиатрии, и останавливаться на этом вопросе в рамках настоящего пособия нет необходимости. Однако хочется подчеркнуть, что Закон не выделяет ни один из приведенных в ст. 29 критериев в качестве главного; они в равной степени могут служить основанием для госпитализации в недобровольном порядке. Необходимость нашего пристального внимания к данному вопросу обусловлена тем, что некоторые врачи-психиатры (а также судьи) в основном ориентируются на критерий непосредственной опасности для себя или окружающих как наиболее доказательный и очевидный. По мнению ведущих психиатров и юристов, такая практика грубо искажает содержание Закона, оставляя пациентов, психическое состояние которых соответствует критериям "б" и "в", без возможности получить психиатрическую помощь. В результате этого пациенты 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 могут считаться таким же нарушением Закона, как недобровольная госпитализация без указанных в Законе оснований, поскольку нарушаются гражданские права пациентов на получение медицинской помощи.

Собственные данные, полученные по результатам анализа работы психиатрических стационаров, показывают, что только 2/3 пациентов, помещаемых в больницу без согласия, активно отказываются от госпитализации. В остальных случаях они не могут выразить свое отношение к происходящему по психическому состоянию. При этом речь идет либо о состояниях измененного сознания, острых либо затяжных психозах с крайней загруженностью психотическими переживаниями и дезорганизацией поведения, либо о состояниях выраженного слабоумия, когда личностное отношение к факту госпитализации практически установить невозможно. Несмотря на то, что при этом легко можно склонить больного к получению письменного согласия, все случаи таких госпитализаций следует оформлять как недобровольные, т.к. каждое из этих состояний соответствует приводимым в Законе критериям.

Недобровольная госпитализация представляет собой достаточно сложный многоступенчатый процесс, состоящий из нескольких последовательных этапов:

- 1) догоспитальный, на котором состояние пациента оценивается врачом-психиатром диспансера или скорой психиатрической помощи;
- 2) этап приемного отделения с повторной оценкой психического состояния больного (собственно недобровольная госпитализация начинается с момента принятия такого решения врачом приемного отделения);
- 3) этап психиатрического отделения: освидетельствование в течение 48 часов с момента поступления в стационар комиссией врачей-психиатров, которая принимает решение об обоснованности госпитализации;
- 4) досудебный, на котором в течение 48 часов с момента недобровольного помещения лица в психиатрический стационар заявление и заключение комиссии направляются в суд;
- 5) прием судьей заявления о госпитализации в недобровольном порядке и выдача санкции на пребывание лица в психиатрическом стационаре на срок, необходимый для рассмотрения заявления в суде;
- 6) собственно судебное заседание, которое должно состояться в течение пяти дней с момента принятия заявления;
- 7) ежемесячные освидетельствования в течение первых шести месяцев недобровольно госпитализированного комиссией врачей-психиатров для решения вопроса о продлении недобровольной госпитализации; в дальнейшем освидетельствования проводятся с частотой один раз в шесть месяцев;
- 8) повторные судебные заседания для решения вопроса о продлении недобровольной госпитализации по истечении шести месяцев с момента помещения лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке, а в последующем при необходимости - ежегодно.

На самом первом, догоспитальном, этапе определяется соответствие психического состояния пациента критериям недобровольной госпитализации. На практике данная задача чаще всего решается врачом скорой психиатрической помощи либо врачом психоневрологического диспансера. В случае положительного решения данного вопроса осуществляется транспортировка больного в приемное отделение психиатрического стационара, что определяет начало следующего этапа, на котором состояние пациента повторно оценивается врачом-психиатром, в том числе на предмет соответствия его психического состояния критериям Закона. Собственно недобровольная госпитализация начинается именно с момента принятия решения о ее необходимости врачом приемного отделения, что налагает на

него высокую ответственность, т.к. с этого времени к пациенту могут применяться методы лечения, изоляции и физического стеснения без его на то согласия.

На третьем этапе в течение 48 часов пребывания в стационаре пациент должен быть освидетельствован в соответствии со ст. 32 Закона комиссией врачей-психиатров, которая вновь оценивает его психическое состояние и принимает решение об обоснованности госпитализации. 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. Необходимо подчеркнуть, что комиссия врачей-психиатров осматривает 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.

Таким образом, в течение непродолжительного времени пациент, недобровольно помещаемый в психиатрический стационар, трижды подвергается психиатрическому освидетельствованию, проводимому разными специалистами. Необходимость столь частых повторных осмотров обусловлена, с одной стороны, особенностями правового статуса пациента, предполагающего наложение ряда правоограничений, а с другой - объективными трудностями оценки психического состояния, особенно в условиях осмотра врачом скорой психиатрической помощи, стоящим перед необходимостью более оперативного принятия решения. В данном случае Закон допускает возможность ошибки, но и предусматривает последующий контроль правильности решения с помощью освидетельствования комиссией врачей-психиатров. Кроме того, за временной промежуток между осмотрами состояние пациента может измениться или он может изменить свое отношение к госпитализации - дать согласие на лечение в стационаре.

Поскольку каждый врач-психиатр независим в своих решениях, то он может не согласиться с решением врача, проводившего освидетельствование на предыдущем этапе. В таком случае пациент, не давший согласия на госпитализацию, может быть отпущен из приемного покоя или отделения психиатрического стационара.

В связи с тем, что сущность недобровольной госпитализации заключается в оказании экстренной психиатрической помощи, для помещения пациента в больницу не должно создаваться каких-либо препятствий, в частности в форме юридических процедур, способных затянуть процесс госпитализации и приводящих в итоге к нежелательным последствиям. Для реализации этого положения Закон наделяет врача-психиатра широкими полномочиями, позволяя осуществлять недобровольную госпитализацию только на основании врачебного заключения. Поскольку его обоснованность в дальнейшем будет оцениваться судьей, заключения всех врачей должны носить доказательный характер, т.е. содержать помимо диагноза подробное изложение конкретных фактов об имевших место действиях, высказываниях и особенностях поведения больного, на основании которых принималось решение о необходимости недобровольной госпитализации. Иными словами, каждый врач-психиатр, принимающий решение о недобровольной госпитализации, должен составить предметное доказательное описание, из которого можно было бы заключить, что оно соответствует одному из трех критериев, приведенных в ст. 29.

Результаты исследований, проводимых как в нашей стране, так и за рубежом, а также личные данные авторов, основанные на многолетнем изучении недобровольных поступлений, свидетельствуют о том, что большая часть таких пациентов дают согласие на госпитализацию в течение первых 48 часов пребывания в стационаре, т.е. на этапе освидетельствования комиссией врачей-психиатров. Эта тенденция может быть связана с исчезновением психотравмирующей ситуации самой госпитализации, купированием некоторых острых состояний (например, алкогольных психозов) либо достижением улучшения при обострениях хронических заболеваний. Однако из этого не следует, что процедура судебного контроля утратила свое значение, т.к. в судебном порядке решается вопрос недобровольной госпитализации наиболее тяжелых больных. Кроме того, судебные решения можно рассматривать в качестве своеобразного индикатора работы, проводимой психиатрической службой на этапе подготовки к слушанию в суде и умению аргументировать обоснованность помещения пациента в стационар без его согласия.

В конечном итоге именно от решения комиссии врачей-психиатров отделения зависит дальнейшее развитие событий: отказ от оказания помощи в недобровольном порядке либо включение процедуры судебного контроля. В случаях, когда госпитализация признается необоснованной и пациент не выражает желания остаться в психиатрическом стационаре, он подлежит немедленной выписке. Если же госпитализация признается обоснованной, то заключение комиссии направляется в суд по месту нахождения психиатрического учреждения для решения вопроса о дальнейшем пребывании лица в нем. Еще раз обратим внимание на то, что согласно ст. 303 ГПК РФ заявление психиатрического учреждения о недобровольной госпитализации должно быть подано в суд в течение 48 часов с момента помещения

лица в стационар без его согласия. Затем начинается следующий, четвертый этап недобровольной госпитализации.

Заявление о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке оформляется, как правило, комиссией врачей-психиатров, проводивших освидетельствование, а подписывается главным врачом либо его заместителем. Непосредственно процесс доставки и передачи заявления осуществляется представителем учреждения (ст. 33 Закона), уполномоченным главным врачом. Полномочия этого лица должны быть подтверждены доверенностью, выданной в соответствии с требованиями ГК РФ и ГПК РФ.

В соответствии со ст. 33 Закона в заявлении должны быть указаны предусмотренные Законом основания для госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке. Кроме того, к заявлению должно быть приложено мотивированное заключение комиссии врачей-психиатров, которое должно содержать обстоятельный анализ состояния больного и обоснование необходимости дальнейшего пребывания больного в стационаре, т.е. продления срока его недобровольной госпитализации. В суд также могут быть представлены другие доказательства, дополнительно свидетельствующие о необходимости недобровольной госпитализации (заявления от родственников или соседей больного, выписки из истории болезни, документы, имеющиеся в распоряжении милиции и других правоохранительных органов, свидетельствующие о неадекватном поведении данного лица). На наш взгляд, врачи должны занимать более активную позицию на этапе подготовки к судебному заседанию, приобщая к заявлению документы, подтверждающие обоснованность недобровольного помещения в стационар, а также ходатайствуя о привлечении в качестве свидетелей родственников пациента, его соседей и иных лиц, располагающих сведениями о проявлениях психического расстройства у госпитализируемого.

Формы заявления в суд и мотивированного заключения Законом не определены, в связи с чем Министерство здравоохранения РФ разработало формы названных документов. В заявлении необходимо указывать сведения, касающиеся личности больного, места его проживания, 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 приемного отделения, о времени освидетельствования больного комиссией врачей-психиатров, составе этой комиссии и о выводах по поводу необходимости госпитализации в недобровольном порядке.

При получении заявления о госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке (пятый этап) судья обязан принять его, но он вправе исследовать все представленные документы и в случае их неполноты - отказать в санкции на недобровольную госпитализацию. Закон обязывает одновременно с принятием заявления дать санкцию на пребывание лица в психиатрическом стационаре на срок, необходимый для рассмотрения дела в суде. 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 установленном порядке.

Рассмотрение заявления в судебном заседании (шестой этап недобровольной госпитализации) должно проводиться в пятидневный срок. В соответствии с ГПК РФ течение указанного срока начинается на следующий день после календарной даты подачи заявления и принятия судьей дела к рассмотрению. В случаях, когда последний день срока выпадает на нерабочий (праздничный или выходной) день, днем окончания срока является следующий за ним рабочий день. Установление Законом пятидневного срока рассмотрения дела связано с обеспечением дополнительных гарантий личной свободы человека и защитой законных интересов госпитализированного лица. Указанный срок вдвое меньше установленных ГПК РФ сокращенных сроков рассмотрения в суде отдельных категорий дел.

В целях защиты прав лица, помещенного в недобровольном порядке в психиатрический стационар, допускается рассмотрение заявления не только в помещении суда, но и в помещении психиатрического учреждения. Закон обязывает судью обеспечить рассмотрение дела в помещении психиатрического учреждения путем закрепления права пациента лично участвовать в судебном рассмотрении вопроса о его госпитализации. Поэтому если лицо по психическому состоянию не может присутствовать в здании суда, то судья обязан рассмотреть вопрос о его госпитализации в помещении психиатрической больницы.

В качестве обязательных участников судебного заседания помимо судьи и лица, госпитализированного в недобровольном порядке, Закон называет: прокурора, представителя психиатрического учреждения и представителя пациента. Необходимость участия прокурора в судебном процессе предусматривается не только Законом РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", но и Федеральным законом от 17 января 1992 г. N2202-1 "О прокуратуре

Российской Федерации" и ГПК РФ. Прокурор вправе знакомиться со всеми материалами дела, задавать вопросы, заявлять ходатайства и давать заключение о правомерности удовлетворения судьей заявления о необходимости недобровольной госпитализации гражданина. Прокурор вправе опротестовывать принятое судьей постановление в порядке, предусмотренном ГПК РФ.

Представителем психиатрического учреждения, как правило, является лечащий врач недобровольно госпитализированного пациента, который действует на основании доверенности, выданной главным врачом. Он также имеет право знакомиться со всеми материалами (например, поступившими от представителя госпитализированного лица), предъявлять дополнительные доказательства, давать объяснения и т.п. Аналогичными правами обладает и представитель лица, о правомерности недобровольной госпитализации которого решается вопрос. Представителями пациента в суде, в соответствии с ГПК РФ, могут быть адвокат, защитник, а также лица, уполномоченные организациями, которым законом, уставом или положением предоставлено право защищать права и интересы других лиц. Статья 45 Конституции РФ рассматривает в качестве представителя любое дееспособное лицо, которому доверитель поручил защиту своих интересов. Поэтому в соответствии со ст. 7 Закона 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. Представителями интересов лиц, не достигших 15-летнего возраста, а также признанных в установленном порядке недееспособными, выступают их законные представители.

Рассмотрев заявление по существу, судья удовлетворяет либо отклоняет его. В случае недостаточности доказательной базы, представленной заявителями, судья должен руководствоваться приоритетом прав пациента и отклонить заявление. 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.

После вступления постановления в законную силу его копия направляется для исполнения руководителю психиатрического учреждения. Постановление судьи об удовлетворении заявления является законным основанием для дальнейшего содержания лица в психиатрическом учреждении в течение необходимого срока. При этом следует иметь в виду, что пребывание лица в стационаре продолжается только в течение времени сохранения оснований, предусмотренных ст. 29 Закона.

Законом 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 10 дней. Правом принесения протеста на постановление обладает и прокурор. Рассмотрение кассационных жалоб на постановления судей осуществляется в вышестоящей судебной инстанции, т.е. в областном, краевом суде общей юрисдикции и аналогичном суде второй инстанции.

Специфика рассмотрения дел такой категории заключается в том, что подача жалобы или протеста не приостанавливает исполнения вынесенного судьей постановления об удовлетворении заявления психиатрического учреждения и не является основанием для прекращения пребывания в стационаре лица, госпитализированного в недобровольном порядке.

В статье 36 Закона предусмотрено, что продолжительность недобровольной госпитализации определяется временем, в течение которого сохраняются основания, по которым она была проведена. Следовательно, если в результате лечения или изменений в течение болезни возникнет улучшение психического состояния и пациент перестает соответствовать указанным критериям, он должен быть переведен на добровольный режим пребывания, либо выписан из стационара, если не желает в нем находиться добровольно. Лечащий врач обязательно делает об этом соответствующую запись в истории болезни с подробным описанием всех изменений психического состояния.

В тех случаях, когда основания для недобровольной госпитализации сохраняются в течение длительного времени, необходимость дальнейшего пребывания пациента в стационаре контролируется комиссией врачей-психиатров лечебного 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 Законе 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.

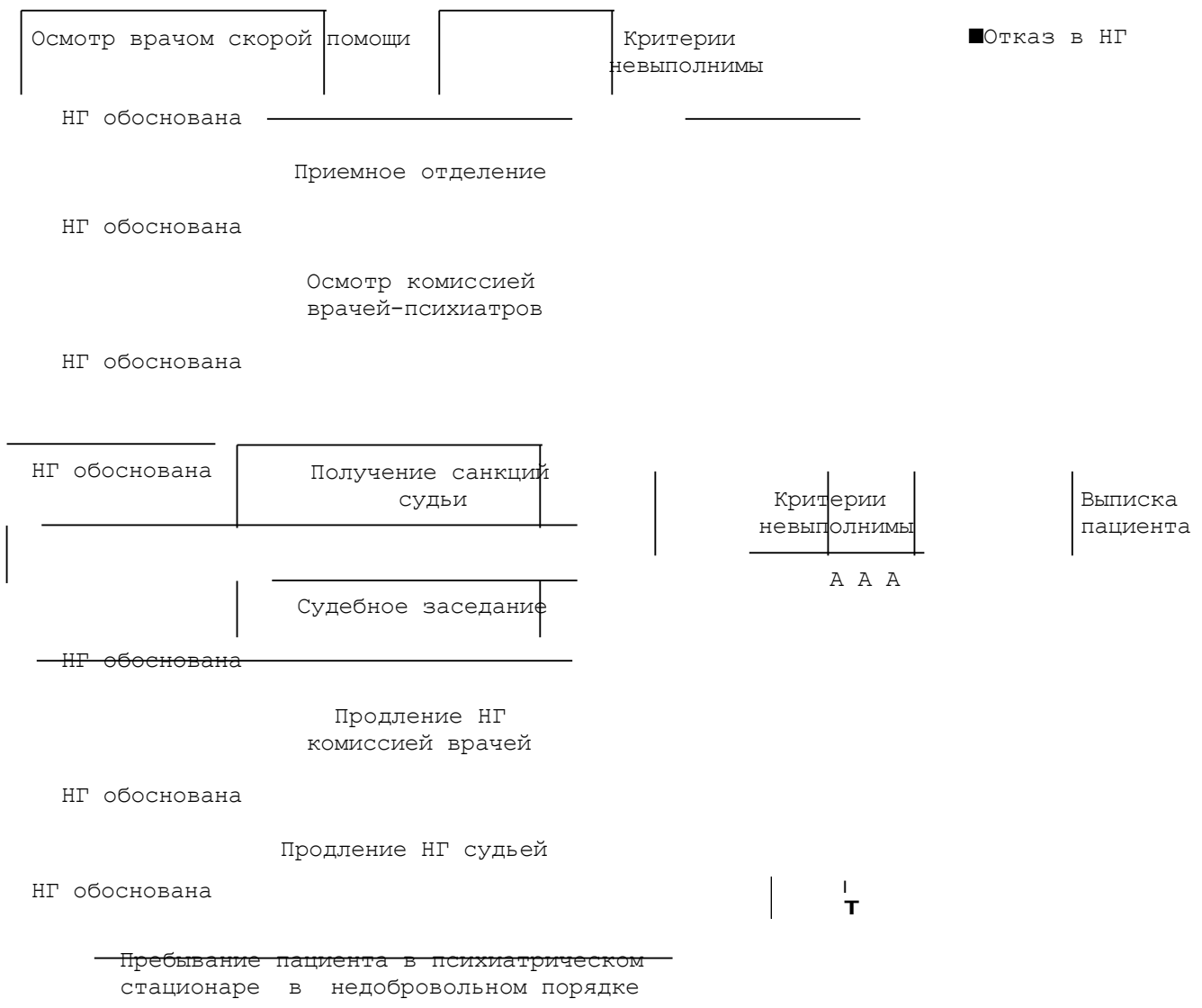
Если госпитализация продлилась шесть месяцев и при этом сохраняются основания для ее продолжения в недобровольном порядке, комиссия врачей-психиатров проводит в дальнейшем освидетельствования не реже, чем через каждые шесть месяцев. Кроме того, обоснованность пребывания в стационаре таких пациентов также контролируется в судебном порядке: первый раз судебное продление недобровольной госпитализации осуществляется по истечении шести месяцев и в

дальнейшем - ежегодно. Как и при первичном поступлении больного в стационар без согласия, комиссия врачей-психиатров направляет в суд по месту нахождения психиатрического учреждения заявление о необходимости продления недобровольной госпитализации и мотивированное заключение.

Процедура вынесения судьей постановления о продлении недобровольной госпитализации также аналогична той, которая применяется в начале помещения больного в стационар в недобровольном порядке (ст. 33-35 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. 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 в течение 10 дней может быть обжаловано каждой из сторон, участвующих в рассмотрении заявления. 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.

Оценка выполнения критериев Закона проводится на всех этапах недобровольной госпитализации. Основные этапы процедуры недобровольной госпитализации, а также их последовательность в графическом виде представлены на рис. 2.

Рис. 2. Этапы недобровольной госпитализации (НГ)



3.3.3. Применение ограничительных мер во время госпитализации

Одним из основных принципов психиатрической помощи, закрепленным в ст. 30 Закона, является требование о ее оказании в наименее ограничительных условиях. Однако в той же статье указывается на необходимость создания при этом условий, обеспечивающих безопасность лица, страдающего психическим расстройством, а также его окружающих. Действительно, в психиатрической практике нередко возникают ситуации, когда лица, находящиеся в состоянии острого психоза или во время обострения хронического заболевания, начинают представлять опасность для себя и окружающих, что требует оказания помощи в недобровольном порядке. Более того, во время помещения больного в психиатрический стационар без согласия, к нему могут применяться ограничительные меры. Поэтому представляется обоснованным рассматривать данный вопрос в тесной связи с недобровольной госпитализацией.

Обоснованность применения мер физического стеснения и изоляции является одним из наиболее спорных вопросов психиатрии. Основным аргументом противников этих методов является широко распространенное, хотя и неверное мнение о "подмене" в этих случаях лечебных мероприятий ограничительными. Особый характер мер стеснения требует разработки четких законных оснований, регламентирующих их применение. В первую очередь следует отметить, что назначение ограничительных мер является прерогативой врача-психиатра, и их реализация должна быть продиктована исключительным характером сложившейся ситуации. Тем не менее, врач всегда должен руководствоваться принципом достаточности при обеспечении безопасности, следовательно, они не должны быть чрезмерными.

К названным мерам, призванным обеспечивать безопасность при оказании психиатрической помощи, относят изоляцию и методы физического стеснения (фиксация, удержание). Несмотря на кажущуюся простоту, изоляция представляет собой достаточно обширный по содержанию комплекс мероприятий, которые обладают разной степенью ограничения личной свободы пациента. Крайней формой изоляции является помещение больного в наблюдательную палату с круглосуточным наблюдением, необходимость в котором возникает при возбуждении, суицидальных попытках, т.е. в случаях непосредственной угрозы жизни и здоровью как самого пациента, так и его окружающих. Следует отметить, что применение специальных одноместных палат для возбужденных больных (так называемых изоляторов) в отечественной психиатрии не используется, т.к. данный метод считается негуманным и создает благоприятные условия для возможных злоупотреблений.

К менее ограничительным формам изоляции можно отнести ограничение перемещений больного пределами отделения, ограничение права принимать посетителей, запрещение вести переписку без цензуры и т.д. Все названные ограничения должны соответствовать состоянию больного и быть направленными на решение конкретных задач, служащих обеспечению безопасности. Кроме того, они 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.

Физическое стеснение применяется с целью предотвращения действий больного, представляющих непосредственную опасность для самого пациента или для окружающих, когда, по мнению врача-психиатра, иными методами (применение лекарственных препаратов) предотвратить эти действия невозможно. Например, при выраженном возбуждении назначение седативных средств позволяет достичь улучшения, однако далеко не всегда оно бывает полным, а эффект от лекарственных препаратов может быть отсроченным, следовательно, врач не может немедленно предотвратить возможность опасных действий больного. Для обеспечения безопасности в таких случаях Закон предоставляет возможность отдать предпочтение мерам физического стеснения или применить их наряду с введением психотропных средств. 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.

Наиболее распространенной формой физического стеснения является сдерживание больного персоналом или его фиксация с помощью широких эластичных полос материи, ремней, которыми верхние конечности закрепляются выше лучезапястных суставов, нижние - выше голеностопных (фиксация за "четыре точки"). Данный способ считается наименее травматичным, исключая нанесение переломов и увечий. Ослабленные пациенты могут быть зафиксированы в кровати в области пояса или груди на уровне подмышечных впадин. Наиболее оптимальным вариантом является использование специальных кроватей, оснащенных ремнями, позволяющими быстро осуществить фиксацию с наименьшим риском для персонала и причинением минимальных неудобств больному. Такие меры, как газовые баллончики, наручники, "смирительные рубашки", в медицинской практике не применяются.

Меры физического стеснения и изоляции при недобровольной госпитализации и пребывании в

психиатрическом стационаре применяются только на тот период времени, когда, по мнению врача-психиатра, иными методами невозможно предотвратить действия госпитализированного лица, представляющие непосредственную опасность для него или других лиц. Исключительный характер таких мер обуславливает необходимость постоянного контроля медицинского персонала за физическим состоянием пациента в период их применения.

Непосредственно после осуществления физического стеснения больного врачом делается запись в медицинской документации. 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.

3.3.4. Выписка из психиатрического стационара

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 процедуры госпитализации. Исходя из закрепленных в Законе оснований для госпитализации в психиатрический стационар, выписка пациентов осуществляется в случаях выздоровления или улучшения его психического состояния, при которых не требуется дальнейшего стационарного лечения. Кроме того, основанием для выписки может быть завершение обследования, если пациент с этой целью направлялся в стационар, или экспертизы.

Отдельного рассмотрения требуют случаи, при которых в результате проведенного лечения не было достигнуто заметного улучшения, но состояние пациента позволяет ему находиться вне больницы. Дальнейшее пребывание таких больных в психиатрическом стационаре, как правило, не приносит существенных выгод. Обычно оно приводит к углублению социальной дезадаптации и развитию состояния, которое принято обозначать как госпитализм. Длительное нахождение в условиях психиатрической больницы приводит к тому, что пациент после выписки становится неспособным самостоятельно справляться с повседневными обязанностями, удовлетворять основные жизненные потребности, т.е. жить вне психиатрического учреждения. Таким образом, отсутствие целесообразности дальнейшего пребывания в больнице также следует расценивать как основание для выписки, которая при необходимости может осуществляться в форме перевода пациента в психоневрологические учреждения для социального обеспечения.

Если пациент находится 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 показаниями, оценивая степень достижения цели госпитализации. Вместе с тем выписка может быть осуществлена и по заявлению самого пациента, т.к. в случае добровольного пребывания в стационаре он может потребовать выписать его в любое время и выписка должна быть произведена беспрепятственно. Пациенты, признанные в установленном порядке недееспособными, а также несовершеннолетние до 15 лет могут быть выписаны по заявлению его законных представителей. Поскольку форма такого заявления Законом не определена, то представляется обоснованным осуществлять выписку пациента даже по устному заявлению.

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. 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, в случае перевода больного на добровольный режим его выписка осуществляется по описанному выше механизму.

Однако Законом также предусмотрены два пути выписки пациента, находящегося в стационаре в недобровольном порядке. В первом случае выписка возможна по решению комиссии врачей-психиатров, которая осматривает больного в течение 48 часов с момента начала госпитализации либо во время очередного освидетельствования, проводимого на предмет ее продления. В случае, если по результатам освидетельствования не будет выявлено оснований для дальнейшего содержания больного в стационаре без его согласия, он подлежит выписке на основании заключения комиссии. Во втором случае выписка недобровольно госпитализированного пациента проводится на основании постановления судьи об отказе в удовлетворении заявления лечебного учреждения о помещении больного без согласия в психиатрический стационар либо продления сроков его пребывания в нем.

Выписка пациентов, совершивших общественно опасные деяния, признанных невменяемыми и находящихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре, возможна только по решению

суда в соответствии со ст. 102 УК РФ.

В заключение следует отметить, что в случае, если у пациента, поступившего в добровольном порядке, психическое состояние изменилось настолько, что оно стало соответствовать критериям недобровольной госпитализации, врач имеет право задержать больного в стационаре, несмотря на то что он или его законные представители настаивают на выписке. Соответственно, в течение 48 часов с момента отказа в выписке пациента должно быть проведено освидетельствование комиссией врачей-психиатров с последующим подтверждением такого решения в судебном порядке. Все вопросы дальнейшего пребывания в стационаре такого пациента решаются также, как и в отношении других лиц, помещенных в стационар в недобровольном порядке.

3.4. Основания и порядок помещения пациента в специализированные психоневрологические учреждения

3.4.1. Основания и порядок помещения лиц в психоневрологические учреждения для социального обеспечения

Психоневрологические учреждения для социального обеспечения (психоневрологические интернаты), в соответствии с Федеральным законом от 17 мая 1995 г. N 122-ФЗ "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов", относятся к стационарным учреждениям социального обслуживания. Они создаются 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. Названные учреждения могут принадлежать к государственному и негосударственному секторам социального обслуживания, однако вне зависимости от формы собственности они предназначены для оказания разносторонней социально-бытовой находящимся в них лицам. Особенности деятельности психоневрологических интернатов определяются их специализацией, которая осуществляется по возрастному принципу, виду психического расстройства и т.д.

В учреждения социального обслуживания для лиц, страдающих психическими расстройствами, могут помещаться как дееспособные лица, так и те, кто в установленном законом порядке был признан недееспособным. Сам по себе факт помещения в психоневрологический интернат либо проживание в нем не является основанием для лишения гражданина дееспособности.

Помещение в психоневрологический интернат является добровольным, т.е. осуществляется по личному заявлению лица, достигшего 18 лет. Для несовершеннолетних младшего возраста и лиц, признанных в установленном порядке недееспособными, помещение в такое учреждение осуществляется по решению органа опеки и попечительства. Таким образом, законные представители лишены права решать вопрос о помещении своих подопечных в психоневрологический интернат, они могут лишь поставить этот вопрос перед органами опеки и попечительства.

Однако в Федеральном законе "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов" этот вопрос решается несколько иначе. В нем 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. Кроме того, названный Закон устанавливает 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); 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 Законами "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" и "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов" должны быть устранены путем внесения соответствующих изменений и дополнений в оба закона.

В связи с тем, что данные учреждения предназначены для оказания социальной помощи лицам, страдающим психическими расстройствами, последние должны подтвердить не только факт его наличия, но и степень тяжести заболевания, лишаящего гражданина возможности находиться в неспециализированном учреждении. Для этого все лица, помещаемые в психоневрологические интернаты, проходят углубленное обследование, проводимое медицинской комиссией с участием врача-психиатра, по результатам которого формулируется заключение, содержащие ответы на эти вопросы. В

отношении лиц, не признанных недееспособными, дополнительно указывается на отсутствие оснований для постановки этого вопроса перед судом.

В соответствии с Законом органы опеки и попечительства принимают меры для охраны имущественных интересов лиц, помещенных в психоневрологические стационарные учреждения социального обслуживания. Согласно ст. 37 ГК РФ они 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 также иных сделок, влекущих уменьшение имущества подопечного.

3.4.2. Основания и порядок помещения несовершеннолетних в психоневрологические учреждения для специального обучения

В связи с тем, что право на образование является одним из основных и неотъемлемых конституционных прав, всем гражданам России гарантируется возможность получения образования, независимо от каких-либо обстоятельств, среди которых может быть и наличие психического расстройства. Поэтому государство обязуется создавать для лиц с отклонениями в развитии условия для получения ими образования, коррекции нарушений развития и социальной адаптации на основе специальных педагогических подходов.

Психоневрологические учреждения для специального обучения являются специальными (коррекционными) образовательными учреждениями для лиц с отклонениями в развитии. Их главной задачей является организация специального (общеобразовательного и трудового) образования несовершеннолетних в возрасте до 18 лет, страдающих психическими расстройствами, главным образом умственной отсталостью различного происхождения. Деятельность названных учреждений осуществляется в соответствии с Типовым положением о специальном (коррекционном) образовательном учреждении для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии, утв. постановлением Правительства РФ от 12 марта 1997 г. N 288.

Помещение в специальные образовательные учреждения также является добровольным и предусматривает волеизъявление родителей несовершеннолетнего или его законного представителя, выраженного в форме заявления. К заявлению должно быть приложено обязательное заключение психолого-медико-педагогической комиссии, определяющей психическое состояние ребенка, необходимость его обучения в специальной школе или в ином аналогичном учреждении и рекомендуемый вид такого учреждения. Каждый член комиссии решает вопросы, относящиеся к его компетенции, и подписывает общее заключение. Направление детей и подростков на медико-педагогическую комиссию происходит по инициативе учреждений образования, здравоохранения, социальной защиты с согласия родителей несовершеннолетних или их законного представителя. Инициатива может принадлежать и самим родителям либо иному законному представителю несовершеннолетнего. В последующем решение комиссии может быть обжаловано в суд в установленном законом порядке.

3.4.3. Перевод и выписка из психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения

Решение, принятое врачебной или психолого-медико-педагогической комиссией, о необходимости помещения пациента в специализированное учреждение не является окончательным и бессрочным. Администрация названных учреждений обязана не реже одного раза в год проводить освидетельствование проживающих в них лиц с целью определения наличия или отсутствия медицинских показаний для дальнейшего содержания в психоневрологическом интернате (коррекционной школе). Главным основанием для решения вопроса о переводе лица, страдающего психическим расстройством и находящегося в указанных учреждениях, является изменение в состоянии его психического здоровья. Если пациент более не нуждается 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.

Как помещение, так и выписка из специализированных учреждений осуществляются в соответствии с принципом добровольности, что предполагает свободное волеизъявление (заявление) самого больного либо его законных представителей. Последние могут дать обязательство об осуществлении ухода за выписываемым несовершеннолетним в возрасте до 18 лет либо за лицом, признанным в установленном порядке недееспособным. Решение органа опеки и попечительства для

выписки не требуется.

Обязательным требованием 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 в общеобразовательное учреждение осуществляется на основании заключения психолого-медико-педагогической комиссии. Врачебная либо медико-педагогическая комиссия может давать свое заключение как при периодических освидетельствованиях 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 суд в установленном порядке.

О выписке лиц, проживающих в специализированных 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 также за деятельностью лиц, взявших на себя обязанности по уходу. В необходимых случаях следует направить информацию в амбулаторное психиатрическое учреждение, которое при необходимости возьмет на себя обязательства по оказанию медицинской помощи.

Раздел II. Правовой статус лиц, страдающих психическими расстройствами

Глава 1. Международно-правовые и конституционные основы правового статуса лиц, страдающих психическими расстройствами

1.1. Понятие и элементы правового статуса лиц, страдающих психическими расстройствами

Под правовым статусом человека принято понимать систему прав, свобод и обязанностей, установленных законодательством. Права и свободы при этом представляют собой социальные возможности гражданина, признанные и обеспеченные государством. Термины "права" и "свободы" обычно употребляют как равнозначные, но в теории конституционного права признаются и различия между правами и свободами. Свобода предполагает более широкие возможности осуществления желаемого поведения, которое допускается правом. Термин "право" применяется в тех случаях, когда необходимо обозначить конкретные действия человека, которые должны быть им предприняты для реализации соответствующих правовых возможностей.

Субъективное право - это мера возможного поведения лица. Это означает, что управомоченный субъект может сам поступать таким образом, чтобы реализовать свое право, требовать соответствующего поведения от обязанного субъекта и обращаться за защитой своего права, полагая его нарушенным.

Обязанности выражают притязания государства к гражданину - это мера должного поведения лица. Юридические обязанности могут быть активными и пассивными. В первом случае лицо обязано предпринять определенные действия, предписанные правовой нормой, а во втором - воздержаться от действий, которые запрещаются правовой нормой. Неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей влечет за собой юридическую ответственность.

С теоретической точки зрения, правовой статус лиц, страдающих психическими расстройствами, имеет аналогичную структуру. В него входят права, свободы и обязанности данных лиц. При этом правовые возможности и долженствования определяются с учетом особенностей психического состояния лица, обуславливающего социальные и юридические возможности реализации данных прав и обязанностей. Таким образом, правовой статус лиц, страдающих психическими расстройствами, можно рассматривать как совокупность их прав, свобод и обязанностей, которые определяются с учетом психического состояния, обуславливающего социальные и юридические возможности реализации названных прав, свобод и обязанностей.

Поскольку лицам, страдающим психическими расстройствами, предоставляются

дополнительные права по сравнению с другими гражданами, и для них устанавливаются определенные правоограничения, то их правовой статус можно назвать специальным, - он отличается от общего ввиду особенностей субъекта.

Основными принципами правового статуса лиц, страдающих психическими расстройствами, являются запрет дискриминации и обоснованность правоограничений. Международные документы, Конституция РФ и здравоохранительное законодательство запрещают дискриминацию, в том числе на основании психического заболевания. Дискриминация означает любое отличие, исключение или предпочтение, следствием которого является отмена или затруднение равного пользования правами. Специальные меры, принимаемые исключительно с целью защиты прав или улучшения положения психически больных лиц, не считаются дискриминационными. Дискриминация не включает в себя любое отличие, исключение или предпочтение, осуществляемое в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права, а также согласно национальному законодательству, если оно необходимо для защиты прав психически больного лица или других людей.

1.2. Международно-правовое закрепление особенностей правового статуса лиц, страдающих психическими расстройствами

1.2.1. Основные международные акты о правах и свободах человека

Права человека регулируются не только внутригосударственным, но и международным правом. Конституция РФ в ст. 15 закрепила принцип приоритета международно-правовых норм по отношению к нормам национального права. Общепризнанные принципы и нормы международного права и международные договоры РФ являются составной частью ее правовой системы. В постановлении Пленума Верховного Суда РФ от 10 октября 2003 г. N5 "О применении судами общей юрисдикции общепризнанных принципов и норм международного права и международных договоров Российской Федерации" даются определения названных понятий. Под общепризнанными принципами международного права следует понимать основополагающие императивные нормы международного права, принимаемые и признаваемые международным сообществом государств в целом, отклонение от которых недопустимо (например, принцип всеобщего уважения прав человека и принцип добросовестного выполнения международных обязательств). Общепризнанной нормой международного права следует считать правило поведения, принимаемое и признаваемое международным сообществом государств в целом в качестве юридически обязательного.

Под международным договором РФ надлежит понимать международное соглашение, заключенное РФ с иностранным государством (или государствами) либо с международной организацией в письменной форме и регулируемое международным правом независимо от того, содержится такое соглашение в одном документе или в нескольких связанных между собой документах, а также независимо от его конкретного наименования (например, конвенция, пакт, соглашение и т.п.) (п. "а" ст. 2 Федерального закона от 15 июня 1995 г. N101-ФЗ "О международных договорах Российской Федерации"). Если международным договором РФ установлены иные правила, чем предусмотренные законом, то применению подлежат правила международного договора.

Специфика образования норм международного права заключается в том, что необходимо согласование воли государств, различных по политическому строю и уровню социально-экономического развития. Основными источниками международного права являются международные договоры. Теория международного права выделяет несколько разновидностей международных договоров: договоры между государствами, в том числе заключаемые в рамках международных организаций; регламенты специализированных международных организаций; договоры международных организаций. Приоритетное значение в сфере установления международных стандартов прав человека следует признавать за международными договорами, которые заключают государства, в том числе в рамках международных организаций.

Основные права и свободы человека закреплены в нескольких документах, составляющих Международный билль о правах человека. Всеобщая декларация прав человека, принятая Генеральной ассамблеей ООН 10 декабря 1948 г.; Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах и Международный пакт о гражданских и политических правах, принятые Генеральной ассамблеей ООН 16 декабря 1966 г.

Всеобщая декларация закрепляет основные права человека в различных сферах (личные - право на жизнь, на свободу и личную неприкосновенность, на защиту личной и семейной тайны и др.; политические - право на свободу собраний и ассоциаций, право принимать участие в управлении своей страной; экономические - право владеть имуществом, право на труд; социальные - право на социальное

обеспечение, на достойный жизненный уровень, на отдых и досуг; культурные - право на образование, на участие в культурной жизни общества. Всеобщая декларация закрепила также такие основополагающие принципы правового статуса человека, как свобода, запрет дискриминации, юридическое равенство, презумпция невиновности.

Всеобщая декларация была принята в форме резолюции Генеральной ассамблеи ООН и носила рекомендательный характер. Не будучи по своей правовой природе международным договором, она не могла рассматриваться как юридически обязательный документ. Но ее положения постепенно развиваются и наполняются более конкретным содержанием в международных соглашениях и договорах, которые заключаются государствами. Положения Всеобщей декларации, признаваемые большинством государств в качестве юридически обязательных, можно считать общепризнанными принципами и нормами международного права.

Первыми международными документами, в которых проведена конкретизация установленных Всеобщей декларацией прав, стали международные пакты 1966 г. Их содержание было дифференцировано по группам (видам) прав человека: в один пакт были включены социальные, экономические и культурные права (права второго поколения, или позитивные права, реализация которых требует участия государства, в том числе и финансового), а в другой - гражданские и политические права, именуемые в теории прав человека негативными - права первого поколения, которые были сформированы в процессе осуществления буржуазных революций и расширены в практике демократических государств. Они предполагают обязанность государства воздерживаться от вмешательства в сферы, которые опосредуются данными правами (свобода, достоинство личности, политическое самоопределение и т.д.).

Международный билль о правах человека объединяет основные документы универсального (т.е. общемирового) уровня. Наряду с названным уровнем существуют также региональный и межгосударственный уровни регламентации прав человека. Наиболее ярким примером регионального регулирования являются акты Совета Европы и Европейского Союза. К их числу относятся прежде всего Европейская конвенция о защите прав человека и основных свобод, которая была принята 4 ноября 1950 г., и Европейская социальная хартия от 18 сентября 1961г. (пересмотренная в мае 1996 г.). Особенностью Европейской конвенции является то, что она не только перечисляет основные права и свободы человека и закрепляет их гарантии, но и создает особый механизм обеспечения соблюдения ратифицировавшими ее государствами принятых ими обязательств. Речь идет о Европейском суде по правам человека (ЕСПЧ). Юрисдикция ЕСПЧ распространяется на все дела, касающиеся толкования и применения норм Европейской конвенции. ЕСПЧ рассматривает жалобы лиц, групп лиц и неправительственных организаций, которые утверждают, что они явились жертвами нарушения государством - членом Совета Европы их прав, закрепленных Европейской конвенцией. Условием рассмотрения дела в ЕСПЧ является использование всех внутригосударственных средств защиты и восстановления нарушенного права.

На межгосударственном уровне права и свободы человека регулируются, например, в рамках Содружества Независимых Государств. В уставе СНГ на первом месте среди целей создания и основных сфер сотрудничества государств-участников названо обеспечение прав и основных свобод человека. основополагающим документом в этой сфере является Конвенция СНГ о правах и основных свободах человека от 26 мая 1995 г. Она также закрепляет соответствующий современным цивилизованным представлениям, а также универсальным и региональным международно-правовым актам перечень прав и свобод человека, называет основные гарантии их реализации. Кроме того, она предусматривает формирование контрольного механизма, а именно создание и функционирование Комиссии по правам человека СНГ. Положение о Комиссии было утверждено решением Совета глав государств СНГ 24 сентября 1993 г. Оно является неотъемлемой частью Конвенции. Комиссия рассматривает обращения сторон о нарушениях прав человека в государствах, входящих в состав СНГ, а также обращения лиц и неправительственных организаций о таких нарушениях. Условием обращения в Комиссию является исчерпание всех внутренних средств правовой защиты.

1.2.2. Международно-правовые принципы защиты прав лиц, страдающих психическими расстройствами

Как и другие лица, граждане, страдающие психическими расстройствами, пользуются всеми правами и свободами, которые предусмотрены международно-правовыми документами и внутригосударственным законодательством России. Между тем в международном праве существуют и специальные документы, направленные на защиту прав и интересов лиц с психическими отклонениями. В частности, к ним следует отнести Декларацию о правах умственно отсталых лиц, провозглашенную резолюцией Генеральной ассамблеи ООН от 20 декабря 1971 г., и Декларацию о правах инвалидов,

которая была провозглашена резолюцией Генеральной ассамблеи ООН от 9 декабря 1975 г.

Декларация о правах умственно отсталых лиц исходит из необходимости оказания им помощи в развитии их способностей в различных областях деятельности и содействия по мере возможности включению их в обычную жизнь общества. Она нацелена на защиту прав, обеспечение благосостояния и восстановления трудоспособности людей, страдающих как физическими, так и умственными недостатками. В ней подчеркивается, что умственно отсталое лицо имеет в максимальной степени осуществимости те же права, что и другие люди; закрепляются их право на надлежащее медицинское обслуживание и лечение, а также право на образование, обучение, восстановление трудоспособности и покровительство, которые позволяют ему развивать свои способности и максимальные возможности. Такие лица имеют право на материальное обеспечение и на удовлетворительный жизненный уровень. Это достигается не только за счет государственного вспомоществования, но и за счет самостоятельного обеспечения данных лиц доходами от трудовой и иной общественно полезной деятельности. Особое внимание уделяется праву умственно отсталых лиц жить в кругу своей семьи или с приемными родителями, которым должна оказываться помощь. Если возникает необходимость поместить их в специальное заведение, новая среда и условия жизни должны как можно меньше отличаться от привычных. Умственно отсталое лицо имеет право пользоваться услугами квалифицированного опекуна, если это необходимо для защиты его благосостояния и интересов. Такие лица вправе участвовать в различных формах жизни общества. Им гарантируется защита от эксплуатации, злоупотреблений и унижительного обращения. В случае судебного преследования им надлежит обеспечить все необходимые возможности для защиты их прав с учетом степени умственного развития. Ограничения прав таких лиц возможны только в рамках соответствующих процедур, предполагающих участие квалифицированных специалистов и гарантии от любых злоупотреблений. Декларация предусматривает также периодический пересмотр таких решений и право обжалования в вышестоящие инстанции.

Значительное число лиц, страдающих психическими расстройствами, признаются инвалидами. Поэтому на них в полной мере распространяются гарантии, установленные Декларацией о правах инвалидов. Основными задачами, которые призвана решить данная Декларация, являются предупреждение инвалидности, вызванной физическими и психическими недостатками, а также интеграция и реинтеграция инвалидов в общество, их социальная адаптация и реабилитация. Согласно названной Декларации инвалид - это любое лицо, которое не может самостоятельно обеспечить полностью или частично потребности нормальной личной и (или) социальной жизни в силу недостатков, врожденных или нет, а также физических или умственных способностей. В Декларации раскрывается и конкретизируется принцип запрета дискриминации применительно к инвалидам. Инвалиды, несмотря на происхождение, характер и степень их увечий или недостатков, имеют те же основные права, что и их сограждане того же возраста. В отношении инвалидов должны применяться меры социальной защиты, направленные на обретение ими как можно большей самостоятельности: им предоставляются медицинская помощь, профессиональная подготовка, услуги по трудоустройству. Они имеют право на экономическое и социальное обеспечение, на квалифицированную юридическую помощь. Объединения инвалидов должны принимать участие в решении всех вопросов, связанных с реализацией и защитой прав инвалидов.

Несмотря на то что названные выше международные акты содержат положения, гарантирующие защиту от необоснованного принудительного содержания в психиатрических лечебницах, антигуманного обращения и дискриминации, мировое сообщество сочло необходимым принять специальный документ, который отражал бы основные идеи гуманного отношения к лицам, страдающим психическими расстройствами. Таким документом стали принятые Генеральной ассамблеей ООН 17 декабря 1991 г. Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи.

В названном документе на основе принципа запрета дискриминации зафиксированы права и свободы лиц, страдающих психическими расстройствами. Любое психически больное лицо имеет право на осуществление всех гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав, признанных во Всеобщей декларации прав человека, Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах, Международном пакте о гражданских и политических правах и в других соответствующих документах (в частности, в Декларации о правах инвалидов). Ограничения прав, указанных в данном документе, допускаются лишь на основании закона в целях защиты здоровья и безопасности заинтересованного лица или других лиц, для охраны общественной безопасности, порядка, здоровья или морали либо основных прав и свобод других лиц.

В значительной части Принципы касаются оказания психиатрической помощи и закрепляют права лиц, страдающих психическими расстройствами, как пациентов психиатрических учреждений. В них зафиксированы правила оказания психиатрической помощи (например, принцип 4 предусматривает правила диагностики психического заболевания; принцип 5 - медицинские осмотры; принцип 6 - право на конфиденциальность; принцип 8 - стандарты оказания помощи, принцип 9 - лечение; принцип 10 - применение медикаментов; принцип 11 - согласие на лечение).

Значительное внимание уделено проблеме недобровольного лечения, порядку и основаниям госпитализации в психиатрический стационар. Обращает на себя внимание принцип 12, который требует предоставления пациенту психиатрического учреждения в максимально короткий срок после госпитализации информации о его правах, а также разъяснений о порядке их осуществления. Если пациент не в состоянии воспринимать такую информацию, она передается его представителю. Принцип 13 предусматривает права и условия содержания в психиатрических учреждениях. Он охватывает такие права, как право на уединение, право на общение и др. Принцип 15 посвящен госпитализации в психиатрический стационар, а принцип 16 закрепляет основания принудительной госпитализации: квалифицированный специалист в области психиатрии должен установить, что данное лицо страдает психическим заболеванием и вследствие этого существует серьезная угроза причинения непосредственного или неизбежного ущерба этому лицу или другим лицам. Если психическое заболевание лица является тяжелым, а умственные способности - ослабленными, то при этом отказ от госпитализации или содержания данного лица в психиатрическом учреждении может привести к серьезному ухудшению его здоровья или сделает невозможным применение надлежащего лечения, которое может быть проведено при условии госпитализации в психиатрическое учреждение в соответствии с принципом наименее ограничительной альтернативы.

Анализируемый документ содержит также гарантии реализации прав психически больных субъектов. Это материальные гарантии (достаточное финансовое обеспечение психиатрических учреждений - принцип 14); несколько видов юридических гарантий: процедурные (коллегиальное решение вопросов о принудительной госпитализации в ряде случаев - принцип 16, право на представительство и юридическую помощь адвоката - принцип 18), информационные (право получить информацию о состоянии своего здоровья - принцип 19), процессуальные (право на жалобу - принцип 21) и др.

Следует подчеркнуть, что практически все принципы защиты психически больных воспроизведены в российском законодательстве о порядке оказания психиатрической помощи. Создание эффективной системы гарантий реализации прав таких субъектов можно рассматривать как важнейшее условие обеспечения и защиты их прав, предусмотренных международно-правовыми актами.

1.3. Конституционные права и свободы человека и гражданина

Под конституционными правами и свободами принято понимать наиболее важные права и свободы человека и гражданина, которые воспроизведены из основных международно-правовых актов в области прав человека и получают высшую юридическую защиту. В теории конституционного права и теории прав человека конституционные права обычно отождествляют с основными (фундаментальными) правами и свободами.

Права и свободы человека и гражданина в РФ устанавливаются гл. 2 Конституции (ст. 17-64). В ней же зафиксирован и основной набор конституционных обязанностей. Статья 64 Конституции закрепляет, что все положения гл. 2 (права, свободы и обязанности) составляют основы правового статуса личности в РФ и не могут быть изменены иначе, как в порядке, установленном Конституцией. Следует подчеркнуть, что положения гл. 2 Основного закона страны не могут быть пересмотрены Федеральным Собранием. Если предложение об их пересмотре будет поддержано 3/5 голосов от общего числа членов Совета Федерации и депутатов Государственной Думы, то в соответствии с федеральным конституционным законом созывается Конституционное Собрание. Оно либо подтверждает неизменность Конституции, либо разрабатывает проект новой Конституции. Этот проект может быть принят самим Конституционным Собранием, для чего необходимо набрать не менее 2/3 голосов от общего числа его членов, либо проект может быть вынесен на всенародное голосование. При проведении всенародного голосования Конституция считается принятой, если за нее проголосовало более половины избирателей, принявших участие в голосовании, при условии, что в нем приняло участие более половины избирателей (ст. 135 Конституции РФ). Таким образом, сложный порядок пересмотра положений гл. 1, 2 и 9 Основного закона России обеспечивает необходимую стабильность правового регулирования наиболее значимых общественных отношений, в том числе стабильность правового статуса человека и гражданина. Указанная цель достигается также и запретом принятия законов, которые отменяют или умаляют права и свободы человека и гражданина (п. 2 ст. 55).

В Российской Федерации признаются и гарантируются права и свободы человека и гражданина согласно общепризнанным принципам и нормам международного права и в соответствии с Конституцией РФ (ст. 17). Основной закон страны закрепляет следующие принципы правового статуса человека и гражданина:

- 1) неотчуждаемость основных прав и свобод, их принадлежность каждому от рождения (ст. 17);

-
- 2) непосредственное действие прав и свобод, которое предполагает установление соответствующих обязанностей для органов государственной власти, органов местного самоуправления, чья деятельность в целом должна быть направлена на обеспечение и защиту прав и свобод (ст. 18);
 - 3) юридическое равенство и запрет дискриминации (ст. 19);
 - 4) гарантированность прав и свобод человека и гражданина (ст. 45, 46);
 - 5) обоснованность правоограничений, которые могут устанавливаться только федеральным законом.

Конституция предусматривает комплекс личных (ст. 20-29), политических (ст. 30-33), экономических (ст. 34-37), социальных (ст. 38-41), культурных (ст. 43-44) и экологических прав (ст. 42). Но закрепление в Основном законе страны только данных прав и свобод не должно толковаться как отрицание или умаление других общепризнанных прав и свобод человека и гражданина. Названные конституционные нормы, по общему правилу, в полном объеме распространяются и на граждан, страдающих психическими расстройствами. Но права таких лиц могут быть ограничены. Как отмечалось выше, правоограничения являются одним из важных элементов правового статуса лиц, страдающих психическими расстройствами.

1.4. Правоограничения как элемент правового статуса лиц, страдающих психическими расстройствами

Согласно ч. 3 ст. 55 Конституции РФ права и свободы человека и гражданина могут быть ограничены федеральным законом только в той мере, в какой это необходимо для защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства.

В соответствии со ст. 5 Закона РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" лица, страдающие психическими расстройствами, обладают всеми правами и свободами граждан, закрепленными в Конституции РФ, федеральном и региональном законодательстве, а также в общепризнанных нормах международного права. Ограничение прав и свобод граждан, связанное с психическим расстройством, допустимо лишь в случаях, предусмотренных федеральными законами. Это правило полностью согласуется с приведенными выше положениями Конституции РФ.

Применительно к рассматриваемой сфере речь идет преимущественно о случаях, когда психическое расстройство нарушает нормальное социальное функционирование больного.

В федеральном законодательстве России для ограничения прав и свобод граждан, связанных с психическим расстройством, используются в основном три способа.

1. Ограничение прав и свобод гражданина, связанное с признанием лица недееспособным. Основания и порядок признания лица недееспособным предусмотрены ГК РФ и ГПК РФ, решение по данному вопросу может принять только суд. Признание лица недееспособным влечет за собой комплекс правовых последствий. Во-первых, органами опеки и попечительства недееспособному лицу назначается опекун, который в интересах подопечного лица заключает сделки и решает другие юридически значимые вопросы. Во-вторых, недееспособные граждане утрачивают избирательные права (как активное избирательное право, т.е. право избирать, так и пассивное избирательное право, т.е. право быть избранным в органы государственной власти, органов местного самоуправления). В-третьих, недееспособные граждане не могут замещать государственные должности (например, депутатов, судей и т.д.), должности государственных служащих, а также муниципальных служащих. Недееспособные граждане не призываются на военную службу и не могут быть приняты на данную службу по контракту.

2. Установление в федеральных законах правоограничений на основании наличия у лица заболевания или расстройства психики с последующей конкретизацией в нормативных правовых актах Правительства РФ. Данная норма действует при решении вопросов о возможности приобретения гражданского оружия, о способности по состоянию здоровья самостоятельно управлять транспортным средством, о допуске к отдельным видам профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источниками повышенной опасности, о службе в Вооруженных Силах РФ. Например, Федеральный закон от 13 декабря 1995 г. N 150-ФЗ "Об оружии" предусматривает, что для получения лицензии на приобретение оружия гражданин РФ обязан представить в орган внутренних дел по месту жительства наряду с заявлением по установленной форме и некоторыми другими документами медицинское заключение об отсутствии противопоказаний к владению оружием, связанных с нарушением зрения, психическим заболеванием, алкоголизмом или наркоманией. Федеральный закон от 10 декабря 1995 г. N 196-ФЗ "О безопасности дорожного движения" предусматривает обязательное медицинское освидетельствование и переосвидетельствование кандидатов в водители и водителей транспортных средств с целью выявления у них медицинских противопоказаний и ограничений к водительской деятельности. Периодичность таких освидетельствований и перечень медицинских противопоказаний,

при наличии которых гражданину запрещается управление транспортным средством, устанавливаются федеральным законом.

3. Ограничение прав и свобод в связи с указанием на нахождение гражданина на учете в органах здравоохранения по поводу психического расстройства. В качестве примера можно привести отказ в допуске к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами лицам, находящимся под диспансерным наблюдением у психиатра, что предусмотрено постановлением Правительства РФ от 6 августа 1998 г.

Глава 2. Права лиц, страдающих психическими расстройствами, при оказании психиатрической помощи

2.1. Правовые основы диагностики и лечения лиц, страдающих психическими расстройствами

В соответствии с требованиями, закрепленными в ст. 10 Закона РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", диагноз психического расстройства ставится в соответствии с общепризнанными международными стандартами. Таким образом, Закон явно ориентирует врачей-психиатров на использование в повседневной деятельности принципов диагностики, разработанных ведущими мировыми специалистами и утвержденных Всемирной организацией здравоохранения.

На практике это достигается использованием Международной классификации болезней (МКБ), в которой заложены определенные критерии для выделения и распознавания различных форм психической патологии. Международной классификацией болезней, адаптированной к специфике отечественной психиатрии, 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 важно с точки зрения закона для диагностирования патологии на индивидуальном уровне. Она позволяет также достичь сопоставимости диагностических категорий и, следовательно, данных о распространенности психических расстройств в разных странах. В настоящее время в нашей стране используется Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), адаптированная для использования в Российской Федерации в 1998 г.

Установление диагноза психического заболевания является исключительным правом врача-психиатра, а заключение врача другой специальности является предварительным и не может служить основанием для оказания помощи в недобровольном порядке и решения других вопросов, связанных с ограничениями или, напротив, льготами, предусмотренными Законом в отношении таких лиц.

В законодательном порядке запрещена диагностика психических расстройств, основанная 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 является отражением общепринятой международно-правовой нормы, которая включена в законодательство по психиатрии в большинстве стран.

Для диагностики и лечения лица, страдающего психическим расстройством, могут применяться только медицинские средства и методы, разрешенные в порядке, установленном законодательством РФ о здравоохранении. В связи с этим 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 в себя лабораторные исследования и клинические испытания. Программа изучения и испытаний новых методов и средств диагностики, а также лечения, порядок рассмотрения их результатов и получения разрешения определяются законодательством РФ о здравоохранении, в первую очередь Федеральным законом от 22 июня 1998 г. N 86-ФЗ "О лекарственных средствах".

Особого внимания заслуживает требование о том, что медицинские средства и методы в психиатрической практике применяются исключительно в целях диагностики и лечения. Законодательное закрепление этого очевидного положения обусловлено тем, что психиатрическая практика, к сожалению, имеет опыт неадекватного использования таких средств. В связи с этим Закон "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" четко определяет, что медицинские средства и методы должны применяться в соответствии с характером болезненных расстройств (т.е. строго по показаниям) и не должны использоваться для наказания пациента или в интересах других лиц.

Попытки использования психофармакологических препаратов с немедицинскими целями, например для "наказания" пациента, нарушающего режим отделения, дискредитируют психиатрию. Перечисление каждого из типичных вариантов использования методов и препаратов не с целью диагностики и лечения, являющихся грубым нарушением медицинской этики и прав лиц, страдающих психическими расстройствами, оказалось необходимым и нашло отражение как в Законе, так и в международно-правовых документах и национальных законодательствах по психиатрии.

2.2. Система прав лиц, страдающих психическими расстройствами, при получении психиатрической помощи

Как отмечалось в первом [разделе](#) учебного пособия, психиатрическая помощь является разновидностью специализированной медицинской помощи. Поэтому лица, страдающие психическими расстройствами и получающие психиатрическую помощь, наделены всеми правами пациента, которые закреплены в Основах законодательства об охране здоровья граждан.

Пациент - это лицо, обратившееся в медицинское учреждение или к медицинскому работнику, занимающемуся частной практикой, за получением профилактической, диагностической, лечебной, реабилитационной медицинской помощи, независимо оттого, болен он или здоров.

Права пациента закреплены в ст. 30 Основ. Указанная норма содержит перечень из 13 пунктов, в каждом из которых зафиксировано конкретное право гражданина, получающего медицинскую помощь. В перечне названы как права, которые непосредственно связаны с оказанием медицинской помощи (право на уважительное и гуманное отношение, облегчение боли, выбор врача и др.), так и права, которые имеют к лечебно-диагностическому процессу лишь косвенное отношение (например, право на допуск к пациенту священнослужителя, на создание условий для отправления религиозных обрядов, право на допуск адвоката). Наибольшее значение имеют информационные права пациента (право на получение информации о состоянии здоровья и право на врачебную тайну), а также право пациента на самоопределение (в западной медико-правовой трактовке). Право на самоопределение включает в себя право согласиться на лечение и право отказаться от него.

Базовые права пациента, предусмотренные ст. 30 Основ, практически полностью воспроизводятся в ч. 2 ст. 5 Закона о психиатрической помощи. Но специальный закон закрепляет и ряд прав, которые не нашли отражения в Основах. В частности, речь идет о праве на психиатрическую помощь в наименее ограничительных условиях, по возможности по месту жительства; на содержание в психиатрическом стационаре только в течение срока, необходимого для обследования и лечения; на помощь адвоката и т.д.

В статье 37 Закона о психиатрической помощи зафиксированы права пациентов психиатрических стационаров. Таким образом, лица, страдающие психическими расстройствами, при получении психиатрической помощи пользуются как общими правами, закрепленными в Основах, так и специальными, которые предусмотрены Законом о психиатрической помощи. Специальные права дифференцируются в зависимости от формы оказания психиатрической помощи, что выражается в установлении перечня прав пациентов психиатрических стационаров. В данном перечне содержатся права, которые не подлежат ограничению, и права, которые могут быть ограничены.

Не могут быть ограничены ни при каких условиях следующие права лиц, страдающих психическими расстройствами.

Право на уважительное и гуманное отношение к человеку, исключаящее унижение его достоинства, является приоритетным. Международно-правовые документы запрещают бесчеловечное или унижающее достоинство обращение с людьми, что в полной мере распространяется и на лиц, страдающих психическими расстройствами. Уважительное и гуманное отношение к пациентам не исчерпывается только условиями их пребывания в психиатрическом учреждении, но обеспечивается главным образом врачами и иным медицинским персоналом, их обращением с больными. Отсюда вытекает необходимость особого внимания к подготовке врачей и особенно среднего и младшего персонала, контроля над их работой с точки зрения обращения с больными и в необходимых случаях привлечения виновных к ответственности.

Право на получение информации о своих правах, о характере психического расстройства и методах лечения также является важнейшим, поскольку оно лежит в основе принципа добровольности. Без предоставления пациенту в полном объеме соответствующей информации не может идти речи о правомерности получения согласия на лечение или на иной вид медицинской помощи. Не случайно в англоязычной литературе широко используется термин "информированное согласие", который обозначает решение, принятое человеком на основании полученных знаний, их рациональной оценки и без принуждения.

В действующем законодательстве не предусмотрено никаких ограничений права на получение

информации в зависимости от правового статуса больного. Поэтому такие сведения должны предоставляться всем лицам с психическими расстройствами, которым оказывается психиатрическая помощь, в том числе госпитализированным недобровольно и находящимся на принудительном лечении. В доступной форме, а также с учетом возраста со своими правами следует знакомить и несовершеннолетних в возрасте до 15 лет.

Обязанность по предоставлению данной информации больному возлагается на лечащего врача. Выбор доступной формы и учет психического состояния не закреплен в правовых актах, что позволяет оставить определение окончательных формулировок на его усмотрение. Данная проблема в большей степени является этической, и при ее решении врач руководствуется возможными последствиями, которые могут возникнуть вследствие сообщения пациенту информации о диагнозе или других особенностях заболевания. Однако полностью отказать пациенту в медицинской информации он не вправе.

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. Более подробно данный вопрос был рассмотрен в [разделе](#) "Принципы оказания психиатрической помощи".

С рассмотренной нормой тесно связано и право на содержание в психиатрическом стационаре только в течение срока, необходимого для обследования и лечения. Срок пребывания в психиатрическом стационаре должен определяться состоянием психического здоровья лица и необходимостью его лечения. Длительная госпитализация имеет отрицательные последствия для самого больного (среди которых- социальная дезадаптация, затрудняющая его дальнейшую жизнь в обществе), для его родных и, наконец, для медицинского учреждения. Если члены семьи или законные представители несовершеннолетних или лиц, признанных недееспособными, отказываются забирать таких пациентов из больницы, то защита их прав возлагается на администрацию лечебного учреждения. Врачи 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.

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, достаточное количество 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. До момента вступления в силу Закона "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" наличие психического заболевания являлось препятствием для проведения санаторно-курортного лечения. В настоящее время данный факт дискриминации устранен, и оно может назначаться пациенту по обычным медицинским показаниям.

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 будут существенно расширены. Соблюдение санитарно-гигиенических правил, устанавливаемых органами санитарно-эпидемиологического надзора в РФ, является обязанностью администрации психиатрического учреждения.

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, которым обеспечивается неприкосновенность частной жизни и уважение человеческого достоинства.

Принципы проведения медико-биологических исследований с участием людей закреплены в Хельсинкской декларации, составленной в соответствии с Международным пактом о гражданских и политических правах. В Российской Федерации данный раздел медицины регулируется Конституцией РФ, Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан, Федеральным законом "О лекарственных средствах", Стандартом отрасли ОСТ 42-511-99 "Правила проведения качественных клинических испытаний в Российской Федерации", приказом Минздрава России от 24 марта 2000 г. N 103 "О порядке принятия решения о проведении клинических исследований лекарственных средств". Общими требованиями перечисленных актов является запрет 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 также имеет право отказаться от участия в исследовании на любой его стадии без объяснения причин своего решения.

Как и любой гражданин, лицо с психическим расстройством имеет также право отказаться и от фото-, видео- или киносъемки, и от использования в качестве объекта учебного процесса. Перед началом любого из перечисленных действий этим лицам должны быть даны объяснения их сути и целей, предоставлена иная значимая информация. Следовательно, такие действия также могут проводиться только при получении согласия лица, страдающего психическим расстройством. Следует отметить, что форма такого согласия специальным образом в законе не оговаривается.

Следующее право, которое принадлежит лицам с психическими расстройствами, очень важно для обеспечения с их стороны доверия к решениям врачей-психиатров. Приглашение по требованию лица с психическим расстройством любого специалиста, участвующего в оказании психиатрической помощи, позволяет привлекать к комиссионным решениям специалистов, которым пациент доверяет. В данном случае он будет выступать в качестве члена комиссии, независимого от психиатрического учреждения, где лечится пригласивший его пациент. Эта норма направлена не только на обеспечение независимого мнения при принятии врачебных решений, но и на достижение их большей обоснованности. Естественно, приглашаемый специалист должен дать свое согласие на участие в работе комиссии.

Право на помощь адвоката, законного представителя или иного лица в порядке, установленном законом, тоже содержится в международно-правовых документах. Потребность в юридической помощи и 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, пациенту не всегда может быть предоставлена полная медицинская информация, значимая для принятия решений о лечении. Представительству лиц с психическими расстройствами специально посвящена ст. 7 Закона "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании".

Помимо предоставления лицам, страдающим психическими расстройствами, перечисленных неотчуждаемых прав, в законодательном порядке запрещено использовать психиатрический диагноз и факты обращения за различными видами психиатрической помощи в качестве оснований для ограничения прав и свобод больных. Если возникает вопрос о том, что по своему психическому состоянию человек не может самостоятельно осуществлять какое-либо свое право, то необходимо установить, что в соответствующем федеральном законе содержится основание ограничить это право, а затем рассматривать вопрос индивидуально 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 в судебном или ином порядке.

Таким образом, закон запрещает любое отличие, исключение или предпочтение, вследствие которых лица с психическими расстройствами могли бы быть поставлены в неравное положение с другими гражданами, а их права и свободы отменены или ограничены. Если на практике произойдет нарушение, приведшее к дискриминации лица с психическим расстройством, то виновное в нем должностное лицо должно нести ответственность. Такая ответственность может быть как дисциплинарной, предусмотренной трудовым законодательством, так и уголовной.

Все перечисленные права, которыми закон наделяет лиц, страдающих психическими расстройствами, действуют постоянно, на протяжении всей жизни пациента, и не ограничиваются какими-либо внешними условиями: местом жительства гражданина, наличием либо отсутствием фактов обращения за психиатрической помощью, а также формой ее получения.

Однако в результате ухудшения психического состояния может возникать необходимость госпитализации в психиатрический стационар. Помещение в психиатрическую больницу является для пациента серьезным стрессом, т.к. связано с его выпадением из привычных условий функционирования и круга общения, ограничением свободы передвижения и т.п., что может приводить к тяжелой дезадаптации. Особую значимость данная проблема приобретает в случаях госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке. В связи с тем, что данная категория пациентов наиболее уязвима в плане нарушения их прав, в ст. 37 Закона о психиатрической помощи закреплены дополнительные гарантии их защиты.

Важнейшим правом каждого больного, поступающего в психиатрический стационар как в добровольном, так и в недобровольном порядке, является возможность получения информации об

основаниях и целях госпитализации, а также о его правах. Сотрудник лечебного учреждения, сообщивший пациенту данные сведения, в обязательном порядке делает соответствующую запись в медицинской документации. В ходе дальнейшего пребывания в отделении каждый пациент имеет возможность свободного получения информации о своих правах, поскольку она размещается персоналом в доступном месте.

Права, которыми обладают пациенты психиатрических стационаров, делятся на те, которыми пациент может пользоваться по своему усмотрению и которые могут быть ограничены. Образующие первую группу права тесно связаны с перечисленными в Основах и ст. 5 Закона РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", которые предоставлены законом всем лицам, страдающим психическими расстройствами. Они направлены на защиту пациентов психиатрических больниц от возможной дискриминации и обеспечивают более полную реализацию ими своих гражданских свобод. Все лица, находящиеся на обследовании и лечении в стационарных условиях, вправе:

- обращаться непосредственно к главному врачу или заведующему отделением по вопросам обследования, лечения, выписки и соблюдения своих прав;
- подавать без цензуры жалобы и заявления в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд или адвокату;
- встречаться с адвокатом и священнослужителем наедине;
- исполнять религиозные обряды, по согласованию с администрацией иметь религиозную атрибутику;
- выписывать газеты и журналы;
- получать образование;
- получать наравне с другими гражданами вознаграждение за труд.

Кроме того, пациенты имеют также права, которые могут быть ограничены:

- 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.

Особо следует отметить, что все перечисленные права являются равноприоритетными и их ограничения должны быть обусловлены особенностями болезненного состояния пациентов. Наложение правоограничений является вынужденной мерой, направленной на обеспечение жизни, здоровья и безопасности самого больного, других лиц, находящихся как в стационаре, так и вне его. При возникновении необходимости подобного ограничения личных прав пациентов данный вопрос решается заведующим отделением или главным врачом по представлению лечащего врача. Данное решение отражается в медицинской документации с обязательным указанием мотивов его принятия и срока действия.

2.3. Право лиц, страдающих психическими расстройствами, на конфиденциальность при оказании психиатрической помощи

В настоящее время правовой статус закрытой информации регулируется законами РФ в соответствии с ее отнесением к основным категориям - государственной тайне или иной конфиденциальной информации (тайне). Понятие "конфиденциальной информации" впервые официально введено Федеральным законом от 20 февраля 1995 г. N 24-ФЗ "Об информации, информатизации и защите информации", который определяет ее как документированную информацию, доступ к которой ограничивается в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Сведениями конфиденциального характера, к которым применим термин "тайна", в том числе являются персональные данные, т.е. сведения о фактах, событиях и обстоятельствах частной жизни гражданина, позволяющие идентифицировать его личность. Кроме того, в контексте конфиденциальной информации используются понятия следующих видов тайны: государственной, налоговой, врачебной, личной и семейной, служебной, коммерческой и т.д. Таким образом, поскольку сведения, составляющие врачебную тайну, являются сведениями о фактах, событиях и обстоятельствах частной жизни гражданина, их можно отнести к конфиденциальной информации. При этом они одновременно подпадают под определение как "служебной" тайны, так и "персональных данных".

Права гражданина на конфиденциальность информации о факте обращения за медицинской помощью и иных передаваемых им при обращении за медицинской помощью сведений, установлены Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан. Статья 61 Основ раскрывает понятие врачебной тайны, к которой относятся информация о факте обращения за медицинской помощью, о

состоянии здоровья гражданина, о диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении. Под "иными сведениями" понимается, в частности, информация о семейной и интимной жизни, о здоровье родственников и т.п. В том числе врачебную тайну составляет информация, содержащаяся в медицинских документах гражданина (ст. 31 Основ).

Между тем актуальность проблемы обеспечения врачебной тайны для нашей страны сохраняется и приобретает особые грани в связи со следующими тенденциями. Во-первых, российское законодательство в своем развитии все более ориентируется на приоритетную защиту личных прав и свобод человека и гражданина, поскольку только такой подход к правовому пространству и правопорядку позволит завершить процесс становления демократического общества в нашей стране. Не случайно одной из основных задач в области обеспечения национальной безопасности РФ, является обеспечение на территории России личной безопасности человека и гражданина, его конституционных прав и свобод, а также соблюдение международно-правовых обязательств РФ в сфере соблюдения прав человека. Во-вторых, переход общества на качественно новый уровень информационного обмена, повсеместное внедрение компьютерных технологий обработки медицинской информации, развитие корпоративных информационных систем требует нового подхода к разработке правовых и технологических гарантий защиты информации, в том числе составляющей врачебную тайну, от несанкционированного доступа.

Информация во все времена была одной из самых больших ценностей. "Предупрежден - значит вооружен", - говорили древние. А кто лучше лечащего врача знал слабые стороны человека? Пожалуй, никто. Поэтому врачи со времен Гиппократы делали все, чтобы информация об их пациентах не попала в чужие руки. Они клялись: "Что бы при лечении - а также и без лечения - я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной" (клятва Гиппократы, пер. с др.-гр. - В.И. Руднев). С тех пор прошло достаточно много времени, в медицине многое поменялось, кое-что даже кардинально, но понятие о врачебной тайне осталось практически неизменным.

Врачебная тайна - многогранное этически-нравственное и юридически-философское понятие, касающееся отношений врача с пациентом и обществом. С момента зарождения профессии врача оказание медицинской помощи неразрывно связано с понятием врачебной тайны. Почему понадобилось врачебную тайну выделять особо, ведь этические нормы общества предполагают, что каждый порядочный человек должен сохранять тайну, доверенную ему другим? Это связано с тем, что ни одна другая профессия, ни какие бы то ни было другие взаимоотношения между людьми не могут уподобиться отношениям врача и больного. Очень важно помнить, что врач обладает огромнейшей властью над больным человеком, поскольку пациент доверяет ему свою жизнь. Здоровье каждого человека - это его богатство, а разглашение сведений о состоянии здоровья - фактически кража ключей от сейфа с этим богатством, поэтому защищаться нужно всеми доступными и разрешенными законом методами.

Особое внимание следует обратить на то, что не все сведения, полученные от больного, однозначно квалифицируются как тайна, поэтому врач должен критически оценивать их. В качестве яркого примера можно привести различные подходы к проблеме предоставления пациенту полной информации о наличии у него неизлечимого заболевания. Данные этические нормы не во всех странах воспринимаются однозначно. Если в нашей стране от больного скрываются сведения, что он болен раком, то в США, наоборот, считают возможным ставить его об этом в известность.

С другой стороны, современное понятие о врачебной тайне, зафиксированное в Международном кодексе медицинской этики, существующем с 1949 г., гласит: "Врач должен сохранять в абсолютной тайне все, что он знает о своем пациенте, в силу доверия, оказываемого ему". Весьма категорично сказано, что врач должен сохранять в тайне абсолютно все сведения. Обоснованность такого подхода обусловлена тем фактом, что сохранение врачебной тайны является одним из важных условий сохранения доверия больного к врачу.

В России взаимоотношения врача и пациента регулируются Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан, и понятие врачебной тайны там тоже присутствует. В частности, в ст. 61 указано, что "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". Это означает, что без согласия пациента или его законного представителя не может разглашаться никакая информация, полученная врачами об этом человеке. При этом не важно, для чего эти сведения планируется использовать: проведения научных исследований, публикации в научной литературе, учебного процесса в медицинском вузе, съемки теленовостей в больнице, - информация всегда конфиденциальна.

Но, как известно, не бывает правил без исключений. Законом предусмотрены 5 случаев, когда сведения, составляющие врачебную тайну, можно передать, не спрашивая согласия пациента:

- 1) в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить

свою волю, т.е. находящегося в бессознательном, опасном для жизни и здоровья состоянии и в ситуации, когда законный его представитель недоступен;

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; в подобных случаях информация, содержащая врачебную тайну, предоставляется только при наличии официального запроса (постановления суда, следователя, прокурора, дознавателя) и только в отношении лиц, официально привлеченных в качестве обвиняемого, подозреваемого, свидетеля или пострадавшего; важно, что врачи не обязаны по закону и по профессиональным правилам сообщать о своих пациентах что-либо, кроме информации о состоянии здоровья, содержащейся в истории болезни;

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 (например, пациент является жертвой преступления), информация передается медицинским учреждением в милицию.

Применительно к деятельности врача-психиатра объект врачебной тайны сформулирован также в ст. 9 Закона РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании". Его содержание составляют следующие категории сведений, не подлежащих разглашению:

сведения о наличии психического расстройства - любой вид информации, подтверждающий, что конкретное лицо страдает таким расстройством;

сведения о фактах обращения за психиатрической помощью;

сведения о лечении в учреждении, оказывающем психиатрическую помощь, вне зависимости от формы собственности;

иные сведения о состоянии психического здоровья - любая информация, касающаяся психических расстройств, которые имелись или имеются у гражданина в прошлом или настоящем.

В правовом отношении охрана законом врачебной тайны является объективно-правовым требованием, поэтому не имеет значения, обращался ли пациент к врачу с просьбой держать в тайне какие-либо сведения, заботится ли пациент об охране определенных сведений или относится к их разглашению безразлично.

Субъектами врачебной тайны являются не только врачи-психиатры. Круг лиц, обязанных охранять ее, определен Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан (абз. 2 ст. 61) достаточно широко: "Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей". Таким образом, все работники учреждений, оказывающих психиатрическую помощь: врачи иных специальностей, средний и младший медицинский персонал, а также прочие сотрудники (персонал хозяйственных и вспомогательных служб) - обязаны сохранять врачебную тайну. Наравне с медицинскими и фармацевтическими работниками обязаны соблюдать врачебную тайну (и, следовательно, нести ответственность за ее разглашение) лица, которым эти сведения переданы в установленном законом порядке.

Если сведения о психическом здоровье лица стали известны названным лицам не при исполнении ими своих служебных функций, то обязанность не разглашать их носит моральный характер и не подпадает под действие Закона. Кроме того, не может расцениваться как нарушение врачебной тайны необходимый обмен информацией между медицинскими работниками - иными специалистами в процессе оказания гражданину медицинской помощи.

С другой стороны, для реализации прав и законных интересов лица, страдающего психическим расстройством, по его просьбе либо по просьбе его законного представителя им могут быть представлены сведения о состоянии психического здоровья и об оказанной ему психиатрической помощи. Необходимость в предоставлении данной информации может возникать при обращении в соответствующие органы по вопросу о предоставлении предусмотренных законом льгот, об отмене необоснованных правоограничений и т.п. В данном случае медицинские сведения предоставляются указанному лицу или его законному представителю в объеме, достаточном для реализации соответствующих прав и законных интересов.

Охране врачебной тайны посвящена ч. 4 ст. 49 Основ, где говорится, что при оформлении листа нетрудоспособности сведения о диагнозе заболевания вносятся лишь с согласия пациента, а в противном случае указывается только причина нетрудоспособности. Ведомственными нормативными актами предусмотрена также возможность использования при оформлении медицинских документов специальных печатей или штампов медицинского учреждения без указания его профиля.

На защиту врачебной тайны направлена также норма, закрепленная в ст. 8 Закона о психиатрической помощи, запрещающая требовать сведения о состоянии психического здоровья гражданина при реализации им своих прав и свобод. В данной статье речь идет не только о правах

человека, закрепленных Конституцией РФ и международными актами, но и об иных правах, пользование которыми происходит в обычной жизни.

Однако ограничение на требование предоставления сведений о состоянии психического здоровья человека связано только с реализацией прав и свобод и не распространяется на случаи выполнения обязанностей, установленных законом. Так, не является нарушением указанного требования проведение обследования врачом-психиатром лица, призываемого на военную службу; гражданина, в отношении которого решается вопрос о допуске к источнику повышенной опасности (оружие, транспортное средство, отдельные виды профессиональной деятельности); проведение предварительных и периодических медицинских осмотров работников некоторых категорий, военнослужащих, а также лиц, работающих по контракту, в котором это предусмотрено.

Во всех остальных 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. Равно недопустимо обуславливать этим прием на работу, учебу и т.д. под предлогом "добровольности" предоставления сведений о состоянии психического здоровья лица либо его обследования врачом-психиатром.

Медицинские и фармацевтические работники, а также лица, которым в установленном законом порядке переданы сведения, составляющие врачебную тайну, за ее разглашение несут дисциплинарную, административную или уголовную ответственность в соответствии с действующим законодательством. С учетом причиненного гражданину ущерба уголовная ответственность может наступить по ст. 137 УК РФ (нарушение неприкосновенности частной жизни, совершенное лицом с использованием своего служебного положения) и по ст. 285 УК РФ (злоупотребление должностными полномочиями); гражданская - в случае предъявления иска о возмещении морального вреда, причиненного разглашением врачебной тайны, по ст. 151 ГК РФ.

2.4. Согласие на лечение и отказ от лечения как элементы права пациента на самоопределение при получении психиатрической помощи

Утверждению принципа информированного согласия в системе отношений между врачом и пациентом в значительной степени соответствуют не только демократические процессы в современной культуре, но и объективные тенденции развития медицинского знания. Современные методы диагностики позволяют установить факт наличия заболевания на ранних этапах, когда у пациента еще отсутствуют традиционные, например болевые, симптомы. В данной ситуации сложно разъяснить больному целесообразность лечения и, следовательно, получить согласие на медицинское вмешательство.

Исторически понятие "информированное согласие" начало формироваться после Второй мировой войны в ходе работы Военного трибунала в Германии. Помимо вынесения приговора по "делу медиков" в 1947 г. был подготовлен документ, получивший название "Нюрнбергский кодекс", который стал первым международным "Сводом правил о проведении экспериментов на людях". Впоследствии это понятие начинает использоваться в практике судопроизводства США при рассмотрении дел о возмещении вреда, причиненного небрежным лечением. В 1950-1960-х годах возникает термин "информированное согласие" и соответствующая ему практика признания обязанности врача сообщать пациенту о риске медицинского вмешательства, об альтернативных формах лечения, прежде чем он даст на него согласие. Если в 1950-х годах информация носила профессиональный характер, то в 1970-х годах для нее был введен "ориентированный на пациента" критерий, согласно которому информация должна быть дана в общедоступной форме и включать в себя три параметра: характеристику цели лечения, возможного риска и существующих альтернатив предлагаемому лечению.

Для того чтобы лучше понять специфику информированного согласия, необходимо вспомнить традиционную модель взаимоотношений врача и пациента, которая еще несколько десятков лет назад была идеалом и для западной цивилизации. Идеал этот назывался "патернализм", что подразумевало "отцовскую", или "родительскую", заботу о больном. Данная модель предполагала тщательное изучение врачом состояния пациента, выбор для каждого конкретного случая лечения, направленного на устранение боли и ее причин. Согласие больного на планируемое вмешательство определялось тем выбором методов лечения, который делал врач. Одна из причин отступления от патернализма во второй половине XX в. - это революционные изменения в медицинской науке, приведшие к принципиально новым возможностям воздействия на человека и управления человеческой жизнью. В наибольшей степени концепция патернализма получила развитие в бывшем Советском Союзе: человек был включен в государственную систему здравоохранения, он обязывался к послушанию ей с момента рождения до момента смерти.

Концепция информированного согласия окончательно оформилась в борьбе с патернализмом в отношениях врача и пациента. Ее быстрое становление связано с двумя глобальными процессами: с развитием общих прав человека, когда с ростом образовательного и культурного уровня населения каждый человек как личность осознал свою неповторимость и ценность, и распространением рыночных отношений на сферу медицинского обслуживания, когда врач становится в позицию лица, продающего медицинскую услугу, а пациент - лица, ее покупающего. При этом стороны торга в правовом отношении равны.

Принцип информированного согласия может быть рассмотрен как форма правовой защищенности больного, которая восстанавливает естественное изначальное неравенство в отношении врач - пациент. Пациент, не обладая, как правило, специальным медицинским знанием, заранее обречен на зависимость от врача, полагаясь на его профессионализм. С одной стороны этого неравенства - риск пациента, доверяющего врачу свое здоровье, достоинство и жизнь. С другой - риск врача, незастрахованного от "врачебных ошибок", которые юридически квалифицируются как "ненаказуемое добросовестное заблуждение при отсутствии небрежности и халатности", т.е. как "обстоятельство, смягчающее ответственность врача".

Компенсацией этого естественного неравенства является обеспечение пациента полноценной правовой защитой. К ее основным формам относятся: право на согласие на медицинское вмешательство и отказ от него, право пациента на информацию о состоянии здоровья и обязанность врача и лечебного учреждения обеспечить это право.

Декларация прав и свобод человека и гражданина, принятая Верховным Советом РСФСР в 1991 г., означала вступление России в мировой процесс демократизации. Конституция РФ в ст. 42 и Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан закрепили право граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Содержание понятия "информированное согласие" раскрывается в разд. IV Основ, который называется "Права граждан при оказании медико-социальной помощи". Статья 32 Основ гласит: "Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие граждан". Иначе говоря, медицинское вмешательство любого характера: диагностические мероприятия (анализы, рентген, эндоскопия и т.д.), лечение и, тем более, хирургические вмешательства - ни при каких условиях не могут быть выполнены без согласия пациента, достигшего 15-летнего возраста и способного дать такое согласие.

Во-первых, с помощью этого понятия фиксируется абсолютная необходимость получения согласия на медицинское вмешательство. Во-вторых, провозглашается право пациента на информацию о состоянии своего здоровья, "включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения".

Право пациента на согласие и на отказ от любых процедур и лечения является формой выбора. Таким образом пациент выбирает способ диагностики и лечения. Врач информирует его о том:

какое заболевание предполагает, какие исследования надо провести для уточнения диагноза, какие исследования лучше и почему, что безопаснее и надежнее;

какие лечебные мероприятия проводить, каковы преимущества и недостатки возможных способов лечения, какие недостатки у этих способов лечения, что будет, если не лечиться, в чем будет состоять лечение (операция), какие действия и кто будет выполнять, как долго придется лечиться и как скоро восстановится трудоспособность; к чему приведет операция - в смысле восстановления функций (здоровья) и в смысле возникновения последствий самой операции.

Пациент на основе этой информации делает выбор, соглашаясь с предложенным вариантом, лучшим, по мнению врача, или отказывается от него в пользу другого варианта. Конечно, пациент может и вообще отказаться от лечения, но это редкая ситуация, потому что к врачу пациенты попадают именно для того, чтобы лечиться.

Каковы же характеристики информированного согласия? Во-первых, предоставление больному полной информации о его заболевании. Во-вторых, компетентность и самоопределение пациента, выбор медицинского вмешательства согласно его пониманию и представлениям. В-третьих, реализация врачом выбора больного, с последовательным информированием о ходе и результатах диагностических процедур и лечения.

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, медицинского персонала или от третьих лиц.

Особенностью информированного согласия является не только допускаемое противоречие между объективными медицинскими показаниями и пожеланиями больного, но и принцип принятия субъективного решения пациента иногда с заведомо необъективными основаниями. В связи с этим роль

врача в системе взаимоотношений по типу "информированное согласие" заключается в решении трех задач. Первое - это подготовка и подача информации, которая должна привести пациента к выбору верного решения и быть при этом свободна от элементов принуждения и манипуляции. Второе - признание автономного решения пациента. Третье - добросовестное осуществление лечения, выбранного пациентом.

На какие положительные особенности следует обратить внимание? Прежде всего, информированное согласие направлено на преодоление навязывания пациенту воли и представлений врача о методе лечения и защиту пациента от экспериментально-испытательных намерений специалиста. Далее, информационная модель, отражающая современную специализированность медицинского знания, предполагает предоставление информации высокопрофессионального качества. И, наконец, информированное согласие реализует принцип автономии больного, подчеркивая не только его определенный правовой статус пациента, в границах которого должно осуществляться лечение, но и право пациента на решение, соответствующее его собственным ценностям и представлениям о жизни и смерти.

Действительно, любое лечение, проведенное при отсутствии информированного согласия, оценивается как противоправное, и если оно повлекло за собой вред, то вопрос о получении возмещения решается однозначно. Ситуация осложняется, когда при соблюдении обязательств предоставления пациенту необходимой информации и при получении согласия вред все же наступает. В этом случае "информированное согласие" становится формой обеспечения правовой защищенности врача, значительно ослабляя при этом правовые позиции пациента.

На психиатрию, являющуюся полноправной отраслью медицины, распространяется общее правило, по которому лечение лица, страдающего психическим расстройством, может быть проведено после получения его согласия. Это правило следует из принципа добровольности обращения за психиатрической помощью, закрепленного ст. 4 Закона, и служит реализации прав лиц при оказании им психиатрической помощи.

В настоящее время некоторыми учеными оспаривается правомерность получения согласия у лиц, страдающих тяжелыми психическими заболеваниями. По их мнению, такие пациенты могут понимать и использовать только часть информации, предоставляемой в формах для получения согласия. Наиболее сильно страдает способность принимать компетентные решения у больных шизофренией, слабоумием и, в меньшей степени, депрессией, т.к. перечисленные заболевания сопровождаются выраженными нарушениями мышления, когнитивных функций, а также эмоциональной и мотивационной сфер. Влияние бреда и галлюцинаций на понимание предоставляемой информации менее значимо, хотя их сочетание с расстройствами первой группы еще более ограничивает способность понимать те вопросы, с которыми они сталкиваются.

В то же время было показано, что при изменении формы предъявления информации, необходимой для принятия решения (например, многократное ее повторение, предоставление большего количества времени на обдумывание), процент ее усвоения практически не отличался от такового у здоровых людей. Поэтому в настоящее время наиболее распространенным является следующий подход к проблеме: наличие у лица психического расстройства еще не означает отсутствие у него способности к выражению добровольного согласия на лечение, хотя в ряде случаев (состояния измененного сознания, острые психозы с выраженной растерянностью или крайней загруженностью психотическими переживаниями, состояния глубокого слабоумия) отношение больного к факту оказания психиатрической помощи установить практически невозможно, поэтому получение согласия в таких случаях следует считать неправомерным.

Учитывая то обстоятельство, что информация о наличии психического расстройства может причинить человеку тяжелые душевные страдания, сведения о характере имеющегося заболевания сообщаются врачами в максимально щадящей форме. Особенно актуально данное правило при общении с пациентами, впервые столкнувшимися с психиатрической службой, у которых существенно нарушены критические способности. Для больных с длительным течением психического расстройства, у которых в период улучшения восстанавливается осознание факта заболевания, допустима более полная информация, включая формулировки психиатрического диагноза. Если он не вызывает у пациента категорического неприятия или выраженных отрицательных эмоций, врач-психиатр вправе обсудить с ним этот вопрос более подробно.

Сообщая о методах лечения, врач-психиатр должен сказать, будут ли применяться лекарственные препараты и в каком виде (в таблетках, инъекциях или комбинированно), или предполагается инсулинокоматозная, электросудорожная терапия, или лечение будет преимущественно психотерапевтическим и др., объяснив, почему именно этот метод, а не другой (альтернативный) показан в данном случае. Что касается механизмов действия конкретных средств лечения (например, тех или иных лекарств), то информация об этом может даваться в общем виде при ответах на вопросы пациента. О продолжительности лечения пациенту следует говорить в максимально приближенном к

реальному диапазону, избегая излишней категоричности.

Врач не вправе скрывать от пациента характера 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.

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, принимать несовместимые с назначенным средством лекарственные препараты). О возможности такого риска пациент также должен быть проинформирован. Сведения о побочных эффектах (сухости во рту, мышечной 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 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. Необходимо учитывать при этом психическое состояние пациента. 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.

В Законе о психиатрической помощи (п. 1 ст. 11) указано, что согласие на лечение должно быть письменным, однако форма письменного согласия не определяется. Следовательно, оно может быть оформлено в виде записи врача в медицинском документе, удостоверенной подписью пациента или его законного представителя, распиской, данной пациентом или его законным представителем, письменной просьбы, заявления или специального формуляра, приобщенного к медицинской документации. Министерством здравоохранения рекомендована для использования форма "Согласия на лечение" (приложение 3 к указанию Министерства здравоохранения РФ от 22 января 1993 г. N 14-У "О формах документов, рекомендуемых для использования в процессе оказания психиатрической помощи").

Независимо от того, какая избирается 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. 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.

Важной особенностью психических расстройств является то, что они, как правило, протекают длительно, на протяжении многих лет и даже всей жизни. Следовательно, со временем происходят изменения в состоянии пациента, которые требуют внесения корректив в проводимые лечебные мероприятия. При каждом существенном изменении проводимого лечения требуется оформление нового согласия, получаемого с соблюдением всех вышеперечисленных процедур. Обычно получение письменного согласия необходимо и целесообразно: в начале курса амбулаторного лечения; при каждой госпитализации больного в стационар, при назначении нового метода лечения, особенно если он связан с возрастанием риска (например, при переходе от лекарственной терапии к инсулинокоматозной или электросудорожной, 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.).

В соответствии с Законом лечение лица, страдающего психическим расстройством, может проводиться и без согласия при применении принудительных мер медицинского характера, а также при недобровольной госпитализации. В этих случаях, кроме неотложных, назначение лечения осуществляется по решению комиссии врачей-психиатров. В неотложных случаях 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 Закона о психиатрической помощи не подпадают, а предусмотрены ст. 32 Основ. 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. Однако к состояниям, не позволяющим выразить свою волю, в ряде случаев следует относить и тяжелые психические расстройства.

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. Следовательно, 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. Однако в Законе о психиатрической помощи речь идет о применении названных методов для лечения психических расстройств. Вопросы применения хирургических и других методов, вызывающих необратимые последствия, для лечения соматических заболеваний у лиц, страдающих психическими расстройствами, регулируются общими нормами законодательства о здравоохранении (ст. 32-34 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан).

Право пациента на отказ от лечения также следует из принципа добровольности обращения за психиатрической помощью. Оно соответствует более общему праву пациента на отказ от любого медицинского вмешательства, установленному ст. 30, 33 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан.

Чаще всего с отказом от лечения имеют дело хирурги и психиатры. Поскольку врач правилами профессии обязан применять то лечение, которое считается правильным, он обязан подтвердить документально, что предложенное лечение (операция) не проведено по желанию пациента. Отказ от вмешательства должен быть столь же осознанным и добровольным, как и согласие пациента на вмешательство. Так написано в Законе, но обычно пациенты не отказываются от лечения вообще, а лишь отказываются от предложенного врачом лечения.

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 и при недобровольной госпитализации. 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 законом. Право отказаться от предлагаемого лечения может быть реализовано до начала лечения, а право прекратить лечение - на любой стадии проводимого лечения. Поскольку, отказываясь от одного лечения, пациент просто выбирает другое, это выбранное лечение должно быть ему предоставлено. Врачи обязаны лечить пациента или предоставить возможность своевременного перевода в то лечебное учреждение, где его будут лечить избранным способом.

Отказ пациента от показанного ему, необходимого 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.

Следовательно, при отказе от медицинского вмешательства гражданину или его представителям должны быть в доступной форме разъяснены возможные последствия прекращения лечения, чтобы попытаться убедить его (их) в нецелесообразности принятия такого решения. Применение для этих целей насилия, угрозы или обмана также недопустимо, как и при получении согласия на лечение. Следует отметить, что конечный результат в определенной мере зависит от того, насколько добросовестно и профессионально врач выполнит требования, изложенные в Законе.

Отказ от начала лечения следует оформлять в виде записи в медицинской документации. 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. В психиатрической практике применяется утвержденная Министерством здравоохранения форма "Отказ от лечения" (приложение 4 к указанию Министерства здравоохранения РФ от 22 января 1993 г. N 14-У "О формах документов, рекомендуемых для использования в процессе оказания психиатрической помощи"). Кроме того, к записи в медицинской документации приобщается 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).

Право больного на отказ от лечения является источником едва ли не самых драматических биоэтических дилемм. Например, отказ от лечения умирающего больного есть его выбор в пользу пассивной эвтаназии. В психиатрии право больных на отказ от лечения оборачивается следующим неизбежным и серьезным противоречием. С одной стороны, право на отказ от лечения и здесь является общепризнанной этико-гуманистической ценностью и юридическо-правовой нормой, соответствующей общепризнанным международным стандартам. С другой - применение этой нормы при оказании психиатрической помощи не только существенно осложнило работу врачей-психиатров, но и повсеместно сделало более актуальной проблему опасности, которую могут представлять для себя и для окружающих некоторые больные.

Проблема отказа от лечения имеет множество конкретных нюансов - с социальной, медико-клинической, юридическо-правовой, врачебно-этической и даже философско-культурной точек зрения.

Новые аспекты при обсуждении права больного на отказ от лечения в психиатрии обнаруживаются в связи с проблемой ответственности. В тексте Закона РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" говорится, что больному, отказавшемуся от лечения, врач обязан объяснить возможные последствия, причем отказ от лечения может служить основанием для решения о выписке пациента. В случаях совершения общественно опасных действий таким больным документально засвидетельствованный факт предупреждения его врачом о неразумности решения об отказе или прекращении лечения приобретает особенно важное значение с точки зрения правосудия.

2.5. Юридические гарантии прав лиц, страдающих психическими расстройствами, при получении психиатрической помощи

2.5.1. Понятие и виды юридических гарантий прав и свобод граждан

Одним из важнейших принципов правового статуса личности является гарантированность прав и свобод (ст. 17, 45, 46 Конституции РФ). Он должен соблюдаться и в отношении прав и свобод лиц, страдающих психическими расстройствами. Под гарантиями прав и свобод следует понимать условия и средства, обеспечивающие их фактическую реализацию и всестороннюю охрану.

Система гарантий является довольно сложной и многогранной. Она включает в себя гарантии разного рода. Классификация гарантий прав и свобод может быть проведена по различным основаниям. Например, в зависимости от их характера и сферы реализации можно выделить экономические, политические и юридические гарантии. Экономические гарантии прав лиц, страдающих психическими расстройствами, включают в себя достаточность в бюджетах разных уровней бюджетной системы финансовых ресурсов для нормального функционирования психиатрических учреждений.

Экономические гарантии при этом должны быть стабильными, для чего необходимо обеспечивать сбалансированность доходов и расходов бюджетов, целевое расходование соответствующих средств.

Политические гарантии охватывают разработку и установление основ правового регулирования общественных отношений в области психиатрической помощи и социальной защиты психически больных, развитие общественных форм социальной поддержки таких лиц с привлечением к этой деятельности общественных объединений лиц, страдающих психическими расстройствами, и членов их семей и т.д.

Под юридическими гарантиями понимаются установленные законодательством организационно-правовые средства, с помощью которых государство обеспечивает осуществление прав граждан.

Юридические гарантии прав граждан, в том числе имеющих психические расстройства, можно разделить в зависимости от содержания на три группы: материально-правовые, процедурные и процессуальные. Материально-правовые и процедурные гарантии следует рассматривать как гарантии

реализации прав указанных субъектов. Процессуальные гарантии представляют собой разновидность гарантий защиты и охраны прав, к которым также можно отнести контроль и надзор в рассматриваемой сфере; ответственность за нарушения прав психически больных лиц.

К материально-правовым гарантиям относятся такие гарантии, как закрепление в Законе перечня прав пациентов психиатрических учреждений, оснований и порядка применения недобровольного лечения и т.д.

Реализация права на психиатрическую помощь происходит в рамках так называемой позитивной процедуры, поэтому выделение второй группы - процедурных гарантий - представляется необходимым. В их числе можно назвать доступность для граждан процедуры обращения за психиатрической помощью и ее получения, комиссионное освидетельствование граждан, помещенных в психиатрические стационары без их согласия, и т.д. К процедурным гарантиям можно отнести также информационные, например право лица на информацию о состоянии его здоровья, ведение медицинской документации и т.п.

Наиболее развернутой является подсистема процессуальных гарантий, включающая в себя общеправовые, универсальные гарантии (например, судебную защиту и т.д.). К числу процессуальных гарантий прав граждан при получении психиатрической помощи можно отнести установление сокращенных процессуальных сроков (например, заявление психиатрического учреждения о недобровольной госпитализации должно быть рассмотрено судьей в течение пяти дней со дня подачи), обязательность участия прокурора в судебном процессе о недобровольной госпитализации и др.

В зависимости от того, какими субъектами осуществляется защита прав граждан, страдающих психическими расстройствами, юридические гарантии прав данных лиц можно разделить на международные и внутригосударственные. Важнейшими международными гарантиями являются разработка и принятие международных документов о правах и свободах психически больных лиц, международный механизм контроля за состоянием дел в данной сфере в конкретных государствах, юрисдикция Европейского суда по правам человека и т.д. Примеры внутригосударственных гарантий были приведены выше.

Классификацию юридических гарантий прав и свобод лиц, страдающих психическими расстройствами и получающих психиатрическую помощь, можно провести также в зависимости от их характера, от их распространения на всех субъектов либо только на отдельные группы граждан. Если гарантии применяются для защиты и восстановления прав всех граждан, независимо от их субъективных особенностей, их можно назвать общими. Гарантии, которые адресованы конкретным группам населения, например психически больным гражданам, следует именовать специальными. Одной из таких специальных гарантий является создание и функционирование службы защиты прав пациентов психиатрических стационаров.

2.5.2. Служба защиты прав пациентов психиатрических стационаров

В соответствии со ст. 38 Закона о психиатрической помощи государством должна быть создана независимая от органов здравоохранения служба защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах. Целью создания такой службы является защита прав пациентов психиатрических стационаров. Оказание психиатрической помощи в условиях стационара, особенно если речь идет о недобровольной госпитализации, всегда сопряжено с определенными, подчас весьма значительными затруднениями в реализации возможностей общения с родственниками, самостоятельного обращения в правоохранительные органы с жалобами и заявлениями, общения с адвокатами и т.д. 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.

В настоящее время служба защиты прав пациентов еще не создана в силу организационно-финансовых проблем. Но предложения о ее структуре и функциях, о требованиях, которые должны предъявляться к ее сотрудникам, уже высказываются в медицинской и юридической литературе. В частности, такие предложения содержатся в Комментариях к законодательству Российской Федерации в области психиатрии, который был подготовлен коллективом авторов под руководством Т.Б. Дмитриевой. Такая служба, по их мнению, должна быть единой в масштабе страны, иметь центральный орган. В каждом психиатрическом стационаре должны быть ее представители, а в крупных больницах также должны быть один или несколько его помощников. Защитник не входит в штат больницы или органа управления здравоохранением, чем обеспечивается его независимость. Общение с ним должно быть доступным для пациентов. Он должен принимать все жалобы пациентов, без каких бы то ни было исключений. Защитник использует адвокатскую модель работы, всегда следует инструкциям пациента,

помогает ему добиваться положительного результата. Защитники должны взаимодействовать с общественными объединениями, созданными для обеспечения прав психически больных лиц. На должности защитников прав пациентов следует принимать лиц, имеющих высшее образование и получивших специальную подготовку по законодательству в области психиатрии.

Не со всеми из приведенных предложений, на наш взгляд, можно согласиться. Во-первых, в условиях административной реформы вызывает сомнение возможность создания службы защиты прав пациентов психиатрических стационаров в качестве федерального органа исполнительной власти. Возможно, такую службу следует создать в структуре Министерства юстиции. Во-вторых, на должность защитника необходимо принимать лиц с высшим юридическим образованием для обеспечения наиболее полной и всесторонней защиты прав психически больных субъектов. Помощники защитников могут иметь среднее профессиональное образование по специальности "Правоведение". В целом идея создания такой службы заслуживает поддержки, но начинать ее реализацию необходимо как можно скорее. На первом этапе возможна реализация пилотного проекта на территории одного или нескольких субъектов РФ, затем, после обобщения первого опыта деятельности службы, возможно создание таких служб во всех субъектах РФ.

2.5.3. Представительство лиц, страдающих психическими расстройствами, при оказании им психиатрической помощи

Одним из юридических механизмов, обеспечивающих реализацию прав граждан и их защиту, является институт представительства. Представительство - это совершение одним лицом (представителем) в пределах имеющихся у него полномочий сделок и иных юридических действий от имени и в интересах другого лица (представляемого). По отраслевой принадлежности представительство относится к сфере гражданского и гражданского процессуального права.

Согласно ст. 7 Закона о психиатрической помощи гражданам при оказании ему такой помощи вправе пригласить по своему выбору представителя для защиты своих прав и законных интересов. Оформление представительства производится в порядке, установленном ГК РФ и ГПК РФ. Статья 48 ГПК РФ предусматривает, что граждане вправе вести свои дела в суде лично или через представителей. Личное участие в деле гражданина не лишает его права иметь по этому делу представителя. Представителями в суде могут быть дееспособные лица, имеющие надлежащим образом оформленные полномочия на ведение дела. По общему правилу, полномочия представителя должны быть выражены в доверенности, выданной и оформленной в соответствии с законом. Доверенность - это письменное уполномочие, выдаваемое одним лицом другому для представительства перед третьими лицами (ч. 1 ст. 185 ГК РФ). Доверенности, выдаваемые гражданами, могут быть удостоверены в нотариальном порядке либо организацией, в которой работает или учится доверитель, жилищно-эксплуатационной организацией по месту жительства доверителя, администрацией учреждения социальной защиты населения, в котором находится доверитель, а также стационарного лечебного учреждения, в котором доверитель находится на излечении, и другими субъектами согласно ст. 53 ГПК РФ.

Защиту прав и законных интересов психически больного субъекта может осуществлять адвокат. Адвокатом является лицо, получившее в установленном законом порядке статус адвоката и право осуществлять адвокатскую деятельность, предоставляя квалифицированную юридическую помощь в целях защиты прав, свобод и интересов субъектов тех или иных правоотношений, а также обеспечения доступа к правосудию (ст. 2 Федерального закона от 31 мая 2002 г. N 63-ФЗ "Об адвокатской деятельности и адвокатуре в Российской Федерации").

Адвокат является независимым профессиональным советником по правовым вопросам. Оказывая юридическую помощь, адвокат дает консультации и справки по правовым вопросам как в устной, так и в письменной форме; составляет заявления, жалобы, ходатайства и другие документы правового характера; представляет интересы доверителя в конституционном судопроизводстве; участвует в качестве представителя доверителя в гражданском и административном судопроизводстве; представляет интересы доверителя в органах государственной власти, органах местного самоуправления, общественных объединениях и иных организациях и т.д.

В случаях, предусмотренных федеральным законом, адвокат должен иметь ордер на исполнение поручения, выдаваемый соответствующим адвокатским образованием. Форма ордера утверждается федеральным органом юстиции. В иных случаях адвокат представляет доверителя на основании доверенности. Никто не вправе требовать от адвоката и его доверителя предъявления соглашения об оказании юридической помощи для вступления адвоката в дело. По общему правилу, услуги адвоката являются платными. Но в некоторых случаях адвокаты оказывают и бесплатную юридическую помощь. На основании постановления Правительства РФ от 22 августа 2005 г. N 534 в России начался эксперимент по организации и оказанию бесплатной юридической помощи малоимущим гражданам.

Малоимущими признаются граждане, среднедушевой совокупный доход в семьях которых, исчисленный за три последние месяца, ниже величины прожиточного минимума, установленного в субъекте РФ. В этих целях в нескольких субъектах РФ были созданы государственные юридические бюро. Они оказывают юридическую помощь следующих видов:

- а) дают консультации по правовым вопросам в устной и письменной форме;
- б) составляют заявления, жалобы, ходатайства и другие документы правового характера;
- в) обеспечивают участие работников государственных юридических бюро в качестве представителей граждан в гражданском судопроизводстве, исполнительном производстве по гражданским делам, а также представляют интересы граждан в органах местного самоуправления, общественных объединениях и иных организациях.

Лица, страдающие психическими расстройствами, при оказании психиатрической помощи могут нуждаться именно в таких юридических услугах. Поэтому если уровень их дохода не превышает прожиточного минимума, они вправе рассчитывать на бесплатную юридическую помощь.

Названные виды юридических услуг могут быть оказаны работниками бюро или адвокатами на основании специального договора.

Защиту прав и интересов психически больных субъектов могут осуществлять и законные представители (родители, усыновители, опекуны, попечители). В данном случае речь идет о несовершеннолетних пациентах, не достигших возраста 15 лет, а также о лицах, которые признаны недееспособными. Если законные представители отсутствуют, их функции выполняет администрация психиатрического стационара или психоневрологического учреждения для социального обслуживания или специального обучения. Полномочия законных представителей подтверждаются документами об их статусе.

2.5.4. Контроль и надзор за соблюдением прав лиц, страдающих психическими расстройствами

Контроль - это одна из важных функций управления, которая заключается в наблюдении за подконтрольными субъектами, получении информации и о выполнении ими правил и поручений, анализе собранной информации и принятии мер по предупреждению нарушений законности, прав и свобод граждан. Контроль предполагает также учет конкретных нарушений, определение их причин и условий, выявление виновных, привлечение их к ответственности непосредственно контролирующими органами или, по их обращению, иными органами. В процессе контроля проверяют законность и целесообразность деятельности, в то время как надзор означает только проверку законности тех или иных действий субъектов.

Принято различать государственный и негосударственный контроль. Соответственно, в первом случае он осуществляется государственными органами, во втором - негосударственными структурами (например, органами местного самоуправления, общественными объединениями).

В целях проверки соблюдения прав и свобод граждан, страдающих психическими расстройствами, при предоставлении им психиатрической помощи может применяться ведомственный и вневедомственный контроль. Ведомственный контроль обеспечивается органами управления здравоохранением. Внутренний ведомственный контроль могут обеспечивать руководители психиатрического или психоневрологического учреждения, заведующие отделениями в процессе реализации исполнительно-распорядительных функций. Вневедомственный контроль могут осуществлять органы законодательной и исполнительной власти.

Недостаточная эффективность имеющихся механизмов защиты прав и свобод граждан, а также развитие демократических институтов и традиций, в том числе на основе использования зарубежного опыта, заставили искать, формировать и развивать новые правозащитные модели. Одним из наиболее ярких и показательных примеров подобного рода служит введение института парламентского Уполномоченного по правам человека в РФ. Федеральный конституционный закон от 26 февраля 1997 г. N 1-ФКЗ "Об Уполномоченном по правам человека в Российской Федерации" предоставляет российскому омбудсмену широкие полномочия, которые позволяют ему осуществлять правозащитную и контрольную деятельность в области прав человека, а также оказывать влияние на процесс совершенствования законодательства и соблюдение международных стандартов в области прав человека в целях своевременного предупреждения, выявления и устранения допущенных нарушений.

Во всех странах с развитыми демократическими институтами наблюдается процесс специализации омбудсменовских служб. Так, в 1988 г. была введена должность омбудсмена по социальным вопросам земли Шлезвиг-Гольштейн в Западной Германии; в Великобритании с 1973 г. функционирует Уполномоченный по делам здравоохранения; с середины 1970-х годов в некоторых штатах Америки функционируют уполномоченные по делам престарелых и т.д. Предложения о формировании корпуса "специализированных" уполномоченных было высказано в докладе о

деятельности Уполномоченного по правам человека в 2000 г., а в докладе за 2001 г. уже говорится о положительном опыте реализации в ряде российских регионов (Волгоградской, Калужской, Новгородской областях, городах Санкт-Петербурге и Екатеринбурге) проекта "Формирование в Российской Федерации института Уполномоченных по правам ребенка" при поддержке Детского фонда ООН-ЮНИСЕФ, а также о формировании института Уполномоченных по правам человека в субъектах РФ.

Создание институтов Уполномоченных по правам человека в субъектах РФ может способствовать усилению контроля за соблюдением прав и свобод граждан, в том числе лиц, страдающих психическими расстройствами. Об этом свидетельствует и тот факт, что еще в 2000 г. федеральный Уполномоченный в своем докладе подчеркнул, что Уполномоченным по правам человека в Свердловской области В.В. Машковым в 1999 г. в ходе проверки соблюдения прав человека в психиатрических учреждениях Свердловской области было установлено, что требования ст. 34 Закона о психиатрической помощи, касающиеся рассмотрения заявления психиатрического учреждения о недобровольной госпитализации пациента в 5-дневный срок, не всегда соблюдаются. К сожалению, тогда никто не прислушался к позиции Уполномоченного, а в 2003 г. гражданка Т.Н. Ракевич выиграла дело против России в Европейском суде по правам человека. Примечательно, что заявительница была госпитализирована в Екатеринбургскую городскую психиатрическую больницу N 26, а Орджоникидзевскому районному суду города Екатеринбурга потребовалось 39(!) дней вместо пяти, предусмотренных Законом, для рассмотрения ее дела.

Согласно ст. 45 Закона о психиатрической помощи контроль за деятельностью федеральных психиатрических и психоневрологических учреждений осуществляют уполномоченные федеральные органы исполнительной власти; за деятельностью учреждений, находящихся в ведении субъектов РФ, - уполномоченный федеральный орган исполнительной власти и органы исполнительной власти субъектов РФ. Порядок его осуществления был определен постановлением Правительства РФ от 28 июля 2005 г. N 462. В целях реализации прав граждан, страдающих психическими расстройствами, при оказании им психиатрической помощи в психиатрических и психоневрологических учреждениях уполномоченные федеральные органы исполнительной власти и органы исполнительной власти субъектов РФ осуществляют контроль за обеспечением своевременного информированного добровольного согласия граждан на лечение или отказа от него; за соблюдением порядка и условий оказания психиатрической помощи; за организацией лекарственного обеспечения и питания граждан, страдающих психическими расстройствами; за соблюдением порядка обжалования действий медицинского и иного персонала психиатрических и психоневрологических учреждений по оказанию психиатрической помощи.

Закон о психиатрической помощи предусматривает также общественный контроль за соблюдением прав и законных интересов граждан при ее оказании. Право осуществлять такой контроль ст. 46 предоставляет общественным объединениям врачей-психиатров, иным общественным объединениям в соответствии с их уставами (положениями). Под общественным объединением понимается добровольное, самоуправляемое, некоммерческое формирование, созданное по инициативе граждан, объединившихся на основе общности интересов для реализации общих целей, указанных в уставе (Федеральный закон от 19 мая 1995 г. N 82-ФЗ "Об общественных объединениях"). Для осуществления уставных целей общественное объединение, являющееся юридическим лицом, имеет право представлять и защищать права, законные интересы своих членов и участников, а также других граждан в органах государственной власти, органах местного самоуправления и общественных объединениях.

Для того чтобы общественные объединения могли осуществлять такой контроль в отношении соблюдения прав и свобод конкретного лица, необходима его просьба или согласие. Закон не конкретизирует, в какой форме должны быть выражены просьба или согласие пациента, поэтому можно сделать вывод о том, что условием допустимости общественного контроля является согласие, выраженное в устной форме (активное), либо пассивное согласие, когда лицо не отказывается от такого рода помощи и фактически ее принимает.

Для организации и осуществления общественного контроля названные объединения должны иметь возможность посещать психиатрические и психоневрологические учреждения, проходить в палаты, административные и иные помещения. Право посещения должно быть зафиксировано в уставах или положениях общественных объединений и согласовано с органами, в ведении которых находятся психиатрические учреждения. Условия посещения необходимо также согласовать с администрацией учреждения. Следует также ознакомиться с правилами внутреннего распорядка и неукоснительно их соблюдать. Важным условием допустимости общественного контроля служит принятие обязательства о неразглашении врачебной тайны.

Контрольные и надзорные функции осуществляет Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (Росздравнадзор) согласно Положению о ней, утвержденному постановлением Правительства РФ от 30 июня 2004 г. N 323. В сфере ведения службы - осуществление

надзора за фармацевтической деятельностью, за соблюдением государственных стандартов обращения лекарственных средств и государственных стандартов социального обслуживания граждан. Контрольные функции службы связаны с проверкой проведения медицинских экспертиз (включая судебно-медицинскую и судебно-психиатрическую), соблюдения стандартов качества медицинской помощи. Она осуществляет в установленном порядке проверку деятельности организаций здравоохранения и социальной защиты населения, организует прием граждан, обеспечивает своевременное и полное рассмотрение обращений граждан, принимает по ним решения и направляет заявителям ответы в установленный законодательством РФ срок.

В отличие от контроля, надзор всегда осуществляется субъектами, внешними по отношению к поднадзорному. Это могут быть прокуратура, органы исполнительной власти, наделенные соответствующими полномочиями.

Федеральный закон от 17 января 1992 г. "О прокуратуре Российской Федерации" в качестве одного из предметов надзора называет соблюдение прав и свобод человека и гражданина федеральными органами исполнительной власти, представительными (законодательными) и исполнительными органами субъектов РФ, органами местного самоуправления, органами военного управления, органами контроля, их должностными лицами, а также органами управления и руководителями коммерческих и некоммерческих организаций. При осуществлении названных функций прокурор рассматривает и проверяет заявления, жалобы и иные сообщения о нарушении прав и свобод человека и гражданина; разъясняет пострадавшим порядок защиты их прав и свобод; принимает меры по предупреждению и пресечению нарушений прав и свобод человека и гражданина, привлечению к ответственности лиц, нарушивших закон, и возмещению причиненного ущерба. В случае нарушения прав и свобод человека и гражданина, защищаемых в порядке гражданского судопроизводства, когда пострадавший по состоянию здоровья, возрасту или иным причинам не может лично отстаивать в суде или арбитражном суде свои права и свободы или когда нарушены права и свободы значительного числа граждан либо в силу иных обстоятельств нарушение приобрело особое общественное значение, прокурор предъявляет и поддерживает в суде или арбитражном суде иск в интересах пострадавших.

В случае выявления нарушений прав и свобод человека и гражданина прокурор или его заместитель вправе принести протест или внести представление об устранении допущенных нарушений. Протест и представление - это два основных акта прокурорского реагирования на нарушения в области прав и свобод граждан. Протест приносится на акт, нарушающий права и свободы, в орган или должностному лицу, которые издали этот акт. Протест подлежит обязательному рассмотрению не позднее чем в 10-дневный срок с момента его поступления, а в случае принесения протеста на решение представительного (законодательного) органа субъекта РФ или органа местного самоуправления - на ближайшем заседании. При исключительных обстоятельствах, требующих немедленного устранения нарушения закона, прокурор вправе установить сокращенный срок рассмотрения протеста. О результатах рассмотрения протеста незамедлительно сообщается прокурору в письменной форме.

Представление об устранении нарушений прав и свобод человека и гражданина вносится в орган или должностному лицу, которые полномочны устранить допущенное нарушение. Оно подлежит безотлагательному рассмотрению. В течение месяца со дня внесения представления должны быть приняты конкретные меры по устранению допущенных нарушений закона, их причин и условий, им способствующих. О результатах принятых мер должно быть сообщено прокурору в письменной форме.

2.5.5. Обжалование действий и решений должностных лиц, ущемляющих права и свободы психически больных субъектов: внесудебный порядок

Право на жалобу является одним из важнейших прав психически больных лиц, которое признается международным стандартом, гарантией реализации всего комплекса их прав и свобод. Не случайно поэтому в Законе "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" обжалованию действий по ее оказанию посвящен специальный раздел. Статья 47 предусматривает, что могут быть обжалованы действия медицинских работников, иных специалистов, работников социального обеспечения и образования, врачебных комиссий, ущемляющие права и законные интересы граждан при оказании им психиатрической помощи. Закон предусматривает альтернативную подведомственность при подаче жалобы: по выбору лица, приносящего жалобу, она может быть подана либо непосредственно в суд, либо в вышестоящий орган (вышестоящему должностному лицу) или прокурору.

Жалоба может быть подана самим лицом, чьи права нарушены, его представителем либо организацией, которой законом или ее уставом предоставлено право защищать права граждан.

Закон устанавливает срок для подачи жалобы - один месяц со дня, когда лицу стало известно о совершении действий, ущемляющих его права и интересы. Если данный срок был пропущен по

уважительной причине, он может быть восстановлен органом или должностным лицом, рассматривающим жалобу.

Жалоба, поданная в вышестоящий орган или вышестоящему должностному лицу, рассматривается в 10-дневный срок с момента обращения. Решение по жалобе должно быть мотивированным и основанным на законе. Копия такого решения в трехдневный срок после рассмотрения жалобы по существу направляется или вручается заявителю и лицу, действия которого были обжалованы. Решение вышестоящего органа (должностного лица) может быть обжаловано в суд в порядке, предусмотренном законодательством.

2.5.6. Судебная защита прав и свобод лиц, страдающих психическими расстройствами

Согласно ст. 46 Конституции РФ каждому гарантируется судебная защита его прав и свобод. Она осуществляется в предусмотренных законом процессуальных формах.

Одной из таких форм является обжалование в суд решений и действий (бездействия) органов государственной власти, органов местного самоуправления, общественных объединений и должностных лиц, ущемляющих права и свободы граждан (ч. 2 ст. 46).

В настоящее время при рассмотрении жалоб на действия психиатрических учреждений и их должностных лиц продолжает применяться Закон РФ от 27 апреля 1993 г. N 4866-1 "Об обжаловании в суд действий и решений, нарушающих права и свободы граждан"⁽²⁾, т.к. ст. 245 ГПК РФ предусматривает возможность обжаловать действия (бездействие) только органов государственной власти, местного самоуправления, должностных лиц, государственных и муниципальных служащих.

К действиям (решениям), которые могут быть обжалованы в суд, относятся коллегиальные и единоличные действия и решения, в результате которых:

нарушены права и свободы гражданина;

созданы препятствия осуществлению гражданином его прав и свобод;

незаконно на гражданина возложена какая-либо обязанность или он незаконно привлечен к какой-либо ответственности.

Граждане вправе обжаловать также бездействие психиатрических учреждений и их должностных лиц, если оно повлекло за собой вышеуказанные последствия.

Жалоба подается по усмотрению гражданина либо в суд по месту его жительства, либо в суд по месту нахождения психиатрического учреждения.

Для обращения в суд с жалобой устанавливаются следующие сроки:

три месяца со дня, когда гражданину стало известно о нарушении его права;

один месяц со дня получения гражданином письменного уведомления об отказе вышестоящего органа, объединения, должностного лица в удовлетворении жалобы или со дня истечения месячного срока после подачи жалобы, если гражданином не был получен на нее письменный ответ.

Пропущенный по уважительной причине срок подачи жалобы может быть восстановлен судом.

Жалоба гражданина рассматривается судом по правилам гражданского судопроизводства.

Процессуальная обязанность документально доказать законность обжалуемых действий (решений) возлагается на тот орган или то лицо, действия которого обжалуются. Гражданину достаточно доказать факт нарушения своих прав и свобод.

Кроме того, гражданин, страдающий психическим расстройством, может обратиться в суд в порядке искового производства, например, при предъявлении требований о возмещении вреда здоровью вследствие ненадлежащего лечения или о компенсации морального вреда, причиненного в связи с оказанием психиатрической помощи. Ответчиком будет выступать соответствующее психиатрическое учреждение.

Убытки, моральный вред, нанесенные гражданину признанными незаконными действиями (решениями), а также отказом в предоставлении или предоставлением искаженной информации, возмещаются в установленном ГК РФ порядке.

Статья 46 Конституции РФ предоставляет каждому право в соответствии с международным договором обратиться в межгосударственные органы по защите прав и свобод человека, если исчерпаны все имеющиеся внутригосударственные средства правовой защиты. Прежде всего здесь необходимо говорить о возможности обращения в Европейский суд по правам человека, которой уже воспользовались многие граждане России.

С позиции защиты прав и интересов лиц, страдающих психическими расстройствами, наибольший интерес представляет постановление ЕСПЧ от 28 октября 2003 г. по делу "Ракевич против России", о котором уже упоминалось выше.

26 сентября 1999 г. Т.Н. Ракевич на основании заявления ее знакомой, у которой она находилась в гостях, на машине "скорой помощи" была препровождена в Екатеринбургскую городскую

психиатрическую больницу N 26. Дежурный врач решил, что она страдает серьезным психическим расстройством с выраженными симптомами страха, беспокойством и дезориентацией, которые представляли опасность для заявительницы и делали ее беспомощной. Пациентка кричала и была несговорчивой с врачом.

26 сентября 1999 г. больница обратилась в суд для получения санкции на содержание Т.Н. Ракевич в больнице. Двумя днями позже- 28 сентября 1999 г.- было проведено комиссионное освидетельствование, которое подтвердило вывод о необходимости и обоснованности госпитализации. 5 ноября 1999 г. Орджоникидзевский районный суд г.Екатеринбурга, после проведения судебного слушания в больнице, подтвердил, что задержание было необходимо, т.к. пациентка страдала от острых приступов "параноидальной шизофрении". Свои выводы суд основывал на утверждениях представителей больницы, что усугубленное психическое состояние заявительницы привело ее физическое состояние в опасность и что она находится в бредовом состоянии. 11 ноября 1999 г. Т.Н. Ракевич подала жалобу на решение от 5 ноября, указав, что была не в состоянии составить подробную жалобу в то время, т.к. текст решения суда в окончательной форме ей не был предоставлен. 24 декабря 1999 г. Свердловский областной суд отклонил жалобу и подтвердил, что принудительное помещение пациентки в больницу было необходимо.

Европейский суд по правам человека удовлетворил жалобу Т.Н. Ракевич, ссылаясь на нарушение ее права на свободу и личную неприкосновенность, предусмотренного параграфом 1 ст. 5 Европейской Конвенции о правах человека и основных свободах, а также права на разбирательство, в ходе которого суд безотлагательно решает вопрос о законности его задержания и выносит постановление о его освобождении, если задержание незаконно (параграф 4 ст. 5 названной Конвенции).

Заявительница требовала 10000 евро в возмещение морального вреда. Она указывала на эмоциональный стресс и беспокойство, вызванные ее помещением в психиатрическое учреждение. Она подчеркивала, что она также испытывала чувство беспомощности из-за способа, которым ее подвергли принудительной госпитализации, и невозможности это обжаловать. В рассматриваемом случае суд счел разумным предположить, что заявительница испытала переживания, беспокойство и чувство беспомощности вследствие того, что ее принудительная госпитализация в течение многих дней не была основана на судебном решении. Руководствуясь принципом справедливости, суд присудил Т.Н. Ракевич 3000 евро в качестве компенсации морального вреда.

2.5.7. Юридическая ответственность за нарушения прав лиц, страдающих психическими расстройствами

Юридическая ответственность представляет собой обязанность лица, нарушившего правовую норму, претерпеть неблагоприятные последствия в связи с совершением правонарушения. Целью юридической ответственности является предупреждение правонарушений, обеспечиваемое за счет исправления, и перевоспитание правонарушителей, воспитание всех граждан в духе уважения к закону.

В зависимости от вида правонарушений выделяют несколько видов юридической ответственности - уголовную, гражданско-правовую, административную, дисциплинарную и материальную. Все названные виды юридической ответственности применяются для обеспечения реализации прав пациентов при оказании медицинской помощи.

Основанием применения мер юридической ответственности в области оказания медицинской помощи является правонарушение, которое в рассматриваемом контексте представляет собой нарушение права пациента, предусмотренного законодательством или закрепленного в договоре об оказании платной медицинской услуги. Такие нарушения в зависимости от сферы реализации прав пациента можно разделить на несколько групп.

1. Нарушения права на доступную медицинскую помощь. В эту группу можно включить взимание платы за оказание тех видов медицинской помощи, которые предусмотрены Программой государственных гарантий, либо требование такой платы; отказ от оказания медицинской помощи независимо от мотива.

2. Нарушения права на качественную квалифицированную медицинскую помощь, к которым можно отнести низкий уровень качества или дефекты в оказании медицинской помощи, несоответствие ее качества и объема установленным стандартам, повлекшие причинение вреда здоровью застрахованного либо не повлекшие таких последствий.

3. Нарушение права пациента на самоопределение, т.е. оказание медицинской помощи без согласия гражданина (кроме случаев, указанных в законе) либо без надлежащего его оформления, а также нарушение права пациента на отказ от медицинской помощи.

4. Нарушение информационных прав пациента. К этой группе можно отнести отказ в

предоставлении информации о диагнозе, возможном риске, последствиях и результатах лечения либо предоставление недостоверной, искаженной информации; разглашение сведений, составляющих врачебную тайну. С нашей точки зрения, в эту же группу можно включить неправильное, нечеткое оформление медицинской документации либо ее отсутствие, потому что в соответствии со ст. 31 Основ гражданин вправе непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, получать на ее основании консультации у других специалистов.

5. Нарушение права пациента на достоинство, например неприменение обезболивания, неуважительное отношение к больному и т.д.

Полагаем, что данная классификация отражает и те нарушения, которые имеют место в психиатрических учреждениях.

Независимо от того, в какой форме выразилось нарушение прав пациента и какие именно права были нарушены, юридическая ответственность медицинского учреждения или работника наступает лишь при наличии совокупности обстоятельств, которые принято именовать ее условиями.

В теории права выделяют четыре условия, которые делают возможным привлечение к юридической ответственности:

- 1) противоправное поведение (действие или бездействие) лица;
- 2) наличие вредных последствий;
- 3) причинная связь между противоправным поведением и вредным результатом;
- 4) вина причинителя вреда.

Противоправность означает, что, действуя определенным образом или, напротив, воздерживаясь от действий, субъект нарушает норму закона, иного нормативного акта или субъективное право лица. Существуют обстоятельства, исключающие противоправность деяния. К ним в рассматриваемом контексте может быть отнесена крайняя необходимость, под которой понимается причинение меньшего вреда в целях предотвращения большего. Исключается противоправность деяний, за которые может наступать уголовная или дисциплинарная ответственность, если оно охватывается понятием обоснованного риска. Для медицинских работников к таким ситуациям следует относить прежде всего клинические испытания новых лекарственных средств и методов лечения. При этом должны быть соблюдены следующие условия. Риск допускается только для достижения общественно полезной цели. Риск признается обоснованным, если указанная цель не могла быть достигнута не связанными с риском действиями (бездействием). Лицо, допустившее риск, должно предпринять достаточные меры для предотвращения вреда. Риск не признается обоснованным, если он заведомо сопряжен с угрозой для жизни многих людей, с угрозой экологической катастрофы или общественного бедствия.

Вредные последствия противоправного поведения медицинского персонала могут выражаться в ухудшении состояния здоровья пациента либо его смерти; утраченном заработке или ином трудовом доходе пациента; необходимости для пациента или его близких понести дополнительные расходы, связанные с лечением или реабилитацией, и т.д. Вред может выражаться, кроме того, в физических и нравственных страданиях пациента и его родственников, в частности, связанных с несоблюдением конфиденциальности информации о диагнозе, методах лечения болезни, о самом факте обращения за медицинской помощью. В этом случае речь идет о моральном вреде, компенсация которого осуществляется на основании судебного решения.

Необходимым условием привлечения медицинского учреждения или персонала к ответственности служит причинная связь между их противоправным поведением и наступившим вредным результатом. Она означает, что одно явление (причина) предшествует другому (следствию) и порождает его.

Вина представляет собой психическое отношение субъекта к совершаемому им противоправному действию (бездействию) и его возможным результатам. Вина возможна в форме умысла и неосторожности. Умысел предполагает осознание субъектом противоправности своего поведения и желание наступления вредного результата. При косвенном умысле лицо сознательно допускало такие последствия либо относилось к ним безразлично. При неосторожности лицо не предвидит наступления вредных последствий, хотя при должной внимательности и предусмотрительности могло и должно было их предвидеть (небрежность), либо предвидит их, но самонадеянно рассчитывает их предотвратить (легкомыслие). В случаях, установленных законом, возможна ответственность независимо от вины. Речь идет о гражданско-правовой ответственности за вред, причиненный источником повышенной опасности по правилам ст. 1079 ГК РФ. Юридические лица или граждане, деятельность которых связана с повышенной опасностью для окружающих, если они владеют источником такой опасности на праве собственности, праве хозяйственного ведения или праве оперативного управления либо на ином законном основании (на праве аренды, по доверенности и т.д.), несут ответственность независимо от вины. К источникам повышенной опасности можно отнести некоторые объекты, используемые медицинскими учреждениями и работниками в процессе оказания

медицинской помощи, в частности рентгеновские установки, родоновые ванны, лазерные аппараты, ядовитые, наркотические, сильнодействующие лекарственные препараты и т.д.

При привлечении медицинских учреждений и работников к ответственности за вред, причиненный пациенту, учитывается также и вина последнего. Так, согласно ст. 1083 ГК РФ, вред, возникший вследствие умысла потерпевшего, возмещению не подлежит. Если возникновению или увеличению вреда способствовала грубая неосторожность потерпевшего, размер возмещения вреда должен быть уменьшен в зависимости от степени вины потерпевшего и причинителя вреда. При грубой неосторожности потерпевшего и отсутствии вины причинителя вреда в случаях, когда его ответственность наступает независимо от вины, размер возмещения должен быть уменьшен или в возмещении может быть отказано, если законом не предусмотрено иное, однако при причинении вреда жизни и здоровью гражданина отказ в возмещении вреда не допускается. Вина потерпевшего не учитывается при возмещении дополнительных расходов, при возмещении вреда, причиненного смертью кормильца, а также при возмещении расходов на погребение.

Рассмотрим подробнее те виды юридической ответственности, которые могут применяться за нарушения прав пациентов психиатрических учреждений. Это гражданско-правовая, уголовная и дисциплинарная ответственность.

Вопросы гражданско-правовой ответственности лечебных учреждений в последние годы приобрели большую актуальность. Это обусловлено признанием возмездного характера медицинских услуг, развитием договорных отношений в медицине, становлением частной системы здравоохранения, расширением механизмов судебной защиты прав граждан и другими причинами. Эффективность гражданско-правовой ответственности, основанной на принципе полного возмещения убытков, повышается, и можно без преувеличения сказать, что для медицинских учреждений она является наиболее серьезным последствием ненадлежащего оказания медицинской помощи. Необходимо учитывать, что действующее гражданское законодательство предусматривает возможность возмещения не только материального ущерба, но и морального вреда, что для рассматриваемых случаев очень важно.

Гражданско-правовую ответственность несут лечебные учреждения, а также медицинские работники, занимающиеся частной практикой. В соответствии со ст. 1068 ГК РФ, юридическое лицо возмещает вред, причиненный его работником при исполнении трудовых обязанностей. Учреждение признается виновным, если будет доказана вина его работников (чаще всего в неосторожной форме). Согласно ст. 1081 лицо, возместившее вред, причиненный другим лицом (работником при исполнении им трудовых обязанностей), имеет право обратного требования (регресса) к этому лицу в размере выплаченного возмещения, если иной размер не установлен законом. В данном случае применяются нормы трудового законодательства о материальной ответственности.

Материальная ответственность - это обязанность работника возместить работодателю причиненный ему прямой действительный ущерб (ст. 238 ТК РФ). Под прямым действительным ущербом понимается реальное уменьшение или ухудшение состояния наличного имущества работодателя (в том числе имущества третьих лиц, находящегося у работодателя, если последний несет ответственность за его сохранность, например одежда и личные вещи пациентов, сданные на хранение на склад больницы на период стационарного лечения). Работник несет материальную ответственность как за ущерб, причиненный непосредственно работодателю, так и за ущерб, возникший у работодателя в результате возмещения им ущерба иным лицам. Необходимость для работодателя произвести затраты либо излишние выплаты, в том числе связанные с возмещением вреда, причиненного ненадлежащим оказанием медицинской помощи, рассматривается как причинение работником прямого действительного ущерба. Это означает, что работник, действиями или бездействием которого причинен вред здоровью пациента, может привлекаться к материальной ответственности в регрессном порядке, после того как работодатель возместит причиненный вред по правилам гражданского законодательства, которые были охарактеризованы выше.

По общему правилу, за причиненный ущерб работник несет материальную ответственность в пределах своего среднего месячного заработка (ограниченную материальную ответственность). Однако в случаях, предусмотренных законодательством, возможна и полная материальная ответственность работника, когда он обязан возместить причиненный ущерб в полном размере. Случаи полной материальной ответственности перечислены в ст. 243 ТК РФ. В частности, полную материальную ответственность работник несет за ущерб, причиненный разглашением сведений, составляющих охраняемую законом тайну, например врачебную.

Универсальной формой гражданско-правовой ответственности, применяемой и в случаях ненадлежащего врачевания, является возмещение убытков. Под убытками понимаются расходы, которые лицо, чье право нарушено, произвело или должно будет произвести в дальнейшем для восстановления нарушенного права. Убытки делятся на реальный ущерб и неполученные доходы. Применительно к случаям ненадлежащего лечения прямой ущерб составляют расходы, которые были

понесены пациентом (оплата стоимости лечения, приобретенных лекарств и т.д.). Неполученные доходы составляют утраченный заработок или иной доход, который пациент при нормальном стечении обстоятельств мог бы получить.

В соответствии со ст. 20 Закона РФ от 7 февраля 1992 г. N 2300-1 "О защите прав потребителей" пациент, являющийся потребителем медицинской услуги, при обнаружении ее недостатков вправе по своему выбору потребовать:

безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги;

соответствующего уменьшения цены услуги;

безвозмездного изготовления другой вещи из однородного материала такого же качества или повторного выполнения работы (в тех случаях, когда медицинская услуга имеет овеществленный результат, например при протезировании);

возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги (чаще всего - третьими лицами, т.е. другим медицинским учреждением).

Требования пациента о безвозмездном устранении недостатков, об изготовлении другой вещи или о повторном выполнении услуги могут сопровождаться требованиями об уменьшении цены выполненной работы (оказанной услуги).

Потребителю предоставлено право расторгнуть договор и потребовать полного возмещения убытков, если им обнаружены существенные недостатки оказанной услуги либо отступления от договора, а также если недостатки услуги не устранены изготовителем в установленный срок.

Вред, причиненный жизни или здоровью гражданина вследствие недостатков медицинской услуги, а также вследствие недостоверной или недостаточной информации об услуге, подлежит возмещению медицинским учреждением, независимо от того, состоял ли потерпевший с ним в договорных отношениях (ст. 1095 ГК РФ).

Вред, причиненный вследствие недостатков работы или услуги, возмещается исполнителем, в том числе в тех случаях, когда он возник в результате непредоставления полной информации об услуге (ст. 1096 ГК РФ). Подчеркнем, что медицинское учреждение должно документально фиксировать выполнение подобного рода обязанностей, например, в приложении к договору, которое должно быть подписано его руководителем и пациентом. Медицинское учреждение, являющееся исполнителем услуги, освобождается от ответственности за вред, если докажет, что он возник вследствие непреодолимой силы или нарушения потребителем установленных правил пользования результатами услуги (ст. 1098 ГК РФ). Однако необходимо учитывать сформулированные ранее рекомендации о необходимости документальной фиксации исполнения медицинским учреждением своих обязанностей по информационному обеспечению пациента.

В случае причинения вреда жизни и здоровью гражданина убытки исчисляются по правилам параграфа 2 гл. 59 ГК РФ. Возмещению подлежит утраченный заработок (доход), который пациент имел либо определенно мог иметь. При определении утраченного заработка пенсия по инвалидности, назначенная потерпевшему в связи с повреждением здоровья, и другие пенсии и пособия не принимаются во внимание и не влекут уменьшения размера возмещения вреда. В счет возмещения вреда не засчитывается также заработок, получаемый гражданином после повреждения здоровья.

Размер подлежащего возмещению утраченного заработка определяется в процентах к его среднему месячному заработку до причинения вреда здоровью либо до утраты им трудоспособности, соответствующим степени утраты профессиональной (а при ее отсутствии - общей) трудоспособности. В состав заработка включаются все виды оплаты труда по трудовым и гражданско-правовым договорам как по месту основной работы, так и по совместительству, облагаемые подоходным налогом. Доходы от предпринимательской деятельности учитываются на основании данных налоговых органов. Учитывается также авторский гонорар. Не включаются в состав среднего заработка выплаты единовременного характера (выходное пособие при увольнении, компенсация за неиспользованный отпуск).

Среднемесячный заработок потерпевшего определяется путем деления общей суммы его заработка за 12 месяцев, предшествовавших повреждению здоровья, на двенадцать. Если потерпевший на момент причинения вреда не работал, учитывается по его желанию заработок до увольнения с последнего места работы либо обычный размер вознаграждения работника соответствующей квалификации в данной местности. Определенный таким образом средний заработок не может быть ниже пятикратного установленного законом минимального размера оплаты труда (ст. 1086 ГК РФ).

Если вред был причинен здоровью несовершеннолетнего, не достигшего четырнадцати, либо в возрасте от четырнадцати до восемнадцати лет, возмещению подлежит утрата или уменьшение его трудоспособности, исходя из пятикратного размера минимальной оплаты труда. После начала трудовой деятельности несовершеннолетний вправе требовать увеличения размера возмещения вреда исходя из получаемого заработка, но не ниже размера вознаграждения, установленного по занимаемой им должности или заработка работника той же квалификации по месту его работы. При этом необходимо учитывать, что интересы несовершеннолетнего при рассмотрении дела о возмещении вреда,

причиненного ненадлежащим врачеванием, в суде будут представлять его родители (усыновители, попечители).

Следствием ненадлежащего оказания либо не оказания медицинской помощи может быть смерть гражданина. В этом случае право на возмещение вреда предоставляется нетрудоспособным лицам, находившимся на иждивении умершего (имевшим право ко дню его смерти на получение от него содержания); ребенку умершего, родившемуся после его смерти, а также одному из родителей, супругу или другому члену семьи, который не работает и осуществляет уход за детьми, внуками, братьями или сестрами умершего, не достигшими 14 лет либо хотя и достигшими указанного возраста, но по медицинскому заключению нуждающимися по состоянию здоровья в постороннем уходе.

Период, в течение которого возмещается вред, причиненный смертью кормильца, определяется для разных категорий членов семьи с учетом различных обстоятельств. Так, несовершеннолетним вред возмещается до достижения ими 18 лет, а учащимся старше этого возраста - до окончания обучения по очной форме обучения, но не более чем до 23 лет. Лицам, достигшим пенсионного возраста (женщинам - 55 лет, мужчинам - 60), вред возмещается пожизненно. Инвалидам соответствующие выплаты осуществляются в течение всего периода инвалидности, а членам семьи, которые заняты уходом за детьми умершего, не достигшими 14 лет, - до достижения последними указанного возраста или изменения состояния здоровья.

Указанным категориям лиц вред, причиненный смертью кормильца, возмещается в размере той доли заработка умершего, которую они получали или имели право получать на свое содержание при его жизни. При определении возмещения вреда этим лицам в состав доходов умершего включаются получаемые им при жизни пенсии, пожизненное содержание и другие выплаты. Пенсии по случаю потери кормильца, другие виды пенсий, заработок и стипендия, получаемые этими лицами, в счет возмещения вреда не засчитываются.

Лица, ответственные за вред, вызванный смертью потерпевшего, обязаны возместить необходимые расходы на погребение лицу, понесшему эти расходы. При этом пособие на погребение в счет возмещения вреда не засчитывается. В ГК РФ не оговаривается перечень ритуальных услуг, стоимость которых подлежит возмещению. Очевидно, здесь можно пользоваться соответствующими нормами Федерального закона от 12 января 1996 г. N 8-ФЗ "О погребении и похоронном деле", который закрепляет перечень гарантированных государством услуг по погребению:

- оформление документов, необходимых для погребения;
- предоставление и доставка гроба и других предметов, необходимых для погребения;
- перевозка тела (останков) умершего на кладбище или в крематорий;
- погребение или кремация с последующей выдачей урны с прахом.

Возмещение вреда, вызванного уменьшением трудоспособности или смертью потерпевшего, производится ежемесячными платежами. При наличии уважительных причин суд с учетом возможностей причинителя вреда может обязать его по требованию гражданина выплатить причитающиеся ему платежи единовременно, но не более чем за три года.

При наступлении обстоятельств, указанных в Законе, размер возмещения вреда может быть в дальнейшем изменен (например, при уменьшении трудоспособности). При причинении вреда здоровью компенсации подлежат также дополнительно понесенные расходы (на лечение, дополнительное, в том числе диетическое питание, приобретение лекарств, протезирование, посторонний уход, приобретение специальных транспортных средств, подготовку по другой профессии), если установлено, что потерпевший нуждается в этих видах помощи и ухода и не имеет права на их бесплатное получение. Расходы на дополнительное питание определяются на основании справки медицинского учреждения о требуемом рационе и справки о ценах на продукты, сложившихся в той местности, где потерпевший понес эти расходы (п. 29 постановления Пленума Верховного Суда РФ от 28 апреля 1994 г. N 3). Суммы в возмещение дополнительных расходов могут быть присуждены на будущее время в пределах сроков, определяемых на основании медицинской экспертизы, а также при необходимости предварительной оплаты стоимости соответствующих услуг и имущества (приобретения путевки, оплаты проезда, оплаты специальных транспортных средств).

Наряду с причинением материального ущерба ненадлежащее исполнение медицинским учреждением своих обязанностей может причинить пациенту моральный вред. Пациент может испытывать физические и нравственные страдания в связи с нарушением его личных неимущественных прав либо посягательством на принадлежащие ему иные нематериальные блага (жизнь и здоровье, достоинство личности, личная неприкосновенность, честь и доброе имя, личная и семейная тайна и др.). В этих случаях суд может возложить на нарушителя обязанность денежной компенсации морального вреда.

Компенсация морального вреда возможна при наличии тех общих условий, о которых речь шла выше. С точки зрения доказывания наибольший интерес представляет такое условие, как существование морального вреда. В литературе высказывается мнение, что любые неправомерные

действия в отношении гражданина являются источником причинения морального вреда, поскольку в этом случае происходит умаление общепризнанных прав человека и ухудшение его социального статуса. Презумпция морального вреда не закреплена в законодательстве России, поэтому гражданин, чьи права нарушены, должен доказать наличие такового. В качестве средств доказывания могут использоваться объяснения сторон и третьих лиц, показания свидетелей, письменные и вещественные доказательства, заключения экспертов (ст. 55 ГПК РФ).

Компенсация морального вреда осуществляется независимо от подлежащего возмещению имущественного вреда (ст. 1099 ГК РФ). При определении размеров такой компенсации суд принимает во внимание степень вины нарушителя и иные обстоятельства, заслуживающие внимания. Суд должен учитывать, кроме того, степень физических и нравственных страданий, связанных с индивидуальными особенностями потерпевшего, а также фактические обстоятельства, при которых был причинен вред (ст. 151, 1101 ГК РФ).

Моральный вред может быть причинен пациенту разглашением врачебной тайны. Несмотря на то что закон запрещает дискриминацию граждан, страдающих какими бы то ни было заболеваниями, в реальной жизни такие ситуации складываются довольно часто. Поэтому распространение информации о самом факте обращения за медицинской помощью в некоторые виды медицинских учреждений (например, психиатрическую лечебницу или кожно-венерологический диспансер) может повлечь для гражданина самые неблагоприятные последствия как в трудовых отношениях, так и в личных, семейных.

Уголовные преступления работников здравоохранения можно разделить на две группы: профессиональные и должностные.

Действующий Уголовный кодекс РФ предусматривает уголовную ответственность медицинских работников за следующие виды профессиональных преступлений:

- причинение смерти по неосторожности (ст. 109);
- принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации (ст. 120);
- заражение ВИЧ-инфекцией (ст. 122);
- незаконное производство аборта (ст. 123);
- неоказание помощи больному (ст. 124);
- незаконное помещение в психиатрический стационар (ст. 128);
- торговля несовершеннолетними (ст. 152);
- подмена ребенка (ст. 153);
- разглашение тайны усыновления (ст. 155);
- незаконное обращение с радиоактивными материалами (ст. 220);
- незаконное изготовление, приобретение, хранение, пересылка, сбыт наркотических средств или психотропных веществ (ст. 228);
- хищение либо вымогательство наркотических средств или психотропных веществ (ст. 229);
- незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ (ст. 233);
- незаконный оборот сильнодействующих или ядовитых веществ в целях сбыта (ст. 234);
- незаконное занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью (ст. 235);
- нарушение санитарно-эпидемиологических правил (ст. 236);
- сокрытие информации об обстоятельствах, создающих опасность для жизни или здоровья людей (ст. 237);
- нарушение правил безопасности при обращении с микробиологическими либо другими биологическими агентами или токсинами (ст. 248).

В приведенном перечне назван состав преступления, непосредственно связанный с оказанием психиатрической помощи, - ст. 128 УК РФ. Данная норма предусматривает уголовную ответственность за наиболее значительное нарушение прав гражданина при госпитализации в психиатрический стационар, а именно за незаконное помещение в такой стационар. Указанное деяние относится к числу преступлений против свободы, чести и достоинства личности. Объектом преступного посягательства в данном случае выступают свобода и личная неприкосновенность лица, право на которые закреплено в ст. 22 Конституции РФ.

Как подчеркивалось выше, основания и порядок оказания психиатрической помощи регулируются Законом РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании". Но это не означает, что термином "незаконное" характеризуется в ст. 128 УК РФ такое помещение в психиатрический стационар, которое сопряжено с любыми нарушениями норм названного Закона. Речь идет о явных нарушениях закона, а не о неверном применении его норм при наличии оснований для недобровольной госпитализации. В Комментариях к законодательству РФ в области психиатрии указывается, что незаконным будет недобровольное помещение в психиатрический стационар человека, страдающего психическим расстройством, но не нуждающегося в стационарном лечении либо вообще

не имеющего психического заболевания. Такого рода нарушение прав гражданина может иметь место как при осуществлении и продлении госпитализации, так и в случае отказа в выписке пациенту, добровольно находившемуся в стационаре, если появились основания для недобровольной госпитализации.

Субъектом данного преступления являются лица, которые наделены полномочиями принимать решения о недобровольной госпитализации. Это врачи-психиатры (скорой помощи, приемного отделения психиатрического стационара, члены комиссии по освидетельствованию пациента, лечащий врач) или судья.

Субъективную сторону данного преступления образует прямой умысел. Виновный сознает, что помещает в стационар лицо, не нуждающееся в недобровольной госпитализации, тем самым нарушает требования закона и права данного лица и желает наступления соответствующих последствий. Мотивы преступления могут быть учтены при назначении наказания, но не влияют на квалификацию деяния.

Часть 2 ст. 128 предусматривает квалифицированный состав данного преступления. К числу квалифицирующих признаков отнесены использование виновным служебного положения, а также последствия (смерть потерпевшего по неосторожности или иные тяжкие последствия, например, смерть или тяжелое заболевание близкого родственника потерпевшего, потеря работы, причинение имущественного ущерба и др.). Статья 128 на практике почти не применяется в связи с тем, что настолько серьезные нарушения прав психически больных людей встречаются достаточно редко. Кроме того, существуют и объективные трудности при расследовании и судебном рассмотрении таких дел.

В литературе обычно выделяют несколько причин, обуславливающих трудности при расследовании и разрешении дел о привлечении медицинских работников к уголовной ответственности: отсутствие необходимых специальных знаний в области медицины у работников суда и следствия; большая вариативность конкретных обстоятельств, которые необходимо учитывать; необходимость разграничения нарушений правовых норм и деонтологических требований. Дела по обвинению медиков обычно возникают по жалобе больных, их родственников, иногда по инициативе администрации лечебного учреждения. Чаще всего такие дела возбуждаются в отношении врачей следующих специальностей (по убыванию): хирургов, акушеров-гинекологов, терапевтов, педиатров, стоматологов, а также врачей скорой помощи и фармацевтических работников. При обнаружении грубых ошибок в диагностике и лечении больных в медицинских учреждениях и органах управления здравоохранением создаются комиссии, в состав которых включаются наиболее квалифицированные врачи соответствующих специальностей. Результаты работы комиссии оформляются в виде заключения и передаются в прокуратуру вместе с подлинниками медицинских документов, письменными объяснениями врачей и среднего медперсонала. Материалы внутреннего расследования, приказы о привлечении к дисциплинарной ответственности учитываются следственными органами и судом при расследовании и разрешении уголовных дел. Расследование такого рода уголовных дел предполагает проведение судебно-медицинской экспертизы. Она осуществляется комиссией в составе судебно-медицинских экспертов и врачей-клиницистов высокой квалификации, которые вправе присутствовать при проведении некоторых следственных действий (на допросах обвиняемых и свидетелей). В целом можно сказать, что расследование профессиональных преступлений медицинских работников сопряжено со значительными трудностями.

Возможно привлечение работников здравоохранения к уголовной ответственности за совершение преступлений, которые можно назвать должностными: злоупотребление должностными полномочиями (ст. 285), превышение должностных полномочий (ст. 286), получение взятки (ст. 290), служебный подлог (ст. 292), халатность (ст. 293).

В практике встречаются случаи привлечения медицинских работников к уголовной ответственности за преступления против правосудия, например за заведомо ложное заключение эксперта (ст. 307), а также за преступления в сфере экономики (например, за вымогательство - по ст. 163).

К медицинским работникам, совершившим профессиональные преступления, могут применяться различные виды наказаний, от штрафа до лишения свободы. В качестве основного или дополнительного наказания медицинские работники могут быть лишены права заниматься профессиональной деятельностью. Это наказание применяется как дополнительное и в том случае, если оно не предусмотрено соответствующей статьей Уголовного кодекса в качестве возможного наказания за определенное преступление, но суд с учетом характера и степени общественной опасности совершенного преступления и личности виновного признает невозможным сохранение за ним права заниматься определенной деятельностью.

За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей, возложенных на них законодательством о труде, коллективным и трудовым договором, медицинские работники несут дисциплинарную ответственность. Она представляет собой обязанность работника понести наказание, предусмотренное нормами трудового права, за виновное противоправное неисполнение своих трудовых

обязанностей. Основанием этого вида ответственности служит дисциплинарный проступок - противоправное, виновное неисполнение или ненадлежащее исполнение работником своих трудовых обязанностей. Можно выделить две группы трудовых обязанностей: обязанности общего характера и обязанности конкретного работника. Обязанности первого вида являются общими для всех работников независимо от должности и специальности. Они закреплены в Трудовом кодексе РФ (ст. 21), в локальных нормативных актах (правилах внутреннего трудового распорядка учреждения или организации, положении о персонале и т.д.) и актах социального партнерства (коллективном договоре). Обязанности конкретного работника закреплены в должностных инструкциях, иных актах, определяющих правила проведения тех или иных видов работ, а также в индивидуальных трудовых договорах (контрактах). Для того чтобы индивидуальные трудовые обязанности работников были четко определены, их необходимо отразить в должностных инструкциях, с содержанием которых работники должны быть ознакомлены под роспись при заключении трудового договора или переводе на другую работу.

На медицинских работников распространяется общая дисциплинарная ответственность. Перечень дисциплинарных взысканий определен в ст. 192 ТК РФ и является исчерпывающим. Он включает в себя замечание, выговор и увольнение по основаниям, предусмотренным в законе. К числу дисциплинарных взысканий относятся увольнения по следующим основаниям: неоднократное неисполнение работником без уважительных причин трудовых обязанностей, если он имеет дисциплинарное взыскание (п. 5 ст. 81 ТК РФ); однократное грубое нарушение работником трудовых обязанностей (прогул, отсутствие на работе более трех часов в течение рабочего дня) без уважительных причин; появление на работе в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения; разглашение охраняемой законом тайны; совершение по месту работы хищения (в том числе мелкого) чужого имущества, растраты, умышленного его уничтожения или повреждения, установленное вступившим в законную силу приговором суда или постановлением органа, уполномоченного на применение административных взысканий; нарушение работником требований по охране труда, если это нарушение повлекло за собой тяжкие последствия либо создавало реальную угрозу наступления таких последствий (п. 6 ст. 81); совершение виновных действий работником, непосредственно обслуживающим денежные или товарные ценности, если эти действия дают основание для утраты доверия к нему со стороны работодателя (п. 7 ст. 81); совершение работником, выполняющим воспитательные функции, аморального проступка, несовместимого с продолжением данной работы (п. 8 ст. 81). Как дисциплинарное взыскание рассматривается увольнение руководителя учреждения, организации, филиала, представительства или другого обособленного структурного подразделения, а также его заместителей, за однократное грубое нарушение трудовых обязанностей (п. 10 ст. 81 ТК РФ), а также увольнение руководителя организации, его заместителя или главного бухгалтера в случае принятия ими необоснованного решения, повлекшего за собой нарушение сохранности имущества, неправомерное его использование или иной ущерб имуществу организации (п. 9 ст. 81). Перечисленные основания увольнения применяются во всех отраслях экономики независимо от вида деятельности. Увольнение за неоднократное неисполнение трудовых обязанностей, а также за разглашение охраняемой законом тайны (например, врачебной) может отражать специфику деятельности медицинских работников.

Применение дисциплинарных взысканий должно осуществляться с соблюдением установленных законом правил (ст. 193 ТК РФ). До применения взыскания от работника должно быть затребовано письменное объяснение. Если работник отказывается дать письменное объяснение, об этом составляется соответствующий акт. Отказ работника дать объяснение не является препятствием для применения взыскания. Взыскание применяется непосредственно после обнаружения проступка, но не позднее одного месяца со дня его обнаружения, не считая времени болезни или отпуска работника, а также времени, необходимого на учет мнения представительного органа работников (в тех случаях, когда осуществляется увольнение по п. 5 ст. 81 работника, состоящего в профсоюзе либо члена выборного профсоюзного органа, необходимо согласие этого органа в соответствии со ст. 373, 374 ТК РФ). Взыскание не может быть применено позднее шести месяцев с момента совершения проступка, а по результатам ревизии, проверки финансово-хозяйственной деятельности или аудиторской проверки - позднее двух лет со дня его совершения. За каждый проступок может быть применено только одно взыскание. Приказ о применении взыскания объявляется работнику под расписку. Если работник не согласен с привлечением его к ответственности, он может обжаловать приказ администрации в государственную инспекцию труда или органы по рассмотрению индивидуальных трудовых споров - в комиссию по трудовым спорам либо в суд. Надо иметь в виду, что споры о восстановлении на работе работников, уволенных в том числе по дисциплинарным основаниям, рассматриваются непосредственно в суде, досудебные процедуры не применяются (ст. 391 ТК РФ).

В ряде случаев нарушения прав пациентов при оказании психиатрической помощи могут повлечь за собой привлечение виновных лиц к административной ответственности. Кодекс об административных

правонарушениях РФ устанавливает ответственность за различные нарушения прав граждан в области охраны здоровья. Глава 6 охватывает административные правонарушения, посягающие на здоровье, санитарно-эпидемиологическое благополучие населения и общественную нравственность. Например, ст. 6.2 устанавливает ответственность за незаконное (без лицензии) занятие частной медицинской практикой, частной фармацевтической деятельностью либо занятие народной медициной (целительством) с нарушением предусмотренного законодательством порядка. Административная ответственность наступает за нарушение правил, обеспечивающих безопасность людей на транспорте (например, за допуск к управлению транспортным средством водителей, находящихся в состоянии опьянения, или лиц, не имеющих права управления) (гл. 12).

Административная ответственность устанавливается также за нарушение санитарного законодательства. Статья 6.3 устанавливает ответственность за нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, выразившееся в нарушении действующих санитарных правил и гигиенических нормативов, невыполнении санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий. Совершение указанных правонарушений влечет за собой предупреждение или наложение штрафа, размер которого определяется дифференцированно для граждан, должностных лиц и юридических лиц пропорционально минимальному размеру оплаты труда. Привлечение к административной ответственности осуществляется в порядке, предусмотренном Кодексом об административных правонарушениях. В большинстве случаев дела об административных правонарушениях в области охраны здоровья граждан рассматриваются органами государственной санитарно-эпидемиологической службы РФ (ст. 23.13), а также органами, которые осуществляют государственный ветеринарный надзор (ст. 23.14), органами внутренних дел (ст. 23.3) и др.

Глава 3. Права лиц, страдающих психическими расстройствами, в гражданских, семейных, трудовых и иных правоотношениях

3.1. Гражданская правосубъектность лиц, страдающих психическими расстройствами

3.1.1. Понятие и элементы гражданской правоспособности психически больных лиц

Гражданская правосубъектность представляет собой способность лица выступать субъектами правоотношений и состоит из правоспособности и дееспособности лица. Под правоспособностью гражданина в ст. 17 ГК РФ понимается способность иметь гражданские права и нести обязанности. Она признается в равной мере за всеми гражданами. Правоспособность гражданина возникает в момент его рождения и прекращается смертью.

Содержание правоспособности граждан образуют конкретные правовые возможности по приобретению и реализации прав и обязанностей. Оно раскрывается в ст. 18 ГК РФ. Граждане могут иметь имущество на праве собственности; наследовать и завещать имущество; заниматься предпринимательской и любой иной не запрещенной законом деятельностью; создавать юридические лица самостоятельно или совместно с другими гражданами и юридическими лицами; совершать любые не противоречащие закону сделки и участвовать в обязательствах; избирать место жительства; иметь права авторов произведений науки, литературы и искусства, изобретений и иных охраняемых законом результатов интеллектуальной деятельности. Содержание гражданской правоспособности в указанной норме не является исчерпывающим. Здесь подчеркивается, что граждане могут иметь иные имущественные и личные неимущественные права.

Основываясь на принципе запрета дискриминации психически больных субъектов и принимая во внимание положения ст. 22 ГК РФ, следует подчеркнуть, что правоспособность и дееспособность может быть ограничена только в случаях и в порядке, установленных законом. Если такого рода ограничения были установлены актом государственного органа, он признается недействительным. Сам гражданин также не может ограничить правоспособность и дееспособность, отказаться от них полностью или частично. Любые сделки, направленные на ограничение правоспособности и дееспособности, кроме допускаемых законом, признаются ничтожными.

Ограничения правоспособности лиц, страдающих психическими расстройствами, в большинстве случаев связаны с признанием таких лиц недееспособными. Если лицо страдает психическим расстройством, но в отношении него не выносилось решение о признании недееспособным, то он без ограничений вступает в гражданско-правовые отношения, самостоятельно приобретает и реализует права, исполняет обязанности. В частности, гражданин вправе заниматься предпринимательской деятельностью, в том числе без образования юридического лица. Регистрация в качестве

индивидуального предпринимателя не предполагает представления в соответствующие органы документов о психическом здоровье. В качестве предпринимателя гражданин может заключать сделки, принимать на себя обязательства и исполнять их.

Сделкоспособность в теории гражданского права рассматривается как часть дееспособности граждан. Сделками согласно ст. 153 ГК РФ признаются действия граждан и юридических лиц, направленные на установление, изменение или прекращение гражданских прав и обязанностей. Но в ряде случаев, когда те или иные элементы сделки дефектны, она может быть признана недействительной. Это механизм может применяться и в тех случаях, когда сделка была совершена лицом, страдающим психическим расстройством. Общим основанием признания сделок недействительными является их несоответствие требованиям закона или иных нормативных правовых актов (ст. 168). Согласно ст. 166 ГК РФ сделка является недействительной в силу признания ее таковой судом (в данном случае речь идет об оспоримой сделке) либо независимо от такого признания (такая сделка называется ничтожной).

Требование о признании оспоримой сделки недействительной может быть предъявлено лицами, указанными в ГК РФ. Требование о применении последствий недействительности ничтожной сделки может быть предъявлено любым заинтересованным лицом. Суд вправе применить такие последствия и по собственной инициативе. Срок исковой давности по требованию о применении последствий недействительности ничтожной сделки составляет три года. Течение названного срока начинается со дня, когда началось исполнение этой сделки. Применительно к оспоримой сделке срок исковой давности составляет один год со дня прекращения насилия или угрозы, под влиянием которых она была совершена либо со дня, когда истец узнал или должен был узнать об иных обстоятельствах, являющихся основанием для признания сделки недействительной (ст. 181 ГК РФ).

Недействительная сделка не влечет юридических последствий, за исключением тех, которые связаны с ее недействительностью. Такая сделка недействительна с момента ее совершения. По общему правилу, правовым последствием недействительной сделки является так называемая двусторонняя реституция. Это означает, что каждая из сторон обязана возвратить другой все полученное по сделке, а в случае невозможности возвратить полученное в натуре (в том числе когда полученное выражается в пользовании имуществом, выполненной работе или предоставленной услуге) - возместить его стоимость в деньгах.

Гражданский кодекс РФ устанавливает несколько оснований для признания сделки недействительной: ее совершение лицом, признанным недееспособным (ст. 171) или ограниченно дееспособным (ст. 176); лицом, не способным понимать значение своих действий или руководить ими (ст. 177), и др. В контексте настоящего учебного пособия наиболее существенный интерес представляют сделки, совершенные недееспособными или ограниченно дееспособными лицами, а также гражданами, которые не могли понимать значения своих действий или руководить ими. В первых двух случаях речь идет о сделках с пороками в субъекте, а в последнем - о сделке с пороком воли.

Согласно ст. 171 ГК РФ, сделка, совершенная гражданином, признанным недееспособным вследствие психического расстройства, ничтожна. Каждая из сторон такой сделки обязана возвратить другой все полученное в натуре, а при невозможности - возместить стоимость в деньгах. Дееспособная сторона обязана, кроме того, возместить другой стороне понесенный ею реальный ущерб, если дееспособная сторона знала или должна была знать о недееспособности другой стороны. В данном случае нельзя руководствоваться оценочным критерием (мог ли гражданин предвидеть, что заключает сделку с недееспособным лицом). Необходимо представить информацию о том, что дееспособный гражданин знакомился с соответствующими документами, знал о ранее вынесенных судебных решениях и т.д. В интересах гражданина, признанного недееспособным вследствие психического расстройства, совершенная им сделка может быть по требованию его опекуна признана судом действительной, если она совершена к выгоде этого гражданина.

Сделка по распоряжению имуществом, совершенная без согласия попечителя гражданином, ограниченным судом в дееспособности вследствие злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами, может быть признана судом недействительной по иску попечителя. Исключения составляют мелкие бытовые сделки, которые такие лица вправе совершать самостоятельно, без согласия попечителя. Правовые последствия недействительности данной оспоримой сделки аналогичны изложенным выше.

Если сделка была совершена дееспособным гражданином, находившимся в момент ее совершения в таком состоянии, когда он не был способен понимать значение своих действий или руководить ими, то она может быть признана судом недействительной по иску этого гражданина либо иных лиц, чьи права или охраняемые законом интересы нарушены в результате ее совершения. Если впоследствии гражданин был признан недееспособным, то соответствующий иск может предъявить его опекун. Для этого необходимо доказать, что в момент совершения сделки гражданин не был способен понимать значение своих действий или руководить ими.

В теории гражданского права принято выделять односторонние сделки и договоры (двух- или многосторонние сделки). Для совершения односторонней сделки достаточно волеизъявления одной стороны, в то время как заключение договора требует выражения согласованной воли двух либо трех и более сторон. Односторонняя сделка, по общему правилу, создает обязанности только для лица, ее совершившего. Обязанности для других лиц она может предусматривать лишь в случаях, установленных законом либо соглашением с этими лицами.

Одним из наиболее значимых примеров односторонних сделок является завещание. Право наследования гарантируется Конституцией РФ (ст. 35). Как отмечалось выше, право граждан наследовать и завещать имущество является одним из элементов гражданской правоспособности. Согласно ст. 1110 ГК РФ при наследовании имущество умершего переходит к другим лицам в порядке универсального правопреемства, т.е. в неизменном виде как единое целое и в один и тот же момент. Это - общее правило, но Гражданским кодексом могут устанавливаться иные правила (например, завещательный отказ согласно ст. 1137 ГК РФ).

Наследование может осуществляться по завещанию и по закону. Наследование по закону имеет место только в том случае, если оно не изменено завещанием либо если соответствующие правила закреплены непосредственно в ГК РФ. Например, для некоторых членов семьи предусмотрена обязательная доля в наследстве. Несовершеннолетние или нетрудоспособные дети наследодателя, его нетрудоспособные супруг и родители, а также нетрудоспособные иждивенцы наследодателя, которые призываются к наследованию в специальном порядке, наследуют независимо от содержания завещания не менее половины доли, которая причиталась бы каждому из них при наследовании по закону (ст. 1149 ГК РФ). Это правило ограничивает свободу завещания, которая предполагает право завещателя по своему усмотрению завещать имущество любым лицам, любым образом определить доли наследников в наследстве, лишить наследства одного, нескольких или всех наследников по закону без указания причин такого лишения, а также включить в завещание иные распоряжения.

Распорядиться имуществом на случай смерти можно только путем совершения завещания. Завещание может содержать распоряжения о любом имуществе, включая то, которое завещатель может приобрести в будущем. Гражданин может распорядиться всем своим имуществом или его частью, составив одно или несколько завещаний. Завещание может быть совершено гражданином, обладающим в момент его совершения дееспособностью в полном объеме. Утрата дееспособности впоследствии не влияет на силу завещания. Завещание, составленное недееспособным лицом, не будет действительным даже в том случае, если позднее оно станет дееспособным.

Закон требует личного совершения завещания и не допускает совершение данной односторонней сделки через представителя. В завещании могут содержаться распоряжения только одного гражданина. Совершение завещания двумя или более гражданами не допускается.

Завещание является односторонней сделкой, которая создает права и обязанности после открытия наследства. Оно должно быть составлено в письменной форме и удостоверено нотариусом. В некоторых случаях завещания могут быть удостоверены и другими субъектами. Они приравниваются к нотариально удостоверенным. В частности, завещания граждан, находящихся на излечении в стационарных лечебных учреждениях или проживающих в домах для престарелых и инвалидов, могут быть удостоверены главными врачами таких учреждений, их заместителями по медицинской части или дежурными врачами (ст. 1127 ГК РФ). Завещание должно быть подписано завещателем в присутствии лица, удостоверяющего завещание, и свидетеля, который также ставит свою подпись под завещанием. Следует обратить внимание на то, что закон предусматривает перечень категорий граждан, которые не могут быть свидетелями при составлении завещания и не могут подписывать завещание наряду с завещателем либо вместо него. В данный перечень включены лица, не обладающие полной дееспособностью, неграмотные, лица с физическими недостатками, не позволяющими в полной мере осознавать существо происходящего, и др. Затем при первой возможности завещание через органы юстиции направляется нотариусу по месту жительства гражданина. Если пациент медицинского учреждения или лицо, находящееся в учреждении социального обслуживания, высказывают пожелание пригласить нотариуса для совершения завещания, лица, которые должны удостоверить завещание, обязаны предпринять все необходимые меры для того, чтобы выполнить это пожелание.

Не случайно закон предъявляет такие жесткие требования к оформлению завещания. Несоблюдение правил о письменной форме завещания и его удостоверении влечет за собой недействительность завещания.

В зависимости от основания недействительности завещания могут быть оспоримыми или ничтожными. В первом случае они недействительны в случае признания таковыми судом, а во втором - независимо от такого признания. Завещание может быть признано судом недействительным по иску лица, права или законные интересы которого нарушены этим завещанием.

3.1.2. Признание лиц, страдающих психическими расстройствами, недееспособными и ограниченно дееспособными: основания, порядок, правовые последствия

Дееспособность гражданина - это способность своими действиями приобретать и осуществлять гражданские права, создавать для себя гражданские обязанности и исполнять их. Критериями дееспособности являются возраст лица и состояние его психического здоровья. В полном объеме она возникает с наступлением совершеннолетия, т.е. по достижении 18-летнего возраста. Из данного правила существуют исключения: полная дееспособность наступает у несовершеннолетних в случае вступления в брак или эмансипации. Выделяют также частичную дееспособность лиц в возрасте от 14 до 18 лет и дееспособность малолетних.

Наибольший интерес в контексте данного учебного пособия представляют вопросы, связанные с признанием лица недееспособным или ограниченно дееспособным.

Согласно ст. 29 ГК РФ 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.

В соответствии со ст. 281 ГПК РФ дело о признании гражданина недееспособным вследствие психического расстройства может быть возбуждено в суде на основании заявления членов его семьи, близких родственников (родителей, детей, братьев, сестер) независимо от совместного с ним проживания. Заявление также может быть подано органом опеки и попечительства, психиатрическим или психоневрологическим учреждением. Заявление подается в суд по месту жительства данного гражданина, а если гражданин помещен в психиатрическое или психоневрологическое учреждение - по месту нахождения этого учреждения. В заявлении о признании гражданина недееспособным должны быть изложены обстоятельства, свидетельствующие о наличии психического расстройства, вследствие чего он не может понимать значения своих действий или руководить ими. Для подтверждения данных фактов назначается судебно-психиатрическая экспертиза. Порядок ее проведения регламентируется Инструкцией об организации производства судебно-психиатрических экспертиз в отделениях судебно-психиатрической экспертизы государственных психиатрических учреждений, которая была утверждена приказом Минздрава России от 30 мая 2005 г. N 370. При наличии достаточных данных о психическом расстройстве гражданина экспертиза назначается в порядке подготовки дела к судебному разбирательству. В случае уклонения гражданина, в отношении которого возбуждено дело, от прохождения экспертизы суд в судебном заседании с участием прокурора и психиатра может вынести определение о принудительном направлении гражданина на судебно-психиатрическую экспертизу.

Заявление о признании гражданина недееспособным суд рассматривает с участием самого гражданина, заявителя, прокурора, представителя органа опеки и попечительства. Гражданин, в отношении которого решается вопрос о признании недееспособным, должен быть вызван в судебное заседание, если это возможно с учетом состояния его здоровья.

Заявитель по таким категориям дел освобождается от уплаты судебных издержек. Но если будет установлено, что он действовал недобросовестно и преследовал цель - заведомо необоснованное лишение гражданина дееспособности, с него будут взысканы все издержки, связанные с рассмотрением дела.

Важнейшим правовым последствием признания гражданина недееспособным является установление над ним опеки. От его имени сделки совершает опекун. Решение суда, которым гражданин признан недееспособным, является основанием для назначения ему опекуна органом опеки и попечительства. Согласно ст. 32 ГК РФ опекуны являются представителями подопечных в силу закона и совершают от их имени и в их интересах все необходимые сделки.

Органами опеки и попечительства являются органы местного самоуправления. Суд обязан в течение трех дней со времени вступления в законную силу решения о признании гражданина недееспособным сообщить об этом органу опеки и попечительства по месту жительства гражданина для установления над ним опеки. Опекун назначается в течение месяца с момента, когда указанным органам стало известно о необходимости установления опеки над гражданином. При наличии заслуживающих внимания обстоятельств опекун может быть назначен органом опеки и попечительства по его месту жительства. Если недееспособному гражданину опекун не был назначен в течение месяца, исполнение обязанностей опекуна временно возлагается на орган опеки и попечительства. Назначение опекуна может быть обжаловано заинтересованными лицами в судебном порядке.

Опекунами могут назначаться только совершеннолетние дееспособные граждане. Не могут быть назначены опекунами и попечителями граждане, лишенные родительских прав. Для назначения гражданина опекуном требуется его согласие. При этом должны учитываться его нравственные и иные личные качества, способность к выполнению соответствующих обязанностей, отношения, существующие между ним и лицом, нуждающимся в опеке, а по возможности - и желание подопечного.

Если гражданин, признанный недееспособным вследствие психического расстройства, был помещен в психиатрическое или психоневрологическое учреждение для социального обслуживания, функции опекуна возлагаются на данные учреждения.

Опекуны исполняют свои обязанности безвозмездно. Они должны проживать совместно с подопечными. Опекуны должны извещать органы опеки и попечительства о перемене места жительства. Они обязаны заботиться о содержании своих подопечных, об обеспечении их уходом и лечением, защищать их права и интересы. Они несут ответственность за вред, причиненный недееспособным гражданином, если не докажут, что вред возник не по их вине (ст. 1076 ГК РФ). Аналогичная обязанность возлагается и на организацию, которая должна была осуществлять надзор за данным гражданином. Причем если впоследствии гражданин будет признан дееспособным, обязательства по возмещению вреда сохраняют свою силу для опекунов и организаций, осуществлявших за ним надзор ненадлежащим образом.

Специальными нормами Гражданского кодекса регулируются правила распоряжения опекунами имуществом подопечных. Доходы подопечного расходуются только в его интересах и с предварительного разрешения органа опеки и попечительства. Не требует такого разрешения только расходование средств, необходимых для содержания подопечного. Опекун не вправе без предварительного разрешения органа опеки и попечительства совершать сделки по отчуждению, в том числе обмену или дарению имущества подопечного, сдаче его внаем (в аренду), в безвозмездное пользование или в залог. Этот запрет распространяется и на сделки, влекущие отказ от принадлежащих подопечному прав, раздел его имущества или выдел из него долей, а также на любые другие сделки, влекущие уменьшение имущества подопечного. Опекуны, их супруги и близкие родственники не вправе совершать сделки с подопечным, за исключением передачи имущества подопечному в качестве дара или в безвозмездное пользование. Названные лица не могут представлять подопечного при заключении сделок или ведении судебных дел между подопечным и супругом опекуна и их близкими родственниками.

В целях обеспечения наиболее эффективного управления имуществом подопечного закон предусматривает возможность передачи имущества в доверительное управление. Речь идет о недвижимом и ценном имуществе, управление которым может осуществляться на основании договора, который заключается органом опеки и попечительства с управляющим. В этом случае опекун сохраняет свои полномочия по управлению только тем имуществом, которое не передано в доверительное управление.

Орган опеки и попечительства по месту жительства подопечных осуществляет надзор за деятельностью их опекунов. Он освобождает опекуна от исполнения соответствующих обязанностей в случае помещения подопечного в лечебное учреждение или учреждение социальной защиты населения, при условии, что это не противоречит интересам подопечного.

При наличии уважительных причин (болезнь, изменение имущественного положения, отсутствие взаимопонимания с подопечным и т.п.) опекун может быть освобожден от исполнения своих обязанностей по его просьбе.

Возможны случаи ненадлежащего выполнения опекунами своих обязанностей (например, при использовании опеки в корыстных целях или при оставлении подопечного без надзора и необходимой помощи). В таких ситуациях орган опеки и попечительства может отстранить опекуна от исполнения этих обязанностей и принять необходимые меры для привлечения виновного гражданина к установленной законом ответственности. В частности, в случае причинения виновными действиями (бездействием) опекуна вреда подопечному, требования о возмещении вреда могут быть предъявлены к опекуну органами опеки и попечительства. Опекун, оставивший своего подопечного без помощи в состоянии, опасном для жизни или здоровья, может быть привлечен к уголовной ответственности по ст. 125 УК РФ.

Прекращение опеки в отношении лиц, признанных недееспособными, связывается с решением суда о признании подопечного дееспособным по заявлению опекуна или органа опеки и попечительства. Такое судебное решение может быть принято в том случае, если отпали основания, в силу которых гражданин был признан недееспособным.

Ограничение дееспособности гражданина осуществляется на основании судебного решения в том случае, если он вследствие злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами ставит свою семью в тяжелое материальное положение. Порядок признания лица ограниченно дееспособным регламентируется ГПК РФ. Дело об ограничении гражданина в дееспособности может быть возбуждено на основании заявления членов его семьи, органа опеки и попечительства, психиатрического или психоневрологического учреждения. В заявлении должны быть указаны обстоятельства, свидетельствующие о том, что гражданин, злоупотребляющий спиртными напитками или наркотическими средствами, ставит свою семью в тяжелое материальное положение. Над ним устанавливается попечительство. Правовой статус попечителей в целом аналогичен правовому статусу опекунов (ст. 35 ГК РФ). Они назначаются органами опеки и попечительства в указанном выше порядке,

выполняют аналогичные обязанности (за исключением обязанностей по обеспечению содержания, ухода и лечения, по защите прав и интересов подопечных). Органы опеки и попечительства также контролируют выполнение попечителями своих обязанностей.

Правовые последствия ограничения дееспособности связаны с менее жесткими ограничениями прав данного лица. Гражданин, ограниченный в дееспособности, 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 в отличие от лица, признанного недееспособным, такой гражданин самостоятельно несет имущественную ответственность по совершенным им сделкам и за причиненный им вред.

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.

3.2. Участие лиц, страдающих психическими расстройствами, в семейных правоотношениях

3.2.1. Заключение и расторжение брака с лицами, страдающими психическими расстройствами. Признание брака недействительным

Одним из основных социальных институтов является семья. Она представляет собой устойчивую форму взаимоотношений между людьми, в рамках которой осуществляется основная часть повседневной жизни. Семья - это естественная среда жизнеобеспечения детей. Очень важными являются семейные связи для лиц, страдающих психическими расстройствами. Сохранение и поддержание таких социальных связей позволяет обеспечивать реабилитацию психически больных, их социализацию, что не только улучшает их психическое состояние, но и служит базой для реализации их прав и интересов, формой их защиты от различных рисков.

Отношения, связанные с заключением и расторжением брака, а также рождением и воспитанием детей, регулируются нормами семейного права. Основным источником названной отрасли служит Семейный кодекс РФ.

В теории семейного права брак рассматривается как добровольный, равноправный союз женщины и мужчины, заключаемый для создания семьи и порождающий взаимные права и обязанности супругов. Для лиц, страдающих психическими расстройствами, СК РФ устанавливает определенные особенности регулирования брачно-семейных отношений.

В РФ юридические последствия порождает только брак, официально зарегистрированный в органах записи актов гражданского состояния (ЗАГС). Права и обязанности супругов возникают со дня государственной регистрации заключения брака. Заключение брака производится в личном присутствии лиц, вступающих в брак, по истечении месяца со дня подачи ими соответствующего заявления. При наличии уважительных причин может быть разрешено заключение брака до истечения месяца, а в некоторых случаях этот срок может быть увеличен, но не более чем на месяц. Закон называет также особые обстоятельства, при наличии которых брак может быть заключен в день подачи заявления. В их числе - беременность, рождение ребенка, непосредственная угроза жизни одной из сторон и др.

Отказ органа ЗАГС в регистрации брака может быть обжалован в суд лицами, желающими вступить в брак, или одним из них. Отказ в регистрации брака является обособленным, если не соблюдены требования, устанавливаемые законом. Статья 12 СК РФ называет следующие условия заключения брака: взаимное добровольное согласие мужчины и женщины, а также достижение ими брачного возраста. Брачный возраст, по общему правилу, составляет 18 лет, но при наличии уважительных причин может быть снижен органами местного самоуправления, но не более чем до 16 лет.

Статья 14 СК РФ содержит перечень обстоятельств, препятствующих заключению брака. Не допускается заключение брака между лицами, из которых хотя бы одно состоит в другом зарегистрированном браке; между близкими родственниками (родственниками по прямой восходящей и нисходящей линии (родителями и детьми, дедушкой, бабушкой и внуками), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братьями и сестрами); между усыновителями и усыновленными. Не может быть заключен брак между лицами, хотя бы одно из которых признано судом недееспособным вследствие психического расстройства. Запрет заключения брака является одним из правоограничений для лиц, страдающих психическими расстройствами и признанных недееспособными. При признании одного из супругов недееспособным согласно ст. 16 брак может быть прекращен путем его расторжения в органах ЗАГС по заявлению одного из супругов, а также опекуна того супруга, который был признан недееспособным. Этот порядок не может применяться при расторжении брака с

лицами, дееспособность которых ограничена вследствие злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами. Согласно ст. 20 СК РФ споры о разделе общего имущества супругов, выплате средств на содержание нуждающегося нетрудоспособного супруга, а также споры о детях, возникающие между супругами, один из которых признан судом недееспособным, рассматриваются в судебном порядке независимо от расторжения брака в органах ЗАГС. Это служит дополнительной гарантией обеспечения и защиты прав и интересов всех участников таких правоотношений.

Если лицо не признано недееспособным, то брак может быть заключен, несмотря на наличие психического расстройства. При этом ст. 15 СК РФ не предусматривает обязательного медицинского обследования лиц, вступающих в брак. Такое обследование, а также консультирование по медико-генетическим вопросам и вопросам планирования семьи проводятся государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения бесплатно и только с согласия лица, вступающего в брак. Результаты обследования лица, вступающего в брак, составляют медицинскую тайну и могут быть сообщены лицу, с которым оно намерено заключить брак, только с согласия лица, прошедшего обследование. Сокрытие одним из лиц, вступающих в брак, информации о наличии у него венерической болезни или ВИЧ-инфекции может повлечь за собой признание брака недействительным.

Признание недействительности брака возможно и по другим основаниям, указанным в ст. 27 СК РФ: в случае нарушения условий его заключения (в том числе касающихся дееспособности лиц, вступающих в брак) либо в случае заключения фиктивного брака. Брак может быть признан недействительным и в том случае, если будет установлено, что на момент его регистрации лицо не понимало значения своих действий и не могло руководить ими, поэтому не могло выразить согласия на вступление в брак. Брак может быть признан недействительным в судебном порядке. Требование о признании брака недействительным может быть заявлено супругом, не знавшим о наличии обстоятельств, препятствующих заключению брака (например, о признании супруга недееспособным), или опекуном супруга, признанного недееспособным (ст. 28 СК РФ). При рассмотрении дела о признании недействительности брака, заключенного с лицом, признанным судом недееспособным, к участию в деле привлекается орган опеки и попечительства.

Суд обязан в течение трех дней со дня вступления в законную силу решения о признании брака недействительным направить выписку из этого решения в орган записи актов гражданского состояния по месту государственной регистрации заключения брака. Брак признается недействительным со дня его заключения. Недействительным признается и брачный договор. Такой брак, по общему правилу, не порождает прав и обязанностей супругов. При этом признание брака недействительным не влияет на права детей, родившихся в таком браке или в течение 300 дней со дня признания брака недействительным.

Закон предусматривает, что определенные обстоятельства устраняют недействительность брака. В частности, если к моменту рассмотрения дела о признании брака недействительным отпали те обстоятельства, которые в силу закона препятствовали его заключению, он может быть признан судом действительным.

3.2.2. Родительские правоотношения психически больных лиц

Родительские правоотношения с участием лиц, страдающих психическими расстройствами, не характеризуются существенными особенностями.

Между тем законодательство об охране репродуктивного здоровья содержит ряд специальных правил, направленных на предупреждение рождения психически неполноценных детей от родителей, которые страдают тяжелыми психическими расстройствами, передающимися по наследству.

Психические расстройства, которые диагностированы и удостоверены психоневрологическим учреждением у матери или отца будущего ребенка, рассматриваются как медицинские показания для искусственного прерывания беременности. В перечень заболеваний, которые являются медицинскими показаниями для прерывания беременности, включены психозы (в том числе алкогольные, лекарственные, шизофренические, аффективные и др.), параноидные состояния, невротические расстройства и расстройства личности, хронический алкоголизм, токсикомания, умственная отсталость. Самостоятельным основанием прерывания беременности по медицинским показаниям является прием во время беременности психотропных средств (антидепрессантов, нейролептиков, транквилизаторов, противосудорожных и тому подобных препаратов). Перечень медицинских показаний не является исчерпывающим. Если у женщины имеется заболевание, не поименованное в перечне, но угрожающее нормальному течению беременности и родоразрешению либо создающее угрозу рождения неполноценного ребенка, решение о прерывании беременности принимается в индивидуальном порядке с соблюдением общеустановленной процедуры (приложение N 1 к приказу Министерства здравоохранения РФ от 28 декабря 1993 г. "Об утверждении Инструкции о порядке разрешения

операции искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям").

Прерывание беременности при наличии медицинских показаний, согласно ст. 36 Основ законодательства об охране здоровья граждан, производится независимо от срока беременности при наличии согласия женщины. Медицинские показания к прерыванию беременности устанавливаются в амбулаторно-поликлинических или стационарных учреждениях комиссией в составе врача акушера-гинеколога, врача той специальности, к области которой относится заболевание (состояние) беременной, и руководителя учреждения (отделения) здравоохранения. При наличии у беременной психических заболеваний документация передается непосредственно в акушерско-гинекологическое учреждение.

Возможна также медицинская стерилизация психически больных лиц по медицинским показаниям. Медицинская стерилизация, согласно ст. 37 Основ законодательства об охране здоровья граждан, представляет собой специальное вмешательство с целью лишения человека способности к воспроизводству потомства. При наличии медицинских показаний и согласия гражданина стерилизация проводится независимо от возраста и наличия детей. В перечне заболеваний, которые являются основаниями для медицинской стерилизации женщин, названы психические расстройства (вне обострения): переходящие психотические состояния, возникающие в результате органических заболеваний; шизофрения; параноидные состояния; другие неорганические психозы; невротические расстройства; расстройства личности; хронический алкоголизм (все формы), токсикомании (лекарственная зависимость), умственная отсталость (приказ Министерства здравоохранения РФ от 28 декабря 1993 г. "О применении медицинской стерилизации граждан"). Медицинские показания устанавливаются в амбулаторно-поликлинических или стационарных учреждениях комиссией в составе не менее трех специалистов: врача акушера-гинеколога (для мужчин - уролога), врача той специальности, к области которой относится заболевание гражданина, руководителя учреждения (отделения) здравоохранения. При наличии медицинских показаний гражданину выдается заключение с полным клиническим диагнозом, заверенное подписями специалистов и печатью учреждения. Медицинская стерилизация граждан, страдающих психическими заболеваниями, если они признаны недееспособными, осуществляется только на основании судебного решения.

Рождение ребенка от родителей, из которых хотя бы один страдает психическими расстройствами, влечет за собой возникновение родительских правоотношений, содержание которых составляют взаимные права и обязанности родителей и детей. Права и обязанности родителей установлены СК РФ. Родители имеют равные права и несут равные обязанности в отношении своих детей. Родители имеют право и обязаны воспитывать своих детей, они несут ответственность за воспитание и развитие детей. Родители обязаны заботиться о здоровье, физическом, психическом, духовном и нравственном развитии своих детей. Они должны обеспечить получение детьми основного общего образования.

Защита прав и интересов детей возлагается на их родителей. Родители являются законными представителями своих детей и выступают в защиту их прав и интересов в отношениях с любыми физическими и юридическими лицами, в том числе в судах, без специальных полномочий. Если между интересами родителей и детей имеются противоречия, установленные органом опеки и попечительства, родители не вправе представлять интересы своих детей. При наличии такого рода разногласий орган опеки и попечительства обязан назначить представителя для защиты прав и интересов детей. Однако следует отметить, что лица, страдающие психическими расстройствами и признанные недееспособными, фактически не могут реализовывать родительские права в полном объеме. В частности, они не вправе выступать в защиту прав и интересов своих детей в суде. Вызывает сомнение и возможность таких лиц содержать своего ребенка, ведь сам такой родитель не может заключать сделки, за него и в его интересах сделки заключает законный представитель. СК РФ недостаточно четко регулирует отношения, связанные с реализацией родительских прав такими субъектами. Но исходя из необходимости защиты прав и интересов детей, а также учитывая возможность ограничения в родительских правах лиц, страдающих психическими расстройствами, следует признать, что ребенок, родители (единственный родитель) которого вследствие психического заболевания признаны недееспособными, должен рассматриваться как оставшийся без попечения родителей. В зависимости от возраста такому ребенку должен назначаться опекун или попечитель.

Родительские права не могут осуществляться в противоречии с интересами детей. Обеспечение интересов детей должно быть предметом основной заботы их родителей. При осуществлении родительских прав родители не вправе причинять вред физическому и психическому здоровью детей, их нравственному развитию. Допустимы только такие способы воспитания, которые исключают пренебрежительное, жестокое, грубое, унижающее человеческое достоинство обращение, оскорбление или эксплуатацию детей.

Если родители осуществляют родительские права в ущерб правам и интересам детей, они могут быть привлечены к ответственности в установленном законом порядке. Так, ст. 5.35 КоАП устанавливает

административную ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение родителями или иными законными представителями несовершеннолетних обязанностей по содержанию, воспитанию, обучению, защите их прав и интересов. Если неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей по воспитанию несовершеннолетнего его родителем сопряжено с жестоким обращением с ребенком, наступает уголовная ответственность по ст. 156 УК РФ. Статья 157 УК РФ предусматривает уголовную ответственность за злостное уклонение от уплаты средств на содержание несовершеннолетних детей.

В таких случаях могут применяться такие правовые механизмы защиты прав и интересов детей, как лишение или ограничение родительских прав. Лишение родительских прав возможно на основании судебного решения в случаях злоупотребления родительскими правами, жестокого обращения с детьми, совершения родителями умышленных преступлений против жизни и здоровья супруга или детей. Родители могут быть лишены родительских прав, если являются больными хроническим алкоголизмом или наркоманией (ст. 69 СК РФ).

Дела о лишении родительских прав рассматриваются по заявлению одного из родителей (лиц, их заменяющих), прокурора, а также по заявлениям органов или учреждений, на которые возложены обязанности по охране прав несовершеннолетних детей (органов опеки и попечительства, комиссий по делам несовершеннолетних, учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и др.). Закон требует обязательного участия в таком судебном процессе прокурора и органа опеки и попечительства. Правовые последствия лишения родительских прав заключаются в том, что родители теряют все права, основанные на факте родства с ребенком, в том числе право на получение от него содержания, а также право на льготы и государственные пособия, установленные для граждан, имеющих детей. При этом лишение родительских прав не освобождает родителей от обязанности содержать своего ребенка. В случае изменения образа жизни, отношения к ребенку родители могут быть восстановлены в родительских правах в судебном порядке по их заявлению.

Согласно ст. 73 СК РФ ограничение родительских прав следует понимать как отобрание ребенка без лишения родительских прав. Оно допускается на основании судебного решения, если оставление ребенка с родителями (одним из них) опасно для ребенка по обстоятельствам, от родителей не зависящим (психическое расстройство или иное хроническое заболевание, стечение тяжелых обстоятельств и т.д.). Иск об ограничении родительских прав может быть предъявлен близкими родственниками ребенка, органами и учреждениями, на которые законом возложены обязанности по охране прав несовершеннолетних детей, дошкольными и общеобразовательными учреждениями, а также прокурором. Участие прокурора и органов опеки и попечительства является обязательным при рассмотрении данного иска. Родители, родительские права которых ограничены судом, утрачивают право на личное воспитание ребенка, а также право на льготы и государственные пособия, установленные для граждан, имеющих детей. Как и лишение родительских прав, ограничение в правах не освобождает родителей от обязанности по содержанию ребенка. Если основания, в силу которых родители были ограничены в правах, отпали, то суд по иску родителей или одного из них может вынести решение о возвращении ребенка родителям и об отмене ограничений.

Семейному законодательству России известен также механизм отобрания ребенка при непосредственной угрозе его жизни или здоровью. Немедленное отобрание производится органом опеки и попечительства на основании соответствующего акта органа местного самоуправления. В этом случае орган опеки и попечительства обязан незамедлительно уведомить прокурора, обеспечить временное устройство ребенка и в течение 7 дней после вынесения органом местного самоуправления акта об отобрании ребенка обратиться в суд с иском о лишении или ограничении родительских прав.

Существенные правоограничения установлены для лиц, страдающих психическими расстройствами, в области усыновления и иных форм устройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Усыновление (удочерение) названо в законе приоритетной формой устройства детей, оставшихся без попечения родителей. Оно производится судом по заявлению лиц (лица), желающих усыновить ребенка. Рассмотрение таких дел производится судом в порядке особого производства по правилам, предусмотренным гражданским процессуальным законодательством. Участие самих усыновителей, органов опеки и попечительства, а также прокурора в судебном процессе является обязательным. Статья 127 СК РФ исключает лиц, признанных недееспособными, а также лиц, страдающих определенными заболеваниями, из числа возможных усыновителей.

Перечень заболеваний, при наличии которых лицо не может усыновить ребенка, принять его под опеку (попечительство), взять в приемную семью, был утвержден постановлением Правительства РФ от 1 мая 1996 г. N 542. Он включает в себя наряду с другими заболеваниями психические заболевания, при которых больные признаны в установленном порядке недееспособными или ограниченно дееспособными, а также наркоманию, токсикоманию, алкоголизм. Положение о медицинском освидетельствовании гражданина, желающего стать усыновителем, опекуном (попечителем) или приемным родителем, утв. приказом Министерства здравоохранения РФ от 10 сентября 1996 г.,

предусматривает, что такое освидетельствование производится в государственных учреждениях системы Минздрава (амбулаторно-поликлинических учреждениях, специализированных диспансерах). Если требуется дополнительное обследование, оно осуществляется в учреждении здравоохранения по месту жительства гражданина. Медицинское заключение подготавливается на основании осмотра, а также данных из медицинской карты амбулаторного больного. Заключение специалиста, осуществляющего освидетельствование лица, подтверждается подписью руководителя медицинского учреждения и гербовой печатью. Бланк медицинского заключения выдается каждому кандидату на руки в органах опеки и попечительства при обращении гражданина с просьбой об усыновлении ребенка, о взятии под опеку (попечительство) или в семью на воспитание. После заполнения и оформления в установленном порядке в учреждении здравоохранения медицинское заключение возвращается в органы опеки и попечительства. Результаты медицинского освидетельствования действительны в течение трех месяцев.

Еще одним ограничением права лиц, страдающих психическими расстройствами и признанных недееспособными, в области усыновления детей является то, что согласия родителя из числа названных лиц на усыновление его ребенка не требуется (ст. 130 СК РФ).

3.3. Социальная защита лиц, страдающих психическими расстройствами

3.3.1. Понятие и элементы социальной защиты лиц, страдающих психическими расстройствами

Закон РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" в ст. 16 называет основные формы социальной поддержки граждан, страдающих психическими расстройствами: создание надлежащих условий для обеспечения психиатрической помощью; организация всеобщего и профессионального обучения несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами; создание лечебно-производственных предприятий для трудовой терапии, обучения новым профессиям и трудоустройства на этих предприятиях лиц, страдающих психическими расстройствами, включая инвалидов; создание общежитий для больных, утративших социальные связи. Перечень мер социальной поддержки не является исчерпывающим. Это означает, что как на федеральном, так и на местном уровнях могут предусматриваться дополнительные меры с финансированием за счет средств соответствующих бюджетов.

Социальная поддержка лиц, страдающих психическими расстройствами, - это особая организационно-правовая форма их социальной защиты. Под социальной защитой названной категории граждан следует понимать систему мер, направленных на обеспечение социализации, реабилитации и социальной интеграции лиц, страдающих психическими расстройствами. Меры социальной защиты таких граждан регулируются нормами различных отраслей права: гражданского, жилищного, трудового, права социального обеспечения и т.д.

Социальная поддержка лиц, страдающих психическими расстройствами, отнесена к компетенции различных органов и организаций. Значительный объем функций по ее предоставлению закреплен за психиатрическими и психоневрологическими учреждениями. При учреждениях могут быть организованы общежития для лиц, страдающих расстройствами психики и утративших социальные связи. В такие общежития направляются лица после курса стационарного лечения при невозможности их выписать домой в связи с утратой социальных связей, нуждающиеся в изоляции от неблагоприятной среды в месте их проживания, а также лица с постоянными сложностями социальной адаптации, утратившие близких родственников, при отсутствии поддержки со стороны других лиц. Направления в такие общежития выдаются врачебной комиссией психиатрического учреждения по желанию лиц, страдающих психическими расстройствами. Направления выдаются только лицам, способным к самообслуживанию и трудовой деятельностью. Не направляются в такие общежития лица, страдающие алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией, а также имеющие склонности к антисоциальным действиям.

В современных условиях необходимо усиление взаимодействия психиатрических учреждений с иными субъектами, предоставляющими психически больным меры социальной поддержки, в том числе с общественными объединениями.

3.3.2. Социальная защита инвалидов из числа лиц, страдающих психическими расстройствами

По данным, приведенным в докладе Уполномоченного по правам человека в РФ за 2003 г., инвалидность каждого пятого инвалида в России обусловлена психическими заболеваниями. Это позволяет констатировать, что психические расстройства представляют собой важный фактор

инвалидизации населения. Лица, страдающие психическими расстройствами, признанные инвалидами, приобретают право на меры социальной защиты и поддержки, которые установлены Федеральным законом от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов".

Инвалид - это лицо, которое имеет нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

Ограничение жизнедеятельности понимается в Законе как полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью. В зависимости от степени расстройства функций организма и ограничения жизнедеятельности лицам, признанным инвалидами, устанавливается группа инвалидности, а лицам в возрасте до 18 лет устанавливается категория "ребенок-инвалид".

Решение о признании лица инвалидом принимается федеральным учреждением МСЭ (далее - МСЭ), создание которых предусмотрено ст. 8 Закона о социальной защите инвалидов.

Постановлением Правительства РФ от 16 декабря 2004 г. N805 "О порядке организации и деятельности федеральных государственных учреждений МСЭ" определены следующие основные задачи федеральных государственных учреждений МСЭ:

проведение реабилитационно-экспертной диагностики с целью определения реабилитационного потенциала, ограничений жизнедеятельности, потребности в мерах социальной защиты;

изучение причин, факторов и условий, влияющих на возникновение, развитие и исход инвалидности, анализ распространенности и структуры инвалидности.

Структура федеральных государственных учреждений МСЭ включает в себя Федеральное бюро и главные бюро МСЭ, имеющие филиалы - бюро МСЭ в городах и районах (далее - БМСЭ). Названные учреждения различаются между собой по полномочиям и по подчиненности. Федеральное бюро находится в ведении Министерства здравоохранения и социального развития РФ, а главное бюро - в ведении Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию.

Для освидетельствования лиц с психическими расстройствами создаются бюро специализированного профиля (психиатрическое БМСЭ).

Признание лица инвалидом осуществляется при проведении МСЭ исходя из комплексной оценки состояния его здоровья и степени ограничения жизнедеятельности в соответствии с Классификациями и критериями, используемыми при осуществлении МСЭ граждан федеральными государственными учреждениями МСЭ, утв. приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 августа 2005 г. В данном нормативном акте определены основные виды нарушений функций организма человека, основные категории жизнедеятельности и степень выраженности ограничения этих категорий. Закреплены, кроме того, критерии установления группы инвалидности и определения степени ограничения способности к трудовой деятельности, что имеет важное юридическое значение при назначении пенсий по инвалидности.

МСЭ проводится в соответствующих учреждениях по месту жительства гражданина, а при определенных условиях может проводиться в стационаре, где гражданин находится на излечении, на дому или заочно на основании представленных документов.

Гражданин направляется на МСЭ учреждением здравоохранения или органом социальной защиты населения. В случае отказа этих органов или учреждений направить гражданина на МСЭ гражданин имеет право обратиться в учреждение МСЭ самостоятельно при наличии соответствующих медицинских документов.

МСЭ проводится по письменному заявлению гражданина или его законного представителя. Специалисты, проводящие экспертизу, рассматривают представленные сведения, проводят личный осмотр гражданина, оценивают степень ограничения его жизнедеятельности и коллегиально обсуждают полученные результаты. В необходимых случаях может проводиться дополнительное освидетельствование.

Датой установления инвалидности считается день поступления заявления гражданина со всеми необходимыми документами. Инвалидность I группы устанавливается сроком на 2 года, II и III группы - на 1 год. Лицу в возрасте до 18 лет устанавливается категория "ребенок-инвалид" сроком на один год, на два года или до достижения им возраста 18 лет.

Решение учреждения МСЭ может быть обжаловано в вышестоящее учреждение (главное бюро) или в суд.

Социальная защита инвалидов - это система гарантированных государством экономических, правовых мер и мер социальной поддержки, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

В системе социальной защиты инвалидов традиционно выделяют две подсистемы:

реабилитацию и обеспечение жизнедеятельности.

Реабилитация инвалидов - система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной и профессиональной деятельности (ст. 9 Федерального закона "О социальной защите инвалидов" в ред. от 23 октября 2003 г.). Она направлена на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма, и преследует цели социальной адаптации инвалидов, достижения ими материальной независимости и их интеграции в общество.

Основные направления реабилитации инвалидов включают в себя:

восстановительные медицинские мероприятия, реконструктивную хирургию, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение;

профессиональную ориентацию, обучение и образование, содействие в трудоустройстве, производственную адаптацию;

социально-средовую, социально-педагогическую, социально-психологическую
и

социокультурную реабилитацию, социально-бытовую адаптацию;

физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт.

Объем государственных гарантий в области реабилитации инвалидов определен Федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду за счет средств федерального бюджета, утв. распоряжением Правительства РФ от 21 октября 2004 г. Реабилитационные услуги и технические средства предоставляются инвалидам, как правило, в натуральной форме, но при определенных условиях может возмещаться их стоимость.

Учреждение государственной службы МСЭ в случае признания лица инвалидом в течение месяца разрабатывает и утверждает индивидуальную программу реабилитации, которая в трехдневный срок направляется в орган социальной защиты населения. Примерное положение об индивидуальной программе реабилитации инвалида (далее - ИПР) было утверждено постановлением Министерства труда и социального развития РФ от 14 декабря 1996 г. № 3. ИПР инвалида - разработанный на основе решения уполномоченного органа, осуществляющего руководство федеральными учреждениями МСЭ, комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности.

В ИПР определяются виды, формы рекомендуемых инвалиду реабилитационных мероприятий, их объемы, сроки проведения и исполнения. ИПР составляется и реализуется только при наличии согласия инвалида или его законного представителя и выдается на руки инвалиду в виде единой формы (карты) установленного образца. Если инвалид или его законный представитель отказываются подписать ИПР, она приобщается к акту освидетельствования и не выдается. Она является обязательной для исполнения всеми государственными и муниципальными органами, организациями независимо от форм собственности. ИПР имеет для инвалида рекомендательный характер, он вправе отказаться от того или иного вида реабилитационных услуг или от реализации программы в целом. Но это освобождает соответствующие органы и организации от ответственности за ее исполнение и не дает права инвалиду на получение компенсации в размере стоимости реабилитационных мероприятий, предоставляемых бесплатно.

ИПР может содержать как мероприятия, оплачиваемые за счет средств федерального бюджета или фондов обязательного медицинского страхования и предоставляемые инвалиду бесплатно, так и мероприятия, в оплате которых принимают участие сам гражданин или какие-либо организации или иные физические лица. Объем реабилитационных мероприятий не может быть меньше того, что установлено федеральной базовой программой реабилитации инвалидов.

Специальной нормой в Законе регулируется порядок обеспечения инвалидов техническими и иными средствами реабилитации (ст. 11.1). К техническим средствам реабилитации относятся устройства, содержащие технические решения, в том числе специальные, используемые для компенсации или устранения стойких ограничений жизнедеятельности инвалида. Иные средства используются по тому же назначению, но не квалифицируются в качестве технических.

К техническим и иным средствам реабилитации инвалидов, в частности, относятся средства для передвижения (включая транспортные средства с ручным управлением), специальные средства для самообслуживания, ухода, ориентирования, обучения, занятий трудовой деятельностью, а также протезные изделия, специальное тренажерное и спортивное оборудование, спортивный инвентарь.

Решение об обеспечении инвалидов средствами реабилитации принимается при установлении медицинских показаний и противопоказаний, а также социальных критериев.

По медицинским показаниям устанавливается необходимость предоставления инвалиду средств

реабилитации, которые обеспечивают компенсацию или устранение стойких ограничений жизнедеятельности инвалида. Социальные критерии устанавливаются на основе потребностей инвалида в порядке, определяемом Правительством РФ. Например, по социальным критериям устанавливается необходимость предоставления средств реабилитации для восстановления прежних или приобретения новых профессиональных знаний, навыков и умений, социальной адаптации, занятий физической культурой и спортом, удовлетворения духовных потребностей, досуга.

Финансирование расходов на обеспечение инвалидов средствами реабилитации осуществляется за счет средств бюджетов РФ и ее субъектов, Фонда социального страхования. Например, за счет средств федерального бюджета осуществляются изготовление и ремонт протезно-ортопедических изделий и обеспечение транспортными средствами инвалидов из числа ветеранов. Средства бюджетов субъектов РФ направляются на обеспечение инвалидов другими средствами реабилитации, выплаты инвалидам ежегодных денежных компенсаций расходов на содержание и ветеринарное обслуживание собак-проводников и т.д.

Технические и иные средства реабилитации предоставляются инвалидам по месту их жительства органами исполнительной власти субъектов РФ (органами социальной защиты населения, здравоохранения, образования и другими органами), Фондом социального страхования, а также иными заинтересованными организациями. Перечень средств реабилитации и показаний для обеспечения ими инвалидов, а также порядок обеспечения определяются Правительством.

Для лиц, страдающих психическими расстройствами, реабилитация особенно актуальна с точки зрения медико-социального подхода к лечению. Разработка ИПР для инвалида, страдающего психическим расстройством, позволяет учесть индивидуальные особенности личности, специфику течения заболевания и определить перечень необходимых реабилитационных мероприятий. В Докладе Уполномоченного по права человека в РФ за 2000 г. отмечалось, что реабилитация граждан, страдающих психическими расстройствами, - задача, к решению которой в современных экономических условиях должны привлекаться и негосударственные институты. Таков опыт многих стран, где медико-социальные учреждения, добровольные объединения потребителей психиатрической помощи расцениваются как ресурс социальной поддержки больных. В настоящее время в России также действует ряд известных некоммерческих общественных организаций: "Вера и свет", Ассоциация родственников психически больных "Острова надежды", фонд "Психическое здоровье молодежи", Благотворительный фонд "Душа человека", Московский клубный дом и др.

Система обеспечения жизнедеятельности инвалидов является многоаспектной и включает в себя следующие элементы:

- медицинскую помощь;
- обеспечение беспрепятственного доступа к информации;
- обеспечение беспрепятственного доступа к объектам социальной инфраструктуры;
- обеспечение жилой площадью;
- воспитание и обучение детей-инвалидов;
- образование инвалидов;
- обеспечение занятости и создание надлежащих условий труда для инвалидов;
- материальное обеспечение;
- социально-бытовое обслуживание;
- санаторно-курортное лечение;
- транспортное обслуживание инвалидов.

Законом о социальной защите инвалидов (в ред. Федерального закона от 22 августа 2004 г.) (ст. 28.1) урегулированы условия и порядок предоставления лицам с ограниченными возможностями ежемесячной денежной выплаты. Такие выплаты заменили некоторые льготы, ранее предоставлявшиеся инвалидам в натуральной форме.

Ежемесячная денежная выплата устанавливается в следующих размерах:

- инвалидам, имеющим III степень ограничения способности к трудовой деятельности, - 1400 рублей;
- инвалидам, имеющим II степень ограничения способности к трудовой деятельности, детям-инвалидам - 1000 рублей;
- инвалидам, имеющим I степень ограничения способности к трудовой деятельности, - 800 рублей;
- инвалидам, не имеющим степени ограничения способности к трудовой деятельности, за исключением детей-инвалидов, - 500 рублей.

Размер ежемесячной денежной выплаты индексируется в порядке, предусмотренном ст. 17 Федерального закона от 17 декабря 2001 г. N 173-ФЗ "О трудовых пенсиях в Российской Федерации" для индексации размера базовой части трудовой пенсии.

В результате реформы социальных льгот некоторые категории граждан (в том числе инвалиды) получили право на государственную социальную помощь в виде набора социальных услуг в

соответствии с Федеральным законом от 17 июля 1999 г. N 178-ФЗ "О государственной социальной помощи". В состав набора социальных услуг включаются следующие социальные услуги:

дополнительная бесплатная медицинская помощь, в том числе предусматривающая обеспечение необходимыми лекарственными средствами по рецептам врача (фельдшера), предоставление при наличии медицинских показаний путевки на санаторно-курортное лечение, осуществляемые в соответствии с законодательством об обязательном социальном страховании. На оплату данной социальной услуги направляется 400 рублей в месяц;

бесплатный проезд на пригородном железнодорожном транспорте, а также на междугородном транспорте к месту лечения и обратно. На оплату услуги ежемесячно расходуется 50 рублей.

При предоставлении социальных услуг граждане, имеющие ограничение способности к трудовой деятельности III степени, и дети-инвалиды имеют право на получение на тех же условиях второй путевки на санаторно-курортное лечение и на бесплатный проезд на пригородном железнодорожном транспорте, а также на междугородном транспорте к месту лечения и обратно для сопровождающего их лица.

Гражданин может выбрать форму получения такой помощи: денежную или натуральную. Поскольку закон предоставляет право на получение набора социальных услуг в натуральной форме, гражданин должен ходатайствовать. Для этого ему необходимо в установленный законом срок подать соответствующее заявление об отказе от получения набора социальных услуг полностью или в какой-то его части. Сумма средств, направляемая на оплату предоставления набора социальных услуг (либо одной социальной услуги в случае, если гражданин воспользовался своим правом на отказ от предоставления одной из социальных услуг), удерживается из состава начисленной гражданину ежемесячной денежной выплаты.

Жилищное обеспечение инвалидов, включая лиц, страдающих психическими расстройствами, с принятием нового Жилищного кодекса РФ, который вступил в силу с 1 марта 2005 г., осуществляется по новым правилам. Статья 17 Федерального закона "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" проводит дифференциацию порядка обеспечения жильем инвалидов в зависимости от срока постановки на учет для улучшения жилищных условий. Если гражданин встал на учет до 1 января 2005 г., государство сохраняет за собой обязанность обеспечить его жильем за счет средств федерального бюджета в соответствии со ст. 28.2. Инвалиды и семьи, имеющие детей-инвалидов, нуждающиеся в улучшении жилищных условий, вставшие на учет после указанной даты, обеспечиваются жилым помещением в соответствии с жилищным законодательством РФ, т.е. только после проверки уровня доходов и признания их малоимущими. Разработка эффективного механизма обеспечения социальным жильем, как видим, важна еще и потому, что законодательством о социальной защите населения предусмотрено усиление адресности социальной защиты граждан при предоставлении им жилья.

Перечень заболеваний, дающих инвалидам, страдающим ими, право на дополнительную жилую площадь, был утвержден постановлением Правительства РФ от 21 декабря 2004 г. N 817. Он включает в себя заболевания, представляющие опасность для окружающих (активные формы туберкулеза всех органов и систем, проказа, ВИЧ-инфекция у детей и др.), и другие виды заболеваний, наличие которых создает определенные неудобства как для самого инвалида, так и для лиц, его окружающих (множественные поражения кожи, пороки развития лица и черепа с нарушением функций дыхания, жевания, глотания и т.д.). В него включены также психические заболевания, требующие обязательного диспансерного наблюдения.

Перечень заболеваний, при наличии которых невозможно совместное проживание с гражданином в одной квартире, в связи с чем должно быть предоставлено вне очереди жилое помещение по договору социального найма (ст. 51 и 57 ЖК РФ), на сегодняшний день Правительством РФ не утвержден, но он должен включать тяжелые психические расстройства с частыми болезненными проявлениями.

Если психически больной проживает в жилом помещении, предоставленном ему по договору социального найма, в случае его временного помещения в психиатрическое учреждение он сохраняет право пользования жилым помещением без ограничения его каким-либо сроком. Но если такое лицо помещено в психоневрологическое учреждение социального обслуживания для постоянного проживания там, оно должно быть снято с регистрационного учета по прежнему месту жительства и освободить занимаемое им жилье.

Законодательство предусматривает финансирование мероприятий по социальной защите инвалидов за счет различных источников: как бюджетов разных уровней, так и иных. Государственные и муниципальные расходы на разработку и производство транспортных средств с учетом нужд инвалидов, приспособление транспортных средств, средств связи и информации для беспрепятственного доступа к ним инвалидов и использования их инвалидами, создание условий инвалидам для беспрепятственного доступа к объектам инженерной, транспортной и социальной инфраструктур осуществляются в пределах ассигнований, ежегодно предусматриваемых на эти цели в бюджетах всех уровней. Расходы на

проведение указанных мероприятий, не относящиеся к государственным и муниципальным расходам, осуществляются за счет других источников, не запрещенных законодательством РФ.

3.3.3. Социальная защита психически больных лиц в области регулирования трудовых отношений

Конституционное право на труд принадлежит каждому, согласно ст. 37 Основного закона страны. Трудовой кодекс РФ в ст. 3 запрещает дискриминацию в сфере труда. Каждый имеет равные возможности для реализации своих трудовых прав. Никто не может быть ограничен в трудовых правах и свободах или получать какие-либо преимущества независимо от пола, расы, цвета кожи, национальности, языка, происхождения, имущественного, социального и должностного положения, возраста, места жительства, отношения к религии, политических убеждений, принадлежности или непринадлежности к общественным объединениям, а также от других обстоятельств, не связанных с деловыми качествами работника. Не являются дискриминацией установление различий, исключений и предпочтений, а также ограничение прав работников, которые определяются свойственными данному виду труда требованиями либо обусловлены особой заботой государства о лицах, нуждающихся в повышенной социальной и правовой защите.

Лица, страдающие психическими расстройствами, по общему правилу, не ограничиваются в трудовых правах. Следует подчеркнуть, что признание лица недееспособным в силу психического расстройства, осуществляемое по правилам ГК РФ и ГПК РФ, касается только гражданской дееспособности и не влияет на объем трудовой правосубъектности данного лица. Поскольку трудовые обязанности можно выполнять только лично, можно сделать вывод о том, что лицо, признанное недееспособным, может выступать субъектом трудовых правоотношений, за исключением правовых связей, которые возникают между работником и работодателем по поводу получения заработной платы. В данном случае право недееспособного работника на получение заработной платы должен реализовать его опекун в соответствии с общими требованиями гражданского законодательства.

Значение реализации трудовой правосубъектности для лиц, страдающих психическими расстройствами, обусловлено не только необходимостью самообеспечения, но и реабилитационным по своей правовой природе характером труда для таких категорий граждан. Трудовая деятельность не только позволяет человеку сохранить свой социальный статус, но и оказывает положительное влияние на терапию психического заболевания.

Между тем в условиях рыночной экономики ситуация на рынке труда не всегда позволяет обеспечить реализацию и защиту прав психически больных лиц. Как отмечается в докладе о деятельности Уполномоченного по правам человека в РФ за 2000 г., трудоустройство граждан, страдающих психическими расстройствами, в настоящее время практически невозможно. Они почти вытеснены из сферы производства. Прежде для трудоспособных психически больных людей создавали специальные цеха на предприятиях. Подобная реабилитация была эффективной, а изделия отправлялись даже на экспорт. Сейчас многие предприятия прекратили сотрудничество с учреждениями, оказывающими психиатрическую помощь гражданам. В существующих при учреждениях лечебно-производственных мастерских резко сократился ассортимент работ. Для социальной адаптации нужны реабилитационные центры, но даже в столице их недостаточно. Информация общественных организаций, в частности Общества родственников душевнобольных "Поддержка", указывает на невозможность найти работу даже для тех больных, которые социально адаптированы. Специальная биржа труда в Москве для инвалидов "Оазис- труд" таких больных не регистрирует. Будучи отстраненными от трудовой жизни, люди лишаются приобретенных навыков, усугубляются их заболевания.

Особенности правового статуса психически больных в сфере трудовых правоотношений можно проанализировать исходя из двух условий: во-первых, сточки зрения ограничений при приеме на работу и, во-вторых, в процессе трудовой деятельности.

ТК РФ запрещает необоснованный отказ в приеме на работу (ст. 64). По требованию лица, которому было отказано в заключении трудового договора, работодатель обязан сообщить причину отказа в письменной форме. Отказ в приеме на работу может быть обжалован в судебном порядке. В постановлении Пленума Верховного Суда РФ от 17 марта 2004 г. N 2 "О применении судами Российской Федерации Трудового кодекса Российской Федерации" подчеркивается, что обоснованным признается отказ в приеме на работу по обстоятельствам, связанным с деловыми качествами работника. Пленум Верховного Суда РФ разъяснил, что под деловыми качествами работника следует понимать, в частности, способности физического лица выполнять определенную трудовую функцию с учетом имеющихся у него профессионально-квалификационных качеств (например, наличие определенной профессии, специальности, квалификации), личностных качеств работника (например, состояние

здоровья, наличие определенного уровня образования и т.д.). Таким образом, отказ в приеме на работу в связи с наличием заболевания, в том числе психического, должен быть обоснован работодателем с точки зрения невозможности выполнения определенной трудовой функции.

Кроме того, работодатель вправе предъявить к лицу, претендующему на вакантную должность или работу, иные требования, обязательные для заключения трудового договора в силу прямого предписания федерального закона. Например, для выполнения отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источниками повышенной опасности, Закон о психиатрической помощи устанавливает противопоказания, имеющие характер правоограничений для лиц, страдающих теми или иными психическими заболеваниями. Перечень медицинских психиатрических противопоказаний был утвержден постановлением Правительства РФ от 28 апреля 1993 г. и впоследствии подвергался дополнениям. Так, постановлением Правительства РФ от 23 мая 1998 г. был установлен запрет задействовать лиц, больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, на работах, связанных с культивированием наркосодержащих растений, а также на работах, непосредственно связанных с оборотом этих средств, и т.п.

Общими медицинскими психиатрическими противопоказаниями для указанных выше работ являются хронические и затяжные психические расстройства с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, эпилепсия с пароксизмальными расстройствами. Выраженные формы пограничных психических расстройств рассматриваются в каждом случае индивидуально. Общим функциональным исследованием, которое применяется ко всем лицам, в отношении которых решается вопрос о допуске к определенным работам, является электроэнцефалография. В отношении отдельных видов деятельности установлены дополнительные противопоказания и дополнительные виды обследования. Возможна также индивидуальная оценка профессиональной пригодности, в том числе основанная на проведении функциональных проб.

Гражданин может быть временно (на срок не более 5 лет с правом последующего переосвидетельствования) признан непригодным вследствие психического расстройства к выполнению отдельных видов деятельности на основании заключения врачебной комиссии, уполномоченной на то органом здравоохранения. Такое заключение выносится исходя из оценки состояния психического здоровья гражданина в соответствии с перечнем медицинских психиатрических противопоказаний. Полномочия по решению вопроса о допуске к соответствующим видам деятельности передаются ведомственным медицинским комиссиям (например, на железнодорожном, водном или воздушном транспорте), клинико-экспертным комиссиям психиатрических учреждений или комиссиям, создаваемым в учреждениях МСЭ.

В качестве ограничения права на выбор формы реализации права на труд можно рассматривать также освидетельствование лиц, поступающих на военную службу или службу в правоохранительных органах. Такие ограничения устанавливаются в процессе проведения военно-врачебной экспертизы. Военно-врачебная экспертиза - это вид медицинской экспертизы, которая проводится в мирное и военное время в целях определения категории годности граждан РФ по состоянию здоровья к военной службе, службе в органах внутренних дел, а также для определения причинной связи увечий (ранений, травм, контузий) и заболеваний у граждан с прохождением ими военной службы (военных сборов), службы в органах внутренних дел.

Положение о военно-врачебной экспертизе было утверждено постановлением Правительства РФ от 25 февраля 2003 г. Для ее проведения в Вооруженных Силах, федеральных органах исполнительной власти, в которых законом предусмотрена военная служба, создаются военно-врачебные и врачебно-летные комиссии. В отдельных случаях военно-врачебные комиссии (далее - ВВК) могут создаваться в медицинских учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения. Законодательство предусматривает создание штатных и нештатных военно-врачебных и врачебно-летных комиссий. Так, штатными комиссиями являются Центральные ВВК и ВПК Министерства обороны РФ, ВВК военных округов, флота, флотилии, Военно-медицинской академии и т.д. Нештатные комиссии могут быть постоянно действующими (например, госпитальные и гарнизонные ВВК, комиссии военных комиссариатов районов, городов без районного деления, иных муниципальных образований и т.д.) и временно действующими (ВВК военно-учебных заведений, ВВК для медицинского освидетельствования граждан, призванных на военную службу и прибывших к месту службы, и др.) (п. 3-5 Инструкции о порядке проведения военно-врачебной экспертизы в Вооруженных Силах Российской Федерации, утв. приказом Минобороны России от 20 августа 2003 г.).

На ВВК возлагаются организация и проведение медицинского освидетельствования граждан, поступающих на военную службу, обучающихся в военных образовательных учреждениях, проходящих службу либо уволенных с нее, и т.д., а также определение причинной связи заболеваний и травм с прохождением военной службы и решение других вопросов. Медицинское освидетельствование военнослужащих, граждан, проходящих военные сборы, лиц рядового и начальствующего состава (должностных лиц) органов, получивших в период военной службы (службы в органах) увечье,

заболевание, проводится для определения категории годности их к военной службе (службе в органах) при определившемся врачом-экспертом исходе.

Под определившимся врачом-экспертом исходом понимается такое состояние здоровья, когда результаты обследования и лечения дают основание военно-врачебной комиссии (врачебно-лечной комиссии) вынести заключение о категории годности к военной службе (службе в органах) и когда дальнейшее лечение не приведет к изменению этой категории годности.

Под освидетельствованием понимаются изучение и оценка состояния здоровья и физического развития граждан на данный момент в целях определения их годности к военной службе обучению по военно-учетной специальности и для разрешения иных вопросов, с вынесением письменного заключения. Заочное освидетельствование, по общему правилу, запрещается. Заключение ВВК действительно в течение года с момента освидетельствования. Решения ВВК могут быть обжалованы в вышестоящие комиссии или в суд.

Медицинские учреждения должны по запросам военных комиссаров сообщать сведения о гражданах, состоящих на учете (наблюдении) по поводу наркомании, алкоголизма, токсикомании, ВИЧ-инфицирования, а также представлять медицинские карты таких больных. Лица, ознакомленные со сведениями, составляющими врачебную тайну, несут ответственность за их разглашение. По окончании освидетельствования военные комиссариаты возвращают указанные документы в лечебные учреждения.

При проведении военно-врачебной экспертизы комиссии руководствуются требованиями к состоянию здоровья, под которыми понимаются медицинские показатели, характеризующие состояние здоровья граждан и категории их годности к военной службе. Эти требования составлены в табличной форме и являются приложением к Положению о военно-врачебной экспертизе. В таблице есть следующие главы: статьи расписания болезней, наименование болезней, категории годности к военной службе и пояснения к применению статей расписания болезней. Наряду с другими видами заболеваний в названном нормативном акте указываются и психические расстройства.

Освидетельствование граждан ВВК проводится в соответствии с Федеральным законом от 28 марта 1998 г. N 53-ФЗ "О воинской обязанности и военной службе" при первоначальной постановке на воинский учет и призыве на военную службу. Медицинское освидетельствование проводится врачами следующих специальностей: терапевтом, хирургом, невропатологом, психиатром, окулистом, оториноларингологом, стоматологом, а при необходимости также и другими. Врач, который руководит работой врачей-специалистов по медицинскому освидетельствованию призывников, включается в состав призывной комиссии, создаваемой в районе, городе без районного деления и прочих муниципальных образованиях. В состав призывных комиссий субъекта РФ входят непосредственно врачи-специалисты. Призывные комиссии субъекта РФ организуют медицинский осмотр граждан, не пребывающих в запасе, призванных на военную службу, перед направлением их к месту прохождения военной службы, а также контрольное медицинское освидетельствование граждан, получивших освобождение от призыва на военную службу по состоянию здоровья, и граждан, заявивших о несогласии с заключениями об их годности к военной службе по результатам медицинского освидетельствования.

По результатам освидетельствования дается заключение о категории годности к службе. Установлены пять категорий годности: "А"- годен к военной службе; "Б"- годен с незначительными ограничениями (такие лица не могут проходить службу в воздушно-десантных войсках, на флоте); "В" - ограниченно годен; "Г" - временно не годен; "Д" - не годен. Решение о призыве на службу принимается с учетом заключения военно-врачебной экспертизы о категории годности. Следует подчеркнуть, что гражданин обязан пройти освидетельствование, которое является составной частью призыва (ст. 26 Федерального закона "О воинской обязанности и военной службе"). В соответствии со ст. 21.6 Кодекса РФ об административных правонарушениях уклонение от медицинского освидетельствования либо обследования по направлению комиссии по постановке граждан на воинский учет или от медицинского обследования по направлению призывной комиссии влечет предупреждение или наложение административного штрафа в размере от 1/2 до 5 МРОТ.

В случае невозможности получить медицинское заключение гражданин может быть направлен на амбулаторное или стационарное обследование в лечебные учреждения, расположенные на соответствующей территории. При необходимости могут быть проведены лечебно-оздоровительные мероприятия.

Освидетельствованию подлежат также лица, поступающие на военную службу по контракту, граждане, поступающие в кадетские корпуса и военно-учебные заведения, а в ряде случаев - военнослужащие (например, в случае болезни) и лица, пребывающие в запасе.

Хронические и затяжные психические расстройства с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, а также алкоголизм, наркомания, токсикомания включены в Перечень заболеваний, препятствующих назначению на должность судьи, который был

утвержден постановлением Совета судей РФ от 26 декабря 2002 г.

Если психическое расстройство возникло или было выявлено у работника в период действия трудового договора, то могут наступать правовые последствия, дифференцированные в зависимости от того, насколько наличие заболевания влияет на выполнение трудовых обязанностей.

Во-первых, если согласно медицинскому заключению работнику потребуется перевод на другую работу, от которого он откажется, то возможно прекращение трудового договора по п. 8 ст. 77 ТК РФ.

Во-вторых, в случае обнаружения несоответствия работника занимаемой должности или выполняемой работе вследствие состояния здоровья в соответствии с медицинским заключением, возможно расторжение трудового договора по подп. "а" п. 3 ст. 81 ТК РФ. Увольнение по этому основанию допускается, если невозможно перевести работника с его согласия на другую работу. Если работник обратится в суд с иском о восстановлении на работе, работодатель обязан будет представить доказательства, подтверждающие, что состояние здоровья работника в соответствии с медицинским заключением препятствовало надлежащему исполнению работником своих трудовых обязанностей. Пленум Верховного Суда РФ разъяснил, что если работник надлежащим образом выполняет свои трудовые обязанности, но при этом обнаружится, что он нуждается в соответствии с медицинским заключением в предоставлении ему другой работы вследствие того, что выполняемая работа ему противопоказана или опасна для коллектива работников или обслуживаемых им граждан, в силу ч. 2 ст. 72 ТК РФ при отказе работника от перевода на другую имеющуюся работу, не противопоказанную ему по состоянию здоровья, либо отсутствию в организации соответствующей работы трудовой договор прекращается по п. 8 ст. 77 ТК РФ.

В-третьих, если работник будет признан полностью нетрудоспособным в соответствии с медицинским заключением, трудовой договор прекращается на основании п. 5 ст. 83 ТК РФ. Следует заметить, что ни Кодекс, ни постановление Пленума Верховного Суда, ни подзаконные акты не разъясняют, какие медицинские учреждения и в каком порядке должны выдавать подобные заключения. Логично предположить, что такие заключения о степени ограничения способности к трудовой деятельности должны выдавать учреждения МСЭ согласно названному выше нормативному акту. Полная неспособность к трудовой деятельности, в том числе в специально создаваемых условиях, а также противопоказанность трудовой деятельности служат основанием для установления III степени ограничения способности к трудовой деятельности. При этом медико-социальная экспертная комиссия исходит из имеющихся профессиональных знаний, умений и навыков, а способность к трудовой деятельности оценивает комплексно с учетом способности к воспроизведению знаний и навыков в виде продуктивного труда, к осуществлению трудовой деятельности на рабочем месте, к взаимодействию с другими людьми в процессе труда, к мотивации труда, к соблюдению рабочего графика и т.д.

В интересах охраны психического здоровья граждан при работе с наркотическими средствами и психотропными веществами некоторые ограничения и специальные правила были установлены Федеральным законом от 8 января 1998 г. N 3-ФЗ "О наркотических средствах и психотропных веществах".

Постановлением Правительства РФ от 6 августа 1998 г. были утверждены Правила допуска лиц к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами. Такой допуск осуществляется руководителями организаций, учреждений и предприятий независимо от организационно-правовой формы. Таким категориям работников должны разъяснить требования законодательства о наркотических средствах и психотропных веществах. В трудовой договор, заключаемый с ними, включаются взаимные обязательства сторон, связанные с оборотом соответствующих средств. Не допускаются к таким видам работ несовершеннолетние, лица, имеющие непогашенную или неснятую судимость за преступление средней тяжести, тяжкое или особо тяжкое преступление, либо за преступление, связанное с незаконным оборотом наркотиков (в том числе лица, которым было предъявлено обвинение в совершении таких преступлений), больные наркоманией, токсикоманией и хроническим алкоголизмом, а также лица, признанные в установленном порядке непригодными к выполнению работ, связанных с оборотом наркотиков. В целях получения необходимых сведений кадровая служба предприятия обращается с запросами в органы внутренних дел, в учреждения здравоохранения. Направлять граждан за этими документами не допускается. На основании полученных сведений отдел кадров составляет письменное заключение о возможности допуска лица к таким видам работ, которое утверждается руководителем, после чего подписывается трудовой договор (контракт). Выяснение указанных выше обстоятельств, препятствующих выполнению таких видов работ, является основанием расторжения трудового договора. Студенты образовательных учреждений в ходе учебного процесса могут работать с наркотическими веществами лишь в присутствии лица, имеющего соответствующий допуск. Статья 59 Закона предусматривает повышенную материальную ответственность (в размере 100-кратного размера прямого действительного ущерба) работника, если неисполнение или ненадлежащее исполнение им трудовых обязанностей повлекло хищение либо недостачу наркотических средств или психотропных веществ.

3.3.4. Социальная защита психически больных лиц в области получения образования

Центральное место в системе прав человека занимает конституционное право на образование. Оно является естественным, неотъемлемым, неотчуждаемым правом. Его содержание многогранно. Реализация права на общее образование является основанием для получения профессионального образования, которое, в свою очередь, позволяет констатировать наличие определенных профессионально-квалификационных цензов, необходимых для реализации права на труд в тех или иных формах.

Как отмечалось выше, общеобразовательное и профессиональное обучение несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами, обучение новым профессиям психически больных лиц рассматриваются в Законе "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан на ее оказание" в качестве важной меры их социальной защиты.

Возможность реализации права на образование, а главное - формы его реализации зависят от степени тяжести психического расстройства. Если оно не предполагает глубоких изменений личности человека, получение образования возможно на общих основаниях в образовательных учреждениях соответствующего уровня. Для приема в образовательные учреждения необходимо представить документы, отражающие состояние здоровья потенциального обучающегося (например, результаты психолого-медико-педагогического тестирования, справку из медицинского учреждения о состоянии здоровья). Названные документы позволяют определить, возможно ли обучение данного лица в учреждениях общего типа. Например, прием в образовательные учреждения высшего и среднего профессионального образования проводится по личному заявлению граждан на основе результатов вступительных испытаний, проводимых с целью определения возможности поступающих осваивать соответствующие профессиональные образовательные программы. При подаче заявления абитуриент должен представить документ, удостоверяющий его личность и гражданство. К заявлению должны быть приложены оригинал документа об образовании, необходимое количество фотографий, медицинская справка, подтверждающая, что обучение по данной специальности ему не противопоказано, а также документы, подтверждающие его право на льготы при поступлении.

Наличие в системе образования специализированных образовательных учреждений позволило некоторым специалистам сделать вывод о существовании так называемого специального образования. Это образование уровней: общее, начальное профессиональное, среднее профессиональное, высшее профессиональное, - для получения которого лицами с ограниченными возможностями здоровья создаются особые условия. Специальные образовательные программы для таких категорий обучающихся могут реализовываться в специализированных образовательных учреждениях (например, для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, и др.). На наш взгляд, здесь речь идет об особенностях организации образовательного процесса и формы получения образования, но не об особом виде образования.

К числу специализированных образовательных учреждений, которые ориентированы в том числе на обучение лиц, страдающих психическими расстройствами, относятся, в частности, образовательные учреждения для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, в которые с согласия родителей (законных представителей) принимаются дети с проблемами развития, с нарушениями эмоционально-волевой сферы и др.

Несовершеннолетние, страдающие психическими расстройствами (с задержкой психического развития, умственно отсталые и др.), могут также приниматься в специальные (коррекционные) образовательные учреждения для обучающихся (воспитанников) с отклонениями в развитии. Типовое положение о таком учреждении было утверждено постановлением Правительства РФ от 12 марта 1997 г. Для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии создаются следующие специальные (коррекционные) образовательные учреждения: начальная школа- детский сад; общеобразовательная школа; общеобразовательная школа-интернат.

Коррекционное учреждение обеспечивает воспитанникам условия для обучения, воспитания, лечения, социальной адаптации и интеграции в общество. Содержание образования в коррекционном учреждении определяется образовательной программой, разрабатываемой исходя из особенностей психофизического развития и индивидуальных возможностей воспитанников. Такая программа принимается и реализуется учреждением самостоятельно.

Для детей с проблемами психического развития принципиально важна такая часть образовательной программы, как трудовое обучение. В коррекционном учреждении оно осуществляется исходя из региональных, местных, этнонациональных условий, ориентированных на потребность в рабочих кадрах, и с учетом индивидуальных особенностей психофизического развития, здоровья, возможностей, а также интересов воспитанников и их родителей (законных представителей) на основе

выбора профиля труда, включающего в себя подготовку воспитанника для индивидуальной трудовой деятельности. Для организации трудового обучения мастерские коррекционного учреждения обеспечиваются необходимым оборудованием и инструментом.

Выпускникам коррекционных учреждений, имеющих государственную аккредитацию, выдается в установленном порядке документ государственного образца об уровне образования и (или) квалификации либо свидетельство об окончании этого коррекционного учреждения.

Направление детей в коррекционное учреждение осуществляется органами управления образованием только с согласия родителей (законных представителей) и по заключению психолого-педагогической и медико-педагогической комиссий. В таком же порядке после первого года обучения воспитанники могут быть переведены в специальный класс (группу) коррекционного учреждения.

Специфика деятельности таких учреждений отражена в письме Министерства образования РФ от 4 сентября 1997 г. Выделяют 8 видов таких учреждений. Дети с недостатками психического развития могут помещаться в учреждения VII и VIII видов. Коррекционное учреждение VII вида создается для обучения и воспитания детей с задержкой психического развития, у которых при потенциально сохраненных возможностях интеллектуального развития наблюдаются слабость памяти, внимания, недостаточность темпа и подвижности психических процессов, повышенная истощаемость, несформированность произвольной регуляции деятельности, эмоциональная неустойчивость. В данном случае преследуются цели обеспечения коррекции их психического развития и эмоционально-волевой сферы, активизации познавательной деятельности, формирования навыков и умений учебной деятельности. В таких учреждениях можно получить начальное общее и основное общее образование. Наполняемость класса (группы), группы продленного дня не должна превышать 12 человек. Перевод воспитанников в общеобразовательное учреждение осуществляется по мере коррекции отклонений в их развитии после получения начального общего образования.

Коррекционное учреждение VIII вида создается для обучения и воспитания детей с умственной отсталостью с целью коррекции отклонений в их развитии средствами образования и трудовой подготовки, а также социально-психологической реабилитации для последующей интеграции в общество. Сроки обучения в коррекционном учреждении VIII вида могут составлять 9-11 лет (с выдачей обучающимся свидетельств установленного образца).

Здесь организуются углубленная трудовая подготовка обучающихся, обучение разным по уровню сложности видам труда с учетом интересов воспитанников и в соответствии с их психофизическими возможностями, с учетом местных условий, потребности в рабочих кадрах, возможностей трудоустройства выпускников, продолжения их обучения в специальных группах учреждений начального профессионального образования. Обучение в коррекционном учреждении VIII вида завершается аттестацией (экзаменом) по трудовому обучению, состоящему из двух этапов: практической работы и собеседования по вопросам материаловедения и технологии изготовления изделия. Воспитанники коррекционного учреждения VIII вида, не прошедшие аттестацию, получают свидетельство об окончании учреждения.

Законодательство предусматривает специальные меры в области образования и воспитания детей, чье психическое здоровье находится под угрозой в связи с употреблением наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача. Это обстоятельство является одним из многих факторов, обуславливающих социально опасное положение несовершеннолетнего.

Федеральный закон от 24 июня 1999 г. "Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних" предусматривает проведение социально-педагогической реабилитации таких несовершеннолетних. Органы и учреждения, задействованные в системе профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних (включая органы управления образованием и образовательные учреждения) проводят индивидуальную профилактическую работу в отношении названных категорий несовершеннолетних. Социально-психологическую и педагогическую помощь таким категориям несовершеннолетних оказывают образовательные учреждения (начального общего, основного общего, среднего (полного) общего; начального профессионального, среднего профессионального образования и др.). Они обязаны выявлять несовершеннолетних, находящихся в социально опасном положении, а также не посещающих или систематически пропускающих занятия по неуважительным причинам, принимать меры по их воспитанию и получению ими основного общего образования. Несовершеннолетние, имеющие родителей или законных представителей, могут быть приняты на срок, не превышающий, как правило, одного года, в детские дома и школы-интернаты для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, если они проживают в семьях, пострадавших от стихийных бедствий, либо являются детьми одиноких матерей (отцов), безработных, беженцев или вынужденных переселенцев. В указанных образовательных учреждениях осуществляются их содержание, воспитание и обучение, обеспечивается защита их прав и законных интересов, проводится индивидуальная профилактическая работа с ними.

Для обучения и воспитания несовершеннолетних, требующих особого педагогического подхода,

создаются специальные учебно-воспитательные учреждения открытого типа (общеобразовательные школы, профессиональные училища и др.), в которых организуются психолого-медико-педагогическая реабилитация несовершеннолетних и индивидуальная профилактическая работа с ними. Для несовершеннолетних, совершивших преступления и не подлежащих уголовной ответственности в связи с недостижением установленного Уголовным кодексом возраста или отставания в психическом развитии либо освобожденных судом от наказания, создаются специальные учебно-воспитательные учреждения закрытого типа (школы, профессиональные училища, специальные (коррекционные) образовательные учреждения). Администрация таких учреждений должна обеспечить специальные условия содержания несовершеннолетних, их обучение, воспитание.

С учетом наличия психических расстройств могут быть установлены ограничения права граждан на прием в образовательные учреждения. Такие ограничения устанавливаются федеральным законодательством в тех случаях, когда гражданин страдает заболеваниями, представляющими опасность для окружающих. Например, постановлением Правительства РФ от 11 июля 2002 г. был утвержден Перечень заболеваний, препятствующих содержанию и обучению несовершеннолетних в специальных учебно-воспитательных учреждениях закрытого типа органов управления образованием*(4). В этот перечень наряду с другими заболеваниями включены психические расстройства.

Лица, страдающие психическими расстройствами, в целях последующего трудоустройства могут проходить профессиональную подготовку. Профессиональная подготовка, в отличие от профессионального образования, не преследует цель - повышение образовательного уровня. Она направлена на ускоренное приобретение обучающимся навыков, необходимых для выполнения определенной работы или группы работ. Ее можно получить как в образовательных учреждениях (например, в профессиональных училищах), так и непосредственно на предприятиях и в организациях, заключив для этого ученический договор. Права и обязанности работодателя по подготовке и переподготовке кадров закреплены в ст. 196 ТК РФ. Он проводит профессиональную подготовку, переподготовку, повышение квалификации работников, обучение их вторым профессиям непосредственно в организации, а при необходимости - в образовательных учреждениях начального, среднего, высшего профессионального и дополнительного образования на условиях и в порядке, которые определяются коллективным договором, соглашениями, трудовым договором.

Работникам, проходящим профессиональную подготовку, работодатель должен создавать необходимые условия для совмещения работы с обучением. Работники имеют право на профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации, включая обучение новым профессиям и специальностям. Оно реализуется путем заключения дополнительного договора между работником и работодателем.

С лицом, ищущим работу, работодатель может заключать ученический договор на профессиональное обучение, а с работником данной организации - ученический договор на переобучение без отрыва от работы (гл. 32 ТК РФ). В первом случае договор регулируется нормами гражданского права, а во втором - рассматривается как дополнительный к трудовому договору и регулируется нормами трудового права. Ученический договор заключается в письменной форме на срок, необходимый для обучения данной профессии, специальности, квалификации. Он составляется в двух экземплярах, один из которых хранится у работника, а другой - у работодателя. Действие ученического договора продлевается на время болезни ученика, прохождения им военных сборов и в других случаях, предусмотренных законодательством. Условия ученического договора можно разделить на две группы: обязательные и факультативные. К первой группе относятся такие условия, как наименование сторон; указание на конкретную профессию, специальность, квалификацию, приобретаемую учеником; обязанность работодателя обеспечить работнику возможность обучения в соответствии с ученическим договором; обязанность работника пройти обучение и в соответствии с полученной профессией, специальностью, квалификацией проработать по трудовому договору с работодателем в течение срока, установленного в ученическом договоре; срок ученичества; размер оплаты в период ученичества. Вторую группу составляют условия, определенные соглашением сторон.

Условия ученического договора, противоречащие Трудовому кодексу, коллективному договору, соглашениям, являются недействительными и не применяются. Ученический договор может быть расторгнут по тем же основаниям, что и трудовой.

Ученичество организуется в форме индивидуального, бригадного, курсового обучения и в иных формах. Время ученичества в течение недели не должно превышать нормы рабочего времени, установленной для работников аналогичного возраста, профессии, специальности при выполнении соответствующих работ. Возможно установление режима неполного рабочего времени или освобождение от работы на период ученичества для работников, работающих по трудовому договору. В период действия ученического договора работники не могут привлекаться к сверхурочным работам, направляться в служебные командировки, не связанные с ученичеством.

Ученикам в период ученичества выплачивается стипендия, размер которой определяется ученическим договором и зависит от получаемой профессии, специальности, квалификации, но не может быть ниже установленного федеральным законом минимального размера оплаты труда. Работа, выполняемая учеником на практических занятиях, оплачивается по установленным расценкам.

На учеников распространяется трудовое законодательство, включая законодательство об охране труда. Лицам, успешно завершившим ученичество, при заключении трудового договора с данным работодателем, не может быть установлен испытательный срок. Если ученик по окончании ученичества без уважительных причин не выполняет свои обязательства по договору, в том числе не приступает к работе, он по требованию работодателя возвращает ему полученную за время ученичества стипендию, а также возмещает другие понесенные работодателем расходы, связанные с ученичеством.

Раздел III. Особенности правового статуса медицинских работников психиатрических учреждений

Глава 1. Содержание и принципы правового статуса медицинских работников психиатрических учреждений

1.1. Права и обязанности медицинских работников и иных специалистов при оказании психиатрической помощи

Как отмечалось выше, психиатрическая помощь является в соответствии с законодательством РФ об охране здоровья граждан одним из видов специализированной помощи. Ее специфика заключается и в том, что наряду с врачами-психиатрами и средним медицинским персоналом в ее оказании задействованы и другие специалисты - социальные работники, социальные педагоги, социальные психологи, юристы. По своему правовому статусу в правоотношениях, связанных с оказанием психиатрической помощи, все названные субъекты могут рассматриваться в соответствии с Международными принципами защиты психически больных и оказания психиатрической помощи как "специалисты, работающие в области психиатрии". Этот термин, согласно названному международно-правовому документу, означает врача, клинического психолога, медицинскую сестру, работника социальной сферы или другое лицо, прошедшее соответствующую подготовку и обладающее необходимой квалификацией и конкретными навыками для оказания психиатрической помощи.

С учетом исторических традиций развития законодательства о психиатрической помощи можно сделать вывод о том, что в последние годы термин "защита прав человека в психиатрии" толкуется только как защита прав пациента. Не оспаривая значимости защиты прав и интересов лиц, страдающих психическими расстройствами, подчеркнем, что психиатрия направлена на защиту интересов всего общества, поскольку она должна обеспечить его безопасность от лиц, страдающих тяжелыми расстройствами психики с агрессивными проявлениями. В этой сфере защита прав и интересов должна гарантироваться также врачам-психиатрам, другим специалистам, участвующим в оказании психиатрической помощи, т.к. они подвергают свою жизнь и здоровье значительному риску, несут повышенные физические и психоэмоциональные нагрузки. Для них установлены достаточно жесткие обязанности и ответственность за их неисполнение (ненадлежащее исполнение). Законодательство предусматривает для таких категорий работников определенные льготы, но в условиях сужения их объема и сложностей в реализации они не могут компенсировать повышенный риск и особые условия труда.

Как подчеркивается в докладе о деятельности Уполномоченного по правам человека в РФ за 2000 г., в условиях социально-экономического кризиса не выполняются федеральные программы по психиатрии, из текущих финансовых средств едва удается выплачивать зарплату сотрудникам. Для эффективного функционирования системы оказания психиатрической помощи в масштабах страны необходимо дополнительно 3500 врачей-психиатров, 3600 медицинских психологов, 3900 психотерапевтов, 400 юрисконсульты, обеспечивающих юридическую помощь психически больным людям, 9500 социальных работников со средним специальным образованием. Защитой и дополнительными правами должны пользоваться все сотрудники психиатрических учреждений, непосредственно работающие в особо трудных и опасных условиях. Работа персонала, участвующего в оказании психиатрической помощи, признается деятельностью в особых условиях труда с предоставлением соответствующих привилегий и введением обязательного государственного страхования на случай причинения вреда их здоровью или смерти при исполнении служебных обязанностей. Однако специалисты немедицинских профессий, находящиеся в составе психиатрической службы (социальные работники, воспитатели, педагоги, юристы), не имеют четких гарантий своих прав,

хотя общение с пациентами нередко требует от них настоящего мужества.

Не случайно поэтому ст. 20 Закона о психиатрической помощи называет в одном ряду профессиональные права и обязанности врача-психиатра и иных специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи. Эти права и обязанности не конкретизируются в нормах данного Закона. Речь идет прежде всего о правах и обязанностях по трудовому договору, на основании которого работают данные лица в психиатрическом учреждении. Основные права и обязанности работников зафиксированы в ст. 21 ТК РФ. В частности, работник имеет право на заключение, изменение и расторжение трудового договора; предоставление ему работы, обусловленной трудовым договором; на рабочее место, соответствующее необходимым требованиям, на своевременную и полную выплату заработной платы, право на отдых, на полную достоверную информацию об условиях труда и требованиях охраны труда. Одним из важных прав работников является право на защиту своих прав, на разрешение индивидуальных и коллективных трудовых споров. Работник обязан добросовестно исполнять свои трудовые обязанности, соблюдать правила внутреннего трудового распорядка и дисциплину труда, выполнять установленные нормы труда, бережно относиться к имуществу работодателя и т.д.

Обязанности, составляющие содержание трудовой функции работника по определенной должности, специальности, квалификации, отражаются в должностных инструкциях, с которыми работодатель обязан ознакомить работника при приеме на работу.

Лица, участвующие в оказании психиатрической помощи, имеют также права и обязанности, вытекающие из законодательства об охране здоровья. Так, обязанности врачей-психиатров и иных медицинских работников корреспондируют правам пациента, закрепленным в ст. 30 Основ законодательства об охране здоровья граждан.

1.2. Независимость врача-психиатра

Несмотря на то что законодательство устанавливает общие права и обязанности для всех лиц, участвующих в оказании психиатрической помощи, правовой статус врача-психиатра отличается существенными особенностями. Так, согласно ст. 20 Закона о психиатрической помощи 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. В Законе подчеркивается, что заключение врача другой специальности о состоянии психического здоровья гражданина носит предварительный характер и не может служить основанием для решения вопроса об ограничении его прав и законных интересов, а также для предоставления ему льгот и мер социальной защиты.

Одним из важнейших принципов профессионального правового статуса врача-психиатра является его независимость. Согласно ст. 21 Закона о психиатрической помощи при оказании такой помощи врач-психиатр независим в своих решениях и руководствуется только медицинскими показаниями, врачебным долгом и законом. Если мнение врача не совпадает с решением врачебной комиссии, он вправе дать свое заключение, которое в обязательном порядке должно быть приобщено к медицинской документации.

Независимость врача-психиатра позволяет обеспечить защиту прав и интересов пациентов при оказании психиатрической помощи, а также обезопасить общество от агрессивных проявлений психически больных субъектов. Никто не может принуждать врача-психиатра к вынесению того или иного решения в отношении конкретного пациента.

Этим целям служит также принцип коллегиальности при решении ряда вопросов, связанных с недобровольным оказанием психиатрической помощи. В частности, лицо, недобровольно помещенное в психиатрический стационар, в течение 48 часов должно быть подвергнуто комиссионному психиатрическому освидетельствованию для решения вопроса об обоснованности госпитализации. Участвуя в работе комиссии, врач независим, что обеспечивается его правом дать собственное заключение по рассматриваемому вопросу.

1.3. Соотношение правового и этического регулирования деятельности врачей-психиатров

Согласно ст. 19 Закона о психиатрической помощи деятельность врача-психиатра, иных специалистов и медицинского персонала по оказанию психиатрической помощи строится на основе профессиональной этики и осуществляется в соответствии с законом. Следует обратить внимание на то, что этика поставлена законодателем на первое место среди других социальных регуляторов, которые применяются в сфере психиатрической помощи.

В 1994 г. на Пленуме правления российского общества психиатров был принят Кодекс профессиональной этики психиатра. Он отражает этические стандарты профессиональной практики, признанные международным психиатрическим сообществом. Он распространяется только на врачей, и это вызывает ряд вопросов в связи с тем, что в процессе оказания этого вида медицинской помощи участвуют не только врачи, но и средний медперсонал, иные специалисты. Представляется необходимым разработать соответствующие этические правила и для них. Право в данном случае выступает в качестве внешнего, а профессиональная этика - внутреннего регулятора профессионального поведения врачей.

Кодекс состоит из преамбулы и 12 статей. В преамбуле подчеркивается назначение Кодекса: обозначить нравственные ориентиры, дать психиатрам "ключи" к принятию решений в сложных проблемных ситуациях, свести к минимуму риск совершения ошибок, защитить психиатров от возможных неправомерных претензий. Оценка сложных ситуаций осуществляется с этической, правовой и медицинской точек зрения. В Кодексе воспроизводятся некоторые положения законодательства об охране здоровья и о психиатрической помощи. В частности, в ст. 7 закрепляется обязанность психиатра уважать право пациента соглашаться или отказываться от предлагаемой психиатрической помощи после предоставления необходимой информации, в ст. 8 - обязанность психиатра по обеспечению конфиденциальности и сохранению врачебной тайны. В статье 9 речь идет об условиях и порядке проведения испытаний новых методов лечения. Ответственность за нарушение Кодекса определяется Уставом Российского общества психиатров.

Разработка этических норм врачебной деятельности - это одна из важнейших задач профессиональных медицинских ассоциаций. В соответствии со ст. 62 Основ законодательства об охране здоровья граждан медицинские и фармацевтические работники имеют право на создание профессиональных ассоциаций и других общественных объединений, которые формируются на добровольной основе для защиты их прав, развития медицинской и фармацевтической практики, содействия научным исследованиям, решения иных вопросов, связанных с их профессиональной деятельностью.

Профессиональные ассоциации медицинских и фармацевтических работников создаются в порядке, предусмотренном Федеральным законом "Об общественных объединениях". На сегодняшний день в России функционируют такие профессиональные объединения, как созданная на основе ассоциаций врачей Москвы, Санкт-Петербурга, Ростова-на-Дону и других городов неправительственная организация Ассоциация врачей России (АВР).

Профессиональные ассоциации принимают участие в разработке норм медицинской этики, осуществлении контроля за их соблюдением, решении вопросов, связанных с их нарушением. В перспективе ассоциации должны будут играть существенную роль в лицензировании медицинской и фармацевтической помощи, а также в разработке стандартов качества медицинской помощи, программ и критериев подготовки и повышения квалификации работников, в присвоении им квалификационных категорий. По действующим нормам право участвовать в сертификации работников здравоохранения предоставлено ассоциациям, но в силу своего недостаточного развития они не могут его реализовать в полной мере. Профессиональные ассоциации должны быть задействованы в процедурах определения тарифов на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования. По мере их развития профессиональные ассоциации могут способствовать становлению института независимой медицинской экспертизы.

Глава 2. Особенности правового регулирования труда медицинских работников психиатрических учреждений

2.1. Допуск к профессиональной деятельности в области психиатрии

Право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское и фармацевтическое образование в РФ, имеющие диплом и специальное звание, а право на занятие определенными видами деятельности, перечень которых определяется Минздравом России, - также сертификат специалиста.

Профессиональное образование специалистов с высшим медицинским или фармацевтическим образованием осуществляется в два этапа:

- 1) додипломная (общеврачебная) подготовка сроком в 6 лет;
- 2) последипломная (собственно профессиональная) подготовка, которая может охватывать период от одного до четырех лет в зависимости от избранной специальности.

На додипломном этапе подготовка проводится согласно Государственным образовательным

стандартам по семи специальностям: лечебное дело; педиатрия; медико-профилактическое дело; стоматология; фармация; сестринское дело и валеология. Медицинские вузы, откликаясь на запросы практики, осуществляют подготовку по таким новым направлениям, как социальная работа и реабилитация, спортивная медицина, медицинская психология, медицина катастроф, менеджмент и маркетинг в здравоохранении и др. Этот этап в подготовке специалистов с медицинским и фармацевтическим образованием завершается проведением итоговой государственной междисциплинарной аттестации. Она включает в себя аттестационное тестирование, которое проводится по типовым заданиям, утвержденным Минздравом России, на основе единого банка междисциплинарных аттестационных заданий, охватывающих содержание различных дисциплин (гуманитарных, социально-экономических, естественно-научных, медико-биологических, медико-профилактических, клинических). Задания включают в себя как теоретическую (например, тестовые задания), так и практическую часть (решение ситуационных задач, например фрагмент истории болезни, эпикриза, экспертное заключение и т.п.). За аттестационным тестированием следует практический этап, предполагающий оценку профессиональной подготовки выпускников по их умениям и навыкам. Этот этап осуществляется в лечебно-профилактических учреждениях и на выпускающих кафедрах. Завершающий этап аттестации выпускника - это итоговое собеседование. Лицам, успешно прошедшим итоговую аттестацию, образовательным учреждением профессионального образования выдается диплом - документ об уровне образования и специальности. Диплом необходим при приеме на работу в учреждения здравоохранения на должности медицинского персонала.

Лица, окончившие высшие медицинские образовательные учреждения, при получении диплома в торжественной обстановке дают клятву врача. Ее содержание закреплено в ст. 60 Основ законодательства об охране здоровья граждан (в ред. Федерального закона от 20 декабря 1999 г.): "Получая высокое звание врача и приступая к профессиональной деятельности, я торжественно клянусь:

честно исполнять свой врачебный долг, посвятить свои знания и умения предупреждению и лечению заболеваний, сохранению и укреплению здоровья человека;

быть всегда готовым оказать медицинскую помощь, хранить врачебную тайну, внимательно и заботливо относиться к больному, действовать исключительно в его интересах независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств;

проявлять высочайшее уважение к жизни человека, никогда не прибегать к осуществлению эвтаназии;

хранить благодарность и уважение к своим учителям, быть требовательным и справедливым к своим ученикам, способствовать их профессиональному росту;

доброжелательно относиться к коллегам, обращаться к ним за помощью и советом, если этого требуют интересы больного, и самому никогда не отказывать коллегам в помощи и совете;

постоянно совершенствовать свое профессиональное мастерство, беречь и развивать благородные традиции медицины".

Факт дачи клятвы врача удостоверяется подписью под соответствующей отметкой в дипломе с указанием даты. Основы предусматривают, что за нарушение клятвы врачи несут ответственность, установленную законодательством. Проблема заключается в том, что конкретные меры такой ответственности законодательством не предусмотрены. Это делает невозможным привлечение к ответственности врача, нарушившего свои моральные обязательства, и тем самым нивелирует деонтологическое и юридическое значение клятвы врача.

Последипломное образование призвано обеспечить подготовку выпускников медицинских и фармацевтических вузов к самостоятельной профессиональной деятельности; повышение квалификации практических врачей; переподготовку специалистов с учетом изменения ситуации на рынке труда; подготовку специалистов к аттестации, а также внедрение в практику здравоохранения новых прогрессивных технологий и методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации. Оно осуществляется в следующих формах:

интернатура (1 год) (на кафедре, на ее клинических базах);

ординатура для углубленного изучения специальности (на клинических базах) (2-3 года);

подготовка по одной из образовательно-профессиональных программ (1-4 года);

переподготовка врачей всех специальностей в целях повышения квалификации и сдачи экзамена на соответствующую квалификационную категорию (вторую, первую или высшую) (организуется различными по продолжительности и формам циклами обучения);

аспирантура или докторантура для подготовки специалистов высшей квалификации для медицинской науки и образования (в пределах трех лет).

Положение о порядке допуска к осуществлению профессиональной (медицинской и

фармацевтической) деятельности было утверждено приказом Минздравмедпрома России от 19 декабря 1994 г. Оно было отменено приказом Министерства здравоохранения от 11 января 2000 г. в связи с тем, что не прошло регистрации в Министерстве юстиции (письмо Минюста от 5 ноября 1999 г.). В настоящее время на практике применяется утвержденный приказом Минздрава СССР от 13 июля 1989 г. Перечень высших и средних специальных учебных заведений, подготовка и полученные звания в которых дают право заниматься медицинской и фармацевтической деятельностью. В нем предусматриваются наименования учебных заведений, полученные специальность, квалификация либо срок обучения и соответствующие им должности, которые могут быть замещены специалистами по окончании обучения. Министерство осуществляет подготовку нового нормативного акта о допуске к профессиональной деятельности в здравоохранении.

В действовавшем ранее акте довольно подробно регулировался порядок допуска, получения сертификата специалиста. Лица, окончившие высшие медицинские и фармацевтические учебные заведения, могли получить разрешение на право заниматься определенными видами профессиональной деятельности после прохождения полного курса обучения в соответствии с программой послевузовского профессионального образования (докторантура, аспирантура, ординатура) или дополнительного образования (первичная специализация - интернатура) и получения сертификата специалиста. Лица, окончившие средние медицинские и фармацевтические учебные заведения, могли получить разрешение на осуществление профессиональной деятельности на основании диплома о профессиональном образовании и квалификации, а на занятие теми видами деятельности, которые требуют дополнительной подготовки, - после прохождения курсов специализации и получения сертификата специалиста. Лица, не завершившие высшего образования по указанному профилю и получившие справку установленного образца, могли заниматься профессиональной деятельностью под контролем специалиста при соблюдении установленных законодательством условий. Так, лица, окончившие четыре курса высшего медицинского учебного заведения по специальностям "лечебное дело", "педиатрия" или три курса по специальности "сестринское дело", вправе были замещать должности медицинских сестер всех наименований, инструкторов, рентгенолаборантов, медицинских статистиков и т.д.

При невозможности выполнять профессиональные обязанности по состоянию здоровья, а также в случае высвобождения медицинские и фармацевтические работники направляются на переподготовку руководителем учреждения здравоохранения или органом управления здравоохранения, а также службой занятости. При направлении на переподготовку учитывается предшествующее ей базовое образование. Желательно принимать во внимание, кроме того, возможности трудоустройства по приобретаемой специальности.

Медицинские и фармацевтические работники, не работавшие по своей специальности более пяти лет, допускались к профессиональной деятельности после дополнительной подготовки или переподготовки и подтверждения сертификата специалиста либо на основании проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций. Направление специалистов на дополнительную подготовку или переподготовку производилось территориальными органами управления здравоохранением и аптечной службой по представлению руководителя учреждений и организаций. На время дополнительной подготовки специалист зачислялся в учреждение здравоохранения или аптечной службы на должности врача (провизора)-стажера. Время дополнительной подготовки засчитывается в стаж работы по специальности и в стаж непрерывной работы, дающий право на надбавку к окладу или тарифной ставке. Материальное обеспечение иногородних лиц во время подготовки или переподготовки осуществлялось направившим учреждением по нормам, установленным для иногородних слушателей курсов повышения квалификации.

По окончании дополнительной подготовки или переподготовки специалисты сдавали экзаменационной квалификационной комиссии экзамены по специальности. Сдавшим экзамен выдавался или подтверждался сертификат специалиста. В аналогичном порядке осуществлялся допуск к профессиональной деятельности работников со средним образованием, не работавшим по своей специальности более пяти лет. Лицам, не выдержавшим экзамен, выдавалась соответствующая справка. Врачи и провизоры могли при этом работать в должностях стажеров, а средние медицинские и фармацевтические работники - на должностях, соответствующих их базовому образованию.

Сертификат специалиста - это документ единого образца, подтверждающий соответствие подготовки специалиста государственным образовательным стандартам. Сертификат выдается государственными медицинскими (фармацевтическими) образовательными и научно-исследовательскими учреждениями, осуществляющими последиplomную подготовку врачей, фармацевтических работников и среднего медперсонала. Право на выдачу сертификатов на основании проверочных испытаний предоставлено также профессиональным медицинским и фармацевтическим ассоциациям, если они имеют лицензию на право ведения образовательной деятельности. Сертификат действует на всей территории России и подтверждается каждые пять лет после соответствующей

подготовки. Специалист может иметь несколько сертификатов. Для получения сертификата работник должен представить заявление, копии диплома об окончании учебного заведения соответствующего профиля, диплома или удостоверения о прохождении специализации или повышении квалификации (диплома о присвоении квалификации исследователя по окончании аспирантуры либо диплома о присуждении ученой степени, присвоении ученого звания), а также копии ранее выданных сертификатов и выписку из трудовой книжки.

Порядок допуска к медицинской и фармацевтической деятельности в Российской Федерации лиц, получивших медицинскую и фармацевтическую подготовку в других государствах, утвержден постановлением Правительства РФ от 7 февраля 1995 г.*⁽⁵⁾. Органы управления образованием по согласованию с Минздравом России устанавливают эквивалентность образования. Эти лица также должны успешно сдать специальные экзамены в соответствующих учебных заведениях, получить сертификат специалиста, а в необходимых случаях и лицензию.

Для занятия определенными видами медицинской деятельности, перечень которых определяется Министерством здравоохранения, необходима также лицензия. Она представляет собой документ государственного образца, выдаваемый лицензионными комиссиями, которые создаются органами исполнительной власти субъектов РФ. Лицензия разрешает специалисту с учетом его образования, полученных специальности и квалификации, последипломной подготовки осуществлять те или иные виды профессиональной деятельности на конкретных должностях.

2.2. Трудовой договор с работниками психиатрических учреждений

Основным юридическим фактом, который порождает трудовые правоотношения наемных работников, включая медицинских работников психиатрической службы, является трудовой договор. Согласно ст. 56 ТК РФ трудовой договор представляет собой соглашение между работодателем и работником, в соответствии с которым работодатель обязуется предоставить работнику работу по обусловленной трудовой функции, обеспечить надлежащие условия труда, своевременно и в полном объеме выплачивать заработную плату, а работник обязуется лично выполнять определенную этим соглашением трудовую функцию, соблюдать действующие в организации правила внутреннего трудового распорядка.

Порядок заключения, изменения и прекращения трудового договора с медицинскими работниками не отличается существенными особенностями в сравнении с общеустановленными правилами.

Для медицинских работников установлены особенности работы по совместительству (постановление Минтруда России от 30 июня 2003 г. N 41). Во-первых, им разрешено как внутреннее совместительство (по месту основной работы), так и внешнее. Это может быть работа как по аналогичной должности, так и по другой трудовой функции. Во-вторых, разрешено совместительство и в тех случаях, когда установлена сокращенная продолжительность рабочего времени (исключения составляют работы, в отношении которых законодательством установлены санитарно-гигиенические ограничения). В-третьих, для медицинских работников продолжительность работы по совместительству не может превышать половины месячной нормы рабочего времени, исчисленной из установленной продолжительности рабочей недели. Если такая норма составляет менее 16 часов в неделю, работать по совместительству можно 16 часов в неделю. Если в муниципальных образованиях имеется недостаток медицинского персонала, работа по совместительству возможна в пределах месячной нормы рабочего времени (например, для медицинских работников, проживающих и работающих в сельской местности и в поселках городского типа, - не более 39 часов в неделю).

2.3. Аттестация медицинских работников психиатрических учреждений

Юридическое значение аттестации для конкретного работника заключается в том, что по ее результатам присваивается квалификационная категория. Положение о порядке получения квалификационных категорий специалистами, работающими в системе здравоохранения РФ, утверждено приказом Минздрава России от 9 августа 2001 г. N314. Новый документ, в отличие от старого, распространяет свое действие на специалистов с высшим и средним профессиональным образованием, работающих в системе здравоохранения.

К аттестации на квалификационную категорию допускаются лица, имеющие высшее медицинское и фармацевтическое образование и получившие право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью в учреждениях здравоохранения независимо от форм их собственности. Квалификационная категория может быть присвоена также лицам с высшим

образованием, допущенным в установленном порядке к медицинской деятельности и занимающим врачебные и провизорские должности в учреждениях здравоохранения. К аттестации не допускаются работники, не прошедшие повышения квалификации по аттестуемой специальности в государственных образовательных учреждениях в течение последних пяти лет.

Аттестацию на присвоение квалификационной категории могут проходить эпидемиологи, биологи, зоологи, энтомологи, работающие в учреждениях здравоохранения на соответствующих должностях. В этих случаях в состав аттестационной комиссии включаются специалисты этих профилей.

Аттестация проводится аттестационными комиссиями, которые, как правило, создаются при органах управления здравоохранением субъектов РФ. Аттестационные комиссии могут создаваться при научно-исследовательских и высших образовательных учреждениях приказом по Министерству здравоохранения. Центральная аттестационная комиссия Министерства здравоохранения РФ создается на базе Российской медицинской академии последипломного образования для аттестации специалистов учреждений федерального подчинения и решения спорных вопросов, возникших в территориальных аттестационных комиссиях. Решение аттестационной комиссии действительно на всей территории РФ.

Структура и состав аттестационных комиссий определяются органом, при котором они создаются. Как правило, аттестационные комиссии состоят из председателя, секретаря и членов комиссии. В них могут создаваться подкомиссии по отдельным специальностям. Каждая подкомиссия имеет председателя, секретаря и членов подкомиссии. В состав комиссии и подкомиссий рекомендуется включать ведущих специалистов лечебно-профилактических, научно-исследовательских и аптечных учреждений, высших медицинских образовательных учреждений, главных специалистов органов управления здравоохранением, представителей профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций, научно-практических обществ врачей, профсоюзных органов и др. Комиссия должна обеспечить объективное рассмотрение, дать оценку деятельности аттестуемого работника и вынести соответствующее решение.

Основной формой проверки теоретических знаний и практических навыков специалиста является аттестационный экзамен, проводимый с использованием тестовых заданий. При аттестации и переаттестации специалиста на квалификационную категорию учитываются процент правильных ответов по тестовой программе и решение ситуационных задач, владение практическими навыками и т.п.

Квалификационная категория, присвоенная медицинским работникам, действительна в течение пяти лет со дня издания приказа о ее присвоении. За три месяца до окончания срока действия квалификационной категории работник может обратиться в аттестационную комиссию с заявлением о подтверждении имеющейся категории или получении более высокой. Специалисты, изъявившие желание получить квалификационную категорию, подают в аттестационную комиссию также заполненный аттестационный лист и отчет о работе за последние три года (для специалистов с высшим профессиональным образованием) или за последний год (для работников со средним профессиональным образованием). Отчеты должны быть утверждены руководителем лечебного учреждения, в котором работает специалист.

При прохождении аттестации специалист имеет право получить квалификационную категорию, ознакомиться с представленными на него документами, получить от руководителя учреждения разъяснения в письменном виде в случае его отказа утвердить отчет специалиста, пройти повышение квалификации по специальности. В случае несогласия с решением комиссии работник вправе обратиться в Центральную аттестационную комиссию в месячный срок.

Аттестация специалистов на присвоение квалификационной категории проводится за счет средств учреждения, в котором работает специалист, профессиональных ассоциаций, научных обществ. Возможно ее проведение за счет средств аттестуемого.

Аттестация на квалификационную категорию врачей и провизоров проводится по специальностям, предусмотренным Номенклатурой врачебных и провизорских специальностей в учреждениях здравоохранения РФ, утвержденной Минздравмедпромом России.

Квалификация специалистов определяется аттестационной комиссией по трем квалификационным категориям: второй, первой и высшей. Первичная аттестация на квалификационную категорию, аттестация на присвоение более высокой квалификационной категории, подтверждение высшей квалификационной категории проводятся с приглашением специалиста на заседание аттестационной комиссии. Подтверждение второй и первой квалификационной категорий может проводиться заочно. При присвоении квалификационной категории рекомендуется соблюдать последовательность присвоения квалификационных категорий: врач - специалист второй, первой и высшей квалификационной категории. Вторая квалификационная категория может присваиваться врачам, имеющим стаж работы по аттестуемой специальности не менее пяти лет, первая - семи, высшая - десяти лет. На этих же условиях присваиваются квалификационные категории биологам, зоологам, энтомологам. В отдельных случаях специалисту с учетом его высокой теоретической и

практической подготовки по избранной специальности, хороших показателей в работе может присваиваться более высокая квалификационная категория без установленных требований к стажу работы. Квалификационная категория по специальности может быть присвоена как по основной, так и по совмещаемой должности.

Ведомственными актами установлены правила исчисления стажа работы по специальности для аттестации на квалификационную категорию. В него засчитываются время работы по данной специальности как по основной, так и по совмещаемой работе, обучение в интернатуре, клинической ординатуре и аспирантуре по той же специальности, по которой врач проходит аттестацию, время работы в аппарате Министерства здравоохранения, краевых, областных, городских и районных органах здравоохранения, в общественных профессиональных, а также в профсоюзных органах.

В отношении некоторых категорий работников здравоохранения предусматривается специальный порядок прохождения аттестации. Так, руководители органов здравоохранения, лечебно-профилактических учреждений и аптечной службы в течение первых трех лет работы на руководящих должностях сохраняют имеющуюся квалификационную категорию. По истечении этого срока квалификационная категория может им присваиваться по специальности в соответствии с указанным Положением.

Специалистам, имеющим ученую степень доктора медицинских наук и занятым на лечебно-профилактической работе в учреждениях здравоохранения, научно-исследовательских и учебных заведениях, заочно присваивается высшая квалификационная категория по соответствующей специальности на основании представления руководителя учреждения, в котором работает доктор медицинских наук.

Аттестация, как правило, проводится по месту нахождения комиссии. По ходатайству учреждений здравоохранения возможно проведение выездных заседаний аттестационных комиссий.

Аттестационная комиссия обязана рассмотреть аттестационные материалы на присвоение квалификационной категории в течение трех месяцев со дня их получения.

От очередной переаттестации на присвоение квалификационной категории освобождаются беременные женщины и матери, имеющие детей в возрасте до трех лет и находящиеся в отпуске по уходу за ними. Срок переаттестации их соответственно переносится и проводится через три года после выхода на работу.

Специалисты, окончившие клиническую ординатуру и аспирантуру и имеющие соответствующий для аттестации на квалификационную категорию стаж работы по аттестуемой специальности, могут проходить аттестацию на общих основаниях.

Специалисты, переехавшие из бывших республик СССР, а также уволенные в связи с ликвидацией учреждений, могут по истечении одного года работы на новом месте представлять в аттестационную комиссию документы для проведения аттестации (переаттестации) в соответствии с приведенными требованиями. При этом прилагается отчет за последний год работы. Для лиц, находящихся в загранкомандировке, срок переаттестации переносится на период командировки, и в аттестационную комиссию представляются все необходимые документы, в том числе отчет, заверенный организацией, отвечающей за работу специалиста за рубежом.

В случае уважительной причины срок переаттестации специалиста может быть перенесен на три месяца по представлению руководителя учреждения.

Профессиональная компетентность и квалификация специалиста определяются по результатам аттестационного экзамена. Аттестационный экзамен с использованием тестовых заданий, утвержденных Министерством здравоохранения и медицинской промышленности РФ, проводится по стандартной методике. Он может быть проведен в виде собеседования или с применением специального тестирования. С характером аттестационного экзамена и требованиями, предъявляемыми аттестационной комиссией, специалист должен быть ознакомлен в момент подачи документов в аттестационную комиссию.

При проведении аттестации в голосовании должны участвовать не менее 2/3 из числа членов утвержденного состава аттестационной комиссии. При завершении аттестационного экзамена аттестационная комиссия большинством голосов принимает решение о присвоении специалисту квалификационной категории. При равенстве голосов выносится решение в пользу аттестуемого. Результаты аттестационной комиссии заносятся в аттестационный лист, который подписывают председатель и члены аттестационной комиссии. Аттестационная комиссия может дать рекомендации о дальнейшем повышении квалификации и другие замечания и пожелания в адрес аттестуемого.

Специалисты, не выдержавшие аттестационных испытаний, имеют право на повторный экзамен в сроки, установленные аттестационной комиссией. Специалистам, которым по результатам аттестации (переаттестации) присвоена квалификационная категория, выдается удостоверение установленного образца, заверенное печатью учреждения или органа здравоохранения, при котором создана аттестационная комиссия, и делается соответствующая запись в трудовой книжке. Решение

аттестационной комиссии о присвоении квалификационной категории объявляется приказом учреждения или органа управления здравоохранением, при котором создана комиссия. Аттестационные материалы хранятся в аттестационной комиссии в течение пяти лет.

В случае отказа специалиста от очередной переаттестации присвоенная ранее квалификационная категория утрачивается с момента истечения пятилетнего срока ее присвоения. В случае обращения администрации учреждения о досрочной переаттестации специалиста с целью снижения или снятия квалификационной категории у специалиста в аттестационную комиссию направляются документы, содержащие обоснованность этого обращения. Аттестация на присвоение более высокой квалификационной категории при наличии необходимого стажа работы по аттестуемой специальности и соответствующей профессиональной подготовки может проводиться досрочно, но не ранее чем через год.

За профсоюзными работниками, занимавшими выборные должности, при их переходе на практическую работу в учреждения здравоохранения в течение одного года сохраняется имеющаяся квалификационная категория. По истечении этого срока специалисты могут проходить аттестацию (переаттестацию) в установленном порядке, представив в аттестационную комиссию необходимые документы, в том числе отчет за последний год работы.

За специалистами, перешедшими на должность врача общей практики (семейного врача), в течение одного года сохраняется имеющаяся у них квалификационная категория. По истечении указанного срока специалисты могут проходить аттестацию в установленном порядке по специальности "Общая врачебная практика (семейная медицина)", представив в аттестационную комиссию необходимые документы, в том числе отчет за последний год работы. Врачам общей практики (семейным врачам) в стаж работы по специальности для аттестации засчитывается время работы на других врачебных должностях, за исключением врачебных должностей параклинических подразделений.

2.4. Особенности рабочего времени и времени отдыха врачей-психиатров и других специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи

Правовое регулирование трудовых отношений наемных работников осуществляется на основе единства и дифференциации, поэтому на работников здравоохранения, с одной стороны, распространяются общие правила (например, о порядке заключения, изменения и прекращения трудового договора, о порядке разрешения трудовых споров, дисциплинарной и материальной ответственности и т.д.), а с другой стороны, для них устанавливаются некоторые специальные правила с учетом специфики их труда. Так, ст. 350 Трудового кодекса РФ предусматривает некоторые особенности регулирования труда медицинских работников. Для них устанавливается сокращенная продолжительность рабочего времени - не более 39 часов в неделю. В зависимости от должности и (или) специальности продолжительность рабочего времени медицинских работников определяется Правительством РФ. Медицинским работникам организаций здравоохранения, проживающим и работающим в сельской местности и в поселках городского типа, продолжительность работы по совместительству может увеличиваться по решению Правительства РФ, принятому с учетом мнения соответствующего общероссийского профессионального союза и объединения работодателей.

Для некоторых категорий работников отрасли установлен сокращенный рабочий день по Списку производств, цехов, профессий и должностей с вредными условиями труда, работа в которых дает право на дополнительный отпуск и сокращенный рабочий день, утвержденному постановлением Госкомтруда СССР и ВЦСПС от 25 октября 1974 г. N 298/П-22. Если врач или медсестра не имеют права на сокращенный рабочий день в связи вредными условиями труда, то на них распространяется действие постановления СНК СССР от 11 декабря 1940 г. N2499 "О продолжительности рабочего дня медицинских работников", согласно которому рабочий день устанавливается продолжительностью 6,5 (в частности, для врачей больниц, родильных домов, клиник и других стационарных учреждений и т.д.) и 5,5 часов (для врачей амбулаторно-поликлинических учреждений и некоторых иных категорий).

Постановлением Правительства РФ от 14 февраля 2003 г. N101 "О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности" установлены следующие нормы сокращенной продолжительности рабочего времени исходя из особенностей условий и характера труда. В частности, 36-часовая рабочая неделя для психиатрических (психоневрологических), наркологических учреждений и отделений, а также для соответствующих учреждений социального обслуживания для лиц, страдающих психическими расстройствами, детских психиатрических учреждений и аналогичных учреждений социального обслуживания для детей с поражением центральной нервной системы и нарушением психики, образовательных учреждений для умственно отсталых детей и т.д.

Особенностью режима труда медицинских работников являются дежурства, под которым

понимают работу в смену, приходящуюся на вечернее или ночное время. Такие дежурства могут быть как "с правом сна" в ночное время, так и "без права сна". "От работы в смену "с правом сна" и "без права сна" в ночное время следует отличать дежурства в стационарах больниц, к которым привлекаются в основном врачи в вечернее и ночное время. Во время таких дежурств врачу приходится выполнять не только работу, относящуюся к его трудовой функции, но и другую врачебную работу. Максимальная продолжительность одного дежурства не может превышать 12 часов. Когда дежурства предусматриваются в пределах нормы рабочего времени, то несение их для медработника является обязанностью. Когда же они устанавливаются сверх месячной нормы рабочего времени, привлечение к их несению может последовать только с согласия медицинского работника"*(6).

Некоторые категории медицинских работников пользуются правом на дополнительный отпуск - лица, занятые на работах с вредными условиями труда (по Списку, указанному выше), работники с ненормированным рабочим днем, лица, работающие в районах Крайнего Севера. Постановлением Правительства РФ от 30 декабря 1998 г. N 1588 "Об установлении врачам общей практики (семейным врачам) и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) ежегодного дополнительного оплачиваемого 3-дневного отпуска за непрерывную работу в этих должностях"*(7) предусматривается, что такой отпуск дается за непрерывную работу в этих должностях в течение трех лет. В стаж, дающий право на дополнительный отпуск, засчитывается время непосредственно предшествующей непрерывной работы в должностях участковых врачей-терапевтов и участковых врачей-педиатров территориальных участков и медицинских сестер терапевтических и педиатрических территориальных участков.

Дополнительный отпуск за работу с вредными условиями труда медицинского и иного персонала, участвующего в оказании психиатрической помощи, был определен постановлением Минтруда России от 8 июля 1993 г. Продолжительность такого отпуска составляет 30 рабочих дней. Он предоставляется психологам и физиологам, непосредственно и полный день работающим с психически больными, врачам-руководителям (с ненормированным рабочим днем) психиатрических или психоневрологических, нейрохирургических, наркологических учреждений и отделений, домов или отделений социального обслуживания для инвалидов из числа психически больных, а также заместителям этих руководителей и главным психиатрам органов управления здравоохранением, если они непосредственно участвуют в оказании психиатрической помощи.

В статью 22 Закона "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан на ее оказание" были внесены изменения Федеральным законом от 22 августа 2004 г. N 122-ФЗ. С 1 января 2005 г. порядок предоставления гарантий врачам-психиатрам и другим специалистам, участвующим в оказании психиатрической помощи, устанавливается Правительством РФ, органами исполнительной власти субъектов РФ соответственно для работников федеральных государственных учреждений и государственных учреждений субъектов РФ.

2.5. Оплата труда медицинских работников психиатрических учреждений

Оплата труда медицинских работников осуществляется на основании Единой тарифной сетки, применяемой в бюджетной сфере. Согласно ст. 143 ТК РФ тарифная система оплаты труда работников учреждений, финансируемых за счет бюджетов различных уровней, устанавливается дифференцированно в зависимости от того, является ли учреждение федеральным государственным, государственным органом субъекта РФ или муниципальным. В первом случае тарифная система устанавливается Правительством РФ, во втором - органами исполнительной власти субъектов РФ, а в третьем - органами местного самоуправления.

В качестве методического акта названные органы могут применять Положение об оплате труда работников здравоохранения РФ, которое было утверждено приказом Министерства здравоохранения от 15 октября 1999 г. Оно устанавливает единые принципы оплаты труда работников учреждений здравоохранения, находящихся на бюджетном финансировании, на основе Единой тарифной сетки (далее - ЕТС), а также порядок формирования тарифных окладов (ставок), выплат компенсационного и стимулирующего характера.

Ставки и оклады определяются на основе ЕТС. Каждому из 18 тарифных разрядов соответствует свой тарифный коэффициент, при этом коэффициент 1 разряда всегда равен единице. Тарифная ставка 1 разряда устанавливается федеральным законом. Федеральный закон от 25 октября 2001 г. N 139-ФЗ "О тарифной ставке (окладе) 1 разряда единой тарифной сетки по оплате труда работников организаций бюджетной сферы" установил тарифную ставку 1 разряда с 1 декабря 2001 г. в размере 450 руб., а также определил соотношение тарифной ставки 1 и 18 разряда не менее 1 : 4,5 (в настоящее время закон утратил силу). Тарифные коэффициенты ЕТС и размеры тарифных ставок (окладов) были утверждены постановлением Правительства РФ от 6 ноября 2001 г. N 775 и введены в действие с

1 декабря 2001 г. Размер тарифной ставки 1 разряда соответствует минимальному размеру оплаты труда, который устанавливается Федеральным законом от 19 июня 2000 г. N 82-ФЗ "О минимальном размере оплаты труда", на уровне 720 руб. - с 1 января 2005 г., 800 руб. - с 1 сентября 2005 г., 1100 руб. - с 1 мая 2006 г. в целях постепенного приближения к величине прожиточного минимума.

Специалистам, работающим на селе, устанавливаются повышенные на 25% оклады (ставки) по сравнению с работниками, осуществляющими аналогичную деятельность в городских условиях.

Тарифные разряды руководителей учреждений здравоохранения определяются на основании отнесения учреждений к группам по оплате труда руководящих работников в порядке и по показателям, утверждаемым Минздравом России. Группа по оплате труда руководителей устанавливается органом управления, в непосредственном подчинении которого они находятся, по таким показателям, как число сметных коек, число врачебных должностей, количество заготовленной плазмы, количество расчетных анализов и т.д.

При установлении окладов медицинских и фармацевтических работников учитываются наличие квалификационной категории, ученой степени и почетного звания.

Разряды оплаты труда работников в соответствии с ЕТС определяются по результатам тарификации. Для ее проведения создается тарификационная комиссия. В ее состав включаются главный бухгалтер, работник кадровой службы, начальник планово-экономического отдела (экономист), представитель выборного профсоюзного органа. Ее председателем является руководитель учреждения или его заместитель. Комиссия проводит работу по определению размеров должностных окладов медицинских и фармацевтических работников, специалистов и служащих, месячных окладов и тарифных ставок рабочих, а также размеров надбавок за продолжительность непрерывной работы в учреждениях здравоохранения. Тарификация осуществляется на основе требований тарифно-квалификационных характеристик по должностям работников здравоохранения, общеотраслевым должностям и по профессиям рабочих. Высококвалифицированным рабочим, имеющим 6 разряд согласно Единому тарифно-квалификационному справочнику, занятым на важных и ответственных работах, могут устанавливаться тарифные ставки исходя из 9-10 разрядов ЕТС по перечню, утверждаемому Минздравом России. В частности, в этот перечень включены такие профессии, как аппаратчик гидролиза, газосварщик, слесарь-сантехник, столяр и др. Вопрос об установлении конкретному рабочему оплаты труда исходя из 9-10 разрядов решается администрацией по согласованию с выборным профсоюзным органом с учетом квалификации, объема и качества выполняемой работы в пределах средств, направляемых на оплату труда. Указанная оплата может носить как постоянный, так и временный характер.

Определение разрядов оплаты труда и тарифных коэффициентов дифференцируется по категориям работников: младший медперсонал, средний медперсонал, врачебный персонал, персонал аптечных учреждений, руководители учреждений здравоохранения, специалисты с высшим профессиональным образованием (медицинский психолог, биолог и др.) и прочий персонал лечебно-трудовых мастерских при учреждениях здравоохранения.

В связи с присвоением квалификационных категорий, ученой степени, почетных званий разряды оплаты труда увеличиваются на один (например, врачам, которым присвоена первая категория, кандидатам медицинских наук и др.) или на два (врачам, которым присваивается высшая категория, докторам медицинских наук). Оклады руководителей, определенные по 18 разряду ЕТС, увеличиваются по каждому из указанных оснований соответственно на 10 и 20%. Квалификационная категория учитывается при отнесении к разрядам оплаты труда только при работе медицинских и фармацевтических работников по специальности, по которой она была присвоена. Разряды с учетом категории устанавливаются в течение пяти лет со дня издания приказа органа или учреждения здравоохранения о ее присвоении. За три месяца до окончания действия квалификационной категории работник может письменно обратиться в аттестационную комиссию для прохождения переаттестации в установленном порядке, которая в течение указанного срока обязана рассмотреть представленные материалы. При наличии уважительной причины по представлению руководителя учреждения срок переаттестации специалиста может быть перенесен на три месяца, в течение которых работнику выплачивается оклад с учетом категории. В случае отказа специалиста от очередной переаттестации присвоенная ранее категория утрачивается с момента истечения пятилетнего срока, на который она была присвоена.

Повышение окладов и ставок работников здравоохранения осуществляется в том случае, если их деятельность связана с опасными для здоровья и особо тяжелыми условиями труда. Перечень учреждений, подразделений и должностей, работа в которых дает право на повышение окладов (ставок) в связи с опасными для здоровья и особо тяжелыми условиями труда, утвержден Министром здравоохранения по согласованию с профсоюзом работников здравоохранения РФ 11 мая 1999 г. Размер повышения составляет, в зависимости от степени профессионального риска и тяжести условий труда, 15, 25, 30, 40 и 60%. Так, например, повышение окладов и ставок на 15% применяется для лиц,

работающих в туберкулезных (противотуберкулезных) учреждениях, инфекционных больницах, учреждениях, отделениях, палатах и кабинетах для онкологических, кожно-венерологических больных и т.д. Право на 25-процентное повышение ставок и окладов имеют работники психиатрических (психоневрологических) и наркологических учреждений, патологоанатомических бюро, персонал госпиталей и отделений для ветеранов войн и др. На 30% повышаются тарифные ставки и оклады работникам лепрозориев, медперсоналу психиатрических больниц специализированного типа, судебно-психиатрических экспертных отделений; на 40% - для работников амбулаторных судебно-психиатрических экспертных комиссий и отделений для принудительного лечения психически больных. Для сотрудников учреждений, подразделений, работа в которых связана с непосредственным обследованием, диагностикой, лечением, обслуживанием больных СПИДом и ВИЧ-инфицированных, оклады и ставки повышаются на 60%. В каждом учреждении на основании указанного Перечня должен быть составлен и утвержден по согласованию с выборным профсоюзным органом перечень должностей работников, которым с учетом конкретных условий работы в данном учреждении, подразделении и должности (лечение, обследование, экспертиза, непосредственное обслуживание или контакт с больными и др.) может повышаться ставка или оклад, в том числе за каждый час работы в соответствующих условиях. Право на повышение тарифных ставок и окладов предоставляется также медицинскому персоналу учреждений образования и социальной защиты населения, работа которого связана с опасными для здоровья и тяжелыми условиями труда (по специальному перечню).

Работникам здравоохранения могут устанавливаться различные виды доплат - за работу в ночное время, за совмещение должностей (профессий), за расширение зон обслуживания, за выполнение обязанностей временно отсутствующего работника. Размеры таких доплат (кроме доплаты за работу в ночное время) и условия их выплаты устанавливаются учреждением самостоятельно и фиксируются в коллективных договорах. Работникам учреждений здравоохранения, в том числе водителям санитарного автотранспорта, состоящим в штате автотранспортных предприятий и других организаций, производятся доплаты за работу в ночное время в размере 50% часовой тарифной ставки (должностного оклада) за каждый час такой работы. Медицинскому персоналу, занятому оказанием экстренной, скорой и неотложной помощи, выездному персоналу и работникам связи станций (отделений) скорой медицинской помощи доплата за работу в ночное время производится в размере 100% часовой тарифной ставки или должностного оклада. Перечень таких подразделений утверждается руководителем учреждения по согласованию с выборным профсоюзным органом. Ночным считается время с 10 часов вечера до 6 часов утра.

Некоторым категориям работников здравоохранения устанавливаются надбавки к тарифным ставкам и окладам. Одной из них является надбавка за продолжительность непрерывной работы в учреждениях здравоохранения. Установлены как общие, так и специальные правила ее предоставления. Всем работникам учреждений здравоохранения и социальной защиты населения, кроме тех, которые имеют право на надбавку по специальным правилам, она устанавливается в размере 20% оклада (ставки) за первые три года и 10% за последующие два года, но не выше 30% оклада. Специальные правила предоставления надбавки за непрерывный стаж работы в отрасли установлены в отношении работников учреждений здравоохранения, расположенных в сельской местности, врачей общей практики (семейных врачей) и медицинских сестер врачей общей практики, работников учреждений по борьбе с особо опасными инфекциями и др. Например, врачам, среднему и младшему медперсоналу и водителям выездных бригад станций (отделений) скорой медицинской помощи и выездных реанимационных гематологических бригад, а также отделений плановой и экстренной консультативной медицинской помощи (станций санитарной авиации), хосписов и постоянно действующих передвижных медицинских отрядов в районах Крайнего Севера устанавливается надбавка за продолжительность непрерывной работы в учреждениях здравоохранения. Ее размер определяется следующим образом: по 30% оклада (ставки) за первые три года и по 25% за каждые последующие два года непрерывной работы, но не выше 80% оклада. Работникам противолепрозорных (лепрозорных) учреждений и подразделений "стажевая" надбавка устанавливается в размере 10% оклада (ставки) за каждый год работы. При этом максимальный размер надбавки не может превышать для медицинских работников 100%, а для других работников - 80%.

Порядок исчисления стажа непрерывной работы, дающего право на получение надбавок, довольно сложен. Периоды работы, которые засчитываются в непрерывный стаж, определяются для соответствующих категорий работников, с указанием тех или иных условий (например, время нахождения на действительной военной службе засчитывается в стаж лишь в том случае, когда перерыв между днем увольнения и днем поступления в учреждение здравоохранения или социальной защиты населения не превысил одного года) либо без такового. Установлены также допускаемые перерывы в стаже, причем в эти периоды работник не должен выполнять другой работы. Продолжительность допускаемых перерывов варьируется от одного месяца до одного года. Так, периоды ранее выполняемой работы в здравоохранении засчитываются в стаж при условии, что в течение одного

месяца работник устроился на работу в указанные учреждения после увольнения из аналогичных учреждений, а также с научной и педагогической работы либо после прекращения инвалидности или болезни, вызвавших увольнение, и т.д. Двухмесячный срок сохранения непрерывного стажа установлен для случаев трудоустройства после увольнения по окончании срочного трудового договора в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, трехмесячный - для случаев трудоустройства после окончания высшего или среднего профессионального образовательного учреждения либо после увольнения в связи с ликвидацией учреждения или сокращением численности (штатов). Не позднее шести месяцев необходимо устроиться в учреждения здравоохранения со дня увольнения в связи с ликвидацией аналогичных учреждений в районах Крайнего Севера, не позднее года - со дня увольнения с военной службы, при условии, что ей непосредственно предшествовала работа в учреждениях здравоохранения.

Стаж работы сохраняется независимо от продолжительности перерыва в работе и наличия во время перерыва другой работы, если перерыву непосредственно предшествовала работа в учреждениях, эвакуируемых или выезжающих в добровольном порядке из зон радиоактивного загрязнения, а также лицам, покинувшим постоянное место жительства и работу в связи с осложнением межнациональных отношений, и т.д. Стаж работы сохраняется также в случаях расторжения трудового договора в связи с уходом за ребенком в возрасте до 14 лет или ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет, при условии поступления на работу до достижения ребенком указанного возраста и в некоторых других случаях. Перерывы в работе в стаж не включаются. Не засчитывается в стаж и прерывает его время работы в учреждениях и организациях, не предусмотренных номенклатурой учреждений здравоохранения и социальной защиты населения.

Работникам учреждений здравоохранения в пределах выделенных бюджетных средств могут устанавливаться надбавки стимулирующего характера, например, за применение в работе достижений науки и передовых методов труда, за высокие достижения в работе, выполнение особо важных или срочных работ, за напряженность труда. Такие надбавки начисляются на оклад (ставку) и не ограничиваются предельными размерами. Они устанавливаются на определенный срок, но не более чем на один год, по согласованию с профсоюзным органом на основании представления руководителя структурного подразделения. Надбавки отменяются при ухудшении показателей работы или по окончании особо важных и срочных работ.

За дежурства на дому в нерабочее, в том числе ночное, время врачам и среднему медперсоналу производятся доплаты из расчета 50% должностного оклада за фактическое время дежурств. В случае вызова работника в учреждение время, затраченное им на оказание медицинской помощи, оплачивается из расчета должностного оклада за фактически отработанные часы с учетом времени переезда.

Оплата труда врачей-консультантов, не являющихся штатными работниками учреждений здравоохранения, производится по ставкам почасовой оплаты труда.

Условия оплаты труда работников учреждений зубопротезирования, врачебной косметики, а также врачей, привлекаемых для проведения медосмотров, обслуживанию спортивных соревнований, разрабатываются местными органами управления здравоохранением.

Премирование работников учреждений здравоохранения производится в соответствии с положением, утверждаемым руководителем учреждения по согласованию с выборным профсоюзным органом, а премирование руководителей осуществляется вышестоящим органом управления здравоохранением по результатам оценки деятельности учреждения.

Глава 3. Социальная защита медицинских работников и иных специалистов, принимающих участие в оказании психиатрической помощи

3.1. Понятие и формы социальной защиты медицинских работников и иных специалистов, принимающих участие в оказании психиатрической помощи

Статья 63 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан называется "Социальная поддержка и правовая защита медицинских и фармацевтических работников". Прежде чем перечислить основные гарантии социальной поддержки медицинских работников, следует определить, что она собой представляет. Социальная поддержка - это одна из форм социальной защиты населения, которая связывается новейшим российским законодательством с предоставлением определенным категориям населения социальных гарантий. Более правильно, на наш взгляд, использовать термин "социальная защита" как отражающий весь спектр применяемых мер. Интересен и вопрос о соотношении социальной и правовой защиты.

Отсутствие четкого разграничения понятий социальной и правовой защиты в законодательных

актах, прежде всего в законах, определяющих правовой статус сотрудников правоохранительных органов и некоторых других категорий лиц, занятых отдельными видами профессиональной деятельности, связанной с повышенным риском для жизни и здоровья, обусловило возникновение концепции социально-правовой защиты. В литературе высказана точка зрения, что речь нужно вести не о социальной либо правовой защите, а только о социально-правовой защите, т.к. социальная помощь невозможна без ее узаконения, уложения в определенные рамки законопредписания, в то время как правовая помощь всегда направлена на достижение, решение социальных целей и задач. Сторонники подобного подхода абсолютизируют связь социальной защиты с правовыми нормами. Следуя подобной логике, термином "правовая" необходимо дополнить также понятия "судебная защита", "санитарная защита", "экологическая защита" и т.д.

С нашей точки зрения, правовую защиту можно рассматривать как совокупность юридических гарантий, обеспечивающих реализацию служебных обязанностей некоторыми категориями лиц, занятыми отдельными видами профессиональной деятельности, связанными с определенным риском для жизни и здоровья и имеющими повышенную социальную значимость, в том числе работниками здравоохранения. В числе мер, предусмотренных ст. 63 Основ, к правовой защите медицинских работников можно отнести защиту их профессиональной чести и достоинства, а также беспрепятственное и бесплатное использование средств связи, принадлежащих организациям или гражданам, любого имеющегося вида транспорта для перевозки гражданина в ближайшее лечебно-профилактическое учреждение в случаях, угрожающих его жизни.

Меры социальной защиты призваны обеспечить надлежащие социально-экономические (материальные) условия для реализации таких полномочий. В связи с этим социальную защиту работников здравоохранения можно определить как систему мер, направленных на предупреждение социально-рисковых ситуаций, которые не зависят или мало зависят от них и могут повлечь за собой неблагоприятные последствия (утрату трудоспособности, снижение жизненного уровня и т.д.).

Система социальной защиты медицинских работников направлена:

- на повышение уровня их профессиональной квалификации;
- на создание условий для эффективной деятельности медперсонала в целях наиболее полного удовлетворения потребностей пациентов в медицинской помощи;
- на обеспечение моральной и материальной заинтересованности медперсонала в результатах своего труда;
- на повышение престижа медицинской профессии в обществе в целях привлечения наиболее квалифицированных кадров для работы в здравоохранении;
- на компенсацию физических и моральных издержек, связанных с оказанием медицинской помощи;
- на нейтрализацию факторов, препятствующих эффективной служебной деятельности по охране здоровья населения, и т.д.

В систему социальной защиты рассматриваемой категории работников должны включаться такие меры, как охрана труда; возмещение вреда, причиненного при исполнении трудовых обязанностей; медицинское и жилищно-бытовое обслуживание; пенсионное обеспечение и др. В представленном перечне перечислены меры, имеющие социальный (например, медицинское обслуживание) либо социально-экономический характер (охрана труда, обеспечение жильем и др.). Специфика социальной защиты работников здравоохранения заключается в том, что она направлена не только непосредственно на поддержание уровня жизни их самих, но и на обеспечение прав и интересов пациентов, которым должна быть оказана квалифицированная медицинская помощь, что может быть обеспечено лишь при наличии эффективной системы мотивации, повышения квалификации медицинских кадров.

В зависимости от способа учета и компенсации социального риска социальная защита медперсонала может быть страховой и нестраховой. Страховые формы социальной защиты, к которым можно отнести, например, социальное страхование, обязательное государственное страхование жизни и здоровья ряда категорий работников здравоохранения, предполагают предварительное выявление и учет социального и профессионального риска. Это позволяет прогнозировать наступление социально-рисковой ситуации и, соответственно, предоставление страхового обеспечения. Уровень финансовой устойчивости таких форм социальной защиты гораздо выше, поэтому выше должен быть и уровень обеспечения. Для нестраховых форм такие признаки не характерны, поэтому в целом их социально-экономическая эффективность ниже. С другой стороны, не всякий социальный риск может быть объектом страхования, поэтому на современном этапе развития системы социальной защиты медицинских работников в России важно добиться оптимального соотношения страховых и нестраховых форм, при котором они взаимно дополняли бы друг друга.

Анализ положений ст. 63 Основ приводит к выводу, что она устанавливает преимущественно гарантии социальной защиты работников здравоохранения. К их числу следует отнести:

обеспечение условий деятельности медицинских работников в соответствии с требованиями охраны труда;

совершенствование профессиональных знаний и получение квалификационных категорий в соответствии с уровнем теоретической и практической подготовки;

переподготовку за счет средств бюджетов всех уровней в случае невозможности выполнять профессиональные обязанности по состоянию здоровья, а также в случае высвобождения работников в связи с сокращением численности или штата, ликвидации учреждений и организаций и т.д.

Перечень социальных гарантий и льгот в Основах не является исчерпывающим. Они могут устанавливаться как специальными законодательными актами (например, Законом о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании), так и нормативными актами субъектов РФ и местного самоуправления, а также актами социального партнерства.

Социальная защита работников здравоохранения осуществляется на основе единства и дифференциации. Единство означает, что некоторые меры социальной защиты предоставляются всем работникам, а дифференциация предполагает установление различных форм и мер социальной защиты медицинских работников в зависимости от вида медицинской помощи, который они оказывают, в зависимости от климатических условий и иных обстоятельств. Принимается во внимание также степень риска, которому подвергаются жизнь и здоровье медицинских работников при оказании тех или иных видов медицинской помощи. Так, выше подчеркивалось, что специальные меры социальной защиты устанавливаются законодательством в отношении медицинских работников, чья деятельность связана с риском заражения вирусом иммунодефицита человека, в отношении врачей и среднего медицинского персонала психиатрических учреждений, инфекционных больниц и т.д.

Меры социальной защиты медицинских работников устанавливаются как федеральным законодательством, так и нормативными актами субъектов РФ, местного самоуправления, локальными актами и актами социального партнерства (коллективными договорами и соглашениями). Перечень конкретных мер социальной защиты работников здравоохранения является весьма широким. Необходимо подчеркнуть, что такие меры регулируются нормами различных отраслей права - трудового, права социального обеспечения, гражданского, жилищного и др.

3.2. Пенсионное обеспечение медицинских работников психиатрических учреждений

До 1 января 2002 г. медицинские работники обеспечивались пенсиями за выслугу лет на основании норм Закона РФ от 20 ноября 1990 г. N340-1 "О государственных пенсиях в Российской Федерации". В процессе проведения пенсионной реформы 2002 г. обсуждался вопрос об отмене так называемых льготных пенсий. Но в итоге было принято решение о сохранении за медицинскими работниками права на назначение трудовой пенсии по старости до достижения общеустановленного возраста. Федеральный закон от 17 декабря 2001г. N 173-ФЗ "О трудовых пенсиях в Российской Федерации" не предусматривает такого вида пенсий, как пенсии за выслугу лет. Поэтому медицинским работникам, включая врачей-психиатров и средний медицинский персонал психиатрических учреждений, назначается трудовая пенсия по старости, получившая наименование "досрочной". Если, по общему правилу, пенсия по старости назначается женщинам по достижении 55 лет, мужчинам - 60 лет при наличии страхового стажа не менее 5 лет, то лицам, осуществлявшим лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения не менее 25 лет в сельской местности и поселках городского типа и не менее 30 лет в городах, сельской местности и в поселках городского типа либо только в городах, пенсия устанавливается независимо от возраста (подп. 11 п. 1 ст. 28 Федерального закона "О трудовых пенсиях в Российской Федерации").

Список должностей и учреждений, работа в которых засчитывается в стаж работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости лицам, осуществлявшим лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, и Правила исчисления периодов работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости лицам, осуществлявшим лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения, утверждены постановлением Правительства РФ от 29 октября 2002 г. N 781.

В Списке предусмотрены конкретные наименования должностей врачей и среднего медицинского персонала, а также наименования учреждений здравоохранения. Лечебная работа включается в специальный страховой стаж только в том случае, если она выполнялась одновременно в учреждении и должности, наименования которых содержатся в Списке. При этом наличие в наименовании указанных в списке учреждений указания на их клинический профиль и ведомственную или территориальную принадлежность не является основанием для исключения периода работы в данном учреждении из стажа работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости.

Периоды работы в должностях в учреждениях, указанных в списке, начиная с 1 ноября 1999 г., а в качестве главной медицинской сестры - независимо от времени, когда выполнялась эта работа, засчитываются в стаж работы при условии ее выполнения в режиме нормальной или сокращенной продолжительности рабочего времени, предусмотренной трудовым законодательством для соответствующих должностей. В случае, когда работа осуществлялась в нескольких указанных в списке должностях (учреждениях) в течение неполного рабочего времени, период ее выполнения засчитывается в стаж работы, если в результате суммирования занятости (объема работы) в этих должностях (учреждениях) выработана нормальная или сокращенная продолжительность рабочего времени в объеме полной ставки по одной из должностей.

В Правилах определен механизм льготного исчисления стажа лечебной деятельности по охране здоровья граждан. Так, например, при выполнении работы и в городе, и в сельской местности, 1 год работы в сельской местности засчитывается за 1 год 3 месяца. Медицинские работники определенных специальностей (например, врачи-хирурги, операционные медицинские сестры, врачи-анестезиологи-реаниматологи, врачи-патологоанатомы и т.д.) имеют право на исчисление стажа из расчета 1 год за полтора.

В стаж работы засчитывается на общих основаниях в порядке, предусмотренном Правилами, работа в должностях, указанных в Списке: в клиниках и больницах высших медицинских образовательных учреждений, Военно-медицинской академии, военно-медицинских институтов и медицинских научных организаций; в центральной консультационно-диагностической поликлинике Военно-медицинской академии; в лечебно-профилактических структурных подразделениях территориальных медицинских объединений; в медико-санитарных частях, медицинских частях, амбулаториях, лазаретах, поликлиниках, поликлинических отделениях, кабинетах (рентгеновских подвижных и стоматологических подвижных), группах специализированной медицинской помощи (военного округа, флота), группах медицинского обеспечения, медицинской службе, медицинской группе, военно-медицинских службах, стационарах, санитарно-эпидемиологических лабораториях, санитарно-контрольных пунктах, медицинских ротах, врачебных здравпунктах, фельдшерских здравпунктах и фельдшерско-акушерских пунктах, медицинских пунктах, являющихся структурными подразделениями государственных и муниципальных организаций (воинских частей).

На практике возникает много проблем с назначением пенсии медицинским работникам. Связано это с тем, что ранее для назначения пенсии за выслугу лет наименование должности, а также учреждения значения не имело. Поэтому записи в трудовых книжках зачастую не соответствовали утвержденным номенклатурам. В настоящее время многим работникам, имеющим достаточный стаж, отказано в назначении пенсии по формальным основаниям из-за неправильной или неточной записи в трудовой книжке, поэтому они вынуждены обращаться в суд с заявлениями об установлении права на досрочную трудовую пенсию.

Постановлением Конституционного Суда РФ от 3 июня 2004 г. N 11-П нормы, касающиеся пенсионного обеспечения медицинских работников, были признаны противоречащими Основному закону страны в той части, в которой они устанавливали право на досрочное пенсионное обеспечение только для работников государственных и муниципальных учреждений здравоохранения. Поэтому все работники, осуществляющие деятельность по охране здоровья населения в учреждениях, независимо от формы собственности как субъекты, застрахованные в системе обязательного пенсионного страхования, имеют право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости с учетом продолжительности специального страхового стажа.

3.3. Обязательное страхование медицинских работников и иных специалистов, принимающих участие в оказании психиатрической помощи

Согласно ст. 64 Основ для медицинских, фармацевтических и иных работников государственной или муниципальной систем здравоохранения, работа которых связана с угрозой их жизни и здоровью, устанавливается обязательное государственное страхование жизни и здоровья. Перечень должностей, занятие которых связано с угрозой жизни и здоровью, должен утверждаться Правительством РФ.

Размер и порядок обязательного страхования определяются Правительством РФ, органами государственной власти субъектов РФ и органами местного самоуправления (в зависимости от того, в учреждении какого уровня подчиненности трудится медицинский работник). На наш взгляд, эта норма Основ вступает в противоречие с нормами гражданского законодательства и не соответствует ст. 71 Конституции РФ, согласно которой гражданское законодательство является предметом исключительного ведения Российской Федерации. Должен быть принят федеральный закон, который установит условия обязательного страхования жизни и здоровья медицинских работников, в том числе врачей-психиатров.

Согласно ст. 22 Закона о психиатрической помощи, врачи-психиатры, иные специалисты,

медицинский и другой персонал учреждений здравоохранения, участвующие в оказании психиатрической помощи, подлежат:

- обязательному страхованию на случай причинения вреда их здоровью или смерти при исполнении служебных обязанностей в порядке, установленном законодательством РФ;
- обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в порядке, установленном законодательством РФ.

Если порядок и условия обязательного страхования жизни и здоровья названных субъектов на сегодняшний момент не определены, то обязательное социальное страхование урегулировано Федеральным законом от 24 июля 1998 г. N 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний". Задачами социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (далее - от профессионального риска) являются:

- обеспечение социальной защиты застрахованных и экономической заинтересованности субъектов страхования в снижении профессионального риска;
- возмещение вреда, причиненного жизни и здоровью застрахованного лица при исполнении им трудовых обязанностей;
- обеспечение предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний.

Необходимо подчеркнуть, что, в отличие от других видов социального страхования, страхование от профессиональных рисков имеет предупредительную направленность, основанную на обеспечении экономической заинтересованности субъектов. Это единственный вид социального страхования, в котором применяются дифференцированные тарифы страховых взносов в зависимости от класса профессионального риска. Постановлением Правительства РФ от 31 августа 1999 г. N975 (в ред. от 26 декабря 2001 г.) здравоохранение (включая лечебно-профилактические, больничные учреждения, диспансеры, амбулаторно-клинические учреждения, учреждения скорой и неотложной медицинской помощи и переливания крови, учреждения охраны материнства и детства, а также санаторно-курортные, санитарно-эпидемиологические учреждения и учреждения судебно-медицинской экспертизы) отнесено к первому классу, а санитарно-профилактические учреждения - ко второму классу профессионального риска. Предусмотрена возможность установления скидок и надбавок к страховым тарифам. Введение обязательного социального страхования рассматриваемого вида не исключает осуществления добровольного коллективного страхования от профессиональных рисков.

Объектом этого вида страхования, как предусмотрено в указанном Законе, являются имущественные интересы физических лиц, связанные с утратой ими здоровья, профессиональной трудоспособности либо их смертью вследствие несчастного случая на производстве или профессионального заболевания. Более глубокий анализ положений Закона приводит к выводу о том, что фактически объектом выступает ответственность работодателя за причинение вреда работнику при исполнении трудовых обязанностей.

В категорию застрахованных входят физические лица, выполняющие работу на основании трудового договора, заключаемого со страхователем, а также осужденные к лишению свободы и привлекаемые к труду. Для указанных лиц рассматриваемое социальное страхование является обязательным, в то время как для тех, кто выполняет работы по гражданско-правовым договорам, оно может быть охарактеризовано как условно-обязательное, поскольку осуществляется лишь при условии, что договором предусмотрена обязанность страхователя уплачивать страховые взносы. В противном случае возмещение вреда застрахованному должно осуществляться его причинителем (ч. 3 ст. 8). Очевидно, более правильно было бы говорить о возмещении этого вреда работодателем, точнее, противоположной стороной договора.

Право застрахованных на обеспечение по страхованию возникает со дня наступления страхового случая. Таковым является подтвержденный в установленном порядке факт повреждения здоровья застрахованного вследствие несчастного случая на производстве или профессионального заболевания, который влечет возникновение соответствующих обязательств у страховщика. В самом общем виде можно выделить две группы страховых случаев:

- 1) несчастный случай на производстве - событие, в результате которого застрахованный получил увечье или иное повреждение здоровья при исполнении им трудовых обязанностей и в иных установленных законом случаях как на территории страхователя, так и за ее пределами, либо во время следования к месту работы или возвращения с места работы на транспорте, предоставленном страхователем, и которое повлекло необходимость перевода застрахованного на другую работу, временную или стойкую утрату им профессиональной трудоспособности либо его смерть;
- 2) профессиональное заболевание - предусмотренное специальным Списком хроническое или острое заболевание застрахованного, являющееся результатом воздействия на него вредных производственных факторов и повлекшее временную или стойкую утрату им профессиональной

трудоспособности.

Страховые случаи подлежат расследованию. Расследование несчастных случаев на производстве регулируется нормами Трудового кодекса РФ (ст. 227-231). Устанавливаются специальные правила расследования групповых, тяжелых несчастных случаев, несчастных случаев со смертельным исходом. По результатам расследования оформляется акт, в котором должны быть подробно изложены обстоятельства и причины несчастного случая, указаны лица, допустившие нарушения требований по охране труда. Если будет установлена грубая неосторожность застрахованного, содействовавшая возникновению или увеличению размера вреда, причиненного его здоровью, в акте указывается степень его вины в процентах, определенная комиссией по расследованию несчастного случая.

Положение о расследовании и учете профессиональных заболеваний утверждено постановлением Правительства РФ от 15 декабря 2000 г. N 967*(8). Расследованию и учету подлежат острые и хронические профессиональные заболевания (отравления), возникновение которых у работников и других лиц обусловлено воздействием вредных производственных факторов при выполнении ими трудовых обязанностей или производственной деятельности по заданию организации или индивидуального предпринимателя.

К работникам относятся лица, выполняющие работу по трудовому договору (контракту) либо по гражданско-правовому договору, студенты образовательных учреждений, работающие во время практики в организациях по трудовому договору, лица, осужденные к лишению свободы и привлекаемые к труду, и другие лица, участвующие в производственной деятельности организации или индивидуального предпринимателя.

Под острым профессиональным заболеванием понимается заболевание, являющееся, как правило, результатом однократного (в течение не более одного рабочего дня или одной смены) воздействия на работника вредного производственного фактора, повлекшее временную или стойкую утрату профессиональной трудоспособности. Хроническим признается заболевание, являющееся следствием длительного воздействия на работника вредного производственного фактора (факторов), повлекшее временную или стойкую утрату профессиональной трудоспособности. Так, для медицинского персонала профессиональными заболеваниями могут быть признаны неврозы, возникшие вследствие длительного непосредственного обслуживания психически больных, аллергические заболевания, к возникновению которых может приводить действие лекарственных препаратов, применяемых в психиатрической практике (нейролептиков, препаратов брома, гормональных препаратов и т.д.).

В зависимости от того, является ли заболевание острым или хроническим, различаются и правила их расследования. Так, если поставлен предварительный диагноз - острое профессиональное заболевание или отравление, учреждение здравоохранения обязано в течение суток направить экстренное извещение в центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора и сообщение работодателю.

Центр санитарно-эпидемиологического надзора в течение суток приступает к выяснению обстоятельств и причин возникновения заболевания, по результатам которого составляется санитарно-гигиеническая характеристика условий труда, которая затем направляется в учреждение здравоохранения, оказывающее медицинскую помощь пострадавшему. При расследовании хронических профессиональных заболеваний установлены более продолжительные сроки (соответственно, три дня и две недели). Кроме того, лица, которым был установлен предварительный диагноз "хроническое профессиональное заболевание", в месячный срок направляются на амбулаторное или стационарное обследование в специализированное учреждение - Центр профессиональной патологии (клиника или отдел профессиональных заболеваний), которое устанавливает окончательный диагноз. Соответствующее извещение направляется работодателю, страховщику и в учреждение здравоохранения, направившее больного. Медицинское заключение о наличии профессионального заболевания выдается работнику под расписку и направляется страховщику и в учреждение здравоохранения.

Установленный диагноз профессионального заболевания может быть изменен или отменен центром профессиональной патологии на основании дополнительных исследований и экспертизы. Особо сложные случаи рассматриваются в Центре профессиональной патологии Министерства здравоохранения.

Работодатель обязан организовать расследование причин и обстоятельств возникновения профессиональных заболеваний, по результатам которого оформляется акт о случае профессионального заболевания и издается приказ о конкретных мерах по предупреждению профессиональных заболеваний.

Страхователь обязан в течение суток со дня наступления страхового случая сообщать о нем страховщику. Фонд социального страхования РФ и его исполнительные органы имеют право проверять эту информацию, назначать и проводить экспертизу страховых случаев, давать рекомендации по предупреждению их наступления. Целью проведения страховщиком экспертизы страхового случая

является установление обоснованности и правомерности признания несчастного случая на производстве или профессионального заболевания при их расследовании в установленном порядке страховым случаем, влекущим возникновение обязательства страховщика осуществлять обеспечение по страхованию]^.

Одним из видов обеспечения по страхованию является пособие по временной нетрудоспособности, которое выплачивается в размере 100% среднего заработка работника за весь период временной нетрудоспособности до его выздоровления или установления инвалидности. Пособие назначается и выплачивается в порядке, предусмотренном Положением о порядке обеспечения пособиями по государственному социальному страхованию, утв. постановлением Президиума ВЦСПС от 12 ноября 1984 г. Следует обратить внимание на то, что максимальный размер пособия по временной нетрудоспособности, установленный Федеральным законом от 11 февраля 2002 г. N 17-ФЗ "О бюджете Фонда социального страхования Российской Федерации на 2002 год", соответствующие нормы которого действовали и в 2003 г., к пособиям, назначаемым в связи с несчастными случаями и профессиональными заболеваниями, не применяется⁽¹⁰⁾.

Обеспечение может предоставляться в виде страховых выплат. Они назначаются застрахованному, если по заключению МСЭ результатом наступления страхового случая стала утрата им профессиональной трудоспособности, либо лицам, имеющим на них право в соответствии с законом, если результатом страхового случая стала смерть застрахованного лица.

Круг лиц, имеющих право на обеспечение по страхованию, определяется аналогично пенсионному законодательству, но с некоторыми особенностями. В него включаются нетрудоспособные лица, состоявшие на иждивении умершего или имевшие ко дню его смерти право на получение от него содержания; ребенок умершего, родившийся после его смерти; один из родителей, супруг (супруга) либо другой член семьи независимо от его трудоспособности, который не работает и занят уходом за состоявшими на иждивении умершего его детьми, внуками, братьями и сестрами, не достигшими 14 лет либо хотя и достигшими этого возраста, но нуждающимися в уходе по заключению бюро МСЭ или лечебно-профилактических учреждений государственной системы здравоохранения. Если члены семьи, осуществлявшие уход, в этот период становятся нетрудоспособными, то они сохраняют право на получение страховых выплат и после окончания ухода за этими лицами. Право на обеспечение имеют также лица, состоявшие на иждивении умершего, ставшие нетрудоспособными в течение пяти лет со дня его смерти. По решению суда такое право может быть предоставлено нетрудоспособным лицам, которые при жизни застрахованного имели заработок, но часть заработка застрахованного являлась их постоянным и основным источником средств к существованию. Положения п. 2 ст. 7 Закона об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве должны толковаться в системе с положениями п. 3 данной статьи, который устанавливает период предоставления иждивенцам умершего работника страхового обеспечения. Предусматривается, что несовершеннолетним страховые выплаты выплачиваются до достижения возраста 18 лет, а учащимся старше этого возраста - до окончания обучения, но не более чем до 23 лет. Лицам, достигшим общеустановленного пенсионного возраста, страховые выплаты назначаются пожизненно, инвалидам - на срок инвалидности, а одному из родителей (супругу, другому члену семьи), который не работает и занимается уходом за находившимися на иждивении умершего его детьми, внуками, братьями, сестрами, - до достижения последними возраста 14 лет либо изменения состояния здоровья.

Страховые выплаты делаются на единовременные и ежемесячные. Их размер для застрахованного лица определяется исходя из степени утраты профессиональной трудоспособности.

Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах устанавливается учреждением МСЭ в соответствии с Положением, которое было утверждено постановлением Правительства РФ от 16 октября 2000 г. N789. Если у пострадавшего наступила полная утрата профессиональной трудоспособности вследствие резко выраженного нарушения функций организма при наличии абсолютных противопоказаний для выполнения любых видов профессиональной деятельности, даже в специально созданных условиях, устанавливается степень утраты профессиональной трудоспособности 100%.

Пострадавшему, который может выполнять работу лишь в специально созданных условиях, устанавливается степень утраты профессиональной трудоспособности от 70 до 90%. Если он может в обычных производственных условиях продолжать профессиональную деятельность с выраженным снижением квалификации (с уменьшением объема выполняемой работы) или если он утратил способность продолжать профессиональную деятельность вследствие умеренного нарушения функций организма, но может в обычных производственных условиях выполнять профессиональную деятельность более низкой квалификации, устанавливается степень утраты профессиональной трудоспособности от 40 до 60%. Степень утраты профессиональной трудоспособности от 10 до 30% устанавливается пострадавшему, который может продолжать профессиональную деятельность с умеренным или незначительным снижением квалификации, либо с уменьшением объема выполняемой

работы, либо при изменении условий труда, влекущих снижение заработка, а также в случае, если выполнение его профессиональной деятельности требует большего напряжения, чем прежде. В любом случае степень утраты профессиональной трудоспособности не может превышать 100%.

Временные критерии определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний были утверждены постановлением Минтруда России от 18 июля 2001 г.*[\(11\)](#). Основным методологическим принципом экспертизы профессиональной трудоспособности пострадавшего является совокупный анализ следующих критериев:

- клинико-функциональных;
- характера профессиональной деятельности (квалификации, качества и объема труда, способности к его выполнению);
- категории и степени ограничений жизнедеятельности.

Например, как отмечалось выше, пострадавшим с выраженными нарушениями функций организма устанавливается в зависимости от уровня снижения квалификации и возможности использования профессиональных знаний и навыков при выполнении работы в специально созданных производственных условиях степень утраты профессиональной трудоспособности от 70 до 90%. Так, в случаях, когда пострадавший, ранее выполнявший квалифицированную работу в обычных производственных условиях, может выполнять только неквалифицированные виды труда в специально созданных производственных условиях, устанавливается 90% утраты профессиональной трудоспособности. Если пострадавший может выполнять в специально созданных производственных условиях работу более низкой квалификации с учетом профессиональных знаний и навыков, устанавливается 80% утраты трудоспособности. Пострадавшему, который может выполнять в специально созданных производственных условиях работу по профессии, предшествующей страховому случаю, устанавливается 70% утраты профессиональной трудоспособности.

При установлении степени утраты профессиональной трудоспособности пострадавшего учреждение МСЭ определяет также нуждаемость пострадавшего в медицинской, социальной и профессиональной реабилитации и составляет программу реабилитации.

Переосвидетельствование пострадавшего проводится в аналогичном порядке. Срок переосвидетельствования пострадавшего при определении степени утраты профессиональной трудоспособности устанавливается через шесть месяцев, один год или два года на основе оценки состояния здоровья пострадавшего и прогноза развития его компенсаторных и адаптационных возможностей. В ряде случаев степень утраты профессиональной трудоспособности пострадавшего устанавливается бессрочно. Если срок очередного переосвидетельствования пропущен, степень утраты профессиональной трудоспособности за пропущенный период устанавливается при наличии направления работодателя (страхователя), страховщика либо постановления суда (судьи).

Размер единовременной страховой выплаты определяется в соответствии со степенью утраты застрахованным профессиональной трудоспособности исходя из суммы, установленной федеральным законом о бюджете Фонда социального страхования на соответствующий год. В 2005 г. размер единовременной страховой выплаты определялся в соответствии со степенью утраты профессиональной трудоспособности застрахованного исходя из суммы 43,2 тыс. рублей.

Размер ежемесячной страховой выплаты определяется как доля среднего месячного заработка застрахованного, исчисленная в соответствии со степенью утраты им профессиональной трудоспособности. В 2005 г. размер ежемесячной страховой выплаты не мог превышать 33 тыс. рублей.

При подсчете среднего заработка учитываются все виды оплаты труда как по основному месту работы, так и по совместительству, за исключением выплат единовременного характера (компенсация за неиспользованный отпуск, выходное пособие при увольнении и др.). Средний заработок подсчитывается путем деления общей суммы заработка за 12 месяцев работы, предшествующих наступлению страхового случая или утрате либо снижению его трудоспособности (по выбору застрахованного лица), на 12. Если средний заработок определяется из сумм заработка, полученных до 1 января 2000 г., то последние подлежат индексации в соответствии с п. 2 постановления Верховного Совета РФ от 24 декабря 1992 г.*[\(12\)](#). Установлены также и льготные правила подсчета. Так, размер среднего заработка застрахованного, не достигшего 18-летнего возраста, не может быть ниже величины прожиточного минимума в целом по РФ.

При определении размера ежемесячных страховых выплат, назначаемых застрахованному лицу, учитывается его вина. Если комиссия по расследованию страхового случая установит, что грубая неосторожность застрахованного содействовала возникновению или увеличению вреда, причиненного его здоровью, то ежемесячная страховая выплата уменьшается соответственно степени вины застрахованного, но не более чем на 25%. Степень вины устанавливается комиссией в процентах и указывается в акте о страховом случае. Вред, возникший вследствие умысла застрахованного, подтвержденного заключением правоохранительных органов, возмещению не подлежит.

В случае смерти работника размер ежемесячной выплаты определяется исходя из его среднего заработка за вычетом долей, приходящихся на него самого и трудоспособных членов семьи, не имеющих права на возмещение вреда. Для определения размера ежемесячных выплат каждому лицу, имеющему на них право, общий размер указанных выплат делится на число таких лиц.

По общему правилу, размер назначенной ежемесячной выплаты в дальнейшем перерасчету не подлежит, за исключением случаев изменения степени утраты профессиональной трудоспособности или круга лиц, имеющих на нее право, а также случаев индексации. Размер ежемесячной страховой выплаты индексируется с учетом уровня инфляции в пределах средств, предусмотренных на эти цели в бюджете Фонда социального страхования на соответствующий финансовый год. Коэффициент индексации и ее периодичность определяются Правительством РФ.

Обеспечение по страхованию может осуществляться в виде оплаты дополнительных расходов, связанных с повреждением здоровья, на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию. Сюда могут быть включены расходы на дополнительную медицинскую помощь, дополнительное питание и приобретение лекарств, посторонний уход за застрахованным, санаторно-курортное лечение, протезирование, обеспечение специальными транспортными средствами (при наличии медицинских показаний и отсутствии противопоказаний)⁽¹³⁾, профессиональное обучение (переобучение) и т.д. Дополнительные расходы производятся страховщиком, если необходимость в соответствующих видах услуг подтверждается заключением МСЭ.

Назначение обеспечения по страхованию осуществляется страховщиком на основании заявления застрахованного или лица, имеющего право на получение страховых выплат, и представляемых страхователем документов: акта о несчастном случае или о профессиональном заболевании, справки о среднемесячном заработке застрахованного, заключения бюро МСЭ о степени утраты профессиональной трудоспособности и др. Перечень документов определяется страховщиком для каждого страхового случая. Решение о назначении или об отказе в назначении страховых выплат принимается страховщиком не позднее 10 дней со дня поступления заявления со всеми необходимыми документами, предусмотренными перечнем.

Библиография

Литература

- Алмазов Б.Н. Правовая психопатология: Учеб. пособие. Екатеринбург: Изд-во УрГЮА, 2000.
- Апельбаум П.С. Почти революция: международная ситуация с законом о недобровольной госпитализации//Социальная и клиническая психиатрия. 1999. Т. 9. N 1.
- Аргунова Ю.Н. Ответственность за незаконное помещение в психиатрическую больницу//Независимый психиатрический журнал. 1994. N 3.
- Глашев А.А. Медицинское право: Практическое руководство для юристов и медиков. М.: Волтерс Клувер, 2004.
- Голубев К.И., Нарижный СВ. Компенсация морального вреда как способ защиты неимущественных благ личности. СПб: Изд-во "Юридический центр Пресс", 2000.
- Гурович И.Я., Голланд В.В., Зайченко Н.М. Динамика показателей деятельности психиатрической службы России (1994-1999). М.: Мед практика, 2000.
- Ваши права при получении медицинской помощи/Отв. ред. В.И. Власов. Саратов: АГАТОН, 1997.
- Данилова Л.Л. Гражданская правосубъектность лиц, страдающих психическими расстройствами//Юридический мир. 2000. N 9.
- Дмитриева Т.Б. Альянс права и милосердия. О проблеме защиты прав человека в психиатрии. М.: Наука, 2001.
- Дмитриева Т.В., Харитоновна Н.К., Иммерман К.Л., Королева Е.В. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе. СПб.: Изд-во "Юридический центр Пресс", 2003.
- Защита прав пациентов психиатрических стационаров//Колл. авт. (Под общ. ред. Т.Б. Дмитриевой). М., 1994.
- Каннабих Ю.В. История психиатрии. М.-Л., 1928.
- Комментарий к законодательству Российской Федерации в области психиатрии/Колл. авт.; под общ. ред. Т.Б. Дмитриевой. М.: Спарк, 2002.
- Комментарий к Уголовному кодексу РФ/Под ред. А.В. Наумова. М.: Юрист, 1996.
- Конституция и закон: стабильность и динамизм/Отв. ред. В.П. Казимирчук. М.: Юр. книга, 1998.
- Конституция РФ. Комментарий/Под общ. ред. Б.Н. Топорнина, Ю.М. Батурина, Р.Г. Орехова. М.: Юрид. лит., 1994.

-
- Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве. М.: БЕК, 1995.
- Мальцева М.М. Опасные действия психически больных (психопатологические механизмы и профилактика)/М.М. Мальцева, В.П. Котов. М., 1995.
- Монахан Д., Шах С. Опасность психически больных и их госпитализация в США//Социальная и клиническая психиатрия. 1991. Т. 1. N 1.
- Мохов А.А. Теория и практика использования медицинских знаний в гражданском судопроизводстве России. СПб.: Изд-во "Юридический центр Пресс", 2003.
- Мохов А.А. Сочетание частных и публичных интересов при правовом регулировании медицинской деятельности. СПб.: Изд-во "Юридический центр Пресс", 2004.
- Общая теория прав человека/Отв. ред. Е.А. Лукашева. М.: НОРМА, 1996.
- Назаров А.С., Савицкая Т.М. Досрочно назначаемые пенсии по старости педагогическим и медицинским работникам. М.: МЦФЭР, 2003.
- Недопил Н. Опасны ли психически больные? Мифы и факты//Российский психиатрический журнал. 2001. N 3.
- Новоселов В.П. Ответственность работников здравоохранения за профессиональные правонарушения. Новосибирск: Наука, 1998.
- Новые виды судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе (применительно к Закону РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании")/Под ред. Т.Б. Дмитриевой. М., 1993.
- Путило Н.В. Комментарий к основам законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. М.: Юридический дом "Юстицинформ", 2003.
- Тихомиров А.В. Медицинское право: Практическое пособие. М.: Статут, 1998.
- Тихомиров А.В. Организационные начала публичного регулирования рынка медицинских услуг. М.: Статут, 2001.
- Федорова М.Ю. Медицинское право: Учеб. пособие для вузов. М.: Гум. изд. центр "Владос", 2003.
- Хныкин Г.В. Правовое регулирование труда медицинских работников. М.: Юрист, 2005.
- Черносвитов Е.В. Социальная медицина: Учеб. пособие. М.: Гум. изд. центр "Владос", 2000.
- Этика практической психиатрии: Руководство для врачей/Под ред. В.А. Тихоненко. М.: Право и закон, 1996.

Нормативные правовые акты

Постановления высших судебных органов

- Всеобщая декларация прав и свобод человека. Принята Генеральной ассамблеей ООН 10 декабря 1948 г./Рос. газ. 1998. 10 декабря.
- Международный пакт о социально-экономических и культурных правах. Принят Генеральной ассамблеей ООН 16 декабря 1966 г./Международные акты о правах человека: Сб. док. М.: НОРМА-ИНФРА-М, 1999.
- Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи, утв. Генеральной ассамблеей ООН 17 декабря 1991 г.
- Европейская конвенция о защите прав человека и основных свобод от 4 ноября 1950 г./Международные акты о правах человека: Сб. док. М.: НОРМА - ИНФРА-М, 1999.
- Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 г.).
- Федеральный конституционный закон от 26 февраля 1997 г. "Об Уполномоченном по правам человека в Российской Федерации"//СЗ РФ. 1997. N 9. Ст. 1011.
- Бюджетный кодекс Российской Федерации.
- Гражданский кодекс Российской Федерации.
- Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации.
- Жилищный кодекс Российской Федерации.
- Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях.
- Налоговый кодекс Российской Федерации. Части первая и вторая.
- Трудовой кодекс Российской Федерации.
- Уголовный кодекс Российской Федерации.
- Основы законодательства Российской Федерации "Об охране здоровья граждан" от 22 июля 1993 г./Ведомости Съезда народных депутатов и Верховного Совета РФ. 1993. N 33. Ст. 1318; СЗ РФ. 1998. N10. Ст. 1143; 1999. N51. Ст. 6289; 2000. N49. Ст. 4740; 2003. N2. Ст. 167; N9. Ст. 805; N27. Ст. 2700; 2004. N 27. Ст. 2711; N 35. Ст. 3607.

Федеральный закон от 16 июля 1999 г. "Об основах обязательного социального страхования"//СЗ РФ. 1999. N 29. Ст. 3686.

Федеральный закон от 19 июня 2000 г. "О минимальном размере оплаты труда"//Бюллетень Минтруда России. 2000. N 6; СЗ РФ. 2002. N 18. Ст. 1722; N 48. Ст. 4737.

Закон РФ от 27 ноября 1992 г. "Об организации страхового дела в Российской Федерации"//Ведомости Съезда народных депутатов и Верховного Совета РФ. 1993. N 2. Ст. 56; СЗ РФ. 1998. N 1. Ст. 4.

Закон РФ от 28 июня 1991г. "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации"//Ведомости Съезда народных депутатов и Верховного Совета РФ. 1991. N 27. Ст. 920.

Федеральный закон от 15 декабря 2001г. "Об обязательном пенсионном страховании в Российской Федерации"//СЗ РФ. 2001. N 51. Ст. 4832; 2002. N 22. Ст. 2026.

Федеральный закон от 24 июля 1998 г. "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний"//СЗ РФ. 1998. N 31. Ст. 3803; 1999. N 29. Ст. 3702; 2001. N 44. Ст. 4152.

Федеральный закон от 17 декабря 2001 г. "О трудовых пенсиях в Российской Федерации"//СЗ РФ. 2001. N52. Ст. 4920.

Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации"//СЗ РФ. 1995. N 48. Ст. 4563; 1998. N 31. Ст. 3803; 1999. N 2. Ст. 232; N 29. Ст. 3693; 2000. N 22. Ст. 2267; 2001. N 24. Ст. 2410; N 33. Ст. 3426; N 53 (ч. I). Ст. 5024; 2003. N 43. Ст. 4108.

Закон РФ от 2 июля 1992 г. "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании"//Ведомости Съезда народных депутатов и Верховного Совета РФ. 1992. N 33. Ст. 1913; 2004. N27. Ст. 2711; N35. Ст. 3607.

Федеральный закон от 8 января 1998 г. "О наркотических средствах и психотропных веществах"//СЗ РФ. 1998. N 2. Ст. 219; 2004. N 49. Ст. 4845.

Положение о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации, утв. постановлением Правительства РФ от 30 июня 2004 Г.//СЗ РФ. 2004. N 28. Ст. 2898.

Положение о Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, утв. постановлением Правительства РФ от 30 июня 2004 Г.//СЗ РФ. 2004. N 28. Ст. 2899.

Положение о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, утв. постановлением Правительства РФ от 30 июня 2004 Г.//СЗ РФ. 2004. N 28. Ст. 2900.

Положение о Федеральном агентстве по здравоохранению и социальному развитию, утв. постановлением Правительства РФ от 30 июня 2004 Г.//СЗ РФ. 2004. N 28. Ст. 2991.

Постановление Правительства РФ от 25 мая 1994 г. "О мерах по обеспечению психиатрической помощью и социальной защите лиц, страдающих психическими расстройствами"//Бюллетень Министерства труда РФ. 1994. N 7.

Правила допуска лиц к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами, утв. постановлением Правительства РФ от 6 августа 1998 Г.//СЗ РФ. 1998. N 33. Ст. 4009.

Постановление Правительства РФ от 12 августа 2004 г. "О лицензировании деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ"//СЗ РФ. 2004. N 33. Ст. 3499.

Перечень медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, утв. постановлением Правительства РФ от 28 апреля 1993 Г.//САПП РФ. 1993. N18. Ст. 1602; 1998. N22. Ст. 2459; N 32. Ст. 3910; 2000. N 31. Ст. 3288.

Постановление Правительства РФ от 1 декабря 2004 г. "Об утверждении Перечня социально значимых заболеваний и Перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих"//СЗ РФ. 2004. N49. Ст. 4916.

Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2006 году, утв. постановлением Правительства РФ от 28 июля 2005 г.//Российская газета. 2005. 9 августа.

Постановление Правительства РФ от 16 декабря 2004 г. N805 "О порядке организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы"//СЗ РФ. 2004. N 52 (ч. II). Ст. 5478.

Положение о территориальном органе Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития Российской Федерации по субъекту Российской Федерации (Управлении Росздравнадзора по субъекту Российской Федерации), утв. приказом Минздравсоцразвития России от 22 ноября 2004 г.//Российская газета. 2004. 24 декабря.

Постановление Правительства РФ от 12 ноября 2002 г. "О продолжительности работы по совместительству в организациях здравоохранения медицинских работников, проживающих и работающих в сельской местности и в поселках городского типа"//СЗ РФ. 2002. N 46. Ст. 4595.

Постановление Правительства РФ от 14 февраля 2003 г. "О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности"//СЗ РФ. 2003. N 8. Ст. 757.

Правила исчисления периодов работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости в соответствии со статьями 27 и 28 Федерального закона "О трудовых пенсиях в Российской Федерации", утв. постановлением Правительства РФ от 11 июля 2002 г. Ы516//СЗРФ. 2002. N28. Ст. 2872.

Список должностей и учреждений, работа в которых засчитывается в стаж работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости лицам, осуществлявшим лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, в соответствии с подпунктом 11 пунктам 1 статьи 28 Федерального закона "О трудовых пенсиях в Российской Федерации", утв. постановлением Правительства РФ от 29 октября 2002 г.//СЗ РФ. 2002. N 44. Ст. 4393.

Правила исчисления периодов работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости лицам, осуществлявшим лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, в соответствии с подпунктом 11 пункта 1 статьи 28 Федерального закона "О трудовых пенсиях в Российской Федерации", утв. постановлением Правительства РФ от 29 октября 2002 г.//Российская газета. 2002. 6 ноября.

Порядок оказания скорой медицинской помощи, утв. приказом Минздравсоцразвития России от 1 ноября 2004 г.//Российская газета. 2004. 26 ноября.

Разъяснение Министерства труда и социального развития Российской Федерации от 15 апреля 2003 г. N17 "Об определении учреждениями Государственной службы медико-социальной экспертизы причин инвалидности"У/Бюллетень Минтруда России. 2003. N 6.

Форма индивидуальной программы реабилитации инвалида, выдаваемой учреждениями медико-социальной экспертизы, утв. приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 29 ноября 2004 г. N 287//Российская газета. 2004. 29 декабря.

Положение о военно-врачебной экспертизе, утв. постановлением Правительства РФ от 25 февраля 2003 г.//СЗ РФ. 2003. N 10. Ст. 902; 2004. N 4. Ст. 279; Российская газета. 2005. 19 января.

Положение об аттестации экспертов в государственных судебно-экспертных учреждениях Министерства юстиции Российской Федерации, утв. приказом Минюста России от 23 декабря 2004 г.//Российская газета. 2005. 19 января.

Приказ Министра обороны РФ от 20 августа 2003 г. N 200 "О порядке проведения военно-врачебной экспертизы в Вооруженных Силах Российской Федерации"

Положение об анонимном лечении в наркологических учреждениях и подразделениях, утв. приказом Министра здравоохранения РФ от 23 августа 1999 г.//Российская газета. 1999. 1 октября.

Положение об организации психологической и психиатрической помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях, утв. приказом Минздрава России от 24 октября 2002 г.//Здравоохранение. 2003. N 1.

Инструкция об организации производства судебно-психиатрических экспертиз в отделениях судебно-психиатрической экспертизы государственных психиатрических учреждений, утв. приказом Минздравсоцразвития России от 30 мая 2005 г.

Перечень минимума необходимых работ (услуг) на период проведения забастовки в организациях здравоохранения, утв. приказом Минздрава России от 25 июля 2003 г.//Российская газета. 2003. 17 сентября.

Классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, утв. приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 августа 2005 г.//Российская газета. 2005. 21 сентября.

Постановление Конституционного Суда РФ от 3 июня 2004 г. "По делу о проверке конституционности положений подпунктов 10, 11 и 12 пункта 1 ст. 28, пунктов 1 и 2 ст. 31 Федерального закона "О трудовых пенсиях в Российской Федерации" в связи с запросами Государственной Думы Астраханской области, Верховного Суда Удмуртской Республики, Биробиджанского городского суда Еврейской автономной области, Елецкого городского суда Липецкой области, Левобережного, Октябрьского и Советского районных судов города Липецка, а также жалобами ряда граждан"//СЗ РФ. 2004. N 24. Ст. 2476.

Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 20 декабря 1994 г. "Некоторые вопросы применения законодательства о компенсации морального вреда"

Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 17 марта 2004 г. "О применении судами Российской Федерации Трудового кодекса Российской Федерации"У/Российская газета. 2004. 8 апреля.

-
- * (1) СЗ РФ. 2000. N 12. Ст. 1260.
- * (2) Ведомости СНД и ВС РФ. 1993. N 19. Ст. 685; СЗ РФ. 1995. N 51. Ст. 4970.
- * (3) Бюллетень Министерства труда и социального развития РФ. 1996. N 12.
- * (4) СЗ РФ. 2002. N 28. Ст. 2873.
- * (5) СЗ РФ. 1995. N 7.
- * (6) Михайлов А.М. Трудовые права и обязанности работников здравоохранения. М.: Юрид. Лит., 1971. С. 65, 66
- * (7) Бюллетень Минтруда России. 1999. N 2.
- * (8) Российская газета. 2001. 12 января.
- * (9) Рекомендации по экспертизе страхового случая по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, утв. письмом Фонда социального страхования РФ от 29 января 2001 г. N 02-18/07-659.
- * (10) См. об этом подробнее: письмо Фонда социального страхования РФ от 18 февраля 2002 г. N 02-18/05/1136 "О пособиях по временной нетрудоспособности и по беременности и родам"/Бюллетень Минтруда России. 2002. N 3.
- * (11) Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. 2001. N 36.
- * (12) См. об этом подробнее: письмо Фонда социального страхования РФ от 7 октября 2002 г. N 02-18/07-7048 о расчете ежемесячных страховых выплат по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний//Социальный мир. 2002. N 28.
- * (13) См.: Федеральный закон от 23 октября 2003 г. N 132-ФЗ "О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Российской Федерации по вопросам реабилитации инвалидов"/СЗ РФ. 2003. N 43. Ст. 4108.