

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«Санкт-Петербургский научно-исследовательский
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Утверждено к печати
решением Ученого совета
СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева
Протокол № 1 от 21.01.2016

Н.В. Семенова

Правовые основы психиатрической помощи в Российской Федерации

Учебно-методическое пособие

Санкт-Петербург
2016

УДК: 616.89:614.255.14

ББК 56.14

Правовые основы психиатрической помощи в Российской Федерации: учебно-методическое пособие / автор-сост.: Н. В. Семенова. – СПб, изд-во СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2016. – 108 с.

В пособии изложены современные представления о соотношении права и психиатрии в Российской Федерации, дано понятие иерархической структуры отечественного законодательства в области психиатрии, общая характеристика Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании, подробно освещены отдельные вопросы регулирования психиатрической помощи. Специальный раздел посвящен этико-правовым нормам организации и проведения клинических исследований лекарственных препаратов в психиатрии.

В пособии приведены перечень рекомендуемой литературы, тестовые задания и ситуационные задачи. Предложенная структура пособия помогает выделить главные аспекты изучаемых вопросов, организовать и конкретизировать учебный процесс.

Учебно-методическое пособие «Правовые основы психиатрической помощи в Российской Федерации» подготовлено в соответствии с «Типовой программой» для слушателей послевузовского и дополнительного профессионального образования, врачей-интернов, ординаторов и аспирантов, обучающихся по специальности психиатрия (060201), психотерапия (????) и психиатрия-наркология (????)

ISBN

© Семенова Н.В., 2016

Введение

Психиатрическая помощь является одним из видов медицинской помощи, который впервые в истории нашей страны был урегулирован специальным законом. 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, в том числе у социально незащищенного населения, у пострадавших от военных действий, стихийных бедствий, техногенных катастроф, беженцев. Увеличивается число совершаемых большими общественно опасными деяниями. Расстройства психики наблюдаются и у лиц, страдающих соматическими заболеваниями.

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 обеспе-

чения их интеграции и реинтеграции в общество посредством психосоциальной реабилитации.

Для сферы гражданско-правового регулирования в целях определения правового положения страдающих психическими расстройствами значимость представляют следующие принципы:

1. Презумпции отсутствия у лица психического расстройства при его участии в гражданских правоотношениях в качестве их субъекта.

2. Равенства перед законом, защиты чести и достоинства граждан независимо от степени расстройства психического здоровья.

3. Доступность психиатрической помощи, осуществление ее на основе законности, гуманности, соблюдения прав человека, принципа наименее ограничительной альтернативы при выборе форм оказания психиатрической помощи.

4. Антидискриминационность специальных норм: недопущение никакой дискриминации на основании психического заболевания.

1. Соотношение права и психиатрии

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.

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 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».

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.

2. Законодательство РФ о здравоохранении

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.

2.1. Отраслевая структура здравоохранительного законодательства

Поскольку отношения в сфере здравоохранения 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 са-

нитарно-эпидемиологического благополучия. В состав законодательства о здравоохранении можно включить и гл. 6 Кодекса РФ об административных правонарушениях «Административные правонарушения, посягающие на здоровье, санитарно-эпидемиологическое благополучие населения и общественную нравственность». Перечень подобных примеров может быть продолжен.

2.2. Иерархическая структура законодательства

В рамках иерархической структуры здравоохранительного законодательства 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***.

Общие законы закрепляют основные принципы организации отрасли здравоохранения и оказания медицинской помощи. Особое место среди них занимает Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Закон устанавливает правовые основы регулирования системы здравоохранения, конкретизирует конституционные права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь, за-

крепляет гарантии и механизмы их реализации в современных условиях.

В законе сформулированы основные принципы охраны здоровья. Каждому посвящена отдельная статья, в которой соответствующий принцип подробно раскрывается:

- 1) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- 2) приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- 3) приоритет охраны здоровья детей;
- 4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- 5) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;
- 6) доступность и качество медицинской помощи;
- 7) недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;
- 8) приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
- 9) соблюдение врачебной тайны.

В законе закреплена норма обязательности исполнения на всей территории РФ и во всех медицинских учреждениях утвержденных порядков оказания медицинской помощи на основе стандартов.

Важной является глава, посвященная полномочиям органов государственной власти в сфере охраны здоровья. Круг полномочий федеральных органов исполнительной власти включает реализацию мероприятий по спасению

жизни людей при чрезвычайных ситуациях, организацию медицинской эвакуации, координацию и внедрение передовых медицинских технологий, а также полномочия по территориальному планированию инфраструктуры здравоохранения с учетом обеспечения порядков оказания медицинской помощи по всем основным направлениям.

Полномочия по организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи закреплены на уровне субъектов РФ в целях повышения ответственности органов государственной власти за качество и доступность медицинского обслуживания на территории субъекта, а также для улучшения финансирования. Однако есть немало муниципалитетов, бюджет которых позволяет обеспечить качественную организацию оказания медпомощи. Для таких случаев предусмотрена возможность делегирования данных полномочий субъектом РФ муниципалитетам.

За органами местного самоуправления закреплены полномочия по созданию условий для оказания медицинской помощи населению. Эти полномочия устанавливаются в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и законами субъектов РФ. Такая конструкция позволит реализовывать положения закона с учетом особенностей территорий.

Впервые четко разделены бесплатная медицинская помощь и платные медицинские услуги, дана классификация по видам медпомощи, закреплены критерии высокотехнологичной помощи и законодательное регулирование паллиативной помощи. Установлен перечень услуг,

которые не подлежат оплате за счет личных средств граждан ни при каких условиях. В рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи бесплатно будут оказываться все основные виды медпомощи: это первичная медико-санитарная, специализированная (в том числе высокотехнологичная), скорая и паллиативная медицинская помощь. Предусматривается бесплатное санаторно-курортное лечение в части медицинской реабилитации, проводимое в курортно-санаторных организациях после оказания стационарной помощи. Кроме того, бесплатными для граждан являются: замена лекарства на более дорогое в случае непереносимости назначенного препарата, индивидуальная палата, необходимая в силу тяжести заболевания или по эпидемиологическим показаниям, и транспортные услуги для проведения обследования, осуществить которое данное медучреждение не может.

За счет средств пациента могут оказываться лишь услуги повышенной комфортности, не связанные непосредственно с медицинской помощью, услуги косметологической медицины, пластической хирургии, медицинская помощь иностранному гражданину, который не имеет страховки, и этот вопрос не оговорен в международных договорах. Также помощь может быть платной, если ее объем больше того, что прописан в программе государственных гарантий: например, пациенту показана одна медицинская процедура, а он желает провести ее повторно, однако медицинских показаний к тому нет, — в таком случае процедура будет проведена за плату.

Закреплено право на добровольное информированное согласие на любое медицинское вмешательство и отказ от него, на выбор лечащего врача общей практики и медицинского учреждения, на бесплатное пребывание родителя или законного представителя в больнице с ребенком в возрасте до четырех лет и старше — при наличии медицинских показаний.

Урегулированы многие кадровые вопросы в сфере здравоохранения, связанные с системой подготовки и переподготовки медицинских и фармацевтических работников, с расширением и защитой их прав, с оплатой их труда, с поддержкой сельских медиков.

В законе есть еще ряд важных нововведений: разработан дефинитный аппарат основных медицинских понятий, урегулированы статьи по искусственному прерыванию беременности, по применению вспомогательных репродуктивных технологий и по трансплантации органов и тканей человека, конкретизированы положения о профилактике, законодательно закреплено понятие орфанных (редких) заболеваний и предусмотрены меры поддержки больных этими заболеваниями, а также тщательно проработан институт медицинской экспертизы и включен дополнительный ее вид — независимая медицинская экспертиза.

К законам общей группы относится также Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», регулирующий отношения, возникающие в связи с осуществлением обязательного медицинского страхования, в том числе определяющим правовое положение субъектов обязательного медицинского страхования и участников обяза-

тельного медицинского страхования, основания возникновения их прав и обязанностей, гарантии их реализации, отношения и ответственность, связанные с уплатой страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

В общую часть медицинского права также входят нормы Федерального закона от 30.03.1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» и Федерального закона от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств».

Группу специальных законов образуют законы, которые регулируют отдельные виды медицинской помощи (например, Закон РФ от 02.07.1992 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», Закон РФ от 22.12.1992 г. «О трансплантации органов и (или) тканей человека» и т.д.) либо направлены на борьбу с конкретными заболеваниями (Федеральный закон от 30.03.1995 г. «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», Федеральный закон от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»).

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 РФ. В качестве примеров можно привести следующие:

– Указ Президента Российской Федерации от 24.09.2002 № 1068 «О совершенствовании государственного управления в области противодействия незаконному обороту наркотических средств и психотропных веществ»;

– постановление Правительства Российской Федерации от 30.06.1998 № 681 «Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации»;

– постановление Правительства РФ от 01.12.2004 г. № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих»;

– приказ Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 г. № 256 «О порядке медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение»;

– приказ Министерства здравоохранения РФ от 15.11.2012 г. № 929н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "наркология"»

– приказ Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 г. № 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения».

2.3. Федеративная структура 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 здо-

ровья населения. Федеральные законы вводят основополагающие нормы, находящиеся на высших этажах иерархии норм права субъектов Российской Федерации. В исключительном ведении Российской Федерации находятся вопросы охраны здоровья граждан, которые связаны с производством и порядком использования наркотических средств и ядовитых веществ (п. «м» ст. 71 Конституции РФ), а также установление основ федеральной политики и федеральные программы в области социального развития (п. «е» ст. 71).

Законы субъектов РФ являются не столько дополнительным звеном, способствующим созданию комплексного механизма реализации федерального закона, сколько тем элементом механизма регулирования, который снимает чрезмерную абстрактность общедоказательных норм, наполняя их спецификой региональной практики правоприменения.

По предмету и способам правового регулирования законы субъектов Российской Федерации о здравоохранении можно разделить на несколько групп:

– общие законы (их предмет регулирования схож с предметом регулирования федеральных законов об охране здоровья граждан, что отражено и в названии: либо «о здравоохранении», либо «об охране здоровья»). В качестве примеров можно привести Закон Ленинградской области от 12.02.1999 № 22-оз «О здравоохранении Ленинградской области», Закон Омской области от 20.12.2004 «Об охране здоровья населения Омской области» и т.д.

– законы и подзаконные акты, дополняющие общие законы о здравоохранении, имеющие аналог в федеральном законодательстве (о санитарно-эпидемиологическом благополучии, о лекарствах и другие), например, Положение о

лекарственном обеспечении на территории Омской области отдельных групп граждан и лиц, страдающих отдельными категориями заболеваний, утвержденное постановлением Правительства Омской области от 31.12.2004 № 102-пз, закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения в Воронежской области» от 19.10.2009 № 113-ОЗ и др.

– законы и подзаконные акты, дополняющие общие законы о здравоохранении, но не имеющие аналогов в федеральном законодательстве (о целительстве, народной медицине, о питьевой воде и т.п.), например, Приказ Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга от 19.05.2003 № 112-п «О деятельности народных целителей на территории Санкт-Петербурга», приказ Министерства здравоохранения Омской области от 11.05.2004 № 128 «О совершенствовании работы по выдаче диплома целителя», Закон Новосибирской области от 12.03.1999 № 46-ОЗ «О системе медицинского обслуживания населения Новосибирской области», закон города Москвы от 07.10.2009 № 43 «О психологической помощи населению в городе Москве» и др.

– особую группу составляют законы в сфере правовой и социальной защиты субъектов медицинских отношений (например, закон Белгородской области «О социальных гарантиях медицинским работникам образовательных учреждений», закон Астраханской области от 08.11.2012 № 79/2012-ОЗ «Об отдельных вопросах правового регулирования отношений в сфере охраны здоровья граждан»), определяющие особенности экономической политики по отношению к медицинским учреждениям.

3. 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 на

основе психиатрического диагноза, а также фактов обращения за психиатрической помощью;

3) защиту общества от возможных опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами;

4) защиту врачей, медицинского персонала и иных специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи, предоставление им льгот как работникам, действующим в особо опасных, тяжелых условиях, а также обеспечение независимости врача-психиатра при принятии решений, связанных с оказанием психиатрической помощи, от возможного влияния третьих лиц, включая представителей администрации и органов управления.

Для решения этих задач Законом устанавливается ряд специальных норм и процедур. Среди них особо следует выделить:

– судебный порядок решения вопросов о психиатрическом освидетельствовании (в определенной части случаев) и госпитализации в психиатрическую больницу без согласия лица или его законного представителя;

– создание специальной независимой службы защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах;

– гарантии права на социальное страхование и социальное обеспечение лицам с психическими расстройствами, совершившим общественно опасные действия и находящимся на принудительном лечении по решению суда;

– введение обязательного государственного страхования специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи, на случай причинения вреда их здоровью и др.

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

Как общую норму Закон устанавливает принцип добровольности оказания различных видов психиатрической помощи, уравниваемой в большинстве случаев с общемедицинской. В Законе определяются и специфические для лиц, страдающих психическими расстройствами, показания к применению некоторых видов помощи в недобровольном порядке (психиатрическое освидетельствование, госпитализация в психиатрический стационар, медикаментозное лечение, установление диспансерного наблюдения и др.). В различных разделах и статьях устанавливаются клинические и социальные критерии для применения не-

добровольных мер психиатрической помощи. Эти критерии отличаются от ранее применявшихся как по своему содержанию, так и по точности формулировок. Несмотря на различия в деталях, они имеют ряд общих черт, которые сводятся к следующему.

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

Несмотря на различный характер оснований при разных видах психиатрической помощи, они могут быть объединены в три основные группы, наиболее четко обозначенные в статьях 23 и 29 Закона:

1) опасность больного для самого себя или для окружающих, которая квалифицируется как непосредственная;

2) беспомощность, трактуемая как неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, под которыми следует понимать самообслуживание, поддержание необходимого санитарного состояния в отношении самого себя и своего жилища, обеспечение себя питанием, жильем, одеждой;

3) угроза существенного вреда здоровью пациента вследствие прогрессирования заболевания, если он будет оставлен без лечения и других видов психиатрической помощи.

Перечисленные признаки в основном соответствуют признакам, содержащимся в законодательстве других стран, отвечая требованиям документов Организации Объединенных Наций.

В зависимости от преобладания тех или иных компонентов отмеченных клинических и социальных критериев могут быть применены различные виды недобровольной психиатрической помощи, изменена процедура их применения. Так, опасность для себя или для окружающих оценивается обычно как признак, требующий немедленного вмешательства психиатра, тем более экстренного и энергичного, чем более непосредственный характер носит эта опасность. В то же время беспомощность больного, возможность причинения ущерба его здоровью вследствие неоказания психиатрической помощи трактуются обычно как обстоятельства, допускающие отсроченность психиатрической помощи даже при ее недобровольном применении. В силу этого в одних случаях процедура принятия решения о применении психиатрической помощи максимально упрощена и допускает самостоятельные действия врача-психиатра по немедленному освидетельствованию и госпитализации пациента, которые лишь в последующем контролируются и санкционируются в судебном порядке; в других – решение врача-психиатра об освидетельствовании может быть реализовано только после получения соответствующей судебной санкции.

Лицам, находящимся в психиатрических стационарах и психоневрологических учреждениях, предоставлены все права граждан России, которые по понятным причинам вынужденно ограничены их психическим состоянием в той степени, в какой не могут осуществляться без ущерба для пациента и для общества. В Законе предусмотрены и такие права, которые обеспечивают сохранение человеческого достоинства лица, страдающего психическим расстройством, и удовлетворение его непосредственных повседневных потребностей. Наконец, Закон предусматривает создание специальной службы защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах.

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 (ст. 23–25), амбулаторное лечение (ст. 26), включая диспансерное наблюдение (ст. 27), лечение в психиатрическом стационаре (ст. 28–29), помещение в психоневрологические учреждения для социального обеспечения и специального обучения (ст. 41–42). Кроме того, в четвертом разделе регламентированы права

пациентов психиатрических стационаров (ст.37) и гарантии их обеспечения (ст. 38–39).

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 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 (ст. 45) за оказанием психиатрической помощи предусмотрен контроль общественных объединений (ст. 46). Закон устанавливает возможность обжалования действий по оказанию психиатрической помощи всеми заинтересованными лицами (ст. 47), включая психически больных, их представителей и организации, которым предоставлено такое право, непосредственно в суд (ст. 48), в прокуратуру либо в вышестоящий орган (ст. 49). Установлены порядок рассмотрения таких жалоб, а также ответственность за нарушение настоящего Закона.

С принятием Закона положение дел с оказанием психиатрической помощи населению по ряду параметров изменилось в лучшую сторону. Не только появилась законодательная база, устанавливающая общий и единый порядок деятельности психиатрических учреждений, но и снизи-

лось число пациентов, которым психиатрическая помощь того или иного вида оказывается в недобровольном порядке. Недобровольная помощь применяется более обоснованно и дифференцированно. Улучшилась информированность пациентов и их близких о принципах деятельности психиатрической службы, правах и обязанностях ее представителей, о льготах, предоставляемых лицам, страдающим психическими расстройствами, возможности наложения на них отдельных ограничений, о гарантиях их прав и законных интересов. Сняты какие-либо ограничения, которые раньше автоматически вытекали из факта обращения в психиатрическое учреждение или диагноза психического расстройства.

Несколько расширились возможности психиатрических учреждений в оказании пациентам социальной и правовой помощи за счет введения в их штат в соответствии с требованиями Закона юристов и социальных работников. Все это привело к ослаблению напряженности и недоверия населения к психиатрической службе.

Вместе с тем выявились и определенные недостатки и трудности, связанные с применением Закона, в частности: несовершенство некоторых формулировок, например, касающихся требования о письменном согласии на лечение определенным методом; трудности, связанные с обеспечением участия представителя больного в процедуре судебного рассмотрения вопроса об обоснованности недобровольной госпитализации; непроработанность вопроса оказания психиатрической помощи в местах лишения свободы; невозможность соблюдения некоторых процедурных моментов, связанных с комиссиями решения-

ми в отдаленных местах, где нет достаточного количества психиатров.

Отдельные требования Закона оказались до сих пор не выполненными в связи с организационными трудностями. Так, не удалось создать службу защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, в результате чего требование Закона об особом внимании к соблюдению прав этих лиц до сих пор полностью не реализовано. Особо следует подчеркнуть, что не выполняется норма об обязательном государственном страховании врачей и другого психиатрического персонала на случай причинения вреда их здоровью при исполнении служебных обязанностей, следствием чего является недостаточная защищенность работников, несущих основную нагрузку при оказании психиатрической помощи.

Обнаружились и некоторые негативные тенденции в исполнении Закона, связанные с субъективными факторами, в частности иногда имеют место попытки избежать должного оформления недобровольной госпитализации путем неполной регистрации таких случаев или даже отказать в помощи таким пациентам.

4. Правовое регулирование отдельных вопросов оказания психиатрической помощи

Основные положения Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании связаны с защитой прав и законных интересов граждан при оказании психиатрической помощи, от необоснованного вмешательства в их жизнь. Закон включает *защиту лиц, страдающих психическими расстройствами*, от необоснованной дискриминации в обществе, ограждение общества от возможных опасных действий психически больного и, кроме того, *защиту всех лиц, участвующих в оказании психиатрической помощи*, предоставление определенных льгот этим работникам и, что очень существенно, это обеспечение *независимости врача-психиатра* при принятии решений, связанных с оказанием психиатрической помощи.

4.1. Психиатрическая помощь и принципы ее оказания. Права больных

В статье 1 закреплено понятие психиатрической помощи, которая включает диагностику психических расстройств, лечение, уход и медико-социальную реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами, а также изложены основные принципы оказания психиатрической помощи – законность, гуманность и соблюдение прав человека и гражданина.

В статье 4 изложен принцип добровольности: по просьбе или с согласия их психиатрическая помощь оказы-

вается при добровольном обращении лица или с его согласия (за исключением особых случаев), а несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет или недееспособному лицу – по просьбе или с согласия их законных представителей.

Существенным представляются положения статьи 5, отражающей права больных. В этой статье, в частности, отмечается, что лица, страдающие психическими расстройствами, обладают всеми правами и свободами граждан, предусмотренными Конституцией Российской Федерации, Конституциями республик, законодательством Российской Федерации. Все лица, страдающие психическими расстройствами, при оказании им психиатрической помощи имеют право на:

- уважительное и гуманное отношение, исключающее унижение человеческого достоинства;
- получение информации о своих правах, а также в доступной для них форме и с учетом их психического состояния информации о характере имеющихся у них психических расстройств и применяемых методах лечения;
- психиатрическую помощь в наименее ограничительных условиях, по возможности по месту жительства;
- содержание в психиатрическом стационаре только в течение срока, необходимого для обследования и лечения.

Помимо этого, в статье отмечается, что ограничение прав и свобод лиц, страдающих психическими расстройствами, только на основании психиатрического диагноза, фактов нахождения под диспансерным наблюдением, в

психиатрическом стационаре либо в психоневрологическом учреждении для социального обеспечения или социального обучения не допускается. Должностные лица, виновные в подобных нарушениях, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации.

4.2. Конфиденциальность и информированное согласие

Очень важными положениями, отраженными в Законе, являются принципы конфиденциальности и информированного согласия на лечение. В психиатрии конфиденциальность имеет особое значение, так как собираемая информация затрагивает глубоко личные интересы и нередко весьма болезненные для человека вопросы.

Статья 9 касается сохранения врачебной тайны при оказании психиатрической помощи. Сведения о наличии у гражданина психического расстройства, фактах обращения за психиатрической помощью и лечения в учреждении, оказывающем такую помощь, а также иные сведения о состоянии психического здоровья являются врачебной тайной, охраняемой законом. Для реализации прав и законных интересов лица, страдающего психическим расстройством, по его просьбе либо по просьбе его законного представителя могут быть представлены сведения о состоянии психического здоровья данного лица и об оказанной ему психиатрической помощи. Иными словами, любая информация, касающаяся взаимоотношений пациента с психиатрической службой, может предоставляться только на основании

письменного согласия пациента (или его законного представителя) на предоставление таких сведений.

Следует отметить, что нарушением врачебной тайны является разглашение сведений, перечисленных в статье 9, хотя бы одному лицу. Причем положение данной статьи распространяется не только на врачей-психиатров, но также и на иных сотрудников учреждений, оказывающих психиатрическую помощь: консультантов, психологов, педагогов, средний и младший медицинский персонал, студентов, стажеров. В исключительных случаях возможно сообщение сведений, содержащих врачебную тайну, государственным органам, когда этого требуют интересы охраны здоровья населения, следственным и судебным органам по их требованию. Медицинская документация, касающаяся больного, выдается только по письменному запросу органа, которому она будет выдаваться. В случаях разглашения врачебной тайны может наступить дисциплинарная, а в некоторых случаях — и уголовная ответственность.

Важно обратить внимание на статью 10, касающуюся диагностики и лечения лиц, страдающих психическими расстройствами. Эта статья, в частности, отмечает, что:

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

2. Для диагностики и лечения лица, страдающего психическим расстройством, применяются медицинские

средства и методы, разрешенные в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о здравоохранении.

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

В настоящее время в нашей стране используется международная классификация болезней (МКБ), в которой заложены определенные критерии для выделения и распознавания различных форм психической патологии. Утвержденная МКБ очередного пересмотра содержит общепринятые диагностические стандарты, отражающие современный уровень науки.

В тех случаях, когда пациент обращается к специалисту или направляется на стационарное лечение, он должен иметь ясное и полное представление о сущности лечебных процедур, а также о возможных побочных эффектах и дать добровольное согласие на лечение. Это должно быть точно зафиксировано в истории болезни. В соответствии со статьей 11:

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

2. Врач обязан предоставить лицу, страдающему психическим расстройством, в доступной для него форме и с учетом его психического состояния информацию о характере психического расстройства, целях, методах, включая

альтернативные, и продолжительности рекомендуемого лечения, а также о болевых ощущениях, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах. О предоставленной информации делается запись в медицинской документации.

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

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

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

4.3. Порядок оказания отдельных видов психиатрической помощи

Положения статьи 16 определяют минимальный объем психиатрической помощи и социальной защиты, который гарантируется государством:

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

Статья 20 регламентирует права и обязанности медицинских работников и иных специалистов при оказании психиатрической помощи. В этой статье закреплено, что установление диагноза психического заболевания, принятие решения об оказании психиатрической помощи в не-

добровольном порядке либо дача заключения для рассмотрения этого вопроса являются исключительным правом врача-психиатра или комиссии врачей-психиатров, а заключение врача другой специальности о состоянии психического здоровья лица носит предварительный характер и не является основанием для решения вопроса об ограничении его прав и законных интересов, а также для предоставления ему льгот, предусмотренных законом для лиц, страдающих психическими расстройствами.

Важно отметить, что в соответствии с законодательством психиатрическая служба в большинстве случаев уравнивается с общемедицинской и как общая норма законом устанавливается принцип добровольности оказания различных видов психиатрической помощи. Непременным требованием для применения любых мер без согласия лица является наличие у него тяжелого психического расстройства, под которым понимается состояние острого или хронического психоза, а также наличие выраженного дефекта психической деятельности, что чаще всего обозначает неспособность данного лица самостоятельно принимать осознанные решения, которые касаются его психического здоровья. Нужно сказать, что психиатрическая помощь в недобровольном порядке может быть применена на основании статей 23 и 29 Закона.

Статья 23 посвящена процедуре и порядку психиатрического освидетельствования (т.е. оказанию *амбулаторной* психиатрической помощи), которое проводится для определения того, страдает ли обследуемый психическим расстройством, нуждается ли в психиатрической помощи, а также для решения вопроса о виде такой помощи. Психи-

атрическим освидетельствованием является каждый осмотр пациента врачом-психиатром, поскольку при этом всякий раз решается вопрос о наличии или отсутствии психического расстройства, его характере, нуждаемости в том или ином виде психиатрической помощи.

Психиатрическое освидетельствование, а также профилактические осмотры проводятся по просьбе или с согласия обследуемого (в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет или недееспособного лица – по просьбе или с согласия их законных представителей).

Врач, проводящий психиатрическое освидетельствование, обязан представиться как психиатр (за исключением случаев недобровольного освидетельствования по критерию непосредственной опасности для себя или окружающих).

Необходимость представления обследуемому в качестве врача-психиатра является одним из элементарных требований медицинской этики и должно, безусловно, соблюдаться во всех случаях добровольного освидетельствования (по просьбе или с согласия). Это требование вполне выполнимо и при ряде выраженных психических расстройств, когда освидетельствование проводится без согласия пациента, но его ориентировка в окружающем сохранена и сознание не нарушено. Однако в случае тяжелых и выраженных расстройств (острое психотическое состояние, глубокое слабоумие и т.п.) представление врача-психиатра обследуемому теряет смысл, поскольку не может быть осознано последним.

4.4. Недобровольное психиатрическое освидетельствование

Недобровольное психиатрическое освидетельствование (*статья 23 пункт 4*) может быть проведено, когда по имеющимся данным человек совершает действия, дающие основание предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает:

а) его непосредственную опасность для себя и 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.

Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено также без его согласия или без согласия его законного представителя (*статья 23 пункт 5*), если обследуемый находится *под динамическим диспансерным наблюдением*. О таком порядке их ставят в известность, когда им объявляется решение об установлении диспансерного наблюдения и разъясняется его содержание.

Эта статья содержит три критерия, содержание которых будет раскрыто ниже, в разделе, посвященном основаниям для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке (*статья 29*).

Статья 24 определяет порядок психиатрического освидетельствования лица без его согласия или без согласия его законного представителя. Врачу-психиатру учреждения, оказывающую амбулаторную или скорую психи-

атрическую помощь, предоставлено право принятия решения о неотложном освидетельствовании в случаях, когда ему сообщается информация о том, что лицо совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него наличие тяжелого психического расстройства, которое обуславливает его непосредственную опасность для себя или окружающих. Аналогичным образом принимается решение об освидетельствовании лиц, находящихся под динамическим диспансерным наблюдением.

Остальные случаи недобровольного психиатрического освидетельствования по особенностям психического состояния и характеру нарушений поведения не относятся к неотложным. Необходимость психиатрического вмешательства обусловлена беспомощным состоянием пациента, т.е. *его неспособностью из-за психического расстройства самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности*, или существенным вредом его здоровью, который может наступить из-за *прогрессирования психического расстройства, если психиатрическая помощь не будет ему оказана*. В обоих этих случаях в связи с отсутствием непосредственной опасности для себя или окружающих допустимо некоторое промедление в оказании психиатрической помощи, достаточное для получения санкции судьи на недобровольное психиатрическое освидетельствование.

4.5. Амбулаторная психиатрическая помощь

Согласно статье 26, амбулаторной психиатрической помощью называется психиатрическая помощь, которая

оказывается лицу, страдающему психическим расстройством, во внебольничных условиях, т.е. без его помещения в стационар. Она включает в себя обследование психического здоровья, диагностику психических расстройств, их лечение, психопрофилактическую и лечебную помощь, а также уход за лицами, страдающими психическими расстройствами.

Амбулаторная психиатрическая помощь может оказываться в виде консультативно-лечебной помощи или диспансерного наблюдения. Вид амбулаторной психиатрической помощи определяется в зависимости от медицинских показаний – наличия определенного психического расстройства, его характера, тяжести, особенностей течения и прогноза, влияния на поведение и социальную адаптацию пациента, на его способность самостоятельно и разумно решать вопросы о психиатрической помощи, предлагаемой врачом-психиатром.

Консультативно-лечебная помощь оказывается по заявлению лица, по его просьбе или с его согласия, а в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет – по просьбе или с согласия его родителей или иного законного представителя. По своему характеру и правовому регулированию она мало чем отличается от обычной медицинской помощи.

За лицами с тяжелыми психическими расстройствами, имеющими неблагоприятное течение и прогноз, устанавливается диспансерное наблюдение, дающее право врачу-психиатру оказывать больному психиатрическую помощь независимо от согласия последнего.

Диспансерное наблюдение имеет ряд особенностей: может устанавливаться только в случаях, предусмотренных статьей 27, т.е. в отношении лиц, страдающих хроническими или затяжными психическими расстройствами с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями; может устанавливаться без согласия лица или его законных представителей; предполагает наблюдение за состоянием психического здоровья лица путем регулярных осмотров психиатром и оказания ему необходимой медицинской и социальной помощи. Вопрос о частоте осмотров психиатра (путем посещения на дому, в других местах, приглашения на прием) решается сугубо индивидуально.

Диспансерное наблюдение устанавливается на основании решения комиссии врачей-психиатров соответствующего психиатрического учреждения, оказывающего амбулаторную психиатрическую помощь, или комиссии врачей-психиатров, назначаемой соответствующим органом здравоохранения.

Диспансерное наблюдение прекращается в случае выздоровления или стойкого улучшения психического состояния лица на основании решения соответствующей комиссии врачей-психиатров. После прекращения диспансерного наблюдения лицу оказывается консультативно-лечебная помощь в общем порядке.

4.6. Стационарная психиатрическая помощь

В статье 28 приводятся общие основания для помещения пациента в психиатрический стационар, независимо от того, является оно добровольным или недобровольным:

1. Наличие у лица психического расстройства и решение врача-психиатра о проведении обследования и лечения в стационарных условиях либо постановление суда.

2. Необходимость проведения психиатрической экспертизы в случаях и в порядке, установленных законами Российской Федерации.

3. Помещение лица в психиатрический стационар, за исключением случаев, предусмотренных статьей 29 настоящего Закона, осуществляется добровольно – по его просьбе или с его согласия.

4. Несовершеннолетний в возрасте до 15 лет помещается в психиатрический стационар по просьбе или с согласия его родителей или иного законного представителя. Лицо, признанное в установленном законом порядке недееспособным, помещается в психиатрический стационар по просьбе или с согласия его законного представителя. В случае возражения одного из родителей либо при отсутствии родителей или иного законного представителя помещение несовершеннолетнего в психиатрический стационар проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суде.

5. Полученное согласие на госпитализацию оформляется записью в медицинской документации за подписью лица или его законного представителя и врача-психиатра.

4.7. Госпитализация в психиатрический стационар в недобровольном порядке

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

а) его непосредственную опасность для себя и 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.

Очень важными являются критерии непосредственной опасности для себя и окружающих, при этом по направленности опасности выделяют больных, опасных одновременно для себя и для окружающих, опасных для окружающих и опасных для себя. Конечно, в данном случае речь идет о больных с наиболее острыми психическими расстройствами, сопровождающимися грубым нарушением поведения, наличием бредовых и галлюцинаторных расстройств, импульсивными и агрессивными действиями, расторможенностью влечений. Что касается опасности для себя, то чаще всего речь идет о больных с депрессией, с

аутоагрессивным поведением, суицидными мыслями и намерениями.

О беспомощном состоянии больного говорят в тех случаях, когда он теряет способность самостоятельно удовлетворять свои основные жизненные потребности, у него утрачиваются навыки самообслуживания, он перестает заботиться о себе, пренебрегает своими интересами. Этот критерий применим к больным с такими расстройствами как тяжелые психозы или глубокие личностные изменения, врожденное или приобретенное слабоумие, которые приводят к отсутствию или утрате бытовых и социальных навыков: невозможность элементарного самообслуживания, обеспечения себя пищей, одеждой и т.п. Такие больные расцениваются как представляющие «пассивную опасность» для себя, то есть способные причинить себе ущерб не активными действиями – самоубийством или членовредительством, а в результате пренебрежения заботой о своих интересах. Часто вопрос о необходимости их госпитализации возникает в связи с потерей или временным отсутствием опекуна или ухаживающего родственника, и тогда пациенты, оставшись без надзора, голодают, начинают бродяжничать и могут оказаться в ситуации угрозы их жизни.

Критерий причинения существенного вреда здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи, применяется также к больным с тяжелыми психическими расстройствами, характеризующимися определенной остротой (обострения, приступы заболевания). Несмотря на то, что симптоматика не обуславливает непосредственной опасно-

сти для себя и окружающих, необходимость лечения в условиях психиатрического стационара является очевидной. Следует подчеркнуть, что ни один из критериев недобровольной госпитализации не выделяется в качестве главного, они имеют равную силу. Неприменение критериев «б» и «в» в тех случаях, когда состояние больных соответствует этим критериям и отказ от решения о недобровольной госпитализации в этих случаях – такое же нарушение закона, как и недобровольная госпитализация без достаточных на то оснований.

В случае, когда пациент по психическому состоянию не может выразить свое отношение к госпитализации (т.е. обратиться с просьбой или дать согласие на это), госпитализация должна оформляться как недобровольная. Речь идет либо о состояниях измененного сознания (сумеречное состояние, делирий, онероид), острых психозах с выраженной растерянностью или крайней загруженностью психотическими переживаниями, нередко дезорганизацией поведения, либо подострых, затяжных психотических состояниях с близкими к этим чертами, либо, наконец, о состояниях выраженного слабоумия, когда личностное отношение к факту госпитализации практически установить невозможно, но при этом легко можно склонить больного к подписи под документом о согласии. Практически каждое из этих состояний соответствует одному из трех критериев недобровольной госпитализации.

Поскольку обоснованность недобровольной госпитализации в дальнейшем рассматривается судьей, заключение врача-психиатра о недобровольной госпитализации должно носить доказательный характер, т.е. помимо диа-

гноза описание состояния должно содержать изложение конкретных фактов об имевших место действиях, высказываниях, особенностях поведения человека, в отношении которого принято решение о недобровольной госпитализации.

Недобровольная госпитализация начинается с момента принятия врачом-психиатром решения о помещении пациента в психиатрическую больницу независимо от его желания (до транспортировки пациента в больницу), поскольку с этого момента в случае необходимости могут быть применены методы принуждения, сдерживания и фиксации. Доставленный таким образом в психиатрический стационар пациент вновь осматривается врачом-психиатром в приемном отделении, в том числе и на предмет соответствия его психического состояния критериям недобровольной госпитализации.

4.8. Порядок недобровольной госпитализации

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 психиатриче-

ской 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.

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.

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. 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, уполномоченным главным врачом. Полномо-

чия этого лица должны быть подтверждены доверенностью.

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 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. Прокурор вправе знакомиться со всеми материалами дела, задавать вопросы, заявлять ходатайства и давать заключение о правомерности удовлетворения судьей заявления о необходимости недобровольной госпитализации гражданина.

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 могут быть адвокат, защитник, а также лица, уполномоченные организациями, которым законом, уставом или положением предоставлено право защищать права и интересы других лиц. Гражданин при оказании ему психиатрической помощи вправе пригласить по своему выбору представителя для защиты своих прав и законных интересов. 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 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.

Продолжительность недобровольной госпитализации определяется временем, в течение которого сохраняются ее основания. Если в результате лечения психическое состояние пациента улучшится, и он 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.

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. Обоснованность пребывания в стационаре контролируется в судебном порядке: первый раз судебное продление недобровольной госпитализации осуществляется по истечении шести месяцев и в дальнейшем – ежегодно. Комиссия врачей-психиатров направляет в суд по месту нахождения психиатрического учреждения заявление о необходимости продления недобровольной госпитализации и мотивированное заключение.

4.9. 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. 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.

Обоснованность применения мер физического стеснения и изоляции является одним из наиболее спорных вопросов психиатрии. 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. Врач всегда должен руководствоваться принципом достаточности при обеспечении безопасности, следовательно, они не должны быть чрезмерными.

К мерам, призванным обеспечивать безопасность при оказании психиатрической помощи, относят изоляцию и методы физического стеснения (фиксация, удержание).

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. 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 (применением 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 не-

возможно 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.

4.10. Принудительные меры медицинского характера

Принудительные меры медицинского характера – это предусмотренные законом (в частности, Уголовным кодексом – УК) меры медицинской (психиатрической и организационно-профилактической) помощи и защиты, принудительно применяемые в соответствии с определением (постановлением) суда к лицам, совершившим общественно опасные деяния или преступления, страдающим психическими расстройствами и вследствие этого представляющим социальную опасность. Принудительные меры медицинского характера применяются к указанным лицам в целях излечения или улучшения их психического состояния, а

также предупреждения совершения ими новых общественно опасных деяний.

Принудительные меры медицинского характера не являются наказанием, но имеют с ним сходство – это меры государственного принуждения, назначаемые судом и обеспечиваемые принудительной силой государственных органов. Различие их в том, что наказание применяется к виновным в совершении преступления, принудительные меры медицинского характера – к лицам, страдающим психическими расстройствами и представляющим общественную опасность в силу своего состояния и совершения ими общественно опасного деяния (или преступления).

Принудительные меры медицинского характера не выражают отрицательной оценки от имени государства и суда общественно опасного деяния лиц, к которым они применяются; эти меры лишены карательного характера и не влекут судимости. Лица, к которым применены такие меры, не могут быть амнистированы или помилованы. Принудительные меры не преследуют цели восстановления социальной справедливости и исправления указанных лиц, а направлены на излечение или улучшение их психического состояния, а также на предупреждение совершения ими новых деяний. Кроме того, они могут назначаться постановлением суда, и суд не устанавливает их продолжительность, так как нельзя определенно установить срок излечения или улучшения состояния здоровья лица с психическими расстройствами. Принудительными эти меры признаются ввиду того, что лечение проводится без согласия лица, страдающего психическим расстройством, либо без согласия его законных представителей. Кроме того, эти

меры влекут определенные ограничения правового статуса лица (в частности, ограничение свободы).

Уголовный закон называет три категории лиц, страдающих психическими расстройствами, к которым могут быть применены принудительные меры медицинского характера (п. п. "а", "б", "в" ч. 1 ст. 97 УК):

а) совершившие общественно опасные деяния в состоянии невменяемости;

б) у которых после совершения преступления наступило психическое расстройство, делающее невозможным назначение или исполнение наказания;

в) совершившие преступление и страдающие психическими расстройствами, не исключающими вменяемости.

Критерии невменяемости. Суд может признать невменяемым лицо лишь в отношении совершенного им общественно опасного деяния. Если лицо не могло *осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими (юридический критерий)* вследствие *хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия либо иного болезненного состояния психики (медицинский критерий)*, в соответствии со ст. 21 УК, оно не может нести уголовную ответственность и подвергаться наказанию. Только человек, способный осознавать действительные события, причинную связь явлений, оценивать социальный смысл своих действий и регулировать свою деятельность, может быть признан виновным и, следовательно, нести ответственность.

При установлении двух критериев (медицинского и юридического), т.е. при признании лица невменяемым в

отношении совершенного им общественно опасного деяния, а также при подтверждении связи психических расстройств лица с возможностью причинения этим лицом иного существенного вреда (риск совершения им повторного общественно опасного деяния) либо с опасностью для себя и других лиц (попытки самоубийства, вспышки агрессивности) суд может назначить принудительные меры медицинского характера.

Уголовный закон (ч. 1 ст. 21 УК) называет следующие четыре группы расстройств, относящихся к формуле невменяемости: *хроническое психическое расстройство, временное психическое расстройство, слабоумие и иное болезненное состояние психики.*

Часть 1 ст. 99 УК предусматривает четыре вида принудительных мер медицинского характера, которые могут быть назначены судом:

а) амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра;

б) принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа;

в) принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа;

г) принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением.

Вид принудительных мер медицинского характера назначает суд, учитывая при этом заключение судебно-психиатрической или судебно-наркологической экспертизы. Критерием назначения судом конкретного вида принудительного лечения служит прежде всего психическое со-

стояние лица, степень его опасности для себя, окружающих, возможность совершения иного общественно опасного деяния.

Как и назначение принудительных мер медицинского характера, вопросы их продления, изменения и прекращения осуществляются только судом по представлению администрации учреждения, осуществляющего принудительное лечение, на основании заключения комиссии врачей-психиатров.

При назначении принудительных мер суд не устанавливает их продолжительность, поскольку невозможно заранее определить срок, необходимый для излечения или улучшения состояния здоровья пациента. Указывается лишь вид принудительной меры. Лицо, которому назначена принудительная мера медицинского характера, подлежит освидетельствованию комиссией врачей-психиатров не реже одного раза в шесть месяцев для определения его психического состояния и решения вопроса о наличии оснований для внесения представления в суд о прекращении применения или об изменении такой меры.

Освидетельствование такого лица проводится по инициативе лечащего врача, если в процессе лечения он пришел к выводу о необходимости изменения принудительной меры медицинского характера либо прекращения ее применения. Освидетельствование может быть проведено также по ходатайству самого лица, его законного представителя и (или) близкого родственника, которое подается через администрацию учреждения, осуществляющего принудительное лечение, вне зависимости от времени последнего освидетельствования.

По истечении шести месяцев и отсутствии оснований для прекращения применения или изменения принудительной меры медицинского характера администрация учреждения, осуществляющего принудительное лечение, представляет в суд заключение для продления принудительного лечения. Первое продление лечения может быть произведено по истечении шести месяцев с момента его начала, в последующем — ежегодно (ч. 2 ст. 102 УК). Такая специальная процедура предусмотрена законом в связи с существенными ограничениями прав и свобод граждан в ходе применения принудительных мер медицинского характера и необходимостью гарантировать их обоснованное применение и разумную достаточность.

Изменение или прекращение применения принудительной медицинской меры осуществляется судом в случае такого изменения психического состояния лица, при котором отпадает необходимость в применении ранее назначенной меры либо возникает необходимость в назначении иной принудительной меры медицинского характера (ч. 3 ст. 102 УК).

Например, если в психическом состоянии лица, в отношении которого назначена принудительная мера медицинского характера в виде амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра, произошли изменения, связанные с необходимостью помещения такого лица в психиатрический стационар для принудительного лечения (он стал представлять повышенную опасность для себя или других лиц), суд вправе изменить вид принудительной меры медицинского характера, когда имеются данные о том, что характер психического расстройства лица требует

таких условий лечения, ухода, содержания и наблюдения, которые могут быть осуществлены только в психиатрическом стационаре.

Основанием прекращения принудительного лечения является отпадение необходимости в ее применении: при выздоровлении больного или таком изменении его психического состояния, при котором отпадает необходимость лечения в принудительном порядке.

Заключение комиссии врачей-психиатров, как и представление администрации лечящего учреждения, не имеют для суда обязательного значения и подлежат проверке и оценке в судебном заседании. Суд вправе не согласиться с выводами врачебной комиссии и администрации лечебного учреждения и принять решение вопреки их рекомендациям.

Больной, в отношении которого определением суда прекращено применение принудительных мер медицинского характера, при наличии медицинских показаний может быть в соответствии с Законом о психиатрической помощи оставлен для продолжения лечения на общих основаниях в том же или ином психиатрическом стационаре (кроме стационаров специализированного типа и специализированного типа с интенсивным наблюдением) или поставлен под наблюдение психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета).

4.11. Дееспособность больных с психическими расстройствами и ее ограничения

Гражданский кодекс (ГК) определяет дееспособность как способность лица своими действиями приобретать и

осуществлять гражданские права, создавать для себя гражданские обязанности и исполнять их. Ограничение дееспособности совершеннолетнего гражданина может быть полным (*недееспособность*) и частичным (*ограниченная дееспособность*).

Недееспособность – это психическое состояние лица, при котором констатируют утрату способности самостоятельно осуществлять свои гражданские права и обязанности вследствие нарушений психики, выражающихся в том, что оно (лицо) не может понимать значение своих действий или руководить ими ввиду психического расстройства или слабоумия.

Критерии недееспособности сформулированы в ст. 29 ГК: «Гражданин, который вследствие психического расстройства не может понимать значение своих действий или руководить ими, может быть признан судом недееспособным». Это значит, что недееспособность по сути определяется сочетанием двух критериев: медицинского (психическое расстройство) и юридического (непонимание значения своих действий или невозможность руководить ими). Недееспособность устанавливается при совпадении медицинского и юридического критериев.

Наличие психического расстройства (психического заболевания или слабоумия) само по себе не дает основание говорить о недееспособности. Недееспособными признаются те психически больные, которые вследствие психического расстройства не способны рассудительно вести свои дела, не могут правильно понимать окружающее и жизненную ситуацию и отдавать отчет своим действиям или руководить ими. Психически больные, даже если они стра-

дают тяжелым и неизлечимым психическим заболеванием, но понимают значимость совершенных ими поступков и способны регулировать свое поведение и действия, остаются дееспособными. Эта возможность рассудительно вести свои дела определяется у них наличием таких качеств, которые обеспечивают правильное поведение подобных больных в их практической деятельности.

Сам по себе факт душевной болезни или слабоумия, хотя бы и очевидный для окружающих или подтвержденный документально медицинским учреждением, еще не дает оснований считать гражданина недееспособным. Он может быть признан недееспособным только судом, причем с заявлением в суд могут обратиться только члены семьи гражданина, прокурор, орган опеки и попечительства, психиатрическое лечебное учреждение. Для рассмотрения такого дела требуется заключение о состоянии психики гражданина, выдаваемое судебно-психиатрической экспертизой по требованию суда. Все это является важной гарантией личных прав и интересов гражданина, недопущения произвольного вторжения в его правовой статус. Такой гражданин считается полностью недееспособным, и по решению суда над ним устанавливается опека.

В Гражданском процессуальном кодексе (ст.281–286) подробно урегулирована процедура признания гражданина недееспособным. Дело может быть начато по заявлению членов его семьи, общественных организаций, прокурора, органа опеки и попечительства, психиатрического лечебного учреждения в суде по месту жительства гражданина или по месту нахождения лечебного учреждения, где он пребывает. Судья в порядке подготовки дела к судебному

заседанию назначает судебно-психиатрическую экспертизу. В судебном заседании участвуют: сам гражданин, если это возможно по состоянию его здоровья, члены его семьи, прокурор, представитель органа опеки и попечительства.

Решение суда о недееспособности гражданина служит основанием для назначения ему опекуна. Последний является его законным представителем, защищает его права, совершает в его интересах юридические действия (ст.31, 32, 35–40 ГК).

Ограничение дееспособности лиц с психическими расстройствами введено в современном законодательстве с 02.03.2015 г., а до этого времени оно было предусмотрено только для лиц, злоупотребляющих спиртными напитками либо наркотическими средствами, и только в отношении имущественных сделок (купля-продажа недвижимости, получение банковских кредитов и т.п.).

Согласно ст. 30 ГК, ограничение дееспособности при аддиктивных расстройствах предусмотрено только для лиц, злоупотребляющих спиртными напитками либо наркотическими средствами. Иные злоупотребления и пороки (например, азартные игры, пари и т.п.) не могут повлечь ограничения дееспособности, если даже они являются причиной материальных затруднений семьи.

Ограничено дееспособным может также быть признан человек, страдающий от психического расстройства, который может руководить своими действиями и понимать их значение только при помощи других лиц.

Основанием для ограничения дееспособности гражданина служит такое чрезмерное употребление спиртных напитков или наркотических веществ, которое влечет за

собой значительные расходы средств на их приобретение, чем вызывает материальные затруднения и ставит семью в тяжелое положение.

Ограничение дееспособности гражданина выражается в том, что в соответствии с решением суда над ним устанавливается попечительство, и совершать сделки по распоряжению имуществом, а также получать заработную плату, пенсию или иные виды доходов и распоряжаться ими он может лишь с согласия попечителя. Он вправе самостоятельно совершать лишь мелкие бытовые сделки (п. 1 ст. 30 ГК).

При прекращении гражданином злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами суд отменяет ограничение его дееспособности. На основании решения суда отменяется установленное над ним попечительство. Если гражданин после отмены ограничения его дееспособности снова начнет злоупотреблять спиртными напитками или наркотическими средствами, суд по заявлению заинтересованных лиц может повторно ограничить его дееспособность.

5. Этико-правовые основы организации и проведения клинических исследований лекарственных средств в психиатрии

Клинические исследования на людях являются кардинальным видом научной деятельности, без которого невозможны получение и отбор новых, более эффективных и безопасных лекарств, а также «очищение» медицины от устаревших малоэффективных препаратов.

В последнее время роль клинических исследований возросла также в связи с внедрением в практическое здравоохранение принципов доказательной медицины.

Доказательная медицина (*Evidence-based medicine – медицина, основанная на доказательствах*) – это подход к медицинской практике, при котором решения о применении профилактических, диагностических и лечебных мероприятий принимаются исходя из имеющихся доказательств их эффективности и безопасности, а такие доказательства подвергаются поиску, сравнению, обобщению и широкому распространению для использования в интересах больных.

В основе доказательной медицины лежит проверка эффективности и безопасности методик диагностики, профилактики и лечения в клинических исследованиях. Под практикой доказательной медицины понимают *использование данных, полученных из клинических исследований в повседневной клинической работе врача.*

5.1. Этические принципы медицинских исследований с участием человека в качестве объекта исследования

Основные этические и правовые принципы, регламентирующие порядок проведения клинических исследований, были сформулированы в *Хельсинкской декларации* Всемирной ассоциации врачей, принятой 18-й Генеральной ассамблеей Всемирной ассоциации врачей в июне 1964 г. (Внесены поправки: на 29-й Генеральной ассамблее ВМА в Токио в октябре 1973 г.; на 35-й Генеральной ассамблее ВМА в Венеции, Италия, в октябре 1983 г.; на 41-й Генеральной ассамблее ВМА в Гонконге в сентябре 1989 г.; на 48-й Генеральной ассамблее ВМА в Сомерсете - Уэст, ЮАР, в октябре 1996 г.; на 52-й Генеральной ассамблее ВМА в Эдинбурге, Шотландия, в октябре 2000 г.; на 53-ей Генеральной Ассамблее ВМА, Вашингтон, 2002 (добавлено разъяснение к пункту 29); на 55-ой Генеральной Ассамблее ВМА, Токио, 2004 (добавлено разъяснение к пункту 30); на 59-ой Генеральной Ассамблее ВМА, Сеул, октябрь 2008; на 64-ой Генеральной Ассамблее ВМА, Форталеза, Бразилия, октябрь 2013).

Согласно принципам Хельсинкской декларации, основная цель клинических исследований с участием человека в качестве субъекта состоит в том, чтобы понять причины, механизмы развития и последствия заболеваний и совершенствовать профилактические, диагностические и терапевтические вмешательства (методы, процедуры и виды терапии).

Клинические исследования с участием человека в качестве субъекта должны соответствовать общепринятым научным принципам и основываться на глубоком знании

научной литературы, других источников информации, на результатах достаточных лабораторных исследований и, при необходимости, исследований на животных.

Клинические исследования должны проводиться с соблюдением этических стандартов, гарантирующих уважение ко всем субъектам исследований и защиту их здоровья и прав.

В то время как основная цель клинических исследований – получение новых знаний, эта цель никогда не должна превалировать над правами и интересами отдельных субъектов исследования.

Долгом врача, вовлеченного в клиническое исследование, является защита жизни, здоровья, достоинства, неприкосновенности, права на самоопределение, частную жизнь и конфиденциальность персональных данных субъектов исследования. Ответственность за защиту субъектов исследования всегда несет врач или иной медицинский работник, и ни в коем случае такая ответственность не может быть возложена на субъекта исследования, даже если он дал свое согласие.

В клиническом исследовании каждый потенциальный субъект должен получить достаточную информацию о целях, методах, источниках финансирования, любых возможных конфликтах интересов, принадлежности к каким-либо организациям, ожидаемой пользе и потенциальных рисках, о неудобствах, которые могут возникнуть вследствие участия в исследовании, условиях, действующих после окончания исследования, а также о любых иных значимых аспектах исследования. Потенциальный субъект исследования должен быть проинформирован о своем праве отка-

заться от участия в исследовании или отозвать свое согласие на участие в любой момент без каких-либо неблагоприятных для себя последствий.

Клинические исследования с участием человека в качестве субъекта должны проводиться только лицами, имеющими соответствующую этическую и научную подготовку, образование и квалификацию.

Перед началом исследования протокол должен быть направлен для рассмотрения, комментирования, выработки рекомендаций и одобрения в соответствующий комитет по этике.

Поскольку больные с психическими и поведенческими расстройствами относятся к категории уязвимых групп лиц, есть повышенная вероятность проявления по отношению к ним несправедливости либо причинения дополнительного вреда, поэтому они должны получать особую защиту.

Клиническое исследование с участием психически больных оправдано только в том случае, если оно имеет отношение к потребностям и приоритетам оказания медицинской помощи именно данной категории лиц и не может быть проведено с участием лиц, не относящихся к уязвимой группе. Кроме того, эта категория лиц должна получать пользу от теоретических и практических знаний или нового метода вмешательства, полученных в результате исследования.

5.2. *Надлежащая клиническая практика: основные принципы*

В большинстве стран стали общепризнанными некоторые правила проведения клинических исследований, изложенные в стандарте GCP (*Good Clinical Practice*, «Надлежащая клиническая практика»), а также правила производства лекарственных средств (стандарт GMP) и выполнения лабораторных исследований (стандарт GLP).

Качественная (надлежащая) клиническая практика (*Good Clinical Practice*) – это этический и научный стандарт качества планирования и проведения исследований на человеке, а также документального оформления и представления их результатов. В 1998 году были приняты международные правила проведения клинических исследований (ICH GCP) – Руководство по надлежащей клинической практике (*Guideline for Good Clinical Practice*) Международной конференции по гармонизации технических требований к регистрации фармацевтических продуктов, предназначенных для применения человеком (*International Conference on Harmonization of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use; ICH*), которое было разработано с учётом действующих требований надлежащей клинической практики Европейского Союза, Соединённых Штатов Америки и Японии, а также Австралии, Канады и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

В 2005 году в России был утвержден Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р 52379-2005 «Надлежащая клиническая практика», который идентичен ICH GCP и призван установить единые со странами Евро-

пейского Союза, Соединёнными Штатами Америки и Японией правила, что должно способствовать взаимному признанию данных клинических исследований уполномоченными органами названных стран.

Основные принципы надлежащей клинической практики (GCP):

1. Клинические исследования должны проводиться в соответствии с этическими принципами, заложенными Хельсинкской декларацией ВМА и отраженными в GCP и нормативных требованиях.

2. До начала исследования должна быть проведена оценка соотношения прогнозируемого риска и неудобств с ожидаемой пользой для субъекта исследования и общества. Исследование может быть начато и продолжено только в том случае, если ожидаемая польза оправдывает риск.

3. Права, безопасность и благополучие субъекта исследования имеют первостепенное значение и должны превалировать над интересами науки и общества.

4. Информация (доклиническая и клиническая) об исследуемом продукте должна быть достаточной для обоснования предполагаемого клинического исследования.

5. Клинические исследования должны отвечать научным требованиям и быть чётко и подробно описаны в протоколе.

6. Клиническое исследование должно проводиться в соответствии с протоколом, утверждённым/одобренным Экспертным советом организации (ЭСО)/Независимым этическим комитетом (НЭК).

7. Ответственность за оказываемую субъекту медицинской помощь и принятие решений медицинского характера несёт врач.

8. Все привлекаемые к проведению исследования лица должны иметь соответствующие образование, подготовку и опыт для выполнения возложенных на них задач.

9. Добровольное информированное согласие должно быть получено у каждого субъекта до его включения в исследование.

10. Всю полученную в клиническом исследовании информацию необходимо регистрировать, передавать и хранить таким образом, чтобы были обеспечены точность и правильность её представления, интерпретации и верификации.

11. Конфиденциальность записей, позволяющих идентифицировать субъектов исследования, должна быть обеспечена с соблюдением права на частную жизнь и защиту конфиденциальности в соответствии с нормативными требованиями.

12. Производство и хранение исследуемых продуктов, а также обращение с ними необходимо осуществлять в соответствии с правилами надлежащей производственной практики (good manufacturing practice; GMP). Исследуемые продукты должны применяться в соответствии с утвержденным протоколом.

13. Для обеспечения качества каждого аспекта исследования должны быть внедрены соответствующие системы и операционные процедуры.

Проведение клинических испытаний в нашей стране регулируется следующими документами:

- Конституция Российской Федерации;
- Федеральный закон от 21.11.2011. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Федеральный закон Российской Федерации от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»;
- Федеральный закон от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»;
- Постановление Правительства РФ от 18 мая 2011 г. № 393 «О внесении изменений в Типовые правила обязательного страхования жизни и здоровья пациента, участвующего в клинических исследованиях лекарственного препарата»;
- Национальный стандарт РФ ГОСТ-Р 52379-2005 «Надлежащая клиническая практика» (ICH E6 GCP), утвержденный приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 27.09.2005 № 232-ст;
- Распоряжение Высшей аттестационной комиссии «О порядке проведения биомедицинских исследований у человека», опубликованное в Бюллетене ВАК (2002, № 3).

5.3. Правовые основы клинических исследований лекарственных препаратов для медицинского применения в России

Глава 7 Федерального Закона от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» (с изменениями от 13.07.2015) посвящена клиническим исследованиям лекарственных препаратов для медицинского приме-

нения. Согласно статье 38, клинические исследования лекарственных средств, в том числе международные многоцентровые, многоцентровые, пострегистрационные, проводятся в одной или нескольких медицинских организациях в соответствии с правилами надлежащей клинической практики. Целями клинических исследований могут являться:

1) установление безопасности лекарственных препаратов для здоровых добровольцев и (или) переносимости их здоровыми добровольцами, за исключением таких исследований лекарственных препаратов, произведенных за пределами Российской Федерации (так называемая I фаза клинических исследований);

2) подбор оптимальных дозировок лекарственного препарата и курса лечения для пациентов с определенным заболеванием, оптимальных доз и схем вакцинации иммунобиологическими лекарственными препаратами здоровых добровольцев (II фаза клинических исследований);

3) установление безопасности лекарственного препарата и его эффективности для пациентов с определенным заболеванием, профилактической эффективности иммунобиологических лекарственных препаратов для здоровых добровольцев (III фаза клинических исследований);

4) изучение возможности расширения показаний для медицинского применения и выявления ранее неизвестных побочных действий зарегистрированных лекарственных препаратов (IV фаза клинических исследований).

В отношении воспроизведенных лекарственных препаратов для медицинского применения (дженериков) проводятся исследования биоэквивалентности и (или) терапевтической эквивалентности.

Организацию проведения клинических исследований вправе осуществлять разработчики лекарственных средств или уполномоченные ими контрактно-исследовательские организации (КИО или *CRO*), медицинские вузы и научно-исследовательские организации.

Согласно данному закону клинические исследования могут проводиться на основании разрешения на проведение клинического исследования лекарственного препарата, выданного Минздравом России и только в медицинских организациях, аккредитованных Минздравом на проведение клинических исследований. Аккредитацию могут получить лишь те клиники, которые могут обеспечить проведение клинических исследований лекарственных средств в соответствии с правилами GCP.

Перечень медицинских организаций, имеющих право проводить клинические исследования лекарственных средств, и реестр выданных разрешений на проведение клинических исследований опубликовываются и размещаются на официальном сайте Минздрава России.

Разрешение Минздрава на проведение клинического исследования лекарственного препарата выдается по результатам экспертизы документов, необходимых для получения разрешения на проведение клинического исследования лекарственного препарата, которая проводится в ФГБУ «Научный центр экспертизы средств медицинского применения», а также этической экспертизы, которая осуществляется Советом по этике Минздрава России (ст. 39).

Экспертами совета по этике могут быть представители медицинских организаций, научных организаций, образовательных организаций высшего образования, а также

представители общественных организаций, религиозных организаций и средств массовой информации. Данные эксперты не должны находиться в какой-либо зависимости от разработчиков лекарственных препаратов и других лиц, заинтересованных в результатах этической экспертизы.

В соответствии со ст. 40, руководитель медицинской организации, которая проводит клиническое исследование, назначает главного исследователя, ответственного за проведение такого исследования. Главный исследователь должен иметь лечебную специальность, соответствующую проводимому клиническому исследованию лекарственного препарата, и стаж работы по программам клинических исследований не менее трех лет. По предложению главного исследователя назначаются соисследователи из числа врачей этой медицинской организации.

Клиническое исследование может быть приостановлено или прекращено, если в процессе его проведения обнаружена опасность для жизни, здоровья пациентов. В этом случае исследователи обязаны проинформировать руководителя своей медицинской организации и организатора исследования. Решение о приостановлении клинического исследования принимают руководитель медицинской организации или организатор исследования. Решение о прекращении такого исследования принимает уполномоченный федеральный орган исполнительной власти на основании сообщения в письменной форме руководителя медицинской организации или организатора проведения клинического исследования.

Нарушение правил надлежащей клинической практики, фальсификация результатов клинического исследова-

ния лекарственного препарата для медицинского применения влекут за собой ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Согласно ст. 41, клиническое исследование лекарственного препарата проводится в соответствии с договором, заключаемым между организацией, получившей разрешение на организацию проведения такого исследования, и медицинской организацией, осуществляющей проведение исследования. Такой договор должен содержать условия и сроки проведения исследования, определение общей стоимости программы исследования с указанием суммы, предназначающейся для выплат исследователям и соисследователям, определение формы представления результатов исследования в уполномоченный федеральный орган исполнительной власти.

Финансовое обеспечение клинического исследования лекарственного препарата может осуществляться за счет средств федерального бюджета, средств организаций, получивших разрешение на организацию проведения данного исследования, в соответствии с условиями договора о его проведении, или иных не запрещенных законодательством Российской Федерации источников (ст. 42).

Участие пациентов в клиническом исследовании является добровольным (ст. 43). Пациент или его законный представитель должен быть информирован в письменной форме:

- о лекарственном препарате и сущности клинического исследования этого лекарственного препарата;

- о безопасности лекарственного препарата, его ожидаемой эффективности и степени риска для пациента;

- об условиях участия пациента в клиническом исследовании;
- о целях и продолжительности клинического исследования;
- о действиях пациента в случае непредвиденных эффектов влияния лекарственного препарата на состояние его здоровья;
- об условиях обязательного страхования жизни, здоровья пациента;
- о гарантиях конфиденциальности участия пациента в клиническом исследовании.

Добровольное согласие пациента на участие в клиническом исследовании подтверждается его подписью или подписью его законного представителя на информационном листке пациента. Пациент или его законный представитель имеет право отказаться от участия в клиническом исследовании на любой его стадии.

Проведение клинического исследования лекарственного препарата с участием в качестве пациентов детей допускается только с согласия в письменной форме их родителей, усыновителей. Дети могут рассматриваться в качестве потенциальных пациентов такого исследования, только если его проведение необходимо для укрепления здоровья детей или профилактики инфекционных заболеваний в детском возрасте либо если целью такого исследования является получение данных о наилучшей дозировке лекарственного препарата для лечения детей. В этих случаях такому исследованию должно предшествовать клиническое исследование лекарственного препарата на взрослых, за исключением случаев, если исследуемый лекарственный

препарат предназначен исключительно для использования у детей.

Запрещается проведение клинических исследований лекарственных средств с участием в качестве пациентов:

- детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;

- женщин в периоды беременности и грудного вскармливания, за исключением случаев, если проводится клиническое исследование лекарственного препарата, предназначенного для указанных женщин, при условии необходимости получения информации только во время проведения соответствующих клинических исследований и принятия всех необходимых мер по исключению риска нанесения вреда женщине в период беременности или грудного вскармливания, плоду или ребенку;

- военнослужащих, за исключением случаев проведения клинического исследования лекарственного препарата, специально разработанного для применения в условиях военных действий, чрезвычайных ситуаций, профилактики и лечения заболеваний и поражений, полученных в результате воздействия неблагоприятных химических, биологических, радиационных факторов.

- сотрудников правоохранительных органов;

- лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы, а также лиц, находящихся под стражей в следственных изоляторах.

Допускается проведение клинического исследования лекарственного препарата, предназначенного для лечения психических заболеваний, с участием в качестве пациентов лиц с психическими заболеваниями, признанных недееспособными.

собными. В этом случае клиническое исследование проводится при наличии согласия в письменной форме их законных представителей.

Организация, получившая разрешение на проведение клинического исследования, обязана за свой счет заключить договор обязательного страхования жизни и здоровья пациентов, участвующих в клиническом исследовании. Участие пациента в проведении клинического исследования лекарственного препарата при отсутствии договора обязательного страхования не допускается.

Страховым случаем по договору обязательного страхования является смерть пациента или ухудшение его здоровья, в том числе влекущее за собой установление инвалидности, при наличии причинно-следственной связи между наступлением этого события и участием пациента в клиническом исследовании лекарственного препарата.

Размер страховой выплаты по договору обязательного страхования составляет:

1) в случае смерти пациента два миллиона рублей на каждого пациента, участвовавшего в клиническом исследовании;

2) при ухудшении здоровья пациента:

а) повлекшем за собой установление инвалидности I группы, один миллион пятьсот тысяч рублей на каждого пациента;

б) повлекшем за собой установление инвалидности II группы, один миллион рублей на каждого пациента;

в) повлекшем за собой установление инвалидности III группы, пятьсот тысяч рублей на каждого пациента;

г) не повлекшем за собой установления инвалидности, не более чем триста тысяч рублей на каждого пациента, исходя из нормативов, отражающих характер и степень повреждения здоровья, а также фактически понесенных пациентом расходов, вызванных повреждением здоровья, на медицинскую помощь, приобретение лекарственных препаратов.

В современных условиях внедрение в клиническую практику новых эффективных лекарственных средств в значительной степени повышает качество терапии, однако, с другой стороны, может вызывать неблагоприятные эффекты, существенно осложняющие течение заболеваний. Представляется, что именно побочные эффекты вызвали необходимость развития новых способов оценки безопасности лекарств и явились стимулом для разработки надлежащих методов клинических исследований. Появляются новые лекарственные препараты, технологии, приборы медицинского назначения и диагностические процедуры. Причём, если раньше защита прав испытуемых при разработке лекарств, процедур, методов лечения или диагностики рассматривалась как защита целостной личности (индивидуума), то теперь уже стало очевидным, что уважение к правам исследуемого подразумевает уважение, как к биологическому материалу (то есть собственно к телу человека, к его физическому и психологическому состоянию), так и к персональным данным больного (то есть к сведениям, касающимся истории болезни, ее содержанию, самого факта пребывания в лечебном учреждении, которые не могут быть раскрыты третьим лицам без разрешения пациента).

Отмечая необычайную важность организационных, этических и особенно правовых норм при проведении КИ, следует констатировать, что гарантия прав пациента и соблюдение этических и правовых норм являются одной из самых серьезных проблем в сложной системе исследований, регламентируемой международными соглашениями, российскими законодательными актами и стандартами медицинской отрасли.

Сегодня Россия постепенно накапливает опыт проведения клинических исследований лекарственных средств по международным стандартам, направленных на получение достоверной информации об их эффективности и безопасности и соответствующих принципам доказательной медицины. Активно осуществляется разработка процедур и стандартов проведения клинических исследований, создана программа подготовки специалистов по клиническим исследованиям лекарственных средств, продолжается работа по созданию документов, дополняющих существующие правила оформления ввоза и вывоза из РФ биологического материала.

Заключение

Прошло более двадцати лет после принятия и введения в практику Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». В течение этого времени нормой для пациентов и их родственников стало жить с осознанием того, что они могут получать необходимую помощь и защиту в соответствии с действующим законом, а для врачей-психиатров и других сотрудников психиатрических учреждений – осуществлять свою деятельность в соответствии с положениями закона, защищать на всех уровнях права и интересы своих пациентов. Для представителей средств массовой информации стало обычным широкое обсуждение тех или иных положений закона, случаев его нарушений или, наоборот, эффективного использования.

Прошедший срок позволил выявить ряд достоинств и недостатков, показал, что некоторые положения закона в современных условиях работают недостаточно или вступили в противоречие с новыми законодательными актами. В связи с этим созрели определенные предложения по внесению поправок в закон, которые в последние годы широко обсуждаются в профессиональной среде врачей-психиатров и других специалистов в области психического здоровья, а также в средствах массовой информации и на информационных площадках различных общественных правозащитных организаций.

Говоря о правовых вопросах психиатрии, нельзя упускать из вида и ряд ее этических аспектов. Трудность работы психиатра заключается в том, что он зачастую попадает в этически противоречивые ситуации, где сложно следовать

положениям кодекса этики. Среди наиболее распространенных этических дилемм в психиатрии можно выделить следующие:

– недобровольные госпитализация и лечение в отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами – психиатры признают, что критерий непосредственной опасности не может быть для этого единственным основанием, потому что без лечения остается группа больных, которые в силу своих психических расстройств не сознают необходимости лечения;

– конфиденциальность – ее правила нарушаются в случае повышенного риска для жизни пациента или других людей (самоубийства, агрессивные действия), преступных действий (насилие, развращение, инцест), которые совершаются над несовершеннолетними, участия пациента в тяжких преступлениях;

– принцип информированного согласия – согласие пациента должно быть добровольным и осознанным при том, что получение информации о характере психических расстройств пациента должно происходить в доступной для него форме и с учетом его психического состояния; предполагается получение предварительного согласия перед началом лечения, а также соблюдение прав пациента на отказ от лечения за исключением случаев, предусмотренных в законодательстве;

– выбор патерналистской либо непатерналистской модели взаимоотношений врача и пациента в случаях, когда у пациента нарушены способности рассуждать о болезни, способности адекватно оценить риск и пользу лечения;

– принцип «не навреди» в психиатрии находит выражение в выборе «наименее ограничительной альтернативы», когда необходимо минимизировать вред, который может сопутствовать при оказании психиатрической помощи пациенту – принуждение, социальные ограничения и запреты, стигматизация, а также вред, который сопутствует применению инвазивных методов исследования и методов лечения с побочными действиями;

– проведение исследований на пациентах с психическими расстройствами, а также использование информации о пациентах в научных публикациях, в процессе обучения студентов и врачей, если пациенты не признаны недееспособными, но при этом не могут дать осознанное добровольное информированное согласие.

Все эти проблемы делают очевидным, что многие положения действующего отечественного законодательства в области психиатрии могут быть предметом целевых, тематических обсуждений, участниками которых должны стать не только сотрудники психиатрических учреждений и сотрудничающие с ними специалисты, но и юристы, сотрудники правоохранительных органов, представители общественных организаций, а также сами пользователи психиатрической помощи – пациенты и их родственники, которые в последние годы все шире участвуют в ее оценке и вносят все больший вклад в повышение ее качества.

Тестовый контроль

1. Закон о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании был принят:
 - А) в 1988 году
 - Б) в 1992 году
 - В) в 1998 году
 - Г) в 2012 году

2. Что включается в понятие «психиатрическая помощь»?
 - А) диагностика психических расстройств, лечение, уход и медико-социальная реабилитация лиц, страдающих психическими расстройствами
 - Б) диагностика психических расстройств, лечение, психологическая помощь и реабилитация лиц, страдающих психическими расстройствами
 - В) лечение и реабилитация лиц, страдающих психическими расстройствами
 - Г) лечение, уход и медико-социальная реабилитация лиц, страдающих психическими расстройствами

3. Каковы в соответствии с Законом о психиатрической помощи ее основные принципы?
 - А) добровольность, нестеснение, уважение личности

- Б) неотложность, конфиденциальность и судебный порядок недобровольной госпитализации
 - В) законность, гуманность и соблюдение прав человека и гражданина
 - Г) все вышеперечисленное
4. Ограничение прав и свобод лиц, страдающих психическими расстройствами, допускается на основании:
- А) психиатрического диагноза,
 - Б) нахождения под диспансерным наблюдением,
 - В) нахождения в психиатрическом стационаре либо в психоневрологическом учреждении для социального обеспечения или социального обучения
 - Г) наличия у лица тяжелого психического расстройства, которое обуславливает его непосредственную опасность для себя и окружающих
5. Консультативно-лечебная помощь
- А) оказывается по заявлению лица, по его просьбе или с его согласия
 - Б) может устанавливаться без согласия лица или его законных представителей
 - В) является исключительным правом врача-психиатра
 - Г) назначается судом

6. Динамическое диспансерное наблюдение
- А) оказывается по заявлению лица, по его просьбе или с его согласия
 - Б) может устанавливаться без согласия лица или его законных представителей
 - В) является исключительным правом врача-психиатра
 - Г) назначается судом
7. Решение о недобровольном психиатрическом освидетельствовании может приниматься единолично врачом-психиатром в случаях, когда по имеющимся данным человек совершает действия, дающие основание предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает:
- А) его непосредственную опасность для себя и окружающих
 - Б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности
 - В) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи
 - Г) во всех перечисленных случаях

8. В какой срок должно быть проведено освидетельствование пациента комиссией врачей-психиатров, которая принимает решение об обоснованности недобровольной госпитализации?
- А) в течение 24 часов с момента поступления в стационар
 - Б) в течение 48 часов с момента поступления в стационар
 - В) в течение 72 часов с момента поступления в стационар
 - Г) в течение пяти суток с момента поступления в стационар
9. Какие ограничительные меры не разрешено применять в психиатрическом стационаре?
- А) ограничение права принимать посетителей
 - Б) запрещение вести переписку без цензуры
 - В) фиксация с помощью широких эластичных полос материи, ремней
 - Г) фиксация с помощью наручников
10. В каких случаях применяется принудительное лечение?
- А) В отношении больных, у которых психическое расстройство является тяжелым и обуславливает

его непосредственную опасность для себя и окружающих

- Б) В отношении недееспособных больных, отвечающих критерию беспомощности, то есть неспособных самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности
- В) По решению суда к лицам, совершившим общественно опасные деяния или преступления, страдающим психическими расстройствами и вследствие этого представляющим социальную опасность
- Г) В отношении больных, недобровольно госпитализированных по основаниям, определенным в статье 29 Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании

Ответы к тестовым заданиям

1. Б
2. А
3. В
4. Г
5. А
6. Б
7. А
8. Б
9. Г
10. В

Ситуационные задачи

Задача 1

В психиатрический диспансер обратились жители коммунальной квартиры с вопросом, «состоит ли на учете их сосед», который регулярно приносит в свою квартиру вещи с помойки, неопрятен, нарушает санитарно-гигиенический режим, скандалит с соседями. Может ли быть предоставлена запрашиваемая информация?

Задача 2

В психиатрический диспансер обратилась гражданка Б. с жалобами на неадекватное поведение мужа. Муж в течение многих лет злоупотребляет алкоголем. Отмечается нарушение сна, раздражительность, грубость, снижение потенции. В течение последнего года муж стал подозрительным, ревнивым, роется во всех вещах, проверяет записную книжку, считает, что у нее есть любовник. Неделю назад в неурочное время вернулся с работы, дома устроил обыск, осматривал нижнее белье жены, был очень возбужден, угрожал расправой. Последние дни мрачен, ночью не спит, ходит из угла в угол, много курит. Сегодня утром заявил жене, что он «все знает и скоро положит этому конец». На предложение жены обратиться к психиатру ответил категорическим отказом и нецензурной бранью. Требуется ли в этом случае проведение недобровольного психиатрического освидетельствования?

Задача 3

На прием к участковому психиатру обратилась гражданка А. Сообщила, что у ее мужа П., 38 лет, в течение последних 6 месяцев появилось ощущение наличия экстрасенсорных способностей. После посещения народного целителя месяц назад у мужа появилось ощущение «впитывания, вдыхания чужой боли», ощущения «что сходит с ума», незримого присутствия целителя рядом. Отмечается выраженное снижение настроения, жалобы на «психическую боль» внутри, «замороженность собственных чувств», периодически видел «ауру людей», говорил, что ему «тяжело жить», «боль грызет». В течение последних трех дней замкнулся, перестал разговаривать с окружающими, не спит, отказывается от еды. Жена обнаружила спрятанную веревку, боится, что муж покончит с собой. На предложение обратиться к психиатру муж ответил категорическим отказом. Врач-психиатр расценил, что сообщенная ему информация дает основание предполагать наличие у П. тяжелого психического расстройства, которое обуславливает его непосредственную опасность для себя. Каковы должны быть дальнейшие действия врача-психиатра?

Задача 4

Пациент К., 28 лет. Доставлен в психиатрическую больницу бригадой скорой психиатрической помощи с места работы, где вел себя нелепо. Выкинул доску для важных объявлений, свое поведение никак не объяснял, на вопросы коллег хихикал, взял лист бумаги, нарисовал на нем точку, говорил, что это «белый квадрат, на котором он хо-

чет сосредоточиться». При осмотре в приемном покое: беспокоен, негативистичен, не давал себя осмотреть. Сознание не помрачено. Напряжен, тревожен, озирается по сторонам, нелепо улыбается, хохочет, говорит: «Я - капитан Немо. Я на планете, ха-ха-ха. Это я шучу. Зачем, вы же знаете, как меня зовут, вы ведь все знаете. Я работал моряком, а теперь на другой работе. Где моя белая точка? Почему я, родители говорили». Мышление разорванное, по типу словесной окрошки. Эмоционально неадекватен, смеется, ухмыляется, возможно, галлюцинирует. Представляется аффективно заряженным. В связи с отказом пациента от госпитализации была оформлена недобровольная госпитализация, получено разрешение судьи. Как часто в дальнейшем должен рассматриваться вопрос о продлении недобровольной госпитализации?

Задача 5

Пациент У., 38 лет. Психические нарушения с 17 лет, в клинической картине слуховые псевдогаллюцинации угрожающего характера, идеи отношения, воздействия, ощущение «подстроенности» окружающего, наряду с тревожно-депрессивной симптоматикой. В 18 лет установлен диагноз параноидной шизофрении, установлено динамическое диспансерное наблюдение. Неоднократно лечился стационарно, получал нейролептики и антидепрессанты, последняя выписка два месяца назад. Выписан на долечивание в дневной стационар, посещал его нерегулярно, нарушал режим приема препаратов. В течение последних трех дней в дневной стационар не приходил, со слов матери, пациент напряжен, беспокоен, не принимает лекарства,

плохо спит, к психиатру идти отказывается. Информация о состоянии больного передана участковому психиатру, пациент приглашен на прием, но на прием не явился. Может ли участковый врач-психиатр осмотреть этого пациента на дому без его согласия?

Задача 6

На прием к участковому детскому психиатру обратилась бабушка с внуком 8 лет. Бабушка предъявляет жалобы на неправильное поведение ребенка – он раздражителен, вербально агрессивен в ее адрес, плохо учится, разбрасывает по дому вещи, отказывается убирать за собой. Родители мальчика работают допоздна и не могут прийти с ребенком на консультацию. К тому же, со слов бабушки, родители «не видят» в поведении сына «ничего особенного». Каковы должны быть действия врача-психиатра?

Задача 7

Пациентка И., 44 года. Госпитализирована в психиатрическую больницу бригадой скорой помощи с железнодорожного вокзала, где совершила попытку броситься под поезд. При осмотре была недоступна продуктивному контакту, не отвечала на вопросы, зажмуривала глаза, затыкала уши, внезапно вскочила с места, бросилась к окну, пыталась открыть его. Врачом-психиатром приемного покоя принято решение о госпитализации пациентки в недобровольном порядке. В какой срок должно быть проведено освидетельствование пациента комиссией врачей-психиатров, которая принимает решение об обоснованности недобровольной госпитализации?

Задача 8

Больная С., 68 лет. С молодого возраста наблюдается психиатрами с диагнозом «параноидная шизофрения», многократно лечилась стационарно. Критики к болезни нет, рекомендованную терапию не принимает, считает, что врачи ставят на ней «эксперименты». В обострениях слышит «голоса», с кем-то разговаривает. Считает, что все хотят ее отравить, выбрасывает все продукты из дома, всю бытовую химию спускает в канализацию, тем самым засоряя ее. Может ходить голая по подъезду, выйти на улицу. Очень агрессивно себя ведет, бьет родных, может бросаться ножами, иногда пытается задушить. Соседи вызывают скорую, милицию, больная госпитализируется в недобровольном порядке, после выписки перестает принимать лекарства и симптоматика возобновляется. Родственники выражают заинтересованность в определении дееспособности пациентки. Какая инстанция может признать пациента недееспособным?

Задача 9

В приемный покой психиатрической больницы доставлен гражданин К., 43 лет, признанный судом невменяемым за совершенное правонарушение (ложное сообщение об угрозе террористического акта), и в отношении которого судом назначены принудительные меры медицинского характера в виде принудительного лечения в психиатрическом отделении общего типа. Пациент заявляет о своем несогласии с решением суда и нежеланием госпитализиро-

ваться в больницу. Должен ли врач приемного покоя запрашивать согласие на госпитализацию?

Задача 10

Пациенту Ф., 37 лет, предложено принять участие в клиническом исследовании нового лекарственного средства. Протоколом исследования предусмотрен сбор анамнестических сведений у родственников, лечащего врача психоневрологического диспансера, а также по имеющимся в психиатрической службе амбулаторной карте и архивным историям болезни предыдущих госпитализаций. Должен ли врач-исследователь, помимо информированного добровольного согласия на участие в клиническом исследовании, получить отдельное информированное согласие на эти процедуры?

Ответы к ситуационным задачам

Задача 1. Сведения о наличии у гражданина психического расстройства, фактах обращения за психиатрической помощью и лечения в учреждении, оказывающем такую помощь, а также иные сведения о состоянии психического здоровья являются врачебной тайной, охраняемой законом. Любая информация, касающаяся взаимоотношений пациента с психиатрической службой, может предоставляться только на основании письменного согласия пациента (или его законного представителя) на предоставление таких сведений.

Задача 2. Поскольку по предоставленным женой сведениям человек совершает действия, дающие основание предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает его непосредственную опасность для окружающих, в частности, для его жены (соответствие критерию «а» статьи 23, пункт 4) , необходимо проведение недобровольного психиатрического освидетельствования.

Задача 3. Врачу-психиатру учреждения, оказывающую амбулаторную психиатрическую помощь, предоставлено право принятия единоличного решения о неотложном освидетельствовании в случаях, когда ему сообщается информация о том, что лицо совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него наличие тяжелого психического расстройства, которое обуславливает его непосредственную опасность для себя или окружающих.

Задача 4. В течение шести месяцев с момента помещения в больницу комиссия врачей-психиатров не реже одно-

го раза в месяц проводит освидетельствование пациента, о чем делается запись в истории болезни. 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.

Задача 5. За пациентом установлено динамическое диспансерное наблюдение, которое предполагает наблюдение за состоянием психического здоровья лица путем регулярных осмотров психиатром и оказания ему необходимой медицинской и социальной помощи. При динамическом наблюдении осмотры врача-психиатра проводятся независимо от согласия пациента. Если пациент не явился на очередной прием, врач или участковая медсестра обязаны выяснить причины неявки (обострение психоза, соматическое заболевание, отъезд и пр.) и принять меры к его осмотру. В данном случае – активное посещение пациента врачом на дому. Оформление недобровольного психиатрического освидетельствования в данном случае не требуется.

Задача 6. Психиатрическое освидетельствование, а также профилактические осмотры проводятся по просьбе или с согласия обследуемого, а в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет – по просьбе или с согласия их законных представителей. Законными представителями ребенка в данном случае являются родители, а не бабушка, поэтому для осмотра ребенка врачом-психиатром необходимо согласие одного из родителей.

Задача 7. Лицо, госпитализированное в психиатрическую больницу в недобровольном порядке, подлежит обязательному психиатрическому освидетельствованию в те-

чение 48 часов комиссией врачей-психиатров, которая принимает решение об обоснованности госпитализации.

Задача 8. Сам по себе факт душевной болезни или слабоумия, хотя бы и очевидный для окружающих или подтвержденный документально медицинским учреждением, еще не дает оснований считать гражданина недееспособным. Он может быть признан недееспособным только судом. Члены семьи пациента могут обратиться с заявлением в суд. Если такой гражданин по решению суда будет признан недееспособным, над ним может быть установлена опека.

Задача 9. Вид принудительных мер медицинского характера назначает суд. Критерием назначения судом конкретного вида принудительного лечения служит психическое состояние лица, степень его опасности для себя, окружающих, возможность совершения иного общественно опасного деяния. Поэтому при поступлении такого пациента на принудительное лечение запрашивать согласие на госпитализацию не требуется.

Задача 10. В тех случаях, когда клиническое исследование предполагает сбор анамнестических сведений у родственников, лечащего врача, других лиц, а также знакомство с медицинской документацией психиатрических учреждений, врач-исследователь обязан получить на это информированное согласие пациента, поскольку указанные сведения являются конфиденциальной информацией и могут быть предоставлены врачу-исследователю только с письменного согласия пациента.

Основная литература

1. Законодательство Российской Федерации в области психиатрии. Комментарий к Закону РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», ГК РФ и УК РФ (в части, касающейся лиц с психическими расстройствами) / Под общ. ред. Т. Б. Дмитриевой. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва: Спарк, 2002. — 383 с.
2. Аргунова Ю.Н. Права граждан с психическими расстройствами (вопросы и ответы). — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: Фолиум, 2007. — 147 с.
3. Усов Г. М., Федорова М. Ю. Правовое регулирование психиатрической помощи: учебное пособие для вузов. М.: ЗАО "Юстицинформ", 2006 г.
4. Евтушенко В.Я. Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» в вопросах и ответах / В.Я. Евтушенко; отв. ред. проф. В.С. Ястребов. — М.: Изд-во ЗАО Юстицинформ, 2009.
5. Право и психиатрия. Проблемы, мнения, перспективы / Сост. С.В. Полубинская; науч. ред. С.В. Бородин. — Москва: Юридическая литература, 1991. — 384 с.
6. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 22.10.2014) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (21 ноября 2011 г.)

Дополнительная литература

1. Агрессия и психическое здоровье / Под ред. Т.Б. Дмитриевой и Б.В. Шостаковича. СПб., 2008.
2. Аргунова Ю.Н. Вопросы принудительного лечения ограниченно вменяемых лиц // Независимый психиатрический журнал. 2006. №4.
3. Аргунова Ю.Н. Новый порядок недобровольной госпитализации: коллизии в законодательстве // Независимый психиатрический журнал. – 2015. – № 3.
4. Аргунова Ю.Н. Ответственность за незаконное помещение в психиатрическую больницу // Независимый психиатрический журнал. – 1999. – № 3.
5. Аргунова Ю.Н. Права граждан с психическими расстройствами (вопросы и ответы). Изд. 2-е, перераб. и доп. – М: ФОЛИУМ, 2007. – 147 с.
6. Батанов А.Н., Друзин А.И., Рагулина А.В., Чучаев А.И. Принудительные меры медицинского характера в уголовном праве России. – Ульяновск, 2006.
7. Дмитриева Т.Б. Альянс права и милосердия. О проблеме защиты прав человека в психиатрии. – М.: Наука, 2001.
8. Карлов О.А. Оказание скорой психиатрической помощи больным с различными психопатологическими механизмами опасного поведения // Социальная и клиническая психиатрия. — 2007. №1.
9. Колмаков П.А. Сущность, цели и виды принудительных мер медицинского характера. – Сыктывкар, 2003.

10. Лапшин О.В. Недобровольная госпитализация психически больных в законодательстве России и США // Независимый психиатрический журнал. – 2003. – № 4.
11. Мальцев В.В. Категория «общественно опасное поведение» и ее уголовно-правовое значение // Государство и право. — 2007. – №9.
12. Мальцев М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных. – М., 2005.
13. Мотов В.В. Фундаментальные вопросы американской судебной психиатрии и психиатрии и права. – Москва: Фолиум, 2008 – 252 с.
14. Назаренко Г.В. Принудительные меры медицинского характера: Учебн пособие. – М: Дело, 2003 – 176 с.
15. Недопил Н. Опасны ли психически больные? Мифы и факты // Российский психиатрический журнал. – 2001. – №3.
16. Организационно-правовые аспекты оказания психиатрической помощи: материалы республиканской научно-практической конференции (Минск, 29 октября 2013 г.) / Министерство здравоохранения Республики Беларусь, Республиканский научно-практический центр психического здоровья. – Минск: Профессиональные издания, 2013. – 106 с.
17. Правовые и этические проблемы психиатрической помощи: Материалы научно-практической конференции 30 ноября 2009 г. / Под ред. проф. В.С. Ястребова. – М.: Изд-во ЗАО Юстицинформ, 2009. – 217 с.
18. Рыжаков А.П. Производство по применению принудительных мер медицинского характера. – М.: ИИД Филинь, 1996. – 120 с.

19. Салищева Н.Г., Виноградова Л.Н. Служба защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах как гарантия исполнения закона о психиатрической помощи // Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности: Материалы 1-й Всероссийской научно-практической конференции Москва, 16 мая 2003 г / Под общ ред д.ю.н. С.Г. Стеценко. – М.: Юрист, 2003. – С 94–95.
20. Совершенствование взаимодействия общественных, правозащитных организаций и органов прокуратуры в вопросах защиты прав и свобод граждан (материалы «круглого стола» 12 мая 2004 г.) / Под общ. ред.: Бессарабова В.Г., Рыбчинского А.И., Михалевича И.В. – М.: Моск. Хельсинк. группа, 2004. – 150 с.
21. Устинов А.Г. К вопросу о законности правоприменительной практики в части порядка установления диспансерного наблюдения в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами // Независимый психиатрический журнал. – 2012. – № 4.
22. Фулфорд К.У.М., Хаус К. Этика научных исследований с вовлечением психиатрических пациентов: принципы, проблемы и ответственность ученых // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – Т.7.– №4. – С.84–93.
23. Этика практической психиатрии. Руководство для врачей / Под ред. В.А.Тихоненко. – М., Право и закон, 1996.

Содержание

Введение	3
1. Соотношение права и психиатрии	5
2. Законодательство РФ о здравоохранении	8
2.1. Отраслевая структура здравоохранительного законодательства	8
2.2. Иерархическая структура законодательства	9
2.3. Федеративная структура законодательства	15
3. Общая характеристика Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»	18
4. Правовое регулирование отдельных вопросов оказания психиатрической помощи	28
4.1. Психиатрическая помощь и принципы ее оказания. Права больных	28
4.2. Конфиденциальность и информированное согласие.	30
4.3. Порядок оказания отдельных видов психиатрической помощи.....	34
4.4. Недобровольное психиатрическое освидетельствование	37
4.5. Амбулаторная психиатрическая помощь.....	38
4.6. Стационарная психиатрическая помощь	41
4.7. Госпитализация в психиатрический стационар в недобровольном порядке	42
4.8. Порядок недобровольной госпитализации	45

4.9. Применение ограничительных мер во время госпитализации	54
4.10. Принудительные меры медицинского характера...	57
4.11. Дееспособность больных с психическими расстройствами и ее ограничения.....	63
5. Этико-правовые основы организации и проведения клинических исследований лекарственных средств в психиатрии.....	68
5.1. Этические принципы медицинских исследований с участием человека в качестве объекта исследования ..	69
5.2. Надлежащая клиническая практика: основные принципы	72
5.3. Правовые основы клинических исследований лекарственных препаратов для медицинского применения в России	75
Заключение	85
Тестовый контроль.....	88
Ответы к тестовым заданиям	93
Ситуационные задачи	94
Ответы к ситуационным задачам	100
Основная литература	103
Дополнительная литература	104