

КОММЕНТАРИЙ К ЗАКОНУ РФ  
ОТ 2 ИЮЛЯ 1992 Г. N 3185-1  
"О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ГАРАНТИЯХ ПРАВ ГРАЖДАН  
ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ"

Материал подготовлен с использованием правовых актов  
по состоянию на 15 июня 2006 года

А.А. РОЖДЕСТВИНА

Рождествина Анна Анатольевна - преподаватель кафедры уголовно-правовых дисциплин Поволжского (г. Саратов) юридического института (филиала) ГОУ ВПО "Российская Правовая академия" Минюста России.

2 июля 1992 года N 3185-1

---

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

ЗАКОН

О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ГАРАНТИЯХ ПРАВ ГРАЖДАН  
ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ

(в ред. Федеральных законов  
от 21.07.1998 N 117-ФЗ, от 25.07.2002 N 116-ФЗ,  
от 10.01.2003 N 15-ФЗ, от 29.06.2004 N 58-ФЗ,  
от 22.08.2004 N 122-ФЗ)

Раздел I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 1. Психиатрическая помощь и принципы ее оказания

Комментарий к статье 1

1. Комментируемая статья определяет, какие компоненты входят в понятие "психиатрическая помощь". К ним относятся:

обследование психического здоровья граждан, которое проводится для установления наличия или отсутствия у лица психического заболевания. Согласно ст. 15 данного Закона психиатрическое обследование может проводиться для решения вопроса о годности гражданина по состоянию его психического здоровья к службе в качестве военнослужащего Вооруженных Сил, войск и органов безопасности, внутренних войск и других воинских формирований, лиц начальствующего и рядового состава органов внутренних дел, Государственной противопожарной службы, учреждений и органов уголовно-исполнительной системы;

диагностика и лечение психических расстройств. Основные правила диагностики и лечения определяет ст. 10 данного Закона, в соответствии с которой диагноз психического расстройства ставится в соответствии с общепризнанными международными стандартами и не может основываться только на несогласии гражданина с принятыми в обществе моральными, культурными, политическими или религиозными ценностями либо на иных причинах, непосредственно не связанных с состоянием его психического здоровья. Для диагностики и лечения лица, страдающего психическим расстройством, применяются медицинские средства и методы, только разрешенные в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о здравоохранении, 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;

уход;

медико-социальная реабилитация лиц, страдающих психическими расстройствами, под которой понимается система и процесс полного или частичного восстановления способностей лиц, страдающих психическим расстройством, к бытовой, общественной и профессиональной деятельности.

2. Принципы, на которых строится процесс оказания психиатрической помощи, также установлены в комментируемой статье (части 2). К таким принципам относятся:

принцип законности, который выражается в соблюдении норм Конституции Российской Федерации, данного Закона, иных подзаконных нормативных актов при оказании психиатрической помощи врачом - психиатром, иными специалистами и медицинским персоналом;

принцип гуманности - можно рассматривать в двух аспектах. В первую очередь, принцип гуманности выражается в оказании помощи лицу, страдающему психическим расстройством, для его лечения. При этом не допускается применение к такому лицу методов лечения, которые имеют цель причинение физических страданий или унижение человеческого достоинства. Кроме того, этот принцип заключается и в "изоляции" лица, страдающего психическим расстройством, от остальных членов общества в целях избежания причинения вреда лицом, страдающим психическим расстройством, как окружающим, так и самому себе;

принцип соблюдения прав человека и гражданина. На реализацию этого принципа направлен весь данный Закон. Уже само его название "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" говорит о значении принципа соблюдения прав человека и гражданина. Кроме того, в ст. 5 данного Закона закреплено, что лица, страдающие психическими расстройствами, обладают всеми правами и свободами граждан, предусмотренными Конституцией Российской Федерации и федеральными законами. Ограничение прав и свобод граждан, связанное с психическим расстройством, допустимо лишь в случаях, предусмотренных законами Российской Федерации.

3. Комментируемая статья устанавливает также, что психиатрическая помощь лицам, страдающим психическими расстройствами, гарантируется государством. Конкретные гарантии определены в статьях данного Закона, регулирующих оказание тех или иных видов психиатрической помощи. Кроме того, гарантии оказания психиатрической помощи содержатся:

1) в Постановлении Совета Министров - Правительства РФ от 28 апреля 1993 г. N 377 "О реализации Закона Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании". Этим Постановлением утвержден Перечень медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, и установлено, что к участию в оказании психиатрической помощи допускаются врачи-психиатры, иные специалисты и медицинские работники, имеющие специальную подготовку и необходимую квалификацию. Вопрос о допуске медицинских работников к участию в оказании психиатрической помощи решается руководителем психиатрического и психоневрологического учреждения или частнопрактикующим врачом-психиатром в соответствии с действующим законодательством;

2) в Постановлении Правительства РФ от 25 мая 1994 г. N 522 "О мерах по обеспечению психиатрической помощью и социальной защите лиц, страдающих психическими расстройствами". Им утверждены Положения:

- об учреждениях, оказывающих внебольничную и стационарную психиатрическую помощь;
- о лечебно-производственных государственных предприятиях для проведения трудовой терапии, обучения новым профессиям и трудоустройства на этих предприятиях лиц, страдающих психическими расстройствами, включая инвалидов;
- об общежитиях для лиц, страдающих психическими расстройствами, утративших социальные связи и др.

## Статья 2. Законодательство Российской Федерации о психиатрической помощи

### Комментарий к статье 2

1. Комментируемая статья устанавливает систему нормативных правовых актов, регулирующих порядок оказания психиатрической помощи, распределяя их по юридической силе. При этом в комментируемой статье нет указания на Конституцию Российской Федерации, это объясняется тем, что данный Закон был принят в 1992 году, т.е. до принятия Конституции Российской Федерации. Но Конституция Российской Федерации имеет высшую юридическую силу, прямое действие и применяется на всей территории Российской Федерации, поэтому даже при отсутствии указания на нее в Законе она подлежит применению. Таким образом, при оказании психиатрической помощи и лица, ее оказывающие, и лица, обращающиеся за ней, пользуются всеми правами, установленными главой 2 Конституции Российской Федерации.

2. На территории Российской Федерации применяются только те федеральные конституционные законы, федеральные законы, акты палат Федерального Собрания, которые официально опубликованы. В соответствии с Федеральным законом от 14 июня 1994 г. N 5-ФЗ "О порядке опубликования и вступления в силу федеральных конституционных законов, федеральных законов, актов палат Федерального Собрания" федеральные конституционные законы, федеральные законы подлежат официальному опубликованию в течение семи дней после

дня их подписания Президентом Российской Федерации. Официальным опубликованием федерального конституционного закона, федерального закона, акта палаты Федерального Собрания считается первая публикация его полного текста в "Парламентской газете", "Российской газете" или Собрании законодательства Российской Федерации.

Таким образом, к федеральному законодательству, регулиющему порядок оказания психиатрической помощи, относятся:

1) данный Закон, который устанавливает правовые, организационные и экономические принципы оказания психиатрической помощи в Российской Федерации;

2) Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1, которые являются базовым нормативным правовым актом по отношению к данному Закону. В нем содержится понятие охраны здоровья граждан - это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья. Также в Основах изложены основные принципы охраны здоровья:

соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;

приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан;

доступность медико-социальной помощи;

социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;

ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья и т.д.;

3) Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации, закрепляющий порядок проведения принудительной госпитализации гражданина в психиатрический стационар и принудительного психиатрического освидетельствования. Согласно Определению Конституционного Суда РФ от 10 марта 2005 г. N 62-О "Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданина Гирича Игоря Валерьевича на нарушение его конституционных прав положениями статей 24, 25, 33 - 36 Закона Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" правила статей 32 - 35 подлежат применению в конкретных делах во взаимосвязи с положениями главы 35 "Принудительная госпитализация гражданина в психиатрический стационар и принудительное психиатрическое освидетельствование" ГПК Российской Федерации (статьи 302 - 306);

4) Федеральный закон от 2 августа 1995 г. N 122-ФЗ "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов", который регулирует отношения в сфере социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов, являющегося одним из направлений деятельности по социальной защите населения, устанавливает экономические, социальные и правовые гарантии для граждан пожилого возраста и инвалидов, исходя из необходимости утверждения принципов человеколюбия и милосердия в обществе и др.

3. Отношения, связанные с деятельностью в области оказания психиатрической помощи, регулируются также нормативными правовыми актами Правительства Российской Федерации. К таким актам, в частности, относятся:

1) Постановление Правительства РФ от 25 мая 1994 г. N 522 "О мерах по обеспечению психиатрической помощью и социальной защите лиц, страдающих психическими расстройствами", согласно которому в целях реализации Закона Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" в части обеспечения гарантированных государством видов психиатрической помощи были утверждены Положения:

об учреждениях, оказывающих внебольничную и стационарную психиатрическую помощь;

о лечебно-производственных государственных предприятиях для проведения трудовой терапии, обучения новым профессиям и трудоустройства на этих предприятиях лиц, страдающих психическими расстройствами, включая инвалидов;

об общежитиях для лиц, страдающих психическими расстройствами, утративших социальные связи;

2) Постановление Совета Министров - Правительства РФ от 28 апреля 1993 г. N 377 "О реализации Закона Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", которым утвержден Перечень медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, и установлено, что к участию в оказании психиатрической помощи допускаются врачи-психиатры, иные специалисты и медицинские работники, имеющие специальную подготовку и необходимую квалификацию. Вопрос о допуске медицинских работников к участию в оказании психиатрической помощи решается руководителем

психиатрического и психоневрологического учреждения или частнопрактикующим врачом-психиатром в соответствии с действующим законодательством и др.

4. Отношения, связанные с деятельностью в области оказания психиатрической помощи, регулируются также нормативными правовыми актами федеральных органов исполнительной власти, уполномоченных на решение вопросов в области оказания психиатрической помощи. К таким органам относится Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Им приняты следующие нормативные правовые акты, определяющие порядок оказания психиатрической помощи:

1) Приказ Минздрава РФ от 11 января 1993 г. N 6 "О некоторых вопросах деятельности психиатрической службы", в соответствии с которым открытие и закрытие психиатрических и психоневрологических учреждений (подразделений) производится органами здравоохранения по территориальному признаку. Внебольничные психиатрические и психоневрологические учреждения, психоневрологические диспансеры, диспансерные отделения психиатрических больниц, психиатрические диспансерные отделения и кабинеты городских, центральных районных и районных больниц и поликлиник осуществляют специализированную психиатрическую помощь взрослым и детям, страдающим психическими расстройствами, по территориально-участковому принципу.

Задачами внебольничных психиатрических и психоневрологических учреждений являются: амбулаторная консультативно-лечебная психиатрическая помощь населению; диспансерное наблюдение больных;

2) Приказ Минздрава РФ от 16 сентября 2003 г. N 438 "О психотерапевтической помощи". Им утверждено:

Положение об организации деятельности врача-психотерапевта;

Положение об организации деятельности медицинского психолога, участвующего в оказании психотерапевтической помощи;

Положение об организации деятельности социального работника, участвующего в оказании психотерапевтической помощи;

Положение об организации деятельности психотерапевтического кабинета;

Штатные нормативы медицинского и иного персонала психотерапевтического кабинета;

Перечень оборудования психотерапевтического кабинета (примерный);

Положение об организации деятельности психотерапевтического отделения;

Штатные нормативы медицинского и иного персонала психотерапевтического отделения;

Перечень оборудования психотерапевтического отделения (примерный);

Положение об организации деятельности психотерапевтического центра;

Штатные нормативы медицинского и иного персонала психотерапевтического центра;

Перечень оборудования психотерапевтического центра (примерный);

3) Приказ Минздрава РФ от 24 октября 2002 г. N 325 "О психологической и психиатрической помощи в чрезвычайных ситуациях";

4) Приказ Минздрава РФ от 6 августа 1999 г. N 311 "Об утверждении клинического руководства "Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств". Модели утверждены с целью повышения эффективности диагностики и лечения больных с психическими и поведенческими расстройствами с учетом современных подходов к тактике ведения больных и унификации оптимальных режимов лечебно-диагностического процесса;

5) Приказ Минздрава РФ от 8 апреля 1998 г. N 108 "О скорой психиатрической помощи". Этим Приказом утверждены:

Положение о врачебных и фельдшерских бригадах скорой психиатрической помощи;

Штатные нормативы медицинского персонала бригад скорой психиатрической помощи;

Примерный перечень специального оснащения бригады скорой психиатрической помощи;

Методические рекомендации по организации работы бригад скорой психиатрической помощи и т.д.

Кроме того, ряд вопросов по оказанию психиатрической помощи решается в актах Министерства труда и социального развития Российской Федерации. Так, Постановлением Минтруда РФ от 18 сентября 1997 г. N 45 утверждено разъяснение "О перечислении пенсии лицам, находящимся в психиатрическом учреждении". Постановлением Минтруда РФ от 8 июля 1993 г. N 133 "О дополнительном отпуске за работу с вредными условиями труда медицинского и другого персонала, участвующего в оказании психиатрической помощи" установлен дополнительный отпуск за работу с вредными условиями труда продолжительностью 30 рабочих дней психологам и физиологам, непосредственно и полный рабочий день работающим с психически больными, врачам - руководителям (с ненормированным рабочим днем) психиатрических (психоневрологических), нейрохирургических, наркологических лечебно-профилактических учреждений, отделений, палат и кабинетов, домов инвалидов (отделений) для психически больных и их заместителям, а также главным психиатрам органов здравоохранения, непосредственно участвующим в оказании психиатрической помощи.

5. Отношения, связанные с деятельностью в области оказания психиатрической помощи, регулируются нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации. Так, Постановлением Правительства Саратовской области от 17 февраля 2005 г. N 56-П "Об утверждении Порядка бесплатного лекарственного обеспечения лиц, находящихся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, больных туберкулезом, ВИЧ-инфицированных и лиц с психическими расстройствами" установлено, что к лицам, страдающим психическими расстройствами и получающим в связи с этим бесплатные медикаменты, относятся лица, больные шизофренией и эпилепсией с психическими нарушениями. Лица, больные шизофренией и эпилепсией с психическими нарушениями, обеспечиваются бесплатными медикаментами для лечения психических расстройств в течение всего периода диспансерного наблюдения или с момента выявления этого заболевания в соответствии с назначением врача или в соответствии с назначением клинико-экспертной комиссии областного специализированного медицинского учреждения в областном специализированном медицинском учреждении. Обеспечение бесплатными медикаментами осуществляется в предназначенных для этого структурных подразделениях областных специализированных медицинских учреждений (процедурный кабинет, аптека, дневной стационар и др.).

6. В соответствии с ч. 4 ст. 15 Конституции Российской Федерации общепризнанные принципы и нормы международного права и международные договоры Российской Федерации являются составной частью ее правовой системы. Если международным договором Российской Федерации установлены иные правила, чем предусмотренные законом, то применяются правила международного договора. То же самое установлено и в ч. 4 комментируемой статьи. Согласно ст. 2 Федерального закона от 15 июля 1995 г. N 101-ФЗ "О международных договорах Российской Федерации" международный договор Российской Федерации означает международное соглашение, заключенное Российской Федерацией с иностранным государством (или государствами) либо с международной организацией в письменной форме и регулируемое международным правом, независимо от того, содержится такое соглашение в одном документе или в нескольких связанных между собой документах, а также независимо от его конкретного наименования.

В соответствии с Конституцией Российской Федерации ратификация международных договоров Российской Федерации осуществляется в форме федерального закона. Ратификации подлежат международные договоры Российской Федерации:

исполнение которых требует изменения действующих или принятия новых федеральных законов, а также устанавливающие иные правила, чем предусмотренные законом;

предметом которых являются основные права и свободы человека и гражданина;

о территориальном разграничении Российской Федерации с другими государствами, включая договоры о прохождении Государственной границы Российской Федерации, а также о разграничении исключительной экономической зоны и континентального шельфа Российской Федерации;

об основах межгосударственных отношений, по вопросам, затрагивающим обороноспособность Российской Федерации, по вопросам разоружения или международного контроля над вооружениями, по вопросам обеспечения международного мира и безопасности, а также мирные договоры и договоры о коллективной безопасности;

об участии Российской Федерации в межгосударственных союзах, международных организациях и иных межгосударственных объединениях, если такие договоры предусматривают передачу им осуществления части полномочий Российской Федерации или устанавливают юридическую обязательность решений их органов для Российской Федерации.

Вступившие в силу для Российской Федерации международные договоры, решения о согласии на обязательность которых для Российской Федерации приняты в форме федерального закона, подлежат официальному опубликованию по представлению Министерства иностранных дел Российской Федерации в Собрании законодательства Российской Федерации.

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

Передача лица для прохождения принудительного лечения осуществляется, если:

решение суда о применении принудительных мер медицинского характера вступило в законную силу;

лицо, направленное на принудительное лечение, совершило деяние, являющееся уголовно наказуемым по законодательству обеих Договаривающихся Сторон;

законодательством обеих Договаривающихся Сторон предусмотрены аналогичные меры медицинского характера;

у принимающей Договаривающейся Стороны имеется возможность обеспечить необходимое лечение и соответствующие меры безопасности;

получено согласие больного, а в случае его неспособности к свободному волеизъявлению - согласие его законного представителя.

Передача лиц для проведения принудительного лечения осуществляется по обращению как Договаривающейся Стороны, судом которой вынесено решение, так и Договаривающейся Стороны, гражданином которой лицо является или на территории которой постоянно проживает.

Полномочным лицом, выступающим с обращением от имени Договаривающихся Сторон, является руководитель компетентного органа или его заместитель.

Лицо, подлежащее принудительному лечению, его законный представитель, а также близкие родственники вправе направить в компетентные органы любой из Договаривающихся Сторон заявление о своей заинтересованности в передаче.

Обращение составляется в письменной форме. К нему прилагаются:

копия документа, удостоверяющего личность передаваемого;

удостоверенные копии решения суда о применении к лицу принудительных мер медицинского характера и документа о вступлении его в законную силу;

удостоверенная копия акта судебно-психиатрической экспертизы;

удостоверенная копия акта психиатрического освидетельствования на предмет изменения вида лечения;

справка ВТЭК;

текст статей уголовного закона, на основании которых лицу предъявлялось обвинение;

письменное согласие больного или его законного представителя на передачу для прохождения принудительного лечения в государство, гражданином которого он является или на территории которого имеет постоянное место жительства;

заявление близких родственников, если такое имеется;

документы, свидетельствующие о гражданстве больного, его постоянном и временном месте жительства;

сведения о родственниках больного;

другие документы и сведения, если это сочтут необходимым Договаривающиеся Стороны;

заверенный перевод обращения и прилагаемых к нему документов.

Решение о согласии (отказе) и передаче или принятии лица принимается руководителем компетентного органа не позднее 40 дней со дня получения обращения и направляется руководителю компетентного органа другой Договаривающейся Стороны. О принятом решении в письменной форме сообщается лицу, в отношении которого послано обращение, или его законному представителю.

Место, время и порядок передачи лица определяются по договоренности между компетентными органами обеих Договаривающихся Сторон.

Передача осуществляется с учетом того, чтобы транспортировка не отразилась отрицательно на состоянии больного, не привела к побегу или совершению какого-либо опасного деяния. Каждая Договаривающаяся Сторона разрешает транзитную перевозку по своей территории лиц, передаваемых в соответствии с настоящей Конвенцией, третьей Договаривающейся Стороне. Такая перевозка разрешается по просьбе государства, гражданином которого лицо является.

Связанные с передачей лица расходы, возникшие до его передачи, несут Договаривающиеся Стороны, у которых они возникли. Последующие расходы, связанные с передачей лица, в том числе по его транзитной перевозке, несет Договаривающаяся Сторона, принявшая лицо для проведения принудительного лечения.

### Статья 3. Применение настоящего Закона

#### Комментарий к статье 3

Комментируемая статья устанавливает так называемый территориальный принцип действия Закона, который означает, что Закон имеет обязательную силу на всей территории Российской Федерации и распространяется на всех лиц, находящихся на этой территории независимо от их гражданства. Таким образом, данный Закон распространяется:

1) на граждан Российской Федерации при оказании им психиатрической помощи. В соответствии с Федеральным законом от 31 мая 2002 г. N 62-ФЗ "О гражданстве Российской Федерации" гражданами Российской Федерации являются:

лица, имеющие гражданство Российской Федерации на день вступления в силу указанного Федерального закона;

лица, которые приобрели гражданство Российской Федерации в соответствии с указанным Федеральным законом.

2) на все учреждения и лиц, оказывающих психиатрическую помощь на территории Российской Федерации, независимо от того, является ли учреждение государственным, муниципальным или частным;

3) на иностранных граждан, находящихся на территории Российской Федерации. Иностранцем гражданином является лицо, не являющееся гражданином Российской Федерации и имеющее гражданство (подданство) иностранного государства;

4) на лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации, которым является лицо, не являющееся гражданином Российской Федерации и не имеющее доказательства наличия гражданства иностранного государства.

#### Статья 4. Добровольность обращения за психиатрической помощью

##### Комментарий к статье 4

1. Комментируемая статья устанавливает основной принцип оказания психиатрической помощи - добровольность. Психическая помощь оказывается при добровольном обращении лица или с его согласия. Этот принцип реализуется:

в ст. 23 данного Закона, регулирующей порядок проведения психиатрического освидетельствования. В ней установлено, что психиатрическое освидетельствование, а также профилактические осмотры проводятся по просьбе или с согласия обследуемого или его законного представителя;

в ст. 26 данного Закона, где устанавливается, что консультативно-лечебная помощь оказывается при самостоятельном обращении лица, страдающего психическим расстройством, по его просьбе или с его согласия либо законного представителя;

в ст. 28 данного Закона, определяющей, что помещение лица в психиатрический стационар осуществляется добровольно - по просьбе или с согласия лица, подлежащего госпитализации.

О недопущении нарушения принципа добровольности при оказании психиатрической помощи указано и в Приказе Минздрава РФ от 8 октября 1997 г. N 299 "О нарушении принципа добровольности при оказании психиатрической помощи", согласно которому Министерством здравоохранения Российской Федерации комиссионно проверены факты, опубликованные газетой "Известия" от 12.08.97 в статье "Ревизор в палате N 6".

Установлено, что врачом приемного отделения Калужской областной психиатрической больницы в нарушение части первой статьи 25 Закона Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" от работников милиции, доставивших гр. Ф. с места работы, не было затребовано письменное объяснение о причинах ее направления к психиатру. Вследствие этого состояние Ф. было ошибочно расценено как предусмотренное пунктом "а" части четвертой статьи 23 указанного Закона - непосредственная опасность для себя или окружающих.

При заполнении медицинской карты стационарного больного не было указано, от кого получены сведения о якобы агрессивном поведении гр.Ф., не отмечены телесные повреждения, которые в дальнейшем были описаны врачом отделения стационара.

Последующие действия врачей в отношении Ф., не состоявшей на диспансерном наблюдении, выписанной из стационара на второй день после госпитализации, отказавшейся от продления листка временной нетрудоспособности и от направления на МСЭК, также не соответствовали принципу добровольности при оказании психиатрической помощи (часть вторая статьи 26 Закона).

Несмотря на отказ Ф. явиться к врачу для решения вопроса о трудоспособности, Ф. не было предложено встретиться с нею у нее дома или в Департаменте здравоохранения области. В результате вопрос о допуске Ф. к работе не решался в течение шести месяцев.

2. Принцип добровольности обращения за психиатрической помощью может быть нарушен только в случаях, специально установленных законом. Так, в соответствии со ст. 34 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1 оказание медицинской помощи (медицинское освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция) без согласия граждан или их законных представителей допускается в отношении:

лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;

лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами;

лиц, совершивших общественно опасные деяния, на основаниях и в порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

В комментируемом Законе возможность оказания психиатрической помощи без согласия лица, страдающего психическим расстройством, предусмотрена в следующих статьях:

в ст. 11 ч. 4, определяющей, что лечение может проводиться без согласия лица, страдающего психическим расстройством, или без согласия его законного представителя только при применении принудительных мер медицинского характера по основаниям, предусмотренным Уголовным кодексом Российской Федерации, а также при недобровольной госпитализации по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона;

в ст. 13, согласно которой принудительные меры медицинского характера применяются по решению суда в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния, по основаниям и в порядке, установленным Уголовным кодексом Российской Федерации и Уголовно-процессуальным кодексом Российской Федерации;

в ст. 23 ч. 4, устанавливающей, что психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя в случаях, когда по имеющимся данным обследуемый совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает:

а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или

б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или

в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи;

в ст. 26 ч. 3, в соответствии с которой диспансерное наблюдение может устанавливаться независимо от согласия лица, страдающего психическим расстройством, или его законного представителя;

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

а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или

б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или

в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи и др.

3. Согласно ч. 2 комментируемой статьи не будет нарушением принципа добровольности при обращении за психиатрической помощью, если такая помощь будет оказана несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет, а также лицу, признанному в установленном законом порядке недееспособным, по просьбе или с согласия их законных представителей. При этом законными представителями будут являться:

родители, усыновители или попечители несовершеннолетних в возрасте от четырнадцати до восемнадцати лет (ст. 26 ГК РФ);

родители, усыновители или опекуны несовершеннолетних, не достигших четырнадцати лет (малолетних) (ст. 28 ГК РФ);

опекун лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным (ст. 29 ГК РФ);

администрация психиатрического стационара либо психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения - в случае отсутствия родителей, усыновителей, опекунов или попечителей.

## Статья 5. Права лиц, страдающих психическими расстройствами

### Комментарий к статье 5

1. Комментируемая статья, как и весь данный Закон, направлена на защиту прав лица, страдающего психическим заболеванием. Несмотря на наличие такого заболевания, гражданин пользуется всеми правами и свободами граждан, предусмотренными Конституцией Российской Федерации и федеральными законами. Согласно ч. 2 ст. 17 Конституции Российской Федерации основные права и свободы человека неотчуждаемы и принадлежат каждому от рождения. Государство гарантирует равенство прав и свобод человека и гражданина независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств. Запрещаются любые формы ограничения прав граждан по признакам социальной, расовой, национальной, языковой или религиозной принадлежности. Поэтому и лица,



страдающие психическим заболеванием, обладают всеми правами и свободами граждан, установленными главой 2 Конституции Российской Федерации.

2. Ограничение прав и свобод граждан, связанное с психическим расстройством, допустимо лишь в случаях, предусмотренных законами Российской Федерации. При этом такое ограничение только на основании психиатрического диагноза, фактов нахождения под диспансерным наблюдением в психиатрическом стационаре либо в психоневрологическом учреждении для социального обеспечения или специального обучения не допускается. Как правило, ограничение прав и свобод связано с недееспособностью лица. Так, в самой Конституции Российской Федерации установлено ограничение прав и свобод лица в связи с наличием у него психического заболевания. Статья 32 Конституции Российской Федерации определяет, что не имеют права избирать и быть избранными граждане, признанные судом недееспособными, а также содержащиеся в местах лишения свободы по приговору суда.

Статья 14 Семейного кодекса Российской Федерации запрещает заключать брак между лицами, из которых хотя бы одно лицо признано судом недееспособным вследствие психического расстройства. В случае же, если такой брак был заключен, то супруг, не знавший о наличии обстоятельств, препятствующих заключению брака, опекун супруга, признанного недееспособным, а также орган опеки и попечительства и прокурор вправе требовать признания брака недействительным. Кроме того, недееспособные лица не могут быть усыновителями (ст. 127 СК РФ).

Ограничения прав и свобод лица, страдающего психическим расстройством, содержатся в Федеральном законе от 13 декабря 1996 г. N 150-ФЗ "Об оружии", согласно ст. 13 которого для получения лицензии на приобретение оружия гражданин Российской Федерации обязан представить в орган внутренних дел по месту жительства заявление по установленной форме, медицинское заключение об отсутствии противопоказаний к владению оружием, связанных с нарушением зрения, психическим заболеванием, алкоголизмом или наркоманией.

В ст. 6 данного Закона установлены ограничения для выполнения отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, в связи с наличием у гражданина психического расстройства.

3. Права лиц, страдающих психическим расстройством, предусмотренные ч. 2 комментируемой статьи, основаны на Конституции Российской Федерации, Международном пакте о гражданских и политических правах и др. Все лица, страдающие психическими расстройствами, при оказании им психиатрической помощи имеют право:

1) на уважительное и гуманное отношение, исключающее унижение человеческого достоинства. Согласно ст. 21 Конституции Российской Федерации достоинство личности охраняется государством. Ничто не может быть основанием для его умаления. Никто не должен подвергаться пыткам, насилию, другому жестокому или унижающему человеческое достоинство обращению или наказанию. Никто не может быть без добровольного согласия подвергнут медицинским, научным или иным опытам;

2) на 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. Как правило, лица, страдающие психическим расстройством, обращающиеся за помощью, имеют возможность ознакомиться с текстом данного Закона, адресами и телефонами государственных и общественных органов, учреждений, организаций и должностных лиц, к которым можно обратиться в случае нарушения прав, т.к. такая информация размещается в учреждении, оказывающем любой из видов психиатрической помощи, в коридорах на специальных стендах.

Информация о характере имеющихся у лиц психических расстройств и применяемых методах лечения предоставляется лечащим врачом - психиатром, который в доступной для лица форме объясняет ему характер психического расстройства, цели, методы и продолжительность рекомендуемого лечения и ожидаемые результаты;

3) на психиатрическую помощь в наименее ограничительных условиях, по возможности по месту жительства. Это означает, что ограничения при оказании психиатрической помощи могут применяться лишь для обеспечения безопасности лица, обратившегося за психиатрической помощью, а также иных лиц;

4) на содержание в психиатрическом стационаре только в течение срока, необходимого для обследования и лечения. Таким образом, лицо, помещенное в психиатрический стационар, подлежит выписке в случаях выздоровления или улучшения его психического состояния, при котором не требуется дальнейшего стационарного лечения, а также завершения обследования или экспертизы, явившихся основаниями для помещения в стационар;

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

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

7) на предварительное согласие и отказ на любой стадии от использования в качестве объекта испытаний медицинских средств и методов, научных исследований или учебного процесса, от фото-, видео- или киносъемки. Согласно ст. 43 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1 любое биомедицинское исследование с привлечением человека в качестве объекта может проводиться только после получения письменного согласия гражданина. Гражданин не может быть принужден к участию в биомедицинском исследовании. При получении согласия на биомедицинское исследование гражданину должна быть предоставлена информация о целях, методах, побочных эффектах, возможном риске, продолжительности и ожидаемых результатах исследования. Гражданин имеет право отказаться от участия в исследовании на любой стадии. Тот же порядок определен и для согласия или отказа от фото-, видео- или киносъемки;

8) на приглашение по их требованию любого специалиста, участвующего в оказании психиатрической помощи, с согласия последнего для работы во врачебной комиссии. При этом в качестве специалиста может быть приглашен не только врач-психиатр, но и любой другой специалист (педагог, психолог и т.д.), которому лицо, страдающее психическим расстройством, доверяет;

9) на помощь адвоката, законного представителя или иного лица. Адвокатом согласно Федеральному закону от 31 мая 2002 г. N 63-ФЗ "Об адвокатской деятельности и адвокатуре в Российской Федерации" является лицо, получившее в установленном законом порядке статус адвоката и право осуществлять адвокатскую деятельность. Адвокат является независимым профессиональным советником по правовым вопросам. Статья 7 данного Закона предусматривает обязанность администрации учреждения, оказывающего психиатрическую помощь, обеспечить возможность приглашения адвоката в качестве представителя лица, страдающего психическим расстройством. Отступление от этого правила может иметь место только в двух случаях:

при проведении психиатрического освидетельствования лица без его согласия или без согласия его законного представителя в случаях, когда по имеющимся данным обследуемый совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает его непосредственную опасность для себя или окружающих;

при госпитализации лица, страдающего психическим расстройством, в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя до постановления судьи, если его обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает его непосредственную опасность для себя или окружающих.

Законными представителями лица, страдающего психическим расстройством, могут быть:

родители, усыновители или попечители несовершеннолетних в возрасте от четырнадцати до восемнадцати лет (ст. 26 ГК РФ);

родители, усыновители или опекуны несовершеннолетних, не достигших четырнадцати лет (малолетних) (ст. 28 ГК РФ);

опекун лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным (ст. 29 ГК РФ);

администрация психиатрического стационара либо психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения - в случае отсутствия родителей, усыновителей, опекунов или попечителей.

Статья 6. Ограничения выполнения отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности

#### Комментарий к статье 6

1. В ст. 5 данного Закона установлено правило, согласно которому ограничение прав и свобод граждан, связанное с психическим расстройством, допустимо лишь в случаях, предусмотренных законами Российской Федерации. Такие ограничения содержит комментируемая статья. К ним относятся:

1) ограничения выполнения отдельных видов профессиональной деятельности. Как правило, такие ограничения устанавливаются в случае, если профессиональная деятельность связана с работой с токсическими материалами, вредными веществами, огнем, источником повышенной опасности и т.д.;

2) ограничения деятельности, связанной с источником повышенной опасности. Эти ограничения могут быть как связанными с выполнением профессиональной деятельности, так и не связанными с ней. К источникам повышенной опасности согласно ч. 1 ст. 1079 Гражданского кодекса Российской Федерации относятся транспортные средства, механизмы, электрическая энергия высокого напряжения, атомная энергия, взрывчатые вещества, сильнодействующие яды и т.п., строительная и иная, связанная с нею деятельность.

2. Если у лица имеется психическое расстройство, то оно может быть временно признан непригодным к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности. При этом срок такого ограничения не должен превышать пяти лет, а лицу, страдающему психическим расстройством предоставляется право последующего переосвидетельствования для возобновления своей профессиональной деятельности или деятельности, связанной с источником повышенной опасности. Решение о временной непригодности лица принимает врачебная комиссия на основании оценки состояния психического здоровья гражданина в соответствии с перечнем медицинских психиатрических противопоказаний.

Правила прохождения обязательного психиатрического освидетельствования работниками, осуществляющими отдельные виды деятельности, в том числе деятельность, связанную с источниками повышенной опасности (с влиянием вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов), а также работающими в условиях повышенной опасности, утверждены Постановлением Правительства РФ от 23 сентября 2002 г. N 695, согласно которому освидетельствование работника проводится на добровольной основе с целью определения его пригодности по состоянию психического здоровья к осуществлению отдельных видов деятельности, а также к работе в условиях повышенной опасности.

Освидетельствование проводится врачебной комиссией не реже одного раза в 5 лет. В целях освидетельствования комиссия вправе запрашивать у медицинских учреждений дополнительные сведения, о чем работник ставится в известность.

Срок его проведения не может быть более двадцати дней с даты его обращения в комиссию.

Работник для прохождения освидетельствования представляет выданное работодателем направление, в котором указываются вид деятельности и условия труда работника, а также он предъявляет паспорт или иной заменяющий его документ, удостоверяющий личность.

Комиссия принимает соответствующее решение в течение 10 дней после получения дополнительных сведений простым большинством голосов о пригодности (непригодности) работника к выполнению вида деятельности (работы в условиях повышенной опасности), указанного в направлении на освидетельствование.

Решение комиссии (в письменной форме) выдается работнику под роспись в течение 3 дней после его принятия. В этот же срок работодателю направляется сообщение о дате принятия решения комиссией и дате выдачи его работнику.

Если гражданин не согласен с решением врачебной комиссии, то он может обжаловать это решение в суд. Правила принесения жалоб на действия лиц, оказывающих психиатрическую помощь, и их рассмотрения регулируются разделом VI данного Закона и Гражданским процессуальным кодексом Российской Федерации.

3. В соответствии с частью 2 комментируемой статьи Перечень медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, утверждается Правительством Российской Федерации и периодически пересматривается с учетом накопленного опыта и научных достижений. Перечень медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, утвержден Постановлением Совета Министров - Правительства РФ от 28 апреля 1993 г. N 377 "О реализации Закона Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании". В указанном Перечне все виды деятельности делятся на две группы:

1) профессиональная деятельность, связанная с влиянием вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов;

2) профессиональная деятельность в условиях повышенной опасности.

При этом общими медицинскими психиатрическими противопоказаниями для работ являются хронические и затяжные психические расстройства с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, эпилепсия с пароксизмальными расстройствами. Выраженные формы пограничных психических расстройств рассматриваются в каждом случае индивидуально. А дополнительные противопоказания и исследования приводятся в графе 2 таблицы, содержащейся в Перечне.

Статья 7. Представительство граждан, которым оказывается психиатрическая помощь

Комментарий к статье 7

1. Под представительством согласно ст. 182 Гражданского кодекса Российской Федерации понимается совершение сделки одним лицом (представителем) от имени другого лица (представляемого) в силу полномочия, основанного на доверенности, указании закона либо акте уполномоченного на то государственного органа или органа местного самоуправления, которая

непосредственно создает, изменяет и прекращает гражданские права и обязанности представляемого. Комментируемая статья предусматривает два вида представительства - представительство, основанное на доверенности (добровольное представительство), и представительство, основанное на законе (обязательное представительство).

2. Добровольное представительство предусмотрено в частях 1 и 3 комментируемой статьи, устанавливающих, что для защиты своих прав и законных интересов гражданин при оказании ему психиатрической помощи может пригласить по своему выбору представителя или адвоката. Полномочия представителя должны быть выражены в доверенности, выданной и оформленной в соответствии с законом. Понятие доверенности дано в ст. 185 Гражданского кодекса Российской Федерации - доверенностью признается письменное уполномочие, выдаваемое одним лицом другому лицу для представительства перед третьими лицами. Письменное уполномочие на совершение сделки представителем может быть представлено представляемым непосредственно соответствующему третьему лицу.

Доверенности, выдаваемые гражданами, могут быть удостоверены в нотариальном порядке либо организацией, в которой работает или учится доверитель, жилищно-эксплуатационной организацией по месту жительства доверителя, администрацией учреждения социальной защиты населения, в котором находится доверитель, а также стационарного лечебного учреждения, в котором доверитель находится на излечении, командиром (начальником) соответствующих воинских части, соединения, учреждения, военно-учебного заведения, если доверенности выдаются военнослужащими, работниками этих части, соединения, учреждения, военно-учебного заведения или членами их семей. Доверенности лиц, находящихся в местах лишения свободы, удостоверяются начальником соответствующего места лишения свободы.

Срок действия доверенности не может превышать трех лет. Если срок в доверенности не указан, она сохраняет силу в течение года со дня ее совершения. Доверенность, в которой не указана дата ее совершения, ничтожна.

Действие доверенности прекращается вследствие:

- истечения срока доверенности;
- отмены доверенности лицом, выдавшим ее;
- отказа лица, которому выдана доверенность;
- прекращения юридического лица, от имени которого выдана доверенность;
- прекращения юридического лица, которому выдана доверенность;
- смерти гражданина, выдавшего доверенность, признания его недееспособным, ограниченно дееспособным или безвестно отсутствующим;
- смерти гражданина, которому выдана доверенность, признания его недееспособным, ограниченно дееспособным или безвестно отсутствующим.

Лицо, выдавшее доверенность, может во всякое время отменить доверенность или передоверие, а лицо, которому доверенность выдана, - отказаться от нее. Соглашение об отказе от этих прав ничтожно.

3. Адвокатом согласно Федеральному закону от 31 мая 2002 г. N 63-ФЗ "Об адвокатской деятельности и адвокатуре в Российской Федерации" является лицо, получившее в установленном законом порядке статус адвоката и право осуществлять адвокатскую деятельность. Адвокат является независимым профессиональным советником по правовым вопросам. Оказывая юридическую помощь, адвокат:

- дает консультации и справки по правовым вопросам как в устной, так и в письменной форме;
- составляет заявления, жалобы, ходатайства и другие документы правового характера;
- представляет интересы доверителя в конституционном судопроизводстве;
- участвует в качестве представителя доверителя в гражданском и административном судопроизводстве;
- участвует в качестве представителя или защитника доверителя в уголовном судопроизводстве и производстве по делам об административных правонарушениях;
- участвует в качестве представителя доверителя в разбирательстве дел в третейском суде, международном коммерческом арбитраже (суде) и иных органах разрешения конфликтов;
- представляет интересы доверителя в органах государственной власти, органах местного самоуправления, общественных объединениях и иных организациях;
- представляет интересы доверителя в органах государственной власти, судах и правоохранительных органах иностранных государств, международных судебных органах, негосударственных органах иностранных государств, если иное не установлено законодательством иностранных государств, уставными документами международных судебных органов и иных международных организаций или международными договорами Российской Федерации;
- участвует в качестве представителя доверителя в исполнительном производстве, а также при исполнении уголовного наказания;
- выступает в качестве представителя доверителя в налоговых правоотношениях.

Адвокатская деятельность осуществляется на основе соглашения между адвокатом и доверителем, которое представляет собой гражданско-правовой договор, заключаемый в простой письменной форме между доверителем и адвокатом (адвокатами), на оказание юридической помощи самому доверителю или назначенному им лицу. Вознаграждение, выплачиваемое адвокату доверителем, и (или) компенсация адвокату расходов, связанных с исполнением поручения, подлежат обязательному внесению в кассу соответствующего адвокатского образования либо перечислению на расчетный счет адвокатского образования в порядке и сроки, которые предусмотрены соглашением.

4. Комментируемая статья предусматривает обязанность администрации учреждения, оказывающего психиатрическую помощь, обеспечить возможность приглашения адвоката. Отступление от этого правила может иметь место только в двух случаях:

1) при проведении психиатрического освидетельствования лица без его согласия или без согласия его законного представителя в случаях, когда по имеющимся данным обследуемый совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает его непосредственную опасность для себя или окружающих;

2) при госпитализации лица, страдающего психическим расстройством, в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя до постановления судьи, если его обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает его непосредственную опасность для себя или окружающих.

5. Защиту прав и законных интересов несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет и лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, при оказании им психиатрической помощи осуществляют их законные представители, которыми могут быть:

родители, усыновители или попечители несовершеннолетних в возрасте от четырнадцати до восемнадцати лет (ст. 26 ГК РФ);

родители, усыновители или опекуны несовершеннолетних, не достигших четырнадцати лет (малолетних) (ст. 28 ГК РФ);

опекун лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным (ст. 29 ГК РФ);

администрация психиатрического стационара либо психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения - в случае отсутствия родителей, усыновителей, опекунов или попечителей.

6. Согласно ст. 31 Гражданского кодекса Российской Федерации опека и попечительство устанавливаются для защиты прав и интересов недееспособных или не полностью дееспособных граждан. Опека и попечительство над несовершеннолетними устанавливаются также в целях их воспитания. Соответствующие этому права и обязанности опекунов и попечителей определяются законодательством о браке и семье. Опекуны и попечители выступают в защиту прав и интересов своих подопечных в отношениях с любыми лицами, в том числе в судах, без специального полномочия.

Опека устанавливается над малолетними, а также над гражданами, признанными судом недееспособными вследствие психического расстройства. Опекуны являются представителями подопечных в силу закона и совершают от их имени и в их интересах все необходимые сделки.

Попечительство устанавливается над несовершеннолетними в возрасте от четырнадцати до восемнадцати лет, а также над гражданами, ограниченными судом в дееспособности вследствие злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами. Попечители дают согласие на совершение тех сделок, которые граждане, находящиеся под попечительством, не вправе совершать самостоятельно.

Опекун или попечитель назначается органом опеки и попечительства по месту жительства лица, нуждающегося в опеке или попечительстве, в течение месяца с момента, когда указанным органам стало известно о необходимости установления опеки или попечительства над гражданином. При наличии заслуживающих внимания обстоятельств опекун или попечитель может быть назначен органом опеки и попечительства по месту жительства опекуна (попечителя). Если лицу, нуждающемуся в опеке или попечительстве, в течение месяца не назначен опекун или попечитель, исполнение обязанностей опекуна или попечителя временно возлагается на орган опеки и попечительства.

Опекунами и попечителями могут назначаться только совершеннолетние дееспособные граждане. Не могут быть назначены опекунами и попечителями граждане, лишённые родительских прав.

Опекун или попечитель может быть назначен только с его согласия. При этом должны учитываться его нравственные и иные личные качества, способность к выполнению обязанностей опекуна или попечителя, отношения, существующие между ним и лицом, нуждающимся в опеке или попечительстве, а если это возможно - и желание подопечного.

Обязанности по опеке и попечительству исполняются безвозмездно. Опекуны и попечители несовершеннолетних граждан обязаны проживать совместно со своими подопечными. Раздельное

проживание попечителя с подопечным, достигшим шестнадцати лет, допускается с разрешения органа опеки и попечительства при условии, что это не отразится неблагоприятно на воспитании и защите прав и интересов подопечного.

Опекуны и попечители обязаны заботиться о содержании своих подопечных, об обеспечении их уходом и лечением, защищать их права и интересы. Опекуны и попечители несовершеннолетних должны заботиться об их обучении и воспитании.

Если основания, в силу которых гражданин был признан недееспособным вследствие злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами, отпали, опекун или попечитель обязан ходатайствовать перед судом о признании подопечного дееспособным и о снятии с него опеки или попечительства.

Орган опеки и попечительства освобождает опекуна или попечителя от исполнения им своих обязанностей в случаях возвращения несовершеннолетнего его родителям или его усыновления.

При помещении подопечного в соответствующее воспитательное, лечебное учреждение, учреждение социальной защиты населения или другое аналогичное учреждение орган опеки и попечительства освобождает ранее назначенного опекуна или попечителя от исполнения им своих обязанностей, если это не противоречит интересам подопечного.

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

В случаях ненадлежащего выполнения опекуном или попечителем лежащих на нем обязанностей, в том числе при использовании им опеки или попечительства в корыстных целях или при оставлении подопечного без надзора и необходимой помощи, орган опеки и попечительства может отстранить опекуна или попечителя от исполнения этих обязанностей и принять необходимые меры для привлечения виновного гражданина к установленной законом ответственности.

Опека и попечительство над совершеннолетними гражданами прекращаются в случаях вынесения судом решения о признании подопечного дееспособным.

## Статья 8. Запрещение требования сведений о состоянии психического здоровья

### Комментарий к статье 8

1. Комментируемая статья устанавливает правило, согласно которому только в случаях, установленных законами Российской Федерации, возможно требование предоставления сведений о состоянии психического здоровья лица либо обследования его врачом-психиатром. Такие случаи установлены, например:

в ст. 6 данного Закона, согласно которой гражданин может быть временно (на срок не более пяти лет и с правом последующего переосвидетельствования) признан непригодным вследствие психического расстройства к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности;

в Федеральном законе от 28 марта 1998 г. N 53-ФЗ "О воинской обязанности и военной службе", в ст. 16 которого установлено, что гражданин при первоначальной постановке на воинский учет подлежит медицинскому освидетельствованию врачами-специалистами: терапевтом, хирургом, невропатологом, психиатром, окулистом, оториноларингологом, стоматологом, а в случае необходимости - врачами других специальностей;

в ст. 19 Закона РФ от 18 апреля 1991 г. N 1026-1 "О милиции": на службу в милицию имеют право поступать граждане Российской Федерации не моложе 18 лет и не старше 35 лет, способные по своим личным и деловым качествам, физической подготовке и состоянию здоровья исполнять возложенные на сотрудников милиции обязанности и в других федеральных законах.

2. Во всех иных случаях при реализации гражданином своих прав и свобод требование предоставления сведений о состоянии его психического здоровья либо обследования его врачом-психиатром запрещается. Таким образом, нарушением данного Закона будут случаи, когда при приеме на работу работодатель требует предъявить справку о психическом состоянии лица или при поступлении в учебное заведение.

## Статья 9. Сохранение врачебной тайны при оказании психиатрической помощи

### Комментарий к статье 9

1. Согласно ст. 23 Конституции Российской Федерации каждый имеет право на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну, защиту своей чести и доброго имени, ст. 24 Конституции Российской Федерации запрещает сбор, хранение, использование и распространение информации о частной жизни лица без его согласия. Эти положения Конституции

относятся и к сведениям, составляющим врачебную тайну, т.к. они могут быть разглашены лишь по просьбе самого лица, страдающего психическим расстройством или его законным представителем, а также в случаях, специально установленных законом.

2. Комментируемая статья устанавливает перечень сведений, составляющих врачебную тайну. К ним относятся сведения:

о наличии у гражданина психического расстройства - любая информация, которая свидетельствует о том, что лицо страдает психическим расстройством;

о фактах обращения за психиатрической помощью и лечении в учреждении, оказывающем такую помощь, - любая информация, свидетельствующая об обращении лица за психиатрической помощью (независимо от результатов) и лечении его в учреждении (независимо от вида учреждения, вида и продолжительности лечения и т.п.);

иные сведения о состоянии психического здоровья - информация о психических расстройствах, которые имелись или имеются у гражданина.

3. Врачебную тайну обязан хранить не только врач-психиатр, непосредственно оказывающий помощь, но и иные специалисты и медицинский персонал, которым сведения, составляющие врачебную тайну, стали известны в связи с выполнением своей профессиональной деятельности. При этом разглашением врачебной тайны будет любое сообщение сведений ее составляющих хотя бы еще одному лицу. Способы такого сообщения могут быть различны. Врачебная тайна может быть разглашена как умышленно, так и по неосторожности. Кроме того, не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей, кроме случаев, установленных частями третьей и четвертой настоящей статьи. Так, в Методических рекомендациях Федерального фонда ОМС "Обеспечение права граждан на соблюдение конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью и связанных с этим сведениях, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от него", утвержденных Федеральным фондом ОМС 27 октября 1999 г. предложен механизм обеспечения установленных Основами прав граждан на конфиденциальность информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, а также информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от него в системе обязательного медицинского страхования. С введением обязательного медицинского страхования граждан увеличился круг лиц, получивших доступ к сведениям, составляющим врачебную тайну. Такое положение предопределяет соответствующую организационную деятельность территориальных фондов обязательного медицинского страхования по обеспечению упомянутого права граждан и соблюдения конфиденциальности информации, составляющей врачебную тайну.

В территориальных фондах обязательного медицинского страхования и страховых медицинских организациях определяется круг лиц из числа работников и внештатных врачей-экспертов, которые в силу своих служебных и профессиональных обязанностей имеют доступ к сведениям, составляющим врачебную тайну. Данные лица включаются в списки, которые утверждаются соответствующим приказом руководителя территориального фонда обязательного медицинского страхования или страховой медицинской организации. Работникам территориального фонда обязательного медицинского страхования и страховых медицинских организаций, включенным в упомянутые списки, а также внештатным медицинским экспертам, пользующимся медицинской документацией и другими материалами, содержащими сведения, составляющие врачебную тайну, в силу своих профессиональных обязанностей, выдается специальный вкладыш к служебному удостоверению, дающий право на допуск к данной документации.

Одновременно для обеспечения конфиденциальности сведений, составляющих врачебную тайну, в территориальном фонде обязательного медицинского страхования и страховой медицинской организации устанавливается порядок прохождения поступивших в территориальный фонд или страховую медицинскую организацию документов из учреждений и обращений от граждан со сведениями, составляющими врачебную тайну. Данный порядок должен исключать возможность для сторонних лиц, а также работников территориального фонда обязательного медицинского страхования или страховой медицинской организации, не имеющих допуск к сведениям, составляющим врачебную тайну, знакомиться и пользоваться поступившими, находящимися на рассмотрении или оставляемыми в фонде обязательного медицинского страхования (страховой медицинской организации) документами, содержащими эти сведения, или их копиями.

3. Охране врачебной тайны посвящена ст. 49 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1, согласно которой при оформлении листка нетрудоспособности сведения о диагнозе заболевания с целью соблюдения врачебной тайны вносятся с согласия пациента, а в случае его несогласия указывается только причина нетрудоспособности (заболевание, травма или иная причина). Так, в соответствии с

Постановлением Фонда социального страхования РФ от 17 мая 1995 г. N 25, Приказом Минздравмедпрома РФ от 17 мая 1995 года N 128 "О печатях и штампах для оформления медицинских документов" в целях соблюдения статьи 23 Конституции Российской Федерации, статей 30 и 61 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан и статей 8 и 9 Закона Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" по согласованию с пациентами или их законными представителями, при оформлении документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан, и других медицинских документов должны использоваться специальные печать или штамп учреждения, организации без указания его профиля.

Например, вместо "Московская городская психиатрическая больница N 1" именовать "Московская городская больница N 1".

4. Статья 61 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1 устанавливает случаи, когда возможно предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя. Такое допускается:

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

при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;

по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;

в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте, установленном частью второй статьи 24 настоящих Основ, для информирования его родителей или законных представителей;

при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий.

5. За разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, возможно наступление дисциплинарной и уголовной ответственности. Уголовный кодекс РСФСР содержал отдельную статью, устанавливающую ответственность за разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицом, которому эти сведения стали известны в связи с исполнением им своих служебных или профессиональных обязанностей (ст. 128.1 УК РСФСР). Действующее уголовное законодательство такой специальной нормы не содержит, а уголовная ответственность наступает по ч. 2 ст. 137 УК РФ за незаконное собирание или распространение сведений о частной жизни лица, составляющих его личную или семейную тайну, без его согласия либо распространение этих сведений в публичном выступлении, публично демонстрирующемся произведении или средствах массовой информации, если эти деяния совершены лицом с использованием своего служебного положения.

## Статья 10. Диагностика и лечение лиц, страдающих психическими расстройствами

### Комментарий к статье 10

1. Часть 1 комментируемой статьи устанавливает принципы диагностики - диагноз психического расстройства может ставиться только в соответствии с общепризнанными международными стандартами и не может основываться только на несогласии гражданина с принятыми в обществе моральными, культурными, политическими или религиозными ценностями либо на иных причинах, непосредственно не связанных с состоянием его психического здоровья. С целью повышения эффективности диагностики и лечения больных с психическими и поведенческими расстройствами Приказом Минздрава РФ от 6 августа 1999 г. N 311 были утверждены "Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств". Во Введении этого акта указано, что понятие медицинского стандарта, в частности в области психиатрической помощи, связано с обеспечением качества; качество определяют как степень соответствия стандарту. Контроль за качеством в медицине, в том числе в психиатрии, приобретает все большее значение. Внедрение стандартов, преследующих цели повышения уровня диагностики и лечения, соответствует не только интересам потребителей помощи - пациентов и их семей, но и врачей-практиков, поскольку позволяет им критически оценивать свои действия и стремиться соответствовать требованиям современной науки.

Стандарты качества распространяют на все аспекты оказания психиатрической помощи: - ее материальные ресурсы (структурное качество), адекватность диагностических процедур и терапевтического вмешательства (качество процесса) и соответствие цели лечения (качество результата). Кроме того, стандарты должны способствовать повышению показателей деятельности психиатрической службы и соответствовать ее экономической эффективности.

При этом утвержденные Модели диагностики в большей степени имеют статус рекомендации, а не обязательного предписания. Они жестко не ограничивают свободу врача в



терапевтическом процессе, являясь всегда необходимой предпосылкой для дальнейшей индивидуализации с учетом возможности рациональных отклонений в каждом конкретном случае.

"Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств" основаны на Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10), которая введена в психиатрическую практику в Российской Федерации с 1 января 1999 года. К психическим расстройствам соответственно каждого кода относятся следующие пункты:

условия лечения: стационарное, полустационарное, амбулаторное, включая показания, продолжительность;

объем диагностических мероприятий: необходимые лабораторные анализы, инструментальные обследования;

лечение: фармакотерапия, психотерапия и социотерапия, реабилитационные мероприятия;

ожидаемые результаты лечения;

мероприятия в случае, если результат не достигнут.

В связи с основным кодовым названием расстройства приводятся данные в наиболее полном объеме: они относятся ко всем указанным в этом разделе более дифференцированно представленным расстройствам. В отношении последних информация касается лишь тех пунктов, которые особенно важны при данном расстройстве.

В Моделях указывается предпочтительность той или иной группы препаратов либо, когда это целесообразно, конкретно один или несколько определенных препаратов. При этом обозначается, что в данном случае адекватным является применение препаратов в малых, средних или высоких дозах. Однако, в некоторых разделах, например, касающихся лечения психических расстройств у детей, оказалось целесообразным привести более подробный алгоритм терапии с указанием конкретных препаратов, их доз, последовательности применения, доз корректоров и пр. - с учетом особенностей возрастного реагирования. Более детализированные указания относятся и к геронтопсихиатрической практике.

В данных Моделях объем диагностических процедур представлен на уровне современных требований, хотя известно, что инструментально-лабораторное оснащение ряда психиатрических учреждений такой объем обследования полностью обеспечить не в состоянии. В подобных случаях объем и содержание диагностических исследований ограничиваются возможностями имеющегося лабораторного оборудования. В данном отношении модели обследования являются стимулом для развития материально-технического обеспечения учреждений.

Необходимо указать, что приведенные в руководстве сроки лечения основаны только на заключениях экспертов (фактических данных по длительности лечения различных видов расстройств, соответствующих кодам МКБ-10, еще нет), поэтому они не должны использоваться для расчетов планируемых сроков пребывания больных в стационарах, полустационарах и других показателей психиатрической помощи.

2. Важное правило закреплено в части 2 комментируемой статьи - для диагностики и лечения лица, страдающего психическим расстройством, применяются медицинские средства и методы, разрешенные в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о здравоохранении. Это же правило установлено в ст. 43 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1. Порядок выдачи разрешений на применение медицинских технологий утвержден Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 31 декабря 2004 г. N 346, в соответствии с которым разрешение в виде регистрационного удостоверения на применение медицинских технологий выдает Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития.

Для получения разрешения на применение медицинских технологий организация - разработчик метода, организация - изготовитель средства, с помощью которого осуществляется метод, либо другое юридическое лицо, уполномоченное в установленном порядке организацией - разработчиком метода или организацией - изготовителем средства, а также индивидуальный предприниматель, являющийся автором заявленного метода либо средства, направляют в Федеральную службу следующие документы:

письмо заявителя, содержащее пронумерованный перечень документов и материалов, представленных на регистрацию;

описание медицинской технологии в соответствии со структурой изложения медицинской технологии на бумажном носителе (в 2 экземплярах) и на электронном носителе;

не менее 2 отзывов (в 2 экземплярах) профильных научно-исследовательских или образовательных медицинских учреждений о возможности использования в медицинской практике заявленной технологии (подписанных рецензентом и утвержденными руководителем учреждения);

протоколы доклинических исследований, утвержденные в установленном порядке (если такие исследования проводились);

протоколы клинических исследований, утвержденные в установленном порядке (если такие исследования проводились);

копию патента и его описание (если медицинская технология защищена патентом);

инструкцию по применению средства, при помощи которого осуществляется медицинская технология (при наличии);

документы, подтверждающие использование медицинской технологии за рубежом (если медицинская технология использовалась за рубежом);

доверенность, выданную заявителем лицу, уполномоченному на проведение регистрации.

Оригиналы и копии вышеуказанных документов должны быть четкими (включая имеющиеся на них печати и подписи), не иметь исправлений и дополнений.

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития:

проводит прием, рассмотрение и анализ представленных документов;

направляет медицинские технологии повышенной сложности на проведение необходимых исследований, испытаний, экспертиз.

Для разработки конкретных рекомендаций по требуемому объему и характеру предстоящих экспертиз к рассмотрению документов могут привлекаться профильные научно-исследовательские учреждения, ученые, ведущие специалисты, в том числе объединенные в экспертные органы;

принимает решение о регистрации медицинской технологии или об отказе в регистрации с указанием причины отказа;

оформляет и выдает заявителю регистрационное удостоверение;

вносит зарегистрированную медицинскую технологию в реестр медицинских технологий.

Продолжительность рассмотрения и проведения экспертизы заявленной медицинской технологии не должна превышать 6 месяцев. Исключение могут составлять медицинские технологии повышенной сложности.

В случаях выявления несоблюдения заявителем требований, обеспечивающих безопасность медицинской технологии (изменение показаний, дозировок и т.д.), возникновения осложнений при использовании медицинской технологии, а также неэффективности ее применения Федеральная служба приостанавливает действие регистрационного удостоверения или аннулирует его с исключением медицинской технологии из реестра.

Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1 предусматривают возможность использования не разрешенных к применению, но находящихся на рассмотрении в установленном порядке методов диагностики, лечения и лекарственных средств. Такие методы и средства могут использоваться в интересах излечения пациента только после получения его добровольного письменного согласия, а для лечения несовершеннолетних лиц, не достигших пятнадцатилетнего возраста, - только при непосредственной угрозе их жизни и с письменного согласия их законных представителей.

3. Медицинские средства и методы применяются только в диагностических и лечебных целях в соответствии с характером болезненных расстройств. Они не должны использоваться для наказания лица, страдающего психическим расстройством, или в интересах других лиц. В компетенцию врача-психиатра, иных специалистов, а также медицинского персонала не входит наказание лиц, даже если они совершили какое-либо правонарушение, путем применения медицинских средств и методов.

## Статья 11. Согласие на лечение

### Комментарий к статье 11

1. Комментируемая статья содержит важное правило, согласно которому лечение лица, страдающего психическим расстройством, может проводиться только с согласия такого лица, т.к. данный Закон в статье 12 предусматривает право лица на отказ от лечения. Согласно ст. 32 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1 необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина. Прежде чем получить согласие на лечение у лица, страдающего психическим расстройством, необходимо этому лицу в доступной для него форме предоставить 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. При этом врач-психиатр может использовать специальную терминологию, и если она не понятна больному, то он может попросить ее разъяснения у врача.

Но информация может быть скрыта от пациента в тех случаях, если имеются веские основания полагать, что она может нанести ему серьезный вред. Однако по четко выраженному пациентом требованию врач обязан предоставить ему полную информацию.

В случаях неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину и членам его семьи, если гражданин не запретил сообщать им об этом и (или) не назначил лицо, которому должна быть передана такая информация.

Согласие на лечение должно быть добровольным, т.е. к лицу, страдающему психическим расстройством не должно применяться ни физическое, ни психическое принуждение как со стороны врача - психиатра, так и иных лиц (родителей, детей, иных родственников, коллег и т.д.), заинтересованных в излечении лица. Кроме того, оно должно быть осознанным, т.е. после предоставления всей информации у лица должно быть время для оценки информации и принятия решения о согласии на лечение или на отказ от лечения.

Согласие на лечение лицом, страдающим психическим расстройством, должно быть дано в письменном виде. При этом форма такого согласия законодательно не установлена, поэтому оно может быть получено в любой форме: запись врача в медицинском документе, расписка лица, страдающего психическим расстройством, и т.п. Главное, чтобы письменное согласие удостоверяла подпись лица, подлежащего лечению.

2. Согласно ч. 3 комментируемой статьи согласие на лечение несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, а также лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, дается их законными представителями. Им также должна быть предоставлена информация о характере психического расстройства несовершеннолетнего или недееспособного, целях, методах, включая альтернативные, и продолжительности рекомендуемого лечения, а также о болевых ощущениях, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах. Согласие от законных представителей получается в письменной форме. Кроме того, о предоставленной им информации делается запись в медицинской документации.

При отсутствии законных представителей у названных лиц решение о лечении принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц учреждения, где проходит лечение, и законных представителей.

3. Часть 4 комментируемой статьи устанавливает случаи, когда лечение может проводиться без согласия лица, страдающего психическим расстройством, или без согласия его законного представителя. Это случаи:

1) применения принудительных мер медицинского характера:

в отношении лиц, совершивших деяния, предусмотренные статьями Особенной части Уголовного кодекса Российской Федерации, в состоянии невменяемости;

в отношении лиц, у которых после совершения преступления наступило психическое расстройство, делающее невозможным назначение или исполнение наказания;

в отношении лиц, совершивших преступление и страдающих психическими расстройствами, не исключающими вменяемости;

2) при недобровольной госпитализации в случае, если обследование или лечение лица, страдающего психическим расстройством, возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает:

его непосредственную опасность для себя или окружающих, или

его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или

существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

В таких случаях лечение применяется по решению комиссии врачей-психиатров. Исключения из этого правила составляют неотложные случаи, когда решение о лечении принимается единолично врачом-психиатром. Под неотложными случаями понимаются случаи, когда лицо вследствие тяжелого психического расстройства представляет непосредственную опасность для себя или окружающих.

К названным категориям лиц не допускается применение для лечения психических расстройств хирургических и других методов, вызывающих необратимые последствия, а также проведение испытаний медицинских средств и методов. При этом к хирургическим и другим методам, вызывающим необратимые последствия, применяющимся для лечения психических расстройств, относятся:

лечение эндокринными препаратами, существенно изменяющими биологические процессы в организме;

методы психохирургии;

хирургические методы лечения половых расстройств и извращений и т.д.

## Статья 12. Отказ от лечения

### Комментарий к статье 12

1. Комментируемая статья основана на принципе добровольности обращения за психиатрической помощью, предусмотренном ст. 4 данного Закона, согласно которому лицо, страдающее психическим заболеванием, самостоятельно решает, давать ли ему согласие на

лечение или отказаться от него. Лицо, страдающее психическим расстройством, или его законный представитель могут отказаться как от предлагаемого лечения, так и от продолжения лечения. При этом, в первом случае, отказ возможен еще до того, как лечение было начато, а во втором - на любой стадии уже проводимого лечения.

2. Отказаться от лечения лицо, страдающее психическим расстройством, или его законный представитель не могут только в двух случаях - в случае применения к лицу принудительных мер медицинского характера и при недобровольной госпитализации. В остальных случаях они свободны в выборе между согласием на лечение и отказом от него. При этом отказ (так же как и согласие) должен быть добровольным. Если же он был совершен под действием психического или физического насилия или угрозой его применения, то такой отказ считать добровольным нельзя.

3. Отказ от лечения или от продолжения лечения получается в письменной форме. Он оформляется записью в медицинской документации с указанием сведений о возможных последствиях за подписью лица или его законного представителя и врача-психиатра, а возможные последствия прекращения лечения разъясняются лицу, отказывающемуся от лечения, либо его законному представителю.

Кроме того, ст. 33 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1 устанавливает право медицинского учреждения обратиться в суд для защиты интересов лиц, не достигших 15 лет, или лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, при отказе их родителей или иных законных представителей от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни указанных лиц.

### Статья 13. Принудительные меры медицинского характера

#### Комментарий к статье 13

1. Принудительные меры медицинского характера - это медицинские меры, предусмотренные Уголовным кодексом Российской Федерации, применяющиеся в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния, при условии, что указанные лица страдают психическими расстройствами. При этом основания и порядок их применения установлены Уголовным кодексом Российской Федерации и Уголовно-процессуальным кодексом Российской Федерации, поэтому на порядок применения принудительных мер медицинского характера не распространяются нормы о принудительной госпитализации, предусмотренные комментируемым Законом.

2. Согласно ст. 97 Уголовного кодекса Российской Федерации принудительные меры медицинского характера могут назначаться только:

лицам, совершившим деяния, предусмотренные статьями Особенной части Уголовного кодекса Российской Федерации, в состоянии невменяемости;

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

лицам, совершившим преступление и страдающим психическими расстройствами, не исключающими вменяемости.

Понятие невменяемости дано в ст. 21 Уголовного кодекса Российской Федерации. В этой статье установлено, что не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, то есть не могло осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия либо иного болезненного состояния психики. Таким образом, состояние невменяемости характеризуется двумя критериями - медицинским и юридическим. Медицинский критерий включает в себя четыре группы психических заболеваний:

1) хроническое психическое расстройство, т.е. психическое заболевание, которое носит длительный характер и имеет тенденцию к прогрессированию. К таким заболеваниям относятся шизофрения, эпилепсия, маниакально-депрессивный психоз и т.д.;

2) временное психическое расстройство. К их числу можно отнести такие заболевания, как белая горячка, патологическое опьянение, патологический аффект и т.п.;

3) слабоумие, под которым понимается стойкое врожденное недоразвитие умственных способностей или такое же стойкое и необратимое снижение интеллекта в результате деструктивных изменений в мозгу после травм, инфекционных и других заболеваний. По своей степени слабоумие делится на три вида:

глубокое (идиотия);

среднее (имбецильность);

легкое (дебильность);

4) иное болезненное состояние психики - это тяжелые формы психопатии и психастении, психические расстройства, вызванные соматическими заболеваниями и т.д.

Для признания медицинского критерия достаточно одного из психических заболеваний. Но само по себе наличие психического заболевания не свидетельствует о невменяемости лица, совершившего общественно опасное деяние, необходимо также наличие и юридического критерия. Этот критерий характеризуется двумя признаками:

интеллектуальным, означающим, что в момент совершения общественно опасного деяния лицо не могло осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия);

волевым, который означает, что лицо в момент совершения общественно опасного деяния хотя и осознавало фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия), но не могло ими руководить.

К лицам, у которых после совершения преступления наступило психическое расстройство, делающее невозможным назначение или исполнение наказания, относятся лица, у которых до назначения наказания (во время производства по уголовному делу) или во время отбывания наказания наступило расстройство психики, лишаящее их возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими. Эти лица освобождаются от наказания или от дальнейшего отбывания наказания на основании ст. 81 Уголовного кодекса Российской Федерации.

К лицам, совершившим преступление и страдающим психическими расстройствами, не исключающими вменяемости, относятся вменяемые лица, которые во время совершения преступления в силу психического расстройства не могли в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими.

Из числа лиц, к которым могут быть применены принудительные меры медицинского характера, Федеральным законом от 8 декабря 2003 г. N 162-ФЗ "О внесении изменений и дополнений в Уголовный кодекс Российской Федерации" были исключены лица, совершившие преступление и признанные нуждающимися в лечении от алкоголизма или наркомании.

3. Принудительные меры медицинского характера в отношении выше названных лиц назначаются только в случаях, когда психические расстройства связаны с возможностью причинения этими лицами существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц, т.е. если есть основания полагать, что лицо может совершить новое общественно опасное деяние.

4. Цели применения принудительных мер медицинского характера изложены в ст. 98 Уголовного кодекса Российской Федерации. К ним относятся:

излечение лиц, совершивших деяния в состоянии невменяемости или лиц, у которых после совершения преступления наступило психическое расстройство, делающее невозможным назначение или исполнение наказания, лиц, совершивших преступление и страдающих психическими расстройствами, не исключающими вменяемости, которое означает полное выздоровление лица в результате применения в отношении него принудительных мер медицинского характера;

улучшение их психического состояния - оно предполагает частичное исчезновение синдромов психического заболевания или расстройства после применения принудительных мер медицинского характера;

предупреждение совершения ими новых деяний, которое означает, что в результате применения этих мер лицо перестает представлять опасность по своему психическому состоянию для окружающих и для себя.

5. Виды принудительных мер медицинского характера, которые может назначить суд, определены в ст. 99 Уголовного кодекса Российской Федерации. К ним относятся:

амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра;

принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа;

принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа;

принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением.

При выборе для применения того или иного вида принудительной меры медицинского характера необходимо руководствоваться общественной опасностью больного, определяемой по его психическому состоянию и характеру совершенного общественно опасного деяния. Применение той или иной принудительной меры медицинского характера основывается на принципе необходимости и достаточности меры для предупреждения новых опасных действий со стороны больного, а также проведения показанных ему лечебно-реабилитационных мероприятий. Таким образом, амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра может быть назначено в случае, если лицо по своему психическому состоянию не нуждается в помещении в психиатрический стационар (такое психическое состояние должно быть отмечено в заключении судебно-психиатрической экспертизы), а принудительное лечение в психиатрическом стационаре назначается, если характер психического расстройства лица требует таких условий лечения, ухода, содержания и наблюдения, которые могут быть осуществлены только в психиатрическом стационаре. При этом принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа

назначается лицам, которые не требуют интенсивного наблюдения, но по своему психическому состоянию нуждаются в стационарном лечении и наблюдении (лицам со слабоумием, состояниями психического дефекта различного происхождения и другими психическими расстройствами, совершившим деяния, спровоцированные какими-либо внешними неблагоприятными обстоятельствами, без выраженной тенденции к их повторению; с временными расстройствами психической деятельности, развившимися после совершения общественно опасного деяния, направляемым на принудительное лечение до выхода из указанного болезненного состояния и т.д.).

Принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа может быть назначено лицу, которое по своему психическому состоянию требует постоянного наблюдения (лица с хроническими психическими заболеваниями или слабоумием, обнаруживающим в силу клинических проявлений заболевания и (или) преморбидных личностных особенностей склонность к повторным общественно опасным действиям, не носящим агрессивного характера, и нарушениям больничного режима, делающим невозможным проведение показанных им лечебно-реабилитационных мероприятий в условиях отделения с обычным наблюдением; с временными расстройствами психической деятельности, развившимися после совершения общественно опасного деяния, направляемые на принудительное лечение до выхода из указанного болезненного состояния, в случае угрозы совершения ими новых общественно опасных деяний и т.д.)

Принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением может быть назначено лицу, которое по своему психическому состоянию представляет особую опасность для себя или других лиц и требует постоянного и интенсивного наблюдения. К этой категории следует относить больных, совершивших тяжкие общественно опасные деяния при реальной возможности их повторения, обусловленной клиническими проявлениями заболевания и (или) преморбидными личностными особенностями; обнаруживающих в силу клинических проявлений заболевания и (или) преморбидных личностных особенностей упорные антисоциальные тенденции, проявляющиеся в многократных общественно опасных действиях, а также в грубых нарушениях режима психиатрического стационара (нападения на персонал, побеги, групповые нарушения); с временными расстройствами психической деятельности, развившимися после совершения тяжких деяний, направляемых на принудительное лечение до выхода из указанного болезненного состояния, если сохраняется вероятность совершения нового общественно опасного деяния или побега и т.д.

6. Порядок производства о применении принудительных мер медицинского характера установлен в главе 51 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации. В соответствии со ст. 434 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации по уголовным делам в отношении лица, совершившего запрещенное уголовным законом деяние в состоянии невменяемости, или лица, у которого после совершения преступления наступило психическое расстройство, делающее невозможным назначение наказания или его исполнение обязательно производство предварительного следствия, при производстве предварительного следствия подлежит доказыванию следующее:

время, место, способ и другие обстоятельства совершенного деяния;  
совершено ли деяние, запрещенное уголовным законом, данным лицом;  
характер и размер вреда, причиненного деянием;

наличие у данного лица психических расстройств в прошлом, степень и характер психического заболевания в момент совершения деяния, запрещенного уголовным законом, или во время производства по уголовному делу;

связано ли психическое расстройство лица с опасностью для него или других лиц либо возможностью причинения им иного существенного вреда.

К участию в уголовном деле на основании постановления следователя, прокурора либо суда в обязательном порядке привлекается законный представитель лица, в отношении которого ведется производство о применении принудительной меры медицинского характера. При отсутствии близкого родственника законным представителем может быть признан орган опеки и попечительства. В ходе предварительного следствия законный представитель имеет право:

а) знать, в совершении какого деяния, запрещенного уголовным законом, учащается представляемое им лицо;

б) заявлять ходатайства и отводы;

в) представлять доказательства;

г) участвовать с разрешения следователя в следственных действиях, производимых по его ходатайству или ходатайству его защитника;

д) знакомиться с протоколами следственных действий, в которых он принимал участие, и делать письменные замечания о правильности и полноте сделанных в них записей;

е) по окончании предварительного расследования знакомиться со всеми материалами уголовного дела, выписывать из него любые сведения и в любом объеме, в том числе с

использованием технических средств, получать копию постановления о прекращении уголовного дела или направлении уголовного дела в суд для применения принудительной меры медицинского характера;

ж) участвовать в судебном разбирательстве уголовного дела;

з) обжаловать действия (бездействие) и решения следователя, прокурора и суда;

и) получать копии обжалуемых решений;

к) знать о принесенных по уголовному делу жалобах и представлениях и подавать на них возражения;

л) участвовать в заседании судов апелляционной, кассационной и надзорной инстанций.

Также обязательным в производстве о применении принудительных мер медицинского характера является участие защитника с момента вынесения постановления о назначении в отношении лица судебно-психиатрической экспертизы, если защитник ранее не участвовал в данном уголовном деле.

Предварительное следствие заканчивается вынесением следователем одного из следующих постановлений:

1) постановления о прекращении уголовного дела - оно выносится в случаях, когда характер совершенного деяния и психическое расстройство лица не связаны с опасностью для него или других лиц либо возможностью причинения им иного существенного вреда;

2) о направлении уголовного дела в суд для применения принудительной меры медицинского характера. В такого рода постановлениях должны быть изложены:

обстоятельства, подлежащие доказыванию, и установленные по данному уголовному делу;

основание для применения принудительной меры медицинского характера;

доводы защитника и других лиц, оспаривающих основание для применения принудительной меры медицинского характера, если они были высказаны.

Уголовное дело с постановлением о направлении его в суд следователь передает прокурору, который принимает одно из следующих решений:

об утверждении постановления следователя и о направлении уголовного дела в суд;

о возвращении уголовного дела следователю для производства дополнительного расследования;

о прекращении уголовного дела.

Получив уголовное дело о применении принудительной меры медицинского характера, судья назначает его к рассмотрению в судебном заседании. Рассмотрение уголовного дела производится в общем порядке с изъятиями, предусмотренными главой 51 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации.

Особенности рассмотрения уголовного дела о применении принудительной меры медицинского характера в судебном заседании заключаются в следующем. Судебное следствие начинается с изложения прокурором доводов о необходимости применения к лицу, которое признано невменяемым или у которого наступило психическое расстройство, принудительной меры медицинского характера. Очередность исследования доказательств определяется стороной, представляющей доказательства суду. При этом первой представляет доказательства сторона обвинения. После исследования доказательств, представленных стороной обвинения, исследуются доказательства, представленные стороной защиты, а последовательность выступлений участников прений сторон устанавливается судом, но первым во всех случаях выступает обвинитель, а последними - подсудимый и его защитник. Гражданский ответчик и его представитель выступают в прениях сторон после гражданского истца и его представителя.

В ходе судебного разбирательства согласно ст. 442 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации по уголовному делу должны быть исследованы и разрешены следующие вопросы:

имело ли место деяние, запрещенное уголовным законом;

совершило ли деяние лицо, в отношении которого рассматривается данное уголовное дело;

совершено ли деяние лицом в состоянии невменяемости;

наступило ли у данного лица после совершения преступления психическое расстройство, делающее невозможным назначение наказания или его исполнение;

представляет ли психическое расстройство лица опасность для него или других лиц либо возможно ли причинение данным лицом иного существенного вреда;

подлежит ли применению принудительная мера медицинского характера и какая именно.

Признав доказанным, что деяние, запрещенное уголовным законом, совершено данным лицом в состоянии невменяемости или что у этого лица после совершения преступления наступило психическое расстройство, делающее невозможным назначение наказания или его исполнение, суд выносит постановление в соответствии со статьями 21 и 81 Уголовного кодекса Российской Федерации об освобождении этого лица от уголовной ответственности или от наказания и о применении к нему принудительных мер медицинского характера.

Если лицо не представляет опасности по своему психическому состоянию либо им совершено деяние небольшой тяжести, то суд выносит постановление о прекращении уголовного дела и об отказе в применении принудительных мер медицинского характера.

7. Изложенный порядок производства о применении принудительных мер медицинского характера не распространяется на лиц, осужденных за преступления, совершенные в состоянии вменяемости, но нуждающихся в лечении психических расстройств, не исключающих вменяемости. Таким лицам суд наряду с наказанием может назначить принудительную меру медицинского характера в виде амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра. В этом случае принудительные меры медицинского характера применяются при постановлении приговора и исполняются в порядке, установленном Уголовно-исполнительным кодексом Российской Федерации. Согласно ст. 18 Уголовно-исполнительного кодекса Российской Федерации к осужденным к ограничению свободы, аресту, лишению свободы, страдающим психическими расстройствами, не исключающими вменяемости, учреждениями, исполняющими указанные виды наказаний, по решению суда применяются принудительные меры медицинского характера. Если во время отбывания указанных видов наказаний будет установлено, что осужденный страдает психическим расстройством, не исключающим вменяемости, которое связано с опасностью для себя или других лиц, администрация учреждения, исполняющего указанные виды наказаний, направляет в суд представление о применении к такому осужденному принудительных мер медицинского характера. Принудительные меры медицинского характера, соединенные с исполнением наказания, исполняются по месту отбывания лишения свободы, а в отношении осужденных к иным видам наказаний - в учреждениях органов здравоохранения, оказывающих амбулаторную психиатрическую помощь. Так, согласно ч. 2 ст. 18 Уголовно-исполнительного кодекса Российской Федерации принудительные меры медицинского характера, назначенные осужденным к ограничению свободы, аресту, лишению свободы, страдающим психическими расстройствами, не исключающими вменяемости, исполняются учреждениями, исполняющими указанные виды наказаний.

Если психическое состояние осужденного изменяется и ему требуется стационарное лечение, то помещение осужденного в психиатрический стационар или иное лечебное учреждение производится в порядке и по основаниям, которые предусмотрены законодательством Российской Федерации о здравоохранении. При отпадении необходимости дальнейшего лечения осужденного в указанных учреждениях выписка производится также в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации о здравоохранении.

В соответствии со ст. 26 комментируемого Закона амбулаторная психиатрическая помощь лицу, страдающему психическим расстройством, в зависимости от медицинских показаний оказывается в виде консультативно-лечебной помощи или диспансерного наблюдения.

8. Продление, изменение или прекращение применения принудительных мер медицинского характера осуществляется (как и их назначение) только судом по представлению администрации учреждения, осуществляющего принудительное лечение, на основании заключения комиссии врачей-психиатров. Согласно ст. 445 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации по подтвержденному медицинским заключением ходатайству администрации психиатрического стационара, а также по ходатайству законного представителя лица, признанного невменяемым, и его защитника суд прекращает, изменяет или продлевает применение к данному лицу принудительной меры медицинского характера на следующие 6 месяцев. Вопросы о прекращении, об изменении или о продлении применения принудительной меры медицинского характера рассматриваются судом, вынесшим постановление о ее применении, или судом по месту применения этой меры. Для решения вопроса о наличии оснований для внесения представления в суд о прекращении применения или об изменении принудительной меры медицинского характера лицо, которому эта мера была назначена, подлежит освидетельствованию комиссией врачей-психиатров не реже одного раза в шесть месяцев. Такое освидетельствование проводится:

по инициативе лечащего врача в случаях, когда в процессе лечения он пришел к выводу о необходимости изменения принудительной меры медицинского характера либо прекращения ее применения;

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.

Заключение для продления принудительного лечения представляется в суд администрацией учреждения, осуществляющего принудительное лечение в случае, когда отсутствуют основания для прекращения применения или изменения принудительной меры медицинского характера. Первое продление принудительного лечения может быть произведено по истечении шести месяцев с момента начала лечения, в последующем продление принудительного лечения производится ежегодно.

Суд прекращает или изменяет применение принудительной меры медицинского характера в случае такого психического состояния лица, при котором отпадает необходимость в применении



ранее назначенной меры либо возникает необходимость в назначении иной принудительной меры медицинского характера. Суд продлевает принудительное лечение при наличии основания для продления применения принудительной меры медицинского характера. В соответствии со ст. 445 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации о прекращении, об изменении или о продлении, а равно об отказе в прекращении, изменении или продлении применения принудительной меры медицинского характера суд в совещательной комнате выносит постановление и оглашает его в судебном заседании.

Лицо, в отношении которого применялась принудительная мера медицинского характера в виде помещения в психиатрический стационар, может быть по решению органов здравоохранения направлено в психоневрологическое учреждение социального обеспечения в случае прекращения применения принудительного лечения в психиатрическом стационаре.

9. Лица, помещенные в психиатрический стационар по решению суда о применении принудительных мер медицинского характера, пользуются всеми правами, принадлежащими пациентам, находящимся в психиатрических стационарах. Они вправе:

обращаться непосредственно к главному врачу или заведующему отделением по вопросам лечения, обследования, выписки из психиатрического стационара и соблюдения прав;

подавать без цензуры жалобы и заявления в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд и адвокату;

встречаться с адвокатом и священнослужителем наедине;

исполнять религиозные обряды, соблюдать религиозные каноны, в том числе пост, по согласованию с администрацией иметь религиозные атрибуты и литературу;

выписывать газеты и журналы;

получать образование по программе общеобразовательной школы или специальной школы для детей с нарушением интеллектуального развития, если пациент не достиг 18 лет;

получать наравне с другими гражданами вознаграждение за труд в соответствии с его количеством и качеством, если пациент участвует в производительном труде.

Названные права не могут быть ограничены по рекомендации лечащего врача заведующим отделением или главным врачом и т.п.

Кроме того, лица, помещенные в психиатрический стационар по решению суда о применении принудительных мер медицинского характера, имеют следующие права, которые могут быть ограничены по рекомендации лечащего врача заведующим отделением или главным врачом в интересах здоровья или безопасности пациентов, а также в интересах здоровья или безопасности других лиц:

вести переписку без цензуры;

получать и отправлять посылки, бандероли и денежные переводы;

пользоваться телефоном;

принимать посетителей;

иметь и приобретать предметы первой необходимости, пользоваться собственной одеждой.

10. Лица, помещенные в психиатрический стационар по решению суда о применении принудительных мер медицинского характера, признаются нетрудоспособными на весь период пребывания в психиатрическом стационаре и имеют право на пособие по государственному социальному страхованию или на пенсию на общих основаниях. В соответствии с Постановлением Минтруда РФ от 18 сентября 1997 г. N 45 "Об утверждении разъяснения "О перечислении пенсии лицам, находящимся в психиатрическом учреждении" дееспособным лицам и ограниченно дееспособным лицам, находящимся в психиатрическом учреждении, выплата назначенных пенсий производится в общеустановленном порядке. При этом несовершеннолетним в возрасте до 14 лет и лицам, признанным в установленном порядке недееспособными, пенсия выплачивается их опекунам.

Выплата пенсий производится органом, осуществляющим пенсионное обеспечение, по месту нахождения учреждения путем перечисления сумм на счет учреждения, открытый в банке для хранения депозитных сумм.

Оформление документов производится путем перечисления на счета по вкладам в учреждения Сберегательного банка Российской Федерации на основании списка, представленного администрацией учреждения. Действующие лицевые счета на данную категорию пенсионеров хранятся отдельно.

Администрация учреждения представляет в орган, осуществляющий пенсионное обеспечение, по месту нахождения учреждения список недееспособных пенсионеров, опекуном которых оно является. В представленном списке указываются:

фамилия, имя, отчество пенсионера;

дата рождения;

полный адрес места жительства, где пенсионер получал пенсию до помещения в учреждение;

дата поступления в учреждение.

Орган, осуществляющий пенсионное обеспечение, проверяет сведения, указанные в списке, и при необходимости запрашивает отсутствующие пенсионные дела получателей из органа, осуществляющего пенсионное обеспечение, по прежнему месту жительства.

По результатам проверки администрация учреждения представляет уточненный список пенсионеров, заверенный подписями руководителя учреждения, главного бухгалтера и печатью. Одновременно органу, осуществляющему пенсионное обеспечение, сообщаются банковские реквизиты учреждения. В дальнейшем сведения о недееспособных пенсионерах, прибывающих в учреждение и не имеющих опекунов, направляются в органы, осуществляющие пенсионное обеспечение, по мере их поступления в учреждение.

Суммы пенсий, хранящиеся на депозитном счете, используются на личные нужды пенсионеров в соответствии с решением комиссии, которая создается руководителем учреждения из представителей администрации и бухгалтерии. Председателем этой комиссии является руководитель учреждения.

Комиссия составляет перечень товаров на личные нужды пенсионера и назначает лиц, ответственных за приобретение товаров и их выдачу. Решение комиссии оформляется протоколом. Протоколы ведутся в отдельной книге, страницы которой должны быть прошиты, пронумерованы и скреплены печатью учреждения. Комиссия осуществляет контроль за целевым расходованием средств.

Бухгалтерия учреждения снимает и выдает суммы пенсий с указанного счета на основании решения комиссии.

Приобретение товаров на личные нужды пенсионеров подтверждается платежными поручениями, чеками, счетами-накладными. Выдача товаров оформляется актом, который подписывается лицами, ответственными за их приобретение и выдачу. Акт утверждается руководителем учреждения.

При переводе лица из одного учреждения в другое неиспользованные суммы его пенсии перечисляются на соответствующий счет нового учреждения.

При выбытии из учреждения лица, признанного в установленном порядке дееспособным, неиспользованные средства выдаются ему на руки.

Для своевременного прекращения перечисления пенсии при выбытии пенсионера из учреждения или его смерти администрация учреждения в пятидневный срок обязана сообщить органу, осуществляющему пенсионное обеспечение, о дате и причинах снятия с учета пенсионера.

## Статья 14. Судебно-психиатрическая экспертиза

### Комментарий к статье 14

1. Комментируемая статья носит бланкетный характер, устанавливая, что судебно-психиатрическая экспертиза по уголовным и гражданским делам производится по основаниям и в порядке, предусмотренным законодательством Российской Федерации. Поэтому порядок проведения психиатрических освидетельствований, предусмотренный данным Федеральным законом, на судебно-психиатрическую экспертизу не распространяется. Таким образом, порядок назначения и проведения такого вида экспертизы регламентируется Федеральным законом от 31 мая 2001 г. N 73-ФЗ "О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации", Уголовно-процессуальным кодексом Российской Федерации, Гражданским процессуальным кодексом Российской Федерации, приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Министерства внутренних дел Российской Федерации, касающихся различных сторон проведения экспертизы.

2. Под судебно-психиатрической экспертизой принято понимать исследование, проводимое экспертом-психиатром или комиссией экспертов психиатров, лиц с целью определения их психического состояния в определенный период, который интересует следственные органы или суд. Основаниями производства судебной экспертизы являются:

определение суда, если судебно-психиатрическая экспертиза проводится по гражданскому делу;

постановления судьи, лица, производящего дознание, следователя или прокурора, если экспертиза проводится по уголовному делу.

При этом судебная экспертиза считается назначенной со дня вынесения соответствующего определения или постановления.

4. Обязательные случаи проведения судебно-психиатрической экспертизы специально устанавливаются законодательством. Так, согласно ст. 283 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации судебно-психиатрическая экспертиза назначается по делам о признании гражданина недееспособным при наличии достаточных данных о психическом расстройстве гражданина. Под дееспособностью понимается способность гражданина своими действиями приобретать, осуществлять гражданские права и создавать для себя гражданские обязанности и

исполнять их (ст. 21 ГК РФ). Критерии недееспособности сформулированы в ст. 29 Гражданского кодекса Российской Федерации, согласно которой, гражданин, который вследствие психического расстройства не может понимать значения своих действий или руководить ими, может быть признан судом недееспособным. Недееспособность включает в себя два критерия:

медицинский, заключающийся в наличии у лица психического расстройства;  
психологический, он характеризуется невозможностью понимать свои действия или руководить ими.

Для признания лица недееспособным необходимо наличие и медицинского, и юридического критериев.

Решение о признании гражданина дееспособным в случае, когда отпали основания, в силу которых он был признан недееспособным, также принимается судом на основании соответствующего заключения судебно-психиатрической экспертизы.

Случаи, в которых обязательно назначение судебной экспертизы по уголовному делу, изложены в ст. 196 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации - это случаи, когда необходимо установить:

психическое или физическое состояние подозреваемого, обвиняемого, когда возникает сомнение в его вменяемости или способности самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном судопроизводстве;

психическое или физическое состояние потерпевшего, когда возникает сомнение в его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания;

возраст подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего, когда это имеет значение для уголовного дела, а документы, подтверждающие его возраст, отсутствуют или вызывают сомнение.

Как правило, судебно-психиатрическая экспертиза назначается, если:

имеются сомнения в психической полноценности обвиняемого. Чаще всего причиной таких сомнений оказываются данные о том, что обвиняемый находился под наблюдением психиатров. В таких случаях следователь должен сделать письменный запрос на имя главного врача психиатрического учреждения (психоневрологического диспансера или кабинета) по месту жительства обвиняемого. Если имеются сведения о лечении частным порядком, то целесообразно допросить его о причинах обращения пациента, о его состоянии, лечебных назначениях и т.д.;

имеются особенности поведения обвиняемого или подозреваемого во время следствия или правонарушения. Например, необычные высказывания или немотивированный отказ отвечать на вопросы, рассеянность, неоправданная веселость, бессмысленные поступки во время допросов могут быть следствием психических расстройств;

имеются особенности совершенного преступления, т.е. характер криминала, его кажущаяся безмотивность, противоречие между совершенным действием и личностью обвиняемого, последовательности его поступков, иногда необычная жестокость, тяжесть содеянного, способ совершения преступления.

5. Судебно-психиатрическая экспертиза может производиться в медицинском или ином учреждении, а также в другом месте, где имеются условия, необходимые для проведения соответствующих исследований и обеспечения прав и законных интересов лица, в отношении которого проводятся исследования. При назначении стационарной экспертизы помещение в психиатрический стационар (стационарное отделение) допускается только на основании судебного решения. Порядок производства судебно-психиатрических экспертиз в отделениях судебно-психиатрической экспертизы государственных психиатрических учреждений определен в Приказе Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 30 мая 2005 г. N 370 "Об утверждении Инструкции об организации производства судебно-психиатрических экспертиз в отделениях судебно-психиатрической экспертизы государственных психиатрических учреждений". Согласно названной Инструкции отделения судебно-психиатрических экспертиз в обязательном порядке производят экспертизу для органов дознания, предварительного следствия и судов, расположенных на территории, которая определяется федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по организации судебно-психиатрических экспертиз. Экспертиза в отделениях судебно-психиатрических экспертиз производится работающими в этих отделениях экспертами в порядке исполнения своих должностных обязанностей.

Организация проведения экспертизы в отделении судебно-психиатрических экспертиз государственного психиатрического учреждения возлагается на руководителя этого учреждения. Руководитель государственного психиатрического учреждения вправе передать часть своих обязанностей и прав, связанных с организацией и производством экспертиз в подведомственном ему учреждении, своему заместителю по экспертной работе, а также руководителю (заведующему) отделения судебно-психиатрических экспертиз. В обязанности руководителя входит:

при получении постановления или определения о назначении экспертизы поручить ее производство конкретному эксперту или комиссии экспертов данного учреждения, которые обладают специальными знаниями в объеме, требуемом для ответов на поставленные вопросы;

по поручению органа или лица, назначивших экспертизу, предупредить эксперта об уголовной ответственности за дачу заведомо ложного заключения, взять у него соответствующую подписку и направить ее вместе с заключением эксперта в орган или лицу, которые назначили экспертизу;

обеспечить контроль за соблюдением сроков производства экспертизы, полнотой и качеством проведенных исследований, не нарушая принцип независимости эксперта;

по окончании исследований направить заключение эксперта (комиссии экспертов) лицу или органу, назначившему экспертизу, а также вернуть указанному лицу или органу материалы дела и все иные материалы и объекты исследования, которые были предоставлены в распоряжение эксперта (комиссии экспертов);

обеспечить условия, необходимые для сохранения конфиденциальности исследований и их результатов, и не разглашать сведения, которые стали ему известны в связи с организацией и производством экспертизы, в том числе сведения, которые могут ограничить конституционные права граждан, а также сведения, составляющие государственную, коммерческую или иную охраняемую законом тайну;

обеспечить условия, необходимые для проведения экспертных исследований.

Для этого руководитель вправе:

возвратить без исполнения постановление или определение суда, судьи, дознавателя, следователя, прокурора о назначении экспертизы, материалы дела, иные материалы и объекты для исследований, представленные для ее производства, если в данном отделении отсутствуют эксперт соответствующей специальности, необходимая материально-техническая база либо специальные условия для проведения исследований, указав в сопроводительном письме мотивы, по которым производится возврат;

ходатайствовать перед органом или лицом, назначившим экспертизу, о включении в состав комиссии экспертов лиц, не работающих в отделении государственного психиатрического учреждения, если их специальные знания необходимы для дачи заключения;

организовать производство экспертизы с участием других учреждений, указанных в постановлении или определении суда, судьи, дознавателя, следователя, прокурора о назначении экспертизы;

выступать в качестве судебного эксперта в соответствии с присвоенной ему экспертной квалификацией.

Руководитель не вправе:

истребовать без постановления или определения суда, судьи, дознавателя, следователя, прокурора о назначении экспертизы объекты и материалы, необходимые для производства экспертизы;

самостоятельно без согласования с органом или лицом, назначившим экспертизу, привлекать к ее производству лиц, не работающих в отделении данного государственного психиатрического учреждения;

давать эксперту указания, предрешающие содержание выводов по конкретной экспертизе.

Кроме того, в случае возникновения при производстве судебной экспертизы необходимости стационарного обследования лица оно может быть также помещено в медицинский стационар, т.е. в государственное медицинское учреждение, а равно его отделение, которые предназначены для круглосуточного содержания пациентов. В медицинский стационар лицо может быть помещено для производства судебно-психиатрической экспертизы на срок до 30 дней. Этот срок может быть продлен по мотивированному ходатайству эксперта или комиссии экспертов постановлением судьи районного суда по месту нахождения указанного стационара еще на 30 дней.

Судья выносит постановление и уведомляет о нем эксперта или комиссию экспертов в течение трех дней со дня получения ходатайства. В случае отказа судьи в продлении срока пребывания лица в медицинском стационаре оно должно быть выписано из него.

Руководитель медицинского стационара извещает о заявленном ходатайстве и вынесенном судьей постановлении лицо, находящееся в указанном стационаре, а также орган или лицо, назначившие судебную экспертизу.

В исключительных случаях в том же порядке возможно повторное продление срока пребывания лица в медицинском стационаре, но при этом общий срок пребывания лица в указанном стационаре при производстве одной судебной экспертизы не может превышать 90 дней.

Условия производства судебно-психиатрической экспертизы в психиатрических стационарах различны в зависимости от того, проводится ли такая экспертиза в отношении лиц, не содержащихся под стражей, или в отношении лиц, содержащихся под стражей.

Судебно-психиатрическая экспертиза в отношении лиц, не содержащихся под стражей, производится:

в судебно-психиатрических экспертных стационарах, т.е. в психиатрических стационарах, специально предназначенных для производства судебно-психиатрической экспертизы;

в иных психиатрических стационарах. Помещение лиц, не содержащихся под стражей, в иные психиатрические стационары не должно существенно затруднять производство судебной экспертизы.

При этом в случае совершения лицом, не содержащимся под стражей, не страдающим тяжелым психическим расстройством, действий, угрожающих жизни и здоровью окружающих или дезорганизующих работу психиатрического стационара, администрация данного стационара сообщает об этом в орган внутренних дел, который должен принять к нарушителю меры, направленные на пресечение указанных действий. В случае если подобные действия совершены лицом, в отношении которого судебно-психиатрическая экспертиза производится в добровольном порядке, оно может быть выписано из психиатрического стационара, о чем администрация данного стационара в письменной форме извещает орган или лицо, назначившие указанную экспертизу.

Судебно-психиатрическая экспертиза в отношении лиц, содержащихся под стражей, производится только в судебно-психиатрических экспертных стационарах, предназначенных для помещения в них указанных лиц. Обеспечение безопасности и охрана указанных стационаров осуществляются органами, на которые возложены обеспечение безопасности и охрана мест содержания под стражей.

6. Согласно действующему гражданскому и уголовному законодательству Российской Федерации судебно-психиатрическая экспертиза может быть следующих видов:

1) экспертиза у следователя;

2) амбулаторная экспертиза, которая проводится в психиатрических стационарах, в диспансерах, в помещении медицинской службы следственных изоляторов комиссией врачей, которая состоит не менее чем из трех врачей-психиатров. Она назначается:

в отношении подозреваемых, обвиняемых, совершивших правонарушение в состоянии алкогольного опьянения;

в случаях временных расстройств психической деятельности;

в случаях не резко выраженных психических расстройств (остаточные явления после травмы черепа, перенесенных инфекций и т.д.).

Порядок ее проведения определен в Положении об амбулаторной судебно-психиатрической экспертной комиссии, утвержденном Минздравом СССР 5 декабря 1985 г. N 06-14/30. В соответствии с названным Положением амбулаторные судебно-психиатрические экспертные комиссии организуются для производства амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз.

Основными задачами амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы являются:

определение психического состояния обвиняемого, подозреваемого, подсудимого в тех случаях, когда возникает сомнение по поводу их вменяемости или способности к моменту производства по делу отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими;

дача заключений о необходимости применения предусмотренных законом принудительных мер медицинского характера к лицам, совершившим общественно опасные деяния в состоянии невменяемости или совершившим такие деяния в состоянии вменяемости, но заболевшим после совершения преступления душевной болезнью, лишаящей их возможности отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими, если эти лица по характеру совершенного ими деяния и своему болезненному состоянию представляют опасность для общества;

определение психического состояния свидетеля или потерпевшего в случаях, когда возникает сомнение в их способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания;

определение психического состояния истцов, ответчиков, лиц, в отношении которых судом решается вопрос об их дееспособности, а также граждан для установления, могли ли они понимать значение своих действий и руководить ими при совершении гражданско-правовых сделок.

Амбулаторные судебно-психиатрические экспертизы проводятся в медицинских учреждениях, следственных изоляторах, в суде (в помещении, где проходит судебное разбирательство), в кабинете следователя или лица, производящего дознание.

Члены амбулаторных судебно-психиатрических экспертных комиссий проводят также заочные и посмертные экспертизы.

Амбулаторные судебно-психиатрические экспертные комиссии организуются при одном из психиатрических или психоневрологических учреждений города, области, края, автономной или союзной (не имеющей областного деления) республики, соответственно главными управлениями (управлениями) здравоохранения, городскими, областными, краевыми отделами здравоохранения, министерствами здравоохранения автономных и союзных республик. Психиатрические и психоневрологические учреждения, при которых организованы амбулаторные

судебно-психиатрические экспертные комиссии, предоставляют последнее помещение для производства экспертизы с телефоном и необходимым инвентарем, а также помещение для лиц, ожидающих экспертизы.

Амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза в медицинском учреждении и следственном изоляторе, а также заочная и посмертная экспертизы производятся амбулаторными судебно-психиатрическими экспертными комиссиями в составе не менее трех врачей-психиатров: председателя и двух членов комиссии, один из которых является врачом-докладчиком. Эта же экспертиза в суде (в помещении, где проходит судебное разбирательство), в кабинете следователя или лица, производящего дознание, может производиться психиатром-экспертом единолично или комиссией из нескольких врачей-психиатров.

Общий срок производства амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы не должен превышать 20 дней с момента поступления в комиссию постановления (определения) о назначении экспертизы со всеми необходимыми материалами до дня направления акта (заключения) амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы и материалов дела лицу, производящему дознание, следователю, прокурору, суду. Срок производства экспертизы приостанавливается в случае заявления экспертами письменного ходатайства о предоставлении дополнительных материалов и возобновляется с момента получения указанных материалов.

Общее руководство работой амбулаторной судебно-психиатрической экспертной комиссии возлагается на председателя комиссии. Распоряжения председателя по вопросам организации работы комиссии (распорядок дня, учет, отчетность, делопроизводство) являются обязательными для сотрудников амбулаторной судебно-психиатрической экспертной комиссии.

Председатель комиссии:

- регулирует очередность проведения экспертизы;
- устанавливает время заседаний комиссии;
- председательствует на заседаниях комиссии;
- проверяет полноту материалов, подлежащих исследованию;
- ведет переписку с судебными и следственными органами;
- в случае вызова кого-либо из членов комиссии к лицу, производящему дознание, следователю или в судебное заседание, направляет туда экспертов.

Члены комиссии:

- изучают материалы уголовного или гражданского дела, медицинскую документацию, иные материалы, относящиеся к предмету данной экспертизы;

- участвуют в заседаниях комиссии, в клиническом разборе данных о лицах, проходящих экспертизу, и в составлении актов (заключений) экспертизы;

- по постановлению следователя и лица, производящего дознание, по определению суда и в соответствии с указаниями председателя комиссии проводят экспертизу в кабинете следователя и лица, производящего дознание; участвуют в судебном заседании, где они обязаны дать заключение о психическом состоянии лица, проходящего экспертизу, а также ответить на вопросы, относящиеся к произведенной ими экспертизе.

Кроме того, член комиссии, являющийся при производстве данной экспертизы врачом-докладчиком, обследует соматическое, неврологическое и психическое состояние лица, проходящего экспертизу, и составляет историю болезни; докладывает о результатах обследования и изучения материалов на заседании комиссии, а в случаях производства заочной или посмертной экспертизы докладывает на заседании комиссии о результатах изучения имеющихся материалов (материалов дела, медицинской документации и пр.); после того, как эксперты пришли к окончательным выводам, составляет акт (заключение) судебно-психиатрической экспертизы, который предварительно согласовывается с председателем и другими членами комиссии;

3) стационарная экспертиза;

4) экспертиза в судебном заседании, которая назначается:

- обвиняемым, которые ранее не подвергались экспертному освидетельствованию, но сомнения в их психической полноценности возникли в процессе судебного рассмотрения. Эксперт указывает целесообразность назначения того или иного вида экспертизы;

- обвиняемым, в отношении которых экспертная комиссия не решила вопроса о вменяемости;

- обвиняемым, в отношении которых в стадии предварительного следствия уже было дано заключение, но суду необходимы разъяснения экспертами тех или иных положений экспертного заключения, с целью сообщения неизвестных экспертам данных, которые, по мнению суда, могут иметь значение, в связи с изменением психического состояния и поведения обвиняемого, сомнением суда в правильности заключения;

- при выборе принудительных мер медицинского характера в отношении невменяемых;

- 5) заочная экспертиза, которая проводится только по материалам дела, если невозможно непосредственное обследование обвиняемого или после смерти лица необходимо выяснить его психическое состояние в тот или иной период его жизни. Такая посмертная экспертиза проводится,

например, в гражданском процессе, когда возникает сомнение в психической полноценности лица в момент составления им завещания.

Возможно также назначение:

дополнительной судебно-психиатрической экспертизы в связи с вновь открывшимися обстоятельствами;

повторной судебно-психиатрической экспертизы при возникновении сомнений следствия или суда в обоснованности и правильности первичного заключения эксперта;

комплексной - с привлечением экспертов других специальностей (психологов, сексологов, судебных медиков, наркологов и др.).

Как правило, судебно-психиатрическая экспертиза проводится комиссионно. При этом согласно п. 10 Положения об амбулаторной судебно-психиатрической экспертной комиссии, утвержденного Минздравом СССР 5 декабря 1985 г. N 06-14/30 экспертизы в суде, в кабинете следователя и посмертные экспертизы могут быть как единоличными, так и комиссионными. В данном случае противоречий законодательству нет, т.к. ни в Уголовно-процессуальном кодексе Российской Федерации, ни в Гражданском процессуальном кодексе Российской Федерации не указано на обязательное комиссионное проведение судебной экспертизы. Правило, согласно которому судебно-психиатрическую экспертизу должны проводить не менее трех экспертов-психиатров, обязательно лишь для государственной судебно-психиатрической экспертной службы. На судебно-психиатрические экспертизы, проводимые за пределами этой службы, рассматриваемый организационный принцип не распространяется.

7. Экспертом при производстве судебно-психиатрической экспертизы может быть лицо, обладающее специальными знаниями и назначенное в порядке, установленном законодательством, для производства судебной экспертизы и дачи заключения. Права и обязанности эксперта в общем виде изложены в Федеральном законе от 31 мая 2001 г. N 73-ФЗ "О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации". Эксперт обязан:

принять к производству порученную ему руководителем соответствующего государственного судебно-экспертного учреждения судебную экспертизу;

провести полное исследование представленных ему объектов и материалов дела, дать обоснованное и объективное заключение по поставленным перед ним вопросам;

составить мотивированное письменное сообщение о невозможности дать заключение и направить данное сообщение в орган или лицу, которые назначили судебную экспертизу, если поставленные вопросы выходят за пределы специальных знаний эксперта, объекты исследований и материалы дела непригодны или недостаточны для проведения исследований и дачи заключения и экспертизу отказано в их дополнении, современный уровень развития науки не позволяет ответить на поставленные вопросы;

не разглашать сведения, которые стали ему известны в связи с производством судебной экспертизы, в том числе сведения, которые могут ограничить конституционные права граждан, а также сведения, составляющие государственную, коммерческую или иную охраняемую законом тайну;

обеспечить сохранность представленных объектов исследований и материалов дела.

Эксперт также исполняет обязанности, предусмотренные соответствующим процессуальным законодательством.

Эксперт не вправе:

принимать поручения о производстве судебной экспертизы непосредственно от каких-либо органов или лиц, за исключением руководителя государственного судебно-экспертного учреждения;

осуществлять судебно-экспертную деятельность в качестве негосударственного эксперта;

вступать в личные контакты с участниками процесса, если это ставит под сомнение его незаинтересованность в исходе дела; самостоятельно собирать материалы для производства судебной экспертизы;

сообщать кому-либо о результатах судебной экспертизы, за исключением органа или лица, ее назначивших;

уничтожать объекты исследований либо существенно изменять их свойства без разрешения органа или лица, назначивших судебную экспертизу.

Эксперт вправе:

ходатайствовать перед руководителем соответствующего государственного судебно-экспертного учреждения о привлечении к производству судебной экспертизы других экспертов, если это необходимо для проведения исследований и дачи заключения;

делать подлежащие занесению в протокол следственного действия или судебного заседания заявления по поводу неправильного истолкования участниками процесса его заключения или показаний;

обжаловать в установленном законом порядке действия органа или лица, назначивших судебную экспертизу, если они нарушают права эксперта.

Эксперт также имеет права, предусмотренные соответствующим процессуальным законодательством.

8. Результаты экспертизы оформляются в виде заключения судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов). Форма заключения и принципы его составления изложены в Приказе Минздрава РФ от 12 августа 2003 г. N 401 "Об утверждении отраслевой медицинской документации по судебно-психиатрической экспертизе".

Министерство здравоохранения Российской Федерации

\_\_\_\_\_ (наименование учреждения)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ЭКСПЕРТА  
(КОМИССИИ ЭКСПЕРТОВ)

от " \_\_ " \_\_\_\_\_ г. N \_\_\_\_\_

Судебно-психиатрическая экспертиза  
первичная, дополнительная, повторная, стационарная,  
амбулаторная, заочная, посмертная  
(нужное подчеркнуть)

Комплексная \_\_\_\_\_  
(полное наименование)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество подэкспертного)  
19\_\_ г. рождения, подозреваемого (обвиняемого) по ст. \_\_ УК РФ <\*>

\_\_\_\_\_ (краткое описание сущности обвинения)

\_\_\_\_\_ или в соответствии со ст. \_\_\_\_\_ ГК РФ <\*> (СК РФ <\*>, ТК РФ <\*> и др.) являющегося свидетелем, потерпевшим, истцом, ответчиком, лицом, в отношении которого решается (нужное подчеркнуть) вопрос о дееспособности по делу \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ (краткое изложение сущности дела)  
проведена в составе:  
члена комиссии, эксперта \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., образование, специальность,

\_\_\_\_\_ стаж работы, ученая степень и ученое звание, должность) (подпись)  
члена комиссии, эксперта \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., образование, специальность, стаж

\_\_\_\_\_ работы, ученая степень и ученое звание, должность) (подпись)  
врача-докладчика, эксперта \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., образование, специальность,

\_\_\_\_\_ стаж работы, ученая степень и ученое звание, должность) (подпись)  
других участников процесса, присутствующих на экспертизе, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О., процессуальное положение)  
на основании определения (постановления) \_\_\_\_\_  
(сведения об органе  
от " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ или лице, назначивших экспертизу)  
На разрешение экспертов поставлены следующие вопросы: \_\_\_\_\_  
(даются

\_\_\_\_\_ точно в формулировке, указанной в постановлении (определении)

\_\_\_\_\_ о назначении экспертизы)  
\_\_\_\_\_



Об ответственности по ст. 307 УК РФ эксперты предупреждены

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

По данному делу подэкспертный был ранее амбулаторно (стационарно) освидетельствован \_\_\_\_\_, (указать, когда и где) где вопросы о его психическом состоянии решены не были, даны противоречивые заключения, (нужное подчеркнуть) установлен диагноз \_\_\_\_\_

и экспертное заключение: \_\_\_\_\_

На экспертизу в \_\_\_\_\_ подэкспертный (наименование учреждения) поступил "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Дата обращения в суд с ходатайством о продлении срока пребывания в стационаре (если таковое имело место) \_\_\_\_\_ Данные о соответствующем судебном решении \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (включая наименование суда и дату)  
Сведения о ходатайствах, заявленных экспертами, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (какие дополнительные материалы затребованы)  
Результаты рассмотрения \_\_\_\_\_

Из материалов уголовного (гражданского) дела (N \_\_\_\_\_) в \_\_\_\_\_ томах, личного дела \_\_\_\_\_, медицинской документации (\_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_ (указать, какой)

и со слов подэкспертного известно следующее:

(далее приводятся описание использованных методов, анамнез жизни, включая период совершения правонарушения и анамнез заболевания, если таковое имеется, описание физического, неврологического, психического состояния и данных лабораторных исследований; в выводах указывается характер и диагноз психического расстройства, если таковое имеется, обоснование диагноза; экспертная оценка и ее обоснование; рекомендованные меры медицинского характера и их обоснование)

Член комиссии \_\_\_\_\_  
(подпись)

Члены комиссии \_\_\_\_\_  
(подпись)

Врач-докладчик \_\_\_\_\_  
(подпись)

-----  
<\*> УК РФ - Уголовный кодекс Российской Федерации;  
ГК РФ - Гражданский кодекс Российской Федерации;  
СК РФ - Семейный кодекс Российской Федерации;  
ТК РФ - Трудовой кодекс Российской Федерации.

Заключение по итогам судебно-психиатрической экспертизы составляется в письменном виде за подписью всех проводивших ее экспертов и скрепляется печатью учреждения, в котором она проводилась. Срок составления экспертного заключения - не более 10 дней после окончания экспертных исследований и формулирования экспертных выводов. В случае возникновения

разногласий между экспертами, проводящими комиссионную СПЭ, каждый из них или эксперт, который не согласен с другими, даст отдельное заключение по вопросам, вызвавшим разногласия.

Заключение состоит из трех частей: вводной, исследовательской, выводов. Вводная часть отражает:

наименование учреждения (подразделения);

время и место производства судебно-психиатрической экспертизы (в случае комиссионной экспертизы указывается дата заседания комиссии экспертов);

наименование экспертизы и ее основные характеристики - стационарная, амбулаторная, заочная, посмертная; дополнительная или повторная (если экспертиза проводится по делу не впервые); комплексная (с приведением полного наименования комплексной экспертизы);

сведения о подэкспертном - фамилия, имя, отчество, год рождения, процессуальное положение, статья или статьи Закона (УК РФ, ГК РФ, СК РФ и др.), в соответствии с которым ведется производство по делу, с кратким изложением содержания этих статей;

сведения об эксперте (фамилия, имя, отчество, образование, специальность, стаж работы, ученая степень и ученое звание, занимаемая должность) или экспертах, которым поручено производство экспертизы;

сведения об участниках процесса, присутствовавших при производстве судебно-психиатрической экспертизы (фамилия, имя, отчество, процессуальное положение);

сведения об органе или о лице, назначивших экспертизу, и основания производства судебно-психиатрической экспертизы;

вопросы, поставленные перед экспертом или комиссией экспертов, должны быть даны точно в той формулировке, в какой указаны в постановлении (определении) о назначении экспертизы;

предупреждение эксперта в соответствии со статьей 307 УК РФ об ответственности за дачу заведомо ложного заключения, заверяемое подписью каждого эксперта;

если проведение судебно-психиатрической экспертизы не является первичным, то приводятся краткие сведения о предшествующей экспертизе - когда и где они проводились, какое давалось заключение, а также мотивы назначения настоящей экспертизы;

дата поступления в экспертное учреждение, а также причина и дата продления срока стационарирования с приведением данных о соответствующем судебном решении;

если в ходе производства судебно-психиатрической экспертизы экспертом (экспертами) заявлялись ходатайства о предоставлении дополнительных материалов для исследования, то данное обстоятельство, а также результат рассмотрения ходатайства также отражаются в вводной части заключения судебно-психиатрической экспертизы;

медицинские документы и материалы дела, представленные эксперту для производства судебно-психиатрической экспертизы, с указанием соответствующих реквизитов.

Исследовательская часть включает в себя:

1) методы психиатрического (клинико-психопатологического) экспертного исследования (анамнез, катанез, медицинское наблюдение, клиническая беседа, описание психического состояния, анализ имеющихся симптомов психических расстройств) в сочетании с анализом данных соматического, неврологического и психического состояния, а также лабораторных, инструментальных и экспериментально-психологических методов обследования. В случае производства комплексной экспертизы эксперты иных специальностей указывают свои методы и методики в своей исследовательской части;

2) анамнез.

Излагаются в хронологической последовательности события жизни с момента рождения до момента обследования, включая семейный, трудовой, социальный (в том числе криминальный), супружеский, при необходимости - сексуальный анамнез и анамнез болезни.

Анамнез должен отражать:

а) наследственную отягощенность психическими расстройствами, если таковая выявляется, данные об особенностях раннего развития подэкспертного;

б) психические расстройства, если таковые выявлялись прежде, с указанием времени их появления и динамики, последующего усложнения или редукции с оценкой их влияния на различные стороны жизни подэкспертного. Необходимо четко и последовательно отразить особенности психопатологических переживаний, избегая обобщающих оценочных определений. При этом необходимо приводить даты стационарирования в психиатрические больницы, указывать диагнозы, установленные при каждой госпитализации или при амбулаторном обследовании психиатрами (включая амбулаторные и стационарные судебно-психиатрические экспертизы в прошлом), и давать характеристику психического состояния подэкспертных в тот период;

в) преморбидные личностные особенности и характерологические изменения, которые произошли во время болезни;

г) особенности реагирования на различные житейские обстоятельства, в частности, на психические травмы;

д) перенесенные соматические заболевания и другие экзогенные вредности (черепно-мозговые травмы, употребление психоактивных веществ), а также то, какое влияние они оказали на психическое состояние;

е) особенности критических возрастных периодов (пубертатный, инволюционный);

ж) терапевтический анамнез в случаях лечения психотропными препаратами в прошлом;

з) трудовой анамнез, в котором важно не просто перечислить места работы и занимаемые должности, но и приводить, где это возможно, трудовые характеристики, отзывы сослуживцев;

и) при перечислении прошлых судимостей следует приводить состав преступления (правонарушения) и, если это возможно, краткое описание сути противоправного деяния, что особенно важно при совершении деликтов, однородных настоящему. Следует также приводить характеристики из мест лишения свободы, если таковые имеются;

к) исследуемую юридическую ситуацию. Особое значение приобретают материалы уголовного или гражданского дела, непосредственно характеризующие поведение и психическое состояние подэкспертного в период юридически значимого события. Это в первую очередь показания потерпевших, свидетелей, позволяющие оценить характер ориентировки подэкспертного в месте, времени, сохранность осмысления создавшейся ситуации в целом, его роль в криминальных действиях, если они совершались группой лиц. Существенное значение имеют заключения судебно-медицинской экспертизы, содержащие описание телесных повреждений жертвы, которые могут способствовать воссозданию реального поведения подэкспертного в момент правонарушения. Обязательно наличие в заключении данных судебно-медицинской экспертизы и осмотра места происшествия, имеющих значение для последующей реконструкции поведения и оценки состояния подэкспертного;

л) динамику показаний подэкспертного в период следствия или судебного разбирательства, имеющую значение для оценки сохранности способности к правильному восприятию обстоятельств и дачи о них показаний;

3) описание соматического, неврологического и психического состояния (статуса):

соматическое состояние - в этом разделе отражается состояние общего питания, кожных покровов, сосудистой системы, наличие патологических изменений со стороны внутренних органов. Здесь же отмечаются данные лабораторных исследований, касающиеся физического состояния (анализы крови, мочи, результаты рентгеновского обследования и др.). Если подэкспертный был консультирован терапевтом, хирургом, окулистом или врачом другой специальности, то в конце данного раздела указываются диагнозы, выставленные консультантами;

неврологическое состояние - здесь описываются симптомы, свидетельствующие о наличии (или отсутствии) функционального или органического поражения центральной и периферической нервной системы. Приводятся данные лабораторных исследований (рентгенограмм черепа, ЭЭГ-исследования и др.). При этом не только излагается содержание анализов, но и дается им соответствующая оценка, раскрывающая клиническое значение выявленных изменений. В заключение этого раздела указывается диагноз, установленный консультантом-неврологом (если такая консультация проводилась);

психический статус является центральной частью заключения судебно-психиатрической экспертизы, отображает картину психического состояния подэкспертного, сложившуюся в результате проведенного исследования и включает следующие обязательные составные элементы:

а) состояние сознания - степень ориентировки в окружающей обстановке, во времени, собственной личности, понимания цели обследования;

б) особенности мышления, памяти, интеллекта, эмоционально-волевой сферы, настроения, внимания и их нарушения;

в) отношение подэкспертного к имевшимся в прошлом болезненным психическим расстройствам;

г) психотические расстройства, имеющиеся на момент обследования;

д) отношение подэкспертного к исследуемой юридической ситуации.

При изложении психического состояния применяется описательный метод, не рекомендуется использование психиатрической терминологии. В тех случаях, когда подэкспертный употребляет слова и выражения, точно характеризующие его состояние, переживания, их следует приводить как прямую речь.

Выводы - эта часть экспертного заключения, включающая оценку результатов исследований, обоснование и формулировку выводов по поставленным вопросам.

Диагноз психического расстройства формулируется в соответствии с общепризнанными международными стандартами.

На каждый из поставленных перед экспертом (экспертами) вопросов дается либо ответ, либо мотивированное сообщение о невозможности дачи ответа.

При наличии нескольких вопросов эксперт вправе перегруппировать свои ответы, изложив их в той последовательности, которая обеспечивает целесообразный порядок исследования.

В случае, когда не дается ответ ни на один из поставленных вопросов, дается либо письменное сообщение о невозможности дать судебно-психиатрическое экспертное заключение, либо заключение судебно-психиатрической экспертизы о невозможности решения экспертных вопросов в амбулаторных условиях (или в иных условиях, в которых проводилась данная экспертиза - в зале судебного заседания, на дому у испытуемого и пр.).

В случае если вопросы сформулированы некорректно (нечетко, не в соответствии с принятой терминологией и т.п.), но смысл их эксперту понятен, то эксперт вправе указать, как он их понимает в соответствии со своими специальными познаниями (но с обязательным приведением первоначальной формулировки).

Ответы на вопросы, поставленные по инициативе эксперта (на что специально указывается), излагаются после ответов на вопросы, указанные в постановлении (определении) о назначении экспертизы

Заключение должно быть написано языком, понятным для не сведущих в психиатрии участников процесса, поэтому оно не должно быть перегружено специальной терминологией, а используемые специальные термины должны быть разъяснены.

Не допускаются экспертные суждения и выводы по вопросам, относящимся к исключительной компетенции органа (лица), ведущего производство по уголовному или гражданскому делу (вывод о вменяемости/невменяемости подэкспертного, суждение относительно достоверности/недостоверности, истинности или ложности свидетельских или иных показаний и др.).

Статья 15. Психиатрическое обследование для решения вопроса о годности гражданина к службе в качестве военнослужащего

#### Комментарий к статье 15

1. Комментируемая статья устанавливает, что порядок проведения психиатрического обследования для решения вопроса о годности гражданина к службе в качестве военнослужащего определяется как данным Законом, так и законодательством Российской Федерации о военной службе, т.е. Федеральным законом от 28 марта 1998 г. N 53-ФЗ "О воинской обязанности и военной службе"; Федеральным законом от 27 мая 1998 г. N 76-ФЗ "О статусе военнослужащих". В соответствии с названными федеральными законами медицинское освидетельствование для определения годности к военной службе и досрочное увольнение с военной службы проводится на основании заключения военно-врачебной комиссии. Положение о военно-врачебной экспертизе утверждено Постановлением Правительства РФ от 25 февраля 2003 г. N 123, согласно которому военно-врачебная экспертиза проводится в мирное и военное время в Вооруженных Силах Российской Федерации, во внутренних войсках Министерства внутренних дел Российской Федерации, подразделениях Государственной противопожарной службы Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий, войсках гражданской обороны, инженерно-технических и дорожно-строительных воинских формированиях при федеральных органах исполнительной власти, Службе внешней разведки Российской Федерации, Федеральной службе безопасности Российской Федерации, федеральном органе специальной связи и информации, федеральных органах государственной охраны, федеральном органе обеспечения мобилизационной подготовки органов государственной власти Российской Федерации, органах внутренних дел Российской Федерации, органах по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, органах федеральной таможенной службы, учреждениях и органах Федеральной службы исполнения наказаний и создаваемых на военное время специальных формированиях в целях определения категории годности граждан Российской Федерации по состоянию здоровья к военной службе, службе в органах, а также в целях определения причинной связи полученных гражданами увечий (ранений, травм и контузий), заболеваний с прохождением ими военной службы (военных сборов), службы в органах.

Для проведения военно-врачебной экспертизы и медицинского освидетельствования в Вооруженных Силах Российской Федерации, других войсках, воинских формированиях и органах создаются военно-врачебные комиссии и врачебно-летные комиссии.

На военно-врачебные комиссии возлагаются:

1) организация и проведение медицинского освидетельствования:

граждан, поступающих на военную службу по контракту;

граждан, поступающих на службу в органы;

военнослужащих;

лиц рядового и начальствующего состава (должностных лиц) органов;

граждан, поступающих в образовательные учреждения среднего (полного) общего образования с дополнительными образовательными программами, имеющими целью военную подготовку несовершеннолетних граждан, - суворовские военные, нахимовские военно-морские училища, кадетские (морские кадетские) корпуса, военно-музыкальные училища и музыкальные кадетские корпуса;

граждан, поступающих в военные образовательные учреждения профессионального образования;

граждан, поступающих в образовательные учреждения среднего и высшего профессионального образования Министерства внутренних дел Российской Федерации, Федеральной службы исполнения наказаний;

граждан, обучающихся в училищах;

граждан, обучающихся по программе подготовки офицеров запаса на военных кафедрах при государственных образовательных учреждениях высшего профессионального образования;

граждан, пребывающих в запасе Вооруженных Сил Российской Федерации, Службы внешней разведки Российской Федерации, Федеральной службы безопасности Российской Федерации;

граждан, призываемых на военные сборы;

граждан, проходящих военные сборы;

граждан, проходивших военные сборы;

граждан, проходивших военную службу;

граждан, проходивших службу в органах;

членов семей военнослужащих (кроме членов семей солдат, матросов, сержантов и старшин, проходящих военную службу по призыву);

членов семей лиц рядового и начальствующего состава (должностных лиц) органов;

других категорий граждан, определяемых руководителями федеральных органов исполнительной власти, в которых законом предусмотрена военная служба, служба в органах;

2) методическое руководство военно-врачебной экспертизой и контроль в части, касающейся военно-врачебной экспертизы, за организацией, проведением и результатами лечебно-диагностической работы в военно-медицинских учреждениях, соединениях, воинских частях и организациях Вооруженных Сил Российской Федерации, других войск, воинских формирований и органов, в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения, в которых проводится медицинское обследование, лечение и освидетельствование военнослужащих, лиц рядового и начальствующего состава (должностных лиц) органов;

3) контроль за проведением медицинского освидетельствования, медицинского обследования (лечения) граждан при первоначальной постановке на воинский учет и призыве на военную службу, лечебно-оздоровительных мероприятий среди граждан, которые состоят на воинском учете или которым предоставлена отсрочка от призыва на военную службу по состоянию здоровья;

4) определение причинной связи увечий, заболеваний у военнослужащих, лиц рядового и начальствующего состава (должностных лиц) органов, граждан, проходящих военные сборы, граждан, проходивших военную службу, граждан, проходивших военные сборы, граждан, проходивших службу в органах, а также увечий, заболеваний, приведших к смерти военнослужащих, граждан, проходящих военные сборы, лиц рядового и начальствующего состава (должностных лиц) органов, в том числе приведших к смерти лиц, застрахованных в соответствии с законодательством Российской Федерации, до истечения одного года после увольнения с военной службы (службы в органах), после окончания военных сборов;

5) определение категории годности граждан по состоянию здоровья к военной службе (службе в органах) на момент их увольнения с военной службы (из органов);

6) участие в научных исследованиях проблем военно-врачебной экспертизы;

7) подготовка врачей-специалистов по военно-врачебной экспертизе.

2. Под медицинским освидетельствованием понимаются изучение и оценка состояния здоровья и физического развития граждан на момент освидетельствования в целях определения их годности к военной службе (службе в органах), обучению (службе) по отдельным военно-учетным специальностям (специальностям), решение других вопросов с вынесением письменного заключения. Медицинское освидетельствование военнослужащих, граждан, проходящих военные сборы, лиц рядового и начальствующего состава (должностных лиц) органов, получивших в период военной службы (службы в органах) увечье, заболевание, проводится для определения категории годности их к военной службе (службе в органах) при определенном врачебно-экспертном исходе.

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

Заключения военно-врачебной комиссии (врачебно-летной комиссии) о состоянии здоровья, категории годности к военной службе (службе в органах), о годности к обучению (службе) по отдельным военно-учетным специальностям выносятся большинством голосов присутствующих на заседании членов военно-врачебной комиссии (врачебно-летной комиссии) в соответствии с требованиями к состоянию здоровья граждан согласно приложению.

В целях обеспечения реализации права на проезд на безвозмездной основе военно-врачебная комиссия (врачебно-летная комиссия) выносит заключение:

1) о необходимости лечения члена семьи военнослужащего, проходящего военную службу по контракту;

2) о необходимости стационарного лечения офицера, уволенного с военной службы по достижении им предельного возраста пребывания на военной службе, по состоянию здоровья или в связи с организационно-штатными мероприятиями, общая продолжительность военной службы которого в льготном исчислении составляет 20 лет и более, а при общей продолжительности военной службы 25 лет и более - вне зависимости от основания увольнения;

3) о необходимости сопровождения (с указанием количества сопровождающих лиц): военнослужащего, следующего на лечение в лечебное или санаторно-курортное учреждение, в отпуск по болезни или к избранному месту жительства при увольнении с военной службы;

членов семьи военнослужащего - гражданина Российской Федерации, проходящего военную службу по контракту, следующих на лечение в лечебное или санаторно-курортное учреждение;

4) о необходимости проезда освидетельствованного и сопровождающих его лиц воздушным, железнодорожным или водным транспортом в зависимости от состояния его здоровья, потребности в медицинской помощи и постороннем уходе;

5) о необходимости проезда больного, требующего изоляции, и сопровождающих его лиц в отдельном купе жесткого купейного вагона скорого или пассажирского поезда, в каютах III категории или на местах II категории транспортных линий.

Заключение военно-врачебной комиссии (врачебно-летной комиссии) о категории годности к военной службе (летной работе), службе в органах действительно в течение года с момента медицинского освидетельствования, если иное не определено в этом заключении. Если в состоянии здоровья освидетельствованного произошли изменения, дающие основания для пересмотра заключения военно-врачебной комиссии (врачебно-летной комиссии), проводится повторное медицинское освидетельствование. После повторного медицинского освидетельствования ранее вынесенное заключение военно-врачебной комиссии (врачебно-летной комиссии) становится недействительным.

По окончании медицинского освидетельствования военные комиссариаты, кадровые органы федеральных органов исполнительной власти, в которых законом предусмотрена военная служба (служба в органах), штатные военно-врачебные комиссии возвращают в 2-недельный срок медицинские документы в соответствующие медицинские организации.

3. Организация медицинского освидетельствования при первоначальной постановке на воинский учет граждан в год достижения ими 17 лет возлагается на комиссии по постановке граждан на воинский учет, создаваемые в военном комиссариате, а граждан женского пола после получения ими военно-учетной специальности и лиц, получивших гражданство Российской Федерации, - на военного комиссара. Организация медицинского освидетельствования при призыве на военную службу возлагается на призывную комиссию.

До медицинского освидетельствования граждан при первоначальной постановке на воинский учет в отношении их ежегодно проводятся медицинские осмотры, обследования (наблюдения), а также лечебно-оздоровительные мероприятия и профилактические прививки.

Медицинское освидетельствование граждан при первоначальной постановке на воинский учет и призыве на военную службу проводят врачи-специалисты: хирург, терапевт, невропатолог, психиатр, окулист, оториноларинголог, стоматолог, а в случае необходимости - врачи других специальностей.

Персональный состав врачей-специалистов, привлекаемых для проведения медицинского освидетельствования граждан при первоначальной постановке на воинский учет, утверждается председателями соответствующих комиссий.

Врачи-специалисты по результатам медицинского освидетельствования граждан при первоначальной постановке на воинский учет и призыве на военную службу дают заключение о годности к военной службе по следующим категориям:

А - годен к военной службе;

Б - годен к военной службе с незначительными ограничениями;

В - ограниченно годен к военной службе;

Г - временно не годен к военной службе;

Д - не годен к военной службе.

Для граждан, признанных годными к военной службе или годными к военной службе с незначительными ограничениями, в соответствии с расписанием болезней и таблицей дополнительных требований к состоянию здоровья граждан определяется показатель предназначения для прохождения военной службы.

Порядок оформления заключения врача-специалиста определяется Министерством обороны Российской Федерации.

Гражданин на основании решения комиссии по постановке на воинский учет, призывной комиссии или военного комиссара может быть направлен в медицинскую организацию на амбулаторное или стационарное медицинское обследование для уточнения диагноза заболевания либо для лечения. По завершении медицинского обследования (лечения) гражданина составляется акт исследования состояния здоровья.

При первоначальной постановке гражданина на воинский учет или призыве на военную службу заключение о временной негодности к военной службе выносится на срок до 12 месяцев.

4. Организация медицинского освидетельствования граждан, не проходящих военную службу и поступающих на военную службу по контракту в Вооруженные Силы Российской Федерации, другие войска и воинские формирования, возлагается на военные комиссариаты.

Организация медицинского освидетельствования граждан, поступающих на службу в органы, возлагается на военно-врачебные комиссии (врачебно-летные комиссии) соответствующих органов.

По направлению военных комиссариатов, военно-врачебных комиссий (врачебно-летных комиссий) органов граждане до медицинского освидетельствования проходят обязательные диагностические исследования в порядке и объеме, устанавливаемых федеральными органами исполнительной власти, в которых законом предусмотрена военная служба (служба в органах).

Гражданин, поступающий на военную службу по контракту (службу в органы), для уточнения диагноза заболевания может быть направлен на амбулаторное или стационарное медицинское обследование.

Медицинское освидетельствование граждан, поступающих на военную службу по контракту (службу в органах), проводят врачи-специалисты: хирург, терапевт, невропатолог, психиатр, окулист, оториноларинголог, стоматолог, дерматовенеролог, а в случае необходимости - врачи других специальностей.

При наличии у гражданина, не проходящего военную службу и поступающего на военную службу по контракту, заболевания, по которому расписанием болезней предусматривается индивидуальная оценка категории годности к военной службе, военно-врачебная комиссия выносит заключение о годности к военной службе по категории В - ограниченно годен к военной службе.

5. Граждане, не проходящие военную службу и поступающие в училища, военно-учебные, учебные заведения, проходят предварительное и окончательное медицинское освидетельствование для определения годности к поступлению в училища, военно-учебные, учебные заведения. Гражданин, поступающий в училище, военно-учебное заведение, учебное заведение, для уточнения диагноза заболевания может быть направлен на амбулаторное или стационарное медицинское обследование в медицинскую организацию.

Медицинское освидетельствование граждан, поступающих в училища, военно-учебные заведения, учебные заведения, проводят врачи-специалисты: хирург, терапевт, невропатолог, психиатр, окулист, оториноларинголог, стоматолог, дерматовенеролог, а в случае необходимости - врачи других специальностей.

6. Организация и проведение медицинского освидетельствования военнослужащих возлагаются на военно-врачебную комиссию.

Медицинское освидетельствование проводят врачи-специалисты: хирург, терапевт, невропатолог, окулист, оториноларинголог, а в случае необходимости - врачи других специальностей.

При наличии у офицеров, прапорщиков, мичманов заболеваний, по которым расписанием болезней предусматривается индивидуальная оценка категории годности к военной службе, годности к службе по военно-учетной специальности, заключение о категории годности к военной службе, годности к службе по военно-учетной специальности выносится с учетом специальности, опыта службы по военно-учетной специальности и воинской должности, которую занимают или на которую предназначаются освидетельствуемые, с учетом их состояния здоровья, мнений командования и врача части о способности указанных военнослужащих исполнять обязанности военной службы, службы по военно-учетной специальности, изложенных в служебной и медицинской характеристиках.

При наличии у солдат, матросов, сержантов, старшин, проходящих военную службу по контракту, и курсантов военно-учебных заведений, кроме обучающихся на выпускном курсе, заболеваний, по которым расписанием болезней предусматривается индивидуальная оценка

категории годности к военной службе, выносится заключение о годности к военной службе по категории В - ограниченно годен к военной службе.

Офицеры, прапорщики, мичманы, признанные годными к военной службе с незначительными ограничениями или ограниченно годными к военной службе, признаются не годными к службе в воздушно-десантных войсках, плавающем составе Военно-Морского Флота и пограничных войск Федеральной службы безопасности Российской Федерации (далее именуется - плавсостав), морской пехоте, в специальных сооружениях, если иное не определено расписанием болезней.

Солдаты, матросы, сержанты, старшины, проходящие военную службу по контракту, и курсанты военно-учебных заведений, признанные годными к военной службе с незначительными ограничениями, признаются не годными к службе в воздушно-десантных войсках, плавсоставе, морской пехоте, специальных сооружениях, если иное не определено расписанием болезней.

Медицинское освидетельствование гражданина, призванного на военные сборы и получившего в период прохождения военных сборов увечье, проводится независимо от того, изменяется или не изменяется его категория годности к военной службе, а гражданина, получившего в период прохождения военных сборов заболевание, - только в случае, если заболевание изменяет его категорию годности к военной службе либо приводит к его негодности (в том числе временной) к военной службе.

7. Порядок организации и проведения медицинского освидетельствования, а также требования к состоянию здоровья граждан, поступающих на службу в органы, Государственную противопожарную службу Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий, лиц рядового и начальствующего состава (должностных лиц) органов, Государственной противопожарной службы Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий и членов их семей, граждан, поступающих на военную службу по контракту, а также проходящих военную службу по контракту в Службе внешней разведки Российской Федерации, Федеральной службе безопасности Российской Федерации (за исключением пограничных войск), федеральном органе специальной связи и информации, федеральных органах государственной охраны, и членов их семей, граждан, имеющих воинские звания офицеров и пребывающих в запасе Службы внешней разведки Российской Федерации, Федеральной службы безопасности Российской Федерации, и граждан, поступающих в учебные заведения, определяются соответствующими федеральными органами исполнительной власти. Так, Инструкция о военно-врачебной экспертизе в органах федеральной службы безопасности и пограничных войсках утверждена Приказом ФСБ РФ от 29 июня 2004 г. N 457, Инструкция о порядке проведения военно-врачебной экспертизы в органах по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ - Приказом Госнарконтроля РФ от 13 апреля 2004 г. N 115, Инструкция о порядке проведения военно-врачебной экспертизы в таможенных органах Российской Федерации утверждена Приказом ГТК РФ от 4 июня 2003 г. N 620, Инструкция о порядке проведения военно-врачебной экспертизы в Вооруженных Силах Российской Федерации - Приказом Минобороны РФ от 20 августа 2003 г. N 200.

8. Категория годности к военной службе определяется на основании заключения военно-врачебной комиссии, которая руководствуется законодательно установленными требованиями к здоровью, в т.ч. психическому, лиц, поступающих на военную службу или проходящих ее. Например, в Инструкции о военно-врачебной экспертизе в органах федеральной службы безопасности и пограничных войсках, утвержденной Приказом ФСБ РФ от 29 июня 2004 г. N 457, определены психические расстройства, влияющие на годность или негодность лица к службе в органах ФСБ РФ - это:

- органические психические расстройства;
- эндогенные психозы;
- симптоматические и другие психические расстройства экзогенной этиологии;
- невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства;
- расстройства личности;
- психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ;
- умственная отсталость.

#### Органические психические расстройства

Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к военной службе				
	1 графа	2 графа	3 графа	4 графа	5 графа



а) при резко выраженных и стойких психических нарушениях	- вновь принимаемые не годны - военнослужащие не годны к военной службе
б) при умеренно выраженных психических нарушениях	- вновь принимаемые не годны - военнослужащие ограниченно годны к военной службе
в) при легких кратковременных болезненных проявлениях	- вновь принимаемые не годны - военнослужащие временно не годны к военной службе
г) при стойкой компенсации болезненных расстройств после острого заболевания головного мозга или закрытой черепно-мозговой травмы	- вновь принимаемые не годны - военнослужащие годны к военной службе с незначительными нарушениями

Эта таблица предусматривает психозы, другие психические расстройства, изменения личности и поведения, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга (травмы, опухоли головного мозга, энцефалит, менингит, нейросифилис, а также сенильные и пресенильные психозы, сосудистые, дегенеративные, другие органические заболевания и поражения головного мозга).

Освидетельствование проводится после стационарного (амбулаторного) обследования.

К пункту "а" относятся резко выраженные, затяжные психотические состояния, а также психические расстройства, проявляющиеся стойкими, выраженными интеллектуально-мнестическими нарушениями или резко выраженными изменениями личности по психоорганическому типу.

К пункту "б" относятся состояния с умеренно выраженными астеническими, аффективными, диссоциативными, когнитивными, личностными и другими нарушениями, а также психотические состояния с благоприятным течением.

К пункту "в" относятся преходящие, кратковременные психотические и непсихотические расстройства, возникающие вследствие острых органических заболеваний или травм головного мозга, завершившиеся выздоровлением или незначительно выраженной астенией при отсутствии признаков органического поражения центральной нервной системы. По окончании отпуска по болезни или освобождения при необходимости проводится повторное освидетельствование.

К пункту "г" относятся состояния стойкой (не менее 1 года) компенсации болезненных проявлений после острого заболевания или травмы головного мозга при отсутствии психических расстройств и явлений органического поражения центральной нервной системы, когда имеются лишь отдельные рассеянные органические знаки, без нарушения функций.

#### Эндогенные психозы

Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к военной службе				
	1 графа	2 графа	3 графа	4 графа	5 графа
Шизофрения, шизотипические расстройства, хронические бредовые расстройства, аффективные психозы (в том числе циклотимия)					

Освидетельствование при впервые выявленных признаках заболевания проводится только после стационарного обследования.

При наличии эндогенного психоза, подтвержденного медицинскими документами о лечении и наблюдении в специализированном медицинском учреждении, вопрос о годности граждан, поступающих на военную службу по контракту (в образовательные учреждения), может быть решен без стационарного обследования.

**Симптоматические и другие психические расстройства  
экзогенной этиологии**

Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к военной службе				
	1 графа	2 графа	3 графа	4 графа	5 графа
а) при резко выраженных и стойких болезненных проявлениях	- вновь принимаемые не годны - военнослужащие не годны к военной службе				
б) при умеренно выраженных длительных или повторных болезненных проявлениях	- вновь принимаемые не годны - военнослужащие: категория годности к военной службе - ИНД				
в) при умеренно или незначительно выраженном, затянувшемся астеническом состоянии	- вновь принимаемые не годны - военнослужащие временно не годны к военной службе				
г) при легком и кратковременном астеническом состоянии, закончившемся выздоровлением	- вновь принимаемые: годность - ИНД - военнослужащие годны к военной службе				

Таблица предусматривает психозы и другие психические расстройства вследствие общих инфекций, интоксикаций (кроме вызванных употреблением психоактивных веществ), соматических заболеваний различного генеза, ВИЧ-инфекции, эпилепсии, а также связанные с физиологическими нарушениями, воздействием РВ, ИИИ, КРТ, источников ЭМП и другими причинами.

В документах о результатах обследования и освидетельствования указывается причина, которая повлекла за собой развитие психического расстройства.

К пункту "а" относятся психотические расстройства с резко выраженными клиническими проявлениями или длительным течением, в том числе с выраженными изменениями личности.

К пункту "б" относятся умеренно выраженные, длительные или повторные психотические и непсихотические состояния, приводящие к патологическим изменениям личности по органическому типу или выраженному стойкому (более 3 месяцев) астеническому состоянию (церебрастении), в том числе с явлениями органического поражения центральной нервной системы.

В случае благоприятного течения заболевания, когда наступает стойкая компенсация болезненных проявлений, офицеры, прапорщики и мичманы могут быть признаны годными к военной службе с незначительными ограничениями.

К пункту "в" относятся умеренно или незначительно выраженные, затянувшиеся (до 3 месяцев) астенические состояния после перенесенной инфекции при отсутствии явлений органического поражения центральной нервной системы. По окончании отпуска по болезни или освобождения при необходимости проводится освидетельствование.

Лицам, перенесшим острое отравление алкоголем или наркотическими (токсическими) веществами, заключение о необходимости предоставления отпуска по болезни не выносится.

К пункту "г" относятся психические расстройства, возникающие в результате острого заболевания, протекающие с легкой и кратковременной (до 2 - 3 недель) астенией и закончившиеся выздоровлением.

К этому же пункту относится наличие указанных в статье психических расстройств в анамнезе при отсутствии патологии со стороны нервно-психической сферы и внутренних органов. Благоприятный исход этих психических расстройств должен быть подтвержден обследованием в медицинских учреждениях.

#### Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства

Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к военной службе				
	1 графа	2 графа	3 графа	4 графа	5 графа
а) при резко выраженных и стойких болезненных проявлениях	- вновь принимаемые не годны - военнослужащие не годны к военной службе				
б) при умеренно выраженных длительных или повторных болезненных проявлениях	- вновь принимаемые не годны - военнослужащие ограниченно годны к военной службе				
в) при умеренно кратковременных болезненных проявлениях	- вновь принимаемые не годны - военнослужащие годны к военной службе с незначительными ограничениями				
г) при легких кратковременных болезненных проявлениях, закончившихся выздоровлением	- вновь принимаемые: годность - ИНД				
	Не годны	инд	Не годны		
	- военнослужащие годны к военной службе				

Таблица предусматривает реактивные психозы, невротические, диссоциативные и соматоформные расстройства, психогенные депрессивные состояния и реакции, невротическое развитие личности, хронические постреактивные изменения личности, а также посттравматическое стрессовое расстройство.

К пункту "а" относятся истерический психоз, реактивные состояния с затяжным течением, а также резко выраженные невротические, диссоциативные и соматоформные расстройства, не поддающиеся лечению.

К пункту "б" относятся психотические состояния с кратковременным и благоприятным течением; умеренно выраженные, длительные или повторные невротические расстройства, когда болезненные проявления, несмотря на проводимое стационарное лечение, стойко удерживаются и выражены в степени, затрудняющей выполнение освидетельствуемым обязанностей военной службы.

К пункту "в" относятся умеренно выраженные, кратковременные невротические расстройства, закончившиеся компенсацией.

К пункту "г" относятся незначительно выраженные, кратковременные невротические расстройства, характеризующиеся в основном эмоционально-волевыми, вегетативными нарушениями, хорошо поддающиеся лечению и закончившиеся выздоровлением.

#### Расстройства личности

Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к военной службе				
	1 графа	2 графа	3 графа	4 графа	5 графа
а) резко выраженные со	- вновь принимаемые не годны				

склонностью к повторным длительным декомпенсациям или патологическим реакциям	- военнослужащие не годны к военной службе
б) умеренно выраженные с неустойчивой компенсацией или компенсированные	- вновь принимаемые не годны - военнослужащие ограниченно годны к военной службе

Таблица предусматривает специфические (психопатии, транзиторные личностные расстройства) и другие расстройства личности и поведения.

Для диагностики расстройства личности (психопатии) необходим объективно собранный анамнез, а также всестороннее обследование в условиях психиатрического стационара (диспансера). Освидетельствование военнослужащих проводится после изучения служебной и медицинской характеристик.

К пункту "а" относятся резко выраженные, не поддающиеся компенсации, так называемые ядерные формы психопатии и патологическое развитие личности (паранойяльное, обсессивно-фобическое и др.).

К пункту "б" относятся:

- транзиторные (парциальные) расстройства личности, не достигающие уровня психопатии, со стойкой компенсацией эмоционально-волевых и других патологических проявлений;
- умеренно выраженные формы личностных расстройств, проявляющиеся аффективными срывами, реактивными состояниями, выраженностью вегетативных реакций;
- инфантильное развитие личности со склонностью к стойким и выраженным патологическим реакциям;
- расстройства половой идентификации и сексуального предпочтения. При этом сама по себе сексуальная ориентация не рассматривается как расстройство.

Лица с психопатоподобными состояниями (изменениями личности), причинно связанными с конкретными внешними факторами (инфекциями, интоксикациями, травмами и др.), и другой психической патологией, освидетельствуются по тем статьям расписания болезней, которые предусматривают соответствующие нозологические формы нервно-психической патологии.

Случаи установочного, нарочитого поведения, проявления недисциплинированности, не вытекающие из всей патологической структуры личности, не могут оцениваться как признаки личностного расстройства.

#### Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ

Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к военной службе				
	1 графа	2 графа	3 графа	4 графа	5 графа
а) при синдроме зависимости с выраженными, стойкими психическими нарушениями	- вновь принимаемые не годны - военнослужащие не годны к военной службе				
б) при синдроме зависимости с умеренными или незначительными психическими нарушениями	- вновь принимаемые не годны - военнослужащие ограниченно годны к военной службе				

Таблица предусматривает психические расстройства, тяжесть которых варьирует (от злоупотребления с вредными последствиями без синдрома зависимости до психозов и деменции), но при этом все они являются следствием употребления одного или нескольких психоактивных веществ.

Освидетельствование военнослужащих проводится после стационарного обследования.

К пункту "а" относятся хронические алкогольные психозы, алкогольная зависимость (средняя и конечная), наркомания и токсикомания с выраженными изменениями личности, интеллектуально-мнестическими нарушениями.

К пункту "б" относятся:

- острые алкогольные психозы, алкогольная зависимость (средняя и начальная);

- наркомания и токсикомания с умеренно выраженными изменениями личности, а также наркомания и токсикомания при отсутствии личностных расстройств, явлений измененной реактивности и физической зависимости;

- злоупотребление наркотическими и токсическими веществами (случаи повторного приема психоактивных веществ, сопровождающиеся отчетливыми вредными для психического или физического здоровья последствиями, при отсутствии синдрома зависимости).

Пагубное употребление алкоголя без формирования измененной реактивности не может служить основанием для применения настоящей статьи.

#### Умственная отсталость

Наименование болезней, степень нарушения функции	Категория годности к военной службе				
	1 графа	2 графа	3 графа	4 графа	5 графа
а) в глубокой, тяжелой и умеренной степени выраженности	- вновь принимаемые не годны - военнослужащие не годны к военной службе				
б) в легкой степени выраженности	- вновь принимаемые не годны - военнослужащие ограниченно годны к военной службе				

К пункту "а" относятся все формы глубокой, тяжелой и умеренной умственной отсталости. При значительных и явных дефектах интеллекта вопрос о негодности к военной службе граждан, поступающих на военную службу по контракту, может быть решен без стационарного обследования.

К пункту "б" относится умственная отсталость легкой степени (коэффициент умственного развития в диапазоне 50 - 69). Если при установлении этого диагноза результаты врачебного обследования не соответствуют другим данным, характеризующим поведение освидетельствуемого в быту, на производстве, в подразделении и др., то стационарное обследование обязательно.

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

Статья 16. Виды психиатрической помощи и социальной поддержки, гарантируемые государством

### Комментарий к статье 16

1. Комментируемая статья определяет основные виды гарантированной со стороны государства психиатрической помощи и социальной поддержки лиц, страдающих психическим расстройством.

2. Государством гарантируется неотложная психиатрическая помощь. Как правило, такой вид помощи оказывается учреждениями, оказывающими внебольничную психиатрическую помощь или бригадами скорой психиатрической помощи, которые организуются в составе станции (подстанции, отделения) скорой медицинской помощи, психоневрологического диспансера, психиатрической больницы, а также центральной районной больницы. Они обеспечивают скорую психиатрическую помощь по месту пребывания пациента, в том числе в лечебно-профилактических учреждениях.

Психиатрические бригады не имеют права на выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, судебно-психиатрических и других экспертных заключений, в том

числе и по поводу наличия или отсутствия алкогольного опьянения, не выдают каких-либо иных письменных справок. Все необходимые рекомендации пациентам, их законным представителям и медицинскому персоналу психиатрических учреждений даются устно.

Согласно Штатным нормативам медицинского персонала бригад скорой психиатрической помощи, утвержденным Приказом Минздрава РФ от 8 апреля 1998 г. N 108, в состав бригады входят:

1) врачебный персонал - должности врачей-психиатров устанавливаются из расчета:

1 круглосуточный пост на 300 тысяч населения в городах с численностью населения свыше 100 тысяч жителей, но не менее одного круглосуточного поста на город;

1 круглосуточный пост на 50 тысяч жителей городов с численностью населения до 100 тысяч жителей и поселков городского типа вместе с сельским населением, принятым на обслуживание согласно договору с муниципальными органами исполнительной власти.

2) средний медицинский персонал - должности фельдшеров устанавливаются соответственно должностям врачей-психиатров.

Должности фельдшера или медицинской сестры по приему вызовов и передаче их бригаде, если скорая психиатрическая помощь функционирует в составе психиатрического (психоневрологического) учреждения, устанавливаются из расчета 1 круглосуточный пост.

3) младший медицинский персонал - должности санитары (санитарки) устанавливаются соответственно должностям врача или фельдшера на каждую врачебную или фельдшерскую бригаду.

2. Государством гарантируется консультативно-диагностическая, лечебная, психопрофилактическая, реабилитационная помощь во внебольничных и стационарных условиях. К этой гарантии относится любой вид психиатрической помощи, включающей в себя обследование психического здоровья граждан, диагностику психических расстройств, лечение, уход и медико-социальную реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами. Диагноз психического расстройства ставится в соответствии с общепризнанными международными стандартами и не может основываться только на несогласии гражданина с принятыми в обществе моральными, культурными, политическими или религиозными ценностями либо на иных причинах, непосредственно не связанных с состоянием его психического здоровья.

3. Со стороны государства гарантировано проведение любых видов психиатрической экспертизы (судебно-психиатрической, медико-социальной, военно-врачебной), а также определение временной нетрудоспособности. Определение временной нетрудоспособности осуществляет лечащий врач-психиатр. Лицу, страдающему психическим расстройством, выдается листок временной нетрудоспособности.

4. Социально-бытовая помощь и содействие в трудоустройстве лиц, страдающих психическими расстройствами, заключается в содействии лицам, страдающим психическим расстройством, в реализации льгот при оплате коммунальных услуг, получении жилья, при приобретении лекарственных средств и т.п. Согласно Положению о лечебно-производственных государственных предприятиях для проведения трудовой терапии, обучения новым профессиям и трудоустройства на этих предприятиях лиц, страдающих психическими расстройствами, включая инвалидов, для проведения трудовой терапии, обучения новым профессиям и трудоустройства лиц, страдающих психическими расстройствами, включая инвалидов, учреждается лечебно-производственное государственное предприятие (структурное подразделение государственного и муниципального учреждения, оказывающего психиатрическую помощь). Основными задачами предприятия являются:

трудоустройство лиц, страдающих психическими расстройствами;

их трудовое обучение и переобучение;

трудоустройство указанных лиц (на правах рабочих и служащих), не имеющих возможности трудоустройства на обычном производстве по медицинским показаниям и иным обстоятельствам.

5. Государство гарантирует решение вопросов опеки лиц, страдающих психическим расстройством. От имени государства в данном случае действуют органы местного самоуправления, т.к. они согласно ст. 34 Гражданского кодекса Российской Федерации являются органами опеки и попечительства. Эти органы назначают опекуна или попечителя по месту жительства лица, нуждающегося в опеке или попечительстве, в течение месяца с момента, когда указанным органам стало известно о необходимости установления опеки или попечительства над гражданином. При наличии заслуживающих внимания обстоятельств опекун или попечитель может быть назначен органом опеки и попечительства по месту жительства опекуна (попечителя). Если лицу, нуждающемуся в опеке или попечительстве, в течение месяца не назначен опекун или попечитель, исполнение обязанностей опекуна или попечителя временно возлагается на орган опеки и попечительства.

Опекунами и попечителями могут назначаться только совершеннолетние дееспособные граждане. Не могут быть назначены опекунами и попечителями граждане, лишённые родительских

прав. Опекун или попечитель может быть назначен только с его согласия. При этом должны учитываться его нравственные и иные личные качества, способность к выполнению обязанностей опекуна или попечителя, отношения, существующие между ним и лицом, нуждающимся в опеке или попечительстве, а если это возможно - и желание подопечного.

Опекунами и попечителями граждан, нуждающихся в опеке или попечительстве и находящихся или помещенных в соответствующие воспитательные, лечебные учреждения, учреждения социальной защиты населения или другие аналогичные учреждения, являются эти учреждения.

6. Государство гарантирует лицам, страдающим психическим расстройством оказание консультаций по правовым вопросам и другие виды юридической помощи в психиатрических и психоневрологических учреждениях. Правовая помощь, которая оказывается лицам, страдающим психическим расстройством, заключается в следующем:

разъяснение им положений данного Закона, иных нормативных правовых актов, применяемых при оказании психиатрической помощи;

оказание помощи в подготовке и подаче жалоб на действия или бездействие медицинских работников психиатрических и психоневрологических учреждений, социальных служб или работников этих служб, нарушающие или ущемляющие законные права граждан;

помощь в оформлении исковых заявлений и иных документов;

оказание помощи в вопросах, связанных с пенсионным обеспечением;

оказание юридической помощи и содействие в получении установленных законодательством льгот и преимуществ, социальных выплат;

обеспечение представительства в суде для защиты прав и законных интересов;

содействие в получении помощи адвоката в порядке, установленном законодательством;

содействие в оформлении документов для привлечения к уголовной ответственности виновных в физическом и психическом насилии, совершенном над лицами, страдающими психическим расстройством;

содействие в получении страхового медицинского полиса;

консультирование по социально-правовым вопросам (гражданское, жилищное, семейное, трудовое, пенсионное, уголовное законодательство, и другим вопросам);

оказание юридической помощи в оформлении документов для трудоустройства, получения паспорта и других документов, имеющих юридическое значение;

получение по доверенности пенсий, пособий, других социальных выплат и т.д.

7. Со стороны государства гарантируется социально-бытовое устройство инвалидов и престарелых, страдающих психическими расстройствами, а также уход за ними. Общие вопросы социально-бытового устройства указанной категории граждан регулируются Федеральным законом от 2 августа 1995 г. N 122-ФЗ "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов", согласно которому социальное обслуживание граждан пожилого возраста и инвалидов представляет собой деятельность по удовлетворению потребностей указанных граждан в социальных услугах. Социальное обслуживание включает в себя совокупность социальных услуг, которые предоставляются гражданам пожилого возраста и инвалидам на дому или в учреждениях социального обслуживания независимо от форм собственности.

Деятельность в сфере социального обслуживания инвалидов и граждан пожилого возраста строится на принципах:

соблюдения прав человека и гражданина;

предоставления государственных гарантий в сфере социального обслуживания;

обеспечения равных возможностей в получении социальных услуг и их доступности для инвалидов и граждан пожилого возраста;

преемственности всех видов социального обслуживания;

ориентации социального обслуживания на индивидуальные потребности инвалидов и граждан пожилого возраста;

приоритета мер по социальной адаптации инвалидов и граждан пожилого возраста;

ответственности органов государственной власти и учреждений, а также должностных лиц за обеспечение прав инвалидов и граждан пожилого возраста в сфере социального обслуживания.

Согласно ст. 4 Федерального закона от 2 августа 1995 г. N 122-ФЗ "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов" государство гарантирует гражданам пожилого возраста и инвалидам возможность получения социальных услуг на основе принципа социальной справедливости независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям и других обстоятельств.

Инвалиды (в том числе дети-инвалиды) и граждане пожилого возраста, нуждающиеся в постоянной или временной посторонней помощи в связи с частичной или полной утратой возможности самостоятельно удовлетворять свои основные жизненные потребности вследствие ограничения способности к самообслуживанию и (или) передвижению, имеют право на социальное

обслуживание, осуществляемое в государственном и негосударственном секторах системы социального обслуживания. При получении социальных услуг инвалиды и граждане пожилого возраста имеют право на:

- уважительное и гуманное отношение со стороны работников учреждений социального обслуживания;

- информацию о своих правах, обязанностях, условиях оказания социальных услуг;

- согласие на социальное обслуживание;

- отказ от социального обслуживания;

- конфиденциальность информации личного характера, ставшей известной работнику учреждения социального обслуживания при оказании социальных услуг;

- защиту своих прав законных интересов, в том числе в судебном порядке.

- выбор учреждения и формы социального обслуживания в порядке, установленном органами социальной защиты населения субъектов Российской Федерации. Письмо Минтруда РФ от 5 января 2003 г. N 30-ГК определяет номенклатуру учреждений (отделений) социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов, согласно которой:

- специализированные учреждения социального обслуживания инвалидов включают в себя:

1) стационарные учреждения (отделения) социального обслуживания инвалидов:

дом-интернат (пансионат) для престарелых инвалидов;

дом-интернат (пансионат) для ветеранов войны и труда;

специальный дом-интернат (отделение) для престарелых инвалидов;

психоневрологический интернат;

реабилитационный центр (отделение) для инвалидов молодого возраста;

дом-интернат (отделение) милосердия;

геронтологический центр;

геронтопсихиатрический центр;

дом-интернат малой вместимости;

социально-оздоровительный центр;

2) учреждения (отделения) социального обслуживания инвалидов, оказывающие услуги по предоставлению жилого помещения в домах жилищного фонда социального использования:

специальный дом для одиноких престарелых;

социальные квартиры;

3) учреждения (отделения) полустационарного социального обслуживания инвалидов:

дом ночного пребывания;

социальный приют;

социальная гостиница;

центр (отделение) социальной адаптации;

социально-реабилитационное отделение для инвалидов;

центр (отделение) дневного пребывания инвалидов;

центр (отделение) временного проживания инвалидов;

4) учреждения (отделения) социального обслуживания инвалидов на дому:

центр (отделение) социального обслуживания на дому инвалидов;

специализированное отделение социально-медицинского обслуживания инвалидов на дому;

5) учреждения (отделения) срочного социального обслуживания инвалидов:

служба (отделение) срочного социального обслуживания;

6) учреждения (отделения) социального обслуживания инвалидов, оказывающие социально-консультативную помощь:

консультативный центр (отделение);

комплексные учреждения социального обслуживания включают в себя:

- центр социального обслуживания инвалидов;

- комплексный центр социального обслуживания населения;

- комплексный социальный центр по оказанию помощи лицам без определенного места жительства;

- иные учреждения (отделения) социального обслуживания инвалидов и граждан пожилого возраста, а также организации, находящиеся при них:

социальная столовая, отделение торгового обслуживания малообеспеченных граждан, лечебно-производственные трудовые мастерские, подсобные хозяйства при учреждениях социального обслуживания инвалидов и другие.

Социальное обслуживание инвалидов может осуществляться учреждениями социального обслуживания (отделениями, входящими в учреждения), а также отделениями при органах социальной защиты населения. Таким образом, отделение, в соответствии с формой оказания социальных услуг, может входить в состав учреждения социального обслуживания как его структурное подразделение или находиться при органе социальной защиты населения.



По форме собственности все учреждения социального обслуживания инвалидов, согласно статье 4 Федерального закона от 10.12.1995 N 195-ФЗ "Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации", могут быть:

государственными учреждениями (отделениями) социального обслуживания инвалидов, являющимися федеральной собственностью, находящимися в ведении федеральных органов исполнительной власти государственными учреждениями (отделениями) социального обслуживания инвалидов, являющимися собственностью субъектов Российской Федерации, находящимися в ведении органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации;

муниципальными учреждениями (отделениями) социального обслуживания инвалидов, находящимися в ведении органов местного самоуправления;

учреждениями (отделениями) социального обслуживания инвалидов иных форм собственности.

В зависимости от наличия специализации по форме оказания социальных услуг в соответствии с Федеральным законом от 02.08.1995 N 122-ФЗ "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов" учреждения социального обслуживания инвалидов могут быть:

специализированными учреждениями (отделениями) социального обслуживания инвалидов; комплексными учреждениями социального обслуживания инвалидов.

По форме, в которой специализированные учреждения (отделения) оказывают социальные услуги инвалидам, они подразделяются на:

стационарные учреждения (отделения) социального обслуживания инвалидов;

учреждения (отделения) полустационарного социального обслуживания инвалидов;

учреждения (отделения) социального обслуживания инвалидов на дому;

учреждения (отделения) срочного социального обслуживания инвалидов;

учреждения (отделения) социального обслуживания инвалидов, оказывающие социально-консультативную помощь;

специальные дома для одиноких престарелых (социальные квартиры), предоставляемые муниципальным жилищным фондом социального использования для инвалидов.

Социальное обслуживание осуществляется при условии добровольного согласия инвалидов и граждан пожилого возраста на получение социальных услуг. Согласие на социальное обслуживание лиц, не достигших 14 лет, и лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дается их законными представителями. При временном отсутствии законных представителей решение о согласии принимается органами опеки и попечительства. Помещение в стационарное учреждение социального обслуживания инвалидов и граждан пожилого возраста производится на основании их личного письменного заявления и подтверждается их подписью, а лиц, не достигших 14 лет, и лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, - на основании письменного заявления их законных представителей.

Инвалиды и граждане пожилого возраста, а также их законные представители имеют право отказаться от социального обслуживания. В случае отказа от социального обслуживания гражданам пожилого возраста и инвалидам, а также их законным представителям разъясняются возможные последствия принятого ими решения. Отказ и инвалидов от социального обслуживания, который может повлечь за собой ухудшение состояния их здоровья или угрозу для их жизни, оформляется письменным заявлением инвалидов или их законных представителей, подтверждающим получение информации о последствиях отказа.

Ограничения прав инвалидов и граждан пожилого возраста при оказании им социальных услуг могут выражаться в помещении этих граждан без их согласия в учреждения социального обслуживания в случаях, если они лишены ухода и поддержки со стороны родственников или иных законных представителей и при этом не способны самостоятельно удовлетворять свои жизненные потребности (утрата способности к самообслуживанию и (или) активному передвижению) или признаны в установленном законом порядке недееспособными. Вопрос о помещении инвалидов и граждан пожилого возраста в стационарные учреждения социального обслуживания без их согласия или без согласия их законных представителей решается судом по представлению органов социальной защиты населения. Отказ от услуг стационарных учреждений социального обслуживания инвалидов и граждан пожилого возраста, утративших способность удовлетворять свои основные жизненные потребности или признанных в установленном законом порядке недееспособными, производится по письменному заявлению их законных представителей в случае, если они обязуются обеспечить указанным лицам уход и необходимые условия проживания.

Социальное обслуживание инвалидов включает:

социальное обслуживание на дому (включая социально-медицинское обслуживание);

полустационарное социальное обслуживание в отделениях дневного (ночного) пребывания учреждений социального обслуживания;

стационарное социальное обслуживание в стационарных учреждениях социального обслуживания (домах-интернатах, пансионатах и других учреждениях социального обслуживания независимо от их наименования);

срочное социальное обслуживание;  
социально-консультативную помощь.

Согласно Федеральному закону от 2 августа 1995 г. N 122-ФЗ "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов" социальное обслуживание на дому - одна из основных форм социального обслуживания, направленная на максимально возможное продление пребывания инвалидов в привычной социальной среде в целях поддержания их социального статуса, а также на защиту их прав и законных интересов. К числу надомных социальных услуг, предусматриваемых перечнем гарантированных государством социальных услуг, относятся:

организация питания, включая доставку продуктов на дом;

помощь в приобретении медикаментов, продовольственных и промышленных товаров первой необходимости;

содействие в получении медицинской помощи, в том числе сопровождение в медицинские учреждения;

поддержание условий проживания в соответствии с гигиеническими требованиями;

содействие в организации юридической помощи и иных правовых услуг;

содействие в организации ритуальных услуг;

другие надомные социальные услуги.

Социально-медицинское обслуживание на дому осуществляется в отношении нуждающихся в надомных социальных услугах инвалидов, страдающих психическими расстройствами (в стадии ремиссии), туберкулезом (за исключением активной формы), тяжелыми заболеваниями (в том числе онкологическими) в поздних стадиях.

Полустационарное социальное обслуживание включает социально-бытовое, медицинское и культурное обслуживание и инвалидов и граждан пожилого возраста, организацию их питания, отдыха, обеспечение их участия в посильной трудовой деятельности и поддержание активного образа жизни. На полустационарное социальное обслуживание принимаются нуждающиеся в нем граждане пожилого возраста и инвалиды, сохранившие способность к самообслуживанию и активному передвижению, не имеющие медицинских противопоказаний к зачислению на социальное обслуживание. Решение о зачислении на полустационарное социальное обслуживание принимается руководителем учреждения социального обслуживания на основании личного письменного заявления инвалида и справки учреждения здравоохранения о состоянии его здоровья.

Стационарное социальное обслуживание направлено на оказание разносторонней социально-бытовой помощи инвалидам и гражданам пожилого возраста, частично или полностью утратившим способность к самообслуживанию и нуждающимся по состоянию здоровья в постоянном уходе и наблюдении. Стационарное социальное обслуживание включает меры по созданию для инвалидов и граждан пожилого возраста наиболее адекватных их возрасту и состоянию здоровья условий жизнедеятельности, реабилитационные мероприятия медицинского, социального и лечебно-трудового характера, обеспечение ухода и медицинской помощи, организацию их отдыха и досуга. Стационарное социальное обслуживание инвалидов осуществляется в стационарных учреждениях (отделениях) социального обслуживания, профилированных в соответствии с их возрастом, состоянием здоровья и социальным положением. Не допускается помещение детей-инвалидов с физическими недостатками в стационарные учреждения социального обслуживания, предназначенные для проживания детей с психическими расстройствами.

Срочное социальное обслуживание осуществляется в целях оказания неотложной помощи разового характера инвалидам и гражданам пожилого возраста, остро нуждающимся в социальной поддержке.

Социально-консультативная помощь инвалидам и гражданам пожилого возраста направлена на их адаптацию в обществе, ослабление социальной напряженности, создание благоприятных отношений в семье, а также на обеспечение взаимодействия личности, семьи, общества и государства. Она ориентирована на их психологическую поддержку, активизацию усилий в решении собственных проблем и предусматривает:

выявление лиц, нуждающихся в социально-консультативной помощи;

профилактику различного рода социально-психологических отклонений;

работу с семьями, в которых живут граждане пожилого возраста и инвалиды, организацию их досуга;

консультативную помощь в обучении, профессиональной ориентации и трудоустройстве инвалидов;

обеспечение координации деятельности государственных учреждений и общественных объединений для решения проблем и инвалидов;

правовую помощь в пределах компетенции органов социального обслуживания;  
иные меры по формированию здоровых взаимоотношений и созданию благоприятной социальной среды для инвалидов.

8. Государство обеспечивает обучение инвалидов и несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами. Общее образование инвалиды и несовершеннолетние, страдающие психическими расстройствами, получают в соответствии с программой реабилитации. В соответствии со ст. 19 Закона РФ от 10 июля 1992 г. N 3266-1 "Об образовании" общее образование включает в себя три ступени, соответствующие уровням образовательных программ: начальное общее, основное общее, среднее (полное) общее образование.

Обучение детей в образовательных учреждениях, реализующих программы начального общего образования, начинается с достижения ими возраста шести лет шести месяцев при отсутствии противопоказаний по состоянию здоровья, но не позже достижения ими возраста восьми лет. По заявлению родителей (законных представителей) учредитель образовательного учреждения вправе разрешить прием детей в образовательные учреждения для обучения в более раннем возрасте.

Основное общее образование и государственная (итоговая) аттестация являются обязательными. Требование обязательности основного общего образования применительно к конкретному обучающемуся сохраняет силу до достижения им возраста пятнадцати лет, если соответствующее образование не было получено обучающимся ранее.

Предельный возраст обучающихся для получения основного общего образования в общеобразовательном учреждении по очной форме обучения - восемнадцать лет. По решению органа управления образовательного учреждения за совершение противоправных действий, грубые и неоднократные нарушения устава образовательного учреждения допускается исключение из данного образовательного учреждения обучающихся, достигших возраста четырнадцати лет. Об исключении обучающегося из образовательного учреждения последнее обязано в трехдневный срок проинформировать органы местного самоуправления. Органы местного самоуправления совместно с родителями (законными представителями) исключенного в месячный срок принимают меры, обеспечивающие его трудоустройство или продолжение обучения в другом образовательном учреждении.

Для детей и подростков с отклонениями в развитии органы управления образованием создают специальные (коррекционные) образовательные учреждения (классы, группы), обеспечивающие их лечение, воспитание и обучение, социальную адаптацию и интеграцию в общество. Типовое положение об образовательном учреждении для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, утвержденное Постановлением Правительства РФ от 31 июля 1998 г. N 867, регулирует образовательную, реабилитационную, оздоровительную и финансово-хозяйственную деятельность образовательных учреждений для детей, имеющих проблемы в развитии, обучении, социальной адаптации и нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи. Образовательное учреждение для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи (далее именуется учреждение), создается для детей и подростков от 3-х до 18 лет и реализует программы общеобразовательные (основные и дополнительные) и начального профессионального образования.

Основными задачами учреждения являются:

оказание помощи детям, испытывающим трудности в усвоении образовательных программ;  
осуществление индивидуально ориентированной педагогической, психологической, социальной, медицинской и юридической помощи детям;

оказание помощи другим общеобразовательным учреждениям по вопросам обучения и воспитания детей с проблемами школьной и социальной адаптации.

Основными направлениями деятельности учреждения являются:

организация образовательной деятельности по общеобразовательным программам (основным, дополнительным) и начального профессионального образования в соответствии с возрастными и индивидуальными особенностями детей, состоянием их соматического и психического здоровья;

диагностика уровня психического, физического развития и отклонений в поведении детей;

организация коррекционно-развивающего и компенсирующего обучения;

психокоррекционная и психопрофилактическая работа с детьми;

проведение комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий;

оказание помощи обучающимся в профориентации, получении профессии, трудоустройстве и трудовой адаптации;

анонимное консультирование детей с целью снятия стресса.

Содержание образования определяется образовательными программами, разрабатываемыми и реализуемыми учреждением самостоятельно. Организация образовательного процесса в учреждении регламентируется учебным планом, годовым

календарным графиком и расписанием занятий, разрабатываемыми и утверждаемыми учреждением самостоятельно.

Образовательный процесс в учреждении осуществляется с использованием индивидуально-ориентированных коррекционно-развивающих образовательных программ.

Государственная (итоговая) аттестация обучающихся в учреждении может проводиться общеобразовательным учреждением, имеющим государственную аккредитацию, на основе договора, заключенного между учреждением и общеобразовательным учреждением.

В учреждении могут создаваться различные клубы, секции, кружки, студии и другие объединения по интересам.

Участниками образовательного процесса являются дети, их родители (законные представители), педагогические, медицинские, инженерно-педагогические работники, юристы учреждения. В учреждение принимаются дети, обратившиеся за помощью самостоятельно, по инициативе родителей (законных представителей), направленные другим образовательным учреждением с согласия родителей (законных представителей):

с высокой степенью педагогической запущенности, отказывающиеся посещать общеобразовательные учреждения;

с нарушением эмоционально-волевой сферы;

подвергшиеся различным формам психического и физического насилия;

вынужденные покинуть семью, в том числе несовершеннолетние матери;

из семей беженцев, вынужденных переселенцев, а также пострадавшие от стихийных бедствий и техногенных катастроф и другие.

Зачисление детей в учреждение производится на основании заключения психолого-педагогической и медико-педагогической комиссий в порядке, определяемом уставом учреждения.

Положение о Центре помощи аутичным детям - специальном (коррекционном) образовательном учреждении для детей, страдающих ранним аутизмом и нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, разработано на основе Типового положения об образовательном учреждении для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи. Центр помощи аутичным детям предназначается для детей и подростков от 3-х до 18-ти лет и реализует основные и дополнительные образовательные программы и программы начального профессионального образования; Центр является головным учреждением по диагностике и коррекции раннего детского аутизма (РДА) в системе образования региона.

Основными задачами Центра являются:

оказание комплексной медико-психолого-педагогической и социальной помощи детям и подросткам, страдающим ранним аутизмом или аутистическими чертами личности, испытывающим трудности в социальной адаптации и усвоении образовательных программ;

осуществление индивидуально ориентированной педагогической, психологической, медицинской, социальной и юридической помощи аутичным детям и подросткам, а также семьям, в которых они воспитываются;

методическое руководство другими образовательными учреждениями по коррекции РДА в данном регионе;

оказание консультативно-методической помощи образовательным учреждениям других типов по вопросам обучения и воспитания детей и подростков с аутизмом и аутистическими чертами личности;

подготовка специалистов по коррекции детского аутизма для работы в учреждениях системы образования.

Основными направлениями деятельности Центра являются:

организация образовательной деятельности по основным и дополнительным общеобразовательным программам и программам начального профессионального образования в соответствии с возрастными и индивидуальными особенностями детей, состоянием их психического и соматического здоровья;

диагностика уровня аутистических расстройств, других нарушений психического, речевого и физического развития, а также отклонений в поведении аутичных детей и подростков;

организация коррекционно-развивающего обучения;

психотерапевтическая, психокоррекционная и психопрофилактическая работа с детьми и семьями, в которых они воспитываются;

оказание помощи обучающимся в профориентации, получении начального профессионального образования, оказание содействия в трудоустройстве и трудовой адаптации.

Коррекционно-образовательный процесс направлен на возможно более полную адаптацию аутичного ребенка к жизни в обществе, на интеграцию в другие типы образовательных учреждений. Особенно важное значение имеют ранняя диагностика и раннее (в дошкольном возрасте) начало коррекционной работы.

Начальные этапы коррекции проводятся в форме индивидуальных занятий; переход к групповой форме обучения и воспитания осуществляется по мере развития потребности в общении и коммуникативных навыков.

Начальные этапы интеграции проводятся в специальных (экспериментальных) группах смешанного состава (аутичные дети и дети с другими типами психического развития) численностью не более 6 - 10 человек.

Воспитанники специальных (экспериментальных) групп обучаются по адаптированным программам других типов массовых или специальных образовательных учреждений.

Годовая и текущая аттестация обучающихся в Центре проводится на основе дифференцированных оценочных шкал, составляемых с учетом возрастных и индивидуальных особенностей обучающихся и разрабатываемых Центром самостоятельно.

Государственная (итоговая) аттестация обучающихся в Центре проводится самим Центром (с разрешения вышестоящих органов управления образованием) или образовательными учреждениями других типов, имеющих государственную аккредитацию, на основе договора, заключенного между Центром и образовательным учреждением другого типа.

Профориентация и начальное профессиональное образование строится исходя из индивидуальных особенностей психики, физического развития, способностей, склонностей и интересов обучающихся и с учетом возможностей Центра.

Типовое положение о специальном (коррекционном) образовательном учреждении для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии, утвержденное Постановлением Правительства РФ от 12 марта 1997 г. N 288, регулирует деятельность государственных, муниципальных специальных (коррекционных) образовательных учреждений для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии.

Для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии создаются следующие специальные (коррекционные) образовательные учреждения:

специальная (коррекционная) начальная школа - детский сад;

специальная (коррекционная) общеобразовательная школа;

специальная (коррекционная) общеобразовательная школа-интернат.

Профессиональное образование инвалидов и несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами, в образовательных учреждениях различных типов и уровней осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации. Согласно Закону РФ от 10 июля 1992 г. N 3266-1 "Об образовании":

начальное профессиональное образование имеет целью подготовку работников квалифицированного труда по всем основным направлениям общественно полезной деятельности на базе основного общего и среднего (полного) общего образования;

среднее профессиональное образование имеет целью подготовку специалистов среднего звена, удовлетворение потребностей личности в углублении и расширении образования на базе основного общего, среднего (полного) общего или начального профессионального образования;

высшее профессиональное образование имеет целью подготовку и переподготовку специалистов соответствующего уровня, удовлетворение потребностей личности в углублении и расширении образования на базе среднего (полного) общего, среднего профессионального образования;

послевузовское профессиональное образование предоставляет гражданам возможность повышения уровня образования, научной, педагогической квалификации на базе высшего профессионального образования.

9. Со стороны государства также гарантируется психиатрическая помощь при стихийных бедствиях и катастрофах. В целях реализации данного Закона Российской Федерации и совершенствования специализированной помощи лицам с психическими расстройствами, возникающими в чрезвычайных ситуациях, Приказом Минздрава РФ от 24 октября 2002 г. N 325 было утверждено Положение об организации психологической и психиатрической помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях, согласно которому на период чрезвычайных ситуаций психологическая и психиатрическая помощь пострадавшим организуется органами управления здравоохранением и руководителями учреждений здравоохранения, оказывающих психиатрическую помощь, с использованием действующих отделений "Телефон доверия", кабинетов социально-психологической помощи, отделений кризисных состояний, врачебных и фельдшерских бригад скорой психологической помощи.

На период чрезвычайных ситуаций в отделениях "Телефон доверия" выделяются отдельные номера телефонов для работы с пострадавшими в чрезвычайных ситуациях в режиме "Горячая линия". "Горячая линия" работает ежедневно, круглосуточно, без перерывов.

Номера телефонов "Горячей линии" на период чрезвычайных ситуаций объявляются населению с использованием средств массовой информации.

Кабинеты социально-психологической помощи учреждений здравоохранения работают ежедневно, круглосуточно, без перерыва. В их задачи входит:

оказание, в том числе в эпицентре чрезвычайной ситуации, амбулаторной помощи лицам с психическими расстройствами, возникшими в чрезвычайных ситуациях;

отделения кризисных состояний учреждений здравоохранения работают ежедневно, круглосуточно, без перерывов. В их задачи входит оказание стационарной помощи лицам с психическими расстройствами, возникшими в чрезвычайных ситуациях;

врачебные и фельдшерские бригады скорой психиатрической помощи учреждений здравоохранения работают ежедневно, круглосуточно, без перерывов во взаимодействии с кабинетами социально-психологической помощи, отделениями кризисных состояний, психоневрологическими диспансерами, диспансерными отделениями и кабинетами, психиатрическими больницами, принимая вызовы:

непосредственно от пострадавших при чрезвычайных ситуациях или их родственников;

от руководителя-координатора психологической и психиатрической помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях;

от учреждений здравоохранения.

10. В части 2 комментируемой статьи содержатся мероприятия, проводимые государством для реализации гарантий лицами, страдающими психическими расстройствами. Таким образом, для обеспечения лиц, страдающих психическими расстройствами, психиатрической помощью и их социальной поддержки государством создаются все виды учреждений, оказывающих внебольничную и стационарную психиатрическую помощь, по возможности по месту жительства пациентов. Положение об учреждениях, оказывающих внебольничную и стационарную психиатрическую помощь, утверждено Постановлением Правительства РФ от 25 мая 1994 г. N 522. В соответствие с названным Положением учреждением, оказывающим внебольничную и стационарную психиатрическую помощь, является учреждение государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, прошедшее в установленном порядке лицензирование и получившее право на деятельность по оказанию психиатрической помощи.

Учреждения, оказывающие психиатрическую помощь и входящие в частную систему здравоохранения, создаются частными предприятиями, учреждениями и организациями, общественными объединениями, а также физическими лицами.

Деятельность учреждения (подразделения) по оказанию психиатрической помощи, специальному обучению и социальной защите лиц, страдающих психическими расстройствами, осуществляется по территориальному принципу. Оказание дополнительных специализированных видов медицинской помощи может также осуществляться экстерриториально.

Учреждения, оказывающие психиатрическую помощь, выполняют следующие функции:

оказывают неотложную психиатрическую помощь;

осуществляют консультативно-диагностическую, лечебную, психопрофилактическую, социально-психологическую, реабилитационную помощь во внебольничных и стационарных условиях;

проводят все виды психиатрической экспертизы, в том числе определение временной нетрудоспособности;

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

принимают участие в решении вопросов опеки указанных лиц;

проводят консультации по правовым вопросам;

осуществляют социально-бытовое устройство инвалидов и престарелых, страдающих психическими расстройствами;

организуют обучение инвалидов и несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами;

оказывают психиатрическую помощь при стихийных бедствиях и катастрофах.

11. Государством в целях обеспечения лиц, страдающих психическими расстройствами, психиатрической помощью и их социальной поддержки создаются лечебно-производственные предприятия для трудовой терапии, обучения новым профессиям и трудоустройства на этих предприятиях лиц, страдающих психическими расстройствами, включая инвалидов, а также специальные производства, цеха или участки с облегченными условиями труда для таких лиц. Положение о лечебно-производственных государственных предприятиях для проведения трудовой терапии, обучения новым профессиям и трудоустройства на этих предприятиях лиц, страдающих психическими расстройствами, включая инвалидов, утверждено Постановлением Правительства РФ от 25 мая 1994 г. N 522, согласно которому лечебно-производственное государственное предприятие (структурное подразделение государственного и муниципального учреждения, оказывающего психиатрическую помощь) для проведения трудовой терапии, обучения новым профессиям и трудоустройства лиц, страдающих психическими расстройствами, включая инвалидов, учреждается в соответствии с законодательством Российской Федерации органом

здравоохранения субъекта Российской Федерации или министерством (ведомством), имеющим учреждения, оказывающие психиатрическую помощь.

Основными задачами предприятия являются:

трудовая терапия лиц, страдающих психическими расстройствами;

их трудовое обучение и переобучение;

трудоустройство указанных лиц (на правах рабочих и служащих), не имеющих возможности трудоустройства на обычном производстве по медицинским показаниям и иным обстоятельствам.

Такое предприятие является юридическим лицом, находится на самостоятельном балансе, имеет расчетный счет в учреждении банка, работает на принципах самоокупаемости. Оно может от своего имени приобретать имущественные и личные неимущественные права, нести обязанности, быть истцом и ответчиком в суде, арбитражном суде, третейском суде. Устав предприятия утверждается в установленном порядке. Предприятие осуществляет свою работу с целью расширения возможностей для трудоустройства и трудовой занятости лиц с психическими расстройствами по разным специальностям на базе широкого спектра деятельности путем производства продукции, выполнения работ и оказания услуг, удовлетворяющих общественные потребности, и, в том числе, для получения прибыли.

Предприятие по согласованию с руководством учреждения, оказывающего психиатрическую помощь, планирует свою деятельность и определяет перспективы своего развития исходя из задач социально-трудовой реабилитации лиц, страдающих психическими расстройствами. При этом учитываются как спрос на производимую продукцию (работы, услуги), так и необходимость обеспечения своего производственного и социального развития, а также повышения личных доходов работающих лиц.

Основу плана составляют договоры, заключенные с потребителями (покупателями) продукции (работ, услуг), в том числе с государственными органами и поставщиками материально-технических ресурсов. Ассортимент и виды продукции определяются с учетом состава работающих на предприятии, состояния их здоровья, опыта, навыков и других показателей, учитывающих специфику работников, выполняющих трудовые функции.

Предприятие реализует свою продукцию (работы, услуги) по ценам и тарифам, устанавливаемым самостоятельно или на договорной основе, через оптовую и розничную торговлю, другие посреднические организации, а также путем участия в ярмарках, аукционах и других подобных мероприятиях. Прибыль предприятия используется преимущественно на улучшение условий труда и быта работающих лиц, их дополнительное питание, в том числе и для работающих (по состоянию здоровья) на дому, приобретение медицинского оборудования и лекарственных средств.

С лицами, направленными на предприятие учреждением, оказывающим психиатрическую помощь, и подавшими заявление о приеме на работу администрация предприятия заключает трудовой договор о работе в качестве рабочего или служащего. На указанных лиц ведутся трудовые книжки, им выплачивается заработная плата, предоставляется ежегодный оплачиваемый отпуск, время их работы на предприятии включается в общий трудовой стаж. Они подлежат государственному социальному страхованию.

Лицам, страдающим психическими расстройствами, которым учреждением, оказывающим психиатрическую помощь, не рекомендовано выполнение работы по трудовому договору, но которым необходима по медицинским показаниям трудовая терапия, наравне с другими лицами выплачивается вознаграждение за труд в соответствии с его количеством и качеством, если они участвуют в производительном труде.

12. Государство устанавливает обязательные квоты рабочих мест на предприятиях, в учреждениях и организациях для трудоустройства лиц, страдающих психическими расстройствами. Под квотированием рабочих мест понимается резервирование рабочих мест в организациях всех форм собственности для приема на работу указанных лиц. Квота - минимальное количество рабочих мест для лиц, страдающих психическими расстройствами. Квота для приема на работу лиц, страдающих психическим расстройством, устанавливается в организации, независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, в процентах к среднесписочной численности работников. Если лицо, страдающее психическим расстройством, является инвалидом, то порядок определения квоты регулируется Федеральным законом от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации", в котором установлено, что организациям, численность работников которых составляет более 100 человек, законодательством субъекта Российской Федерации устанавливается квота для приема на работу инвалидов в процентах к среднесписочной численности работников (но не менее 2 и не более 4 процентов).

13. Государство применяет методы экономического стимулирования для предприятий, учреждений и организаций, предоставляющих рабочие места для лиц, страдающих психическими расстройствами. К таким методам можно отнести:

выплаты работодателям из соответствующих бюджетов и иных источников компенсации на покрытие доходов, недополученных вследствие применения на их предприятиях, в учреждениях и организациях труда лиц, страдающих психическим расстройством, применения других мер стимулирования их деятельности по профессиональной реабилитации и обеспечению занятости этих лиц;

оказание всемерной поддержки и помощи предприятиям, учреждениям и организациям, взявшим на себя полностью или частично функции по профессиональной реабилитации и обеспечению занятости лиц, страдающих психическими расстройствами;

проведение мероприятия по привлечению внебюджетных средств для финансирования деятельности по профессиональной реабилитации и обеспечению занятости лиц, страдающих психическими расстройствами и т.д.

14. Государством для обеспечения лиц, страдающих психическими расстройствами, психиатрической помощью и их социальной поддержки создаются общежития для лиц, страдающих психическими расстройствами, утративших социальные связи. Такие общежития создаются с целью бытового устройства ограниченно трудоспособных лиц этой категории. В них направляются лица:

прошедшие стационарное лечение при невозможности их выписки домой в связи с утратой социальных связей;

нуждающиеся в изоляции от неблагоприятной среды в месте их проживания;

с постоянными сложностями социальной адаптации, утратившие близких родственников, при отсутствии социальной поддержки со стороны других лиц.

Общежитие организуется органами здравоохранения при учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь, при лечебно-производственных предприятиях и других государственных предприятиях, использующих труд лиц, страдающих психическими расстройствами.

Для лиц, проживающих в общежитии, организуется трехразовое питание. Работающие лица оплачивают стоимость проживания и питания. Все проживающие в общежитии имеют право, по согласованию с администрацией общежития, на самостоятельное приобретение продуктов и приготовление пищи.

Направление лиц для проживания в общежитии проводится через врачебную комиссию учреждения, оказывающего психиатрическую помощь. В общежитие лица поступают только по их желанию. Направлению в общежитие подлежат лица, способные к трудовой деятельности и самообслуживанию. Лица, страдающие алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией, а также со склонностью к антисоциальным действиям направлению в общежитие не подлежат.

В общежитии осуществляются врачебное наблюдение и необходимая медицинская помощь проживающим в нем лицам. В случае обострения психического расстройства у лица, проживающего в общежитии, его психиатрическое освидетельствование и госпитализация в психиатрический стационар осуществляются в соответствии с законодательством.

Лица, создавшие семью, могут, при имеющейся возможности, проживать в общежитии в отдельной комнате (квартире).

Медицинский персонал ведет журнал наблюдения, в котором фиксируются обращения и заявления проживающих в общежитии лиц, изменения состояния их здоровья, а также журнал учета выдачи лекарственных препаратов. Отчет о движении проживающих в общежитии лиц и о расходовании медикаментов представляется в установленные сроки учреждению, при котором оно создано.

15. В соответствии с ч. 3 комментируемой статьи организация оказания психиатрической помощи возложена:

на федеральные специализированные медицинские учреждения, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации. Перечень федеральных специализированных медицинских учреждений утвержден Постановлением Правительства РФ от 29 декабря 2004 г. N 872;

на специализированные медицинские учреждения субъектов Российской Федерации.

Решение же вопросов социальной поддержки и социального обслуживания лиц, страдающих психическими расстройствами, находящихся в трудной жизненной ситуации, отнесено к компетенции органов государственной власти субъектов Российской Федерации.

## Статья 17. Финансовое обеспечение психиатрической помощи

### Комментарий к статье 17

1. Порядок финансирования учреждений, оказывающих психиатрическую помощь, различается в зависимости от того, являются ли эти учреждения федеральными или находятся в ведении субъектов Российской Федерации. Финансовое обеспечение психиатрической помощи, оказываемой населению в федеральных психиатрических или психоневрологических



учреждениях, является расходным обязательством Российской Федерации. При этом федеральное специализированное медицинское учреждение должно входить в Перечень учреждений, финансируемых за счет средств федерального бюджета. Такой Перечень утвержден Постановлением Правительства РФ от 29 декабря 2004 г. N 872 "О федеральных учреждениях здравоохранения и федеральных учреждениях оздоровительного профиля". Согласно этому Перечню к федеральным специализированным медицинским учреждениям относятся 362 учреждения, оказывающих в том числе и психиатрическую помощь.

Финансовое обеспечение оказания населению психиатрической помощи во всех иных учреждениях, а также социальной поддержки и социального обслуживания лиц, страдающих психическими расстройствами, находящихся в трудной жизненной ситуации, является расходным обязательством субъектов Российской Федерации.

Учреждения, оказывающие психиатрическую помощь и входящие в частную систему здравоохранения, финансируются частными предприятиями, учреждениями и организациями, а также физическими лицами.

2. Финансирование учреждений, оказывающих психиатрическую помощь, осуществляется в размерах, обеспечивающих гарантированный уровень и высокое качество психиатрической помощи. Основным источником финансирования указанных учреждений являются бюджетные средства, а также ассигнования из фонда медицинского страхования. В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 29 июля 1998 г. N 857 "Об утверждении устава Федерального фонда обязательного медицинского страхования" финансовые средства Федерального фонда являются федеральной собственностью, не входят в состав бюджетов, других фондов и изъятию не подлежат.

Финансовые средства Федерального фонда образуются за счет:

части страховых взносов (отчислений) хозяйствующих субъектов и иных организаций на обязательное медицинское страхование в размерах, устанавливаемых федеральным законом; ассигнований из федерального бюджета на выполнение федеральных целевых программ в рамках обязательного медицинского страхования; добровольных взносов юридических и физических лиц; доходов от использования временно свободных финансовых средств; нормированного страхового запаса Федерального фонда; поступлений из иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации.

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

#### Статья 18. Учреждения и лица, оказывающие психиатрическую помощь

##### Комментарий к статье 18

1. Согласно комментируемой статье психиатрическую помощь могут оказывать государственные, негосударственные психиатрические и психоневрологические учреждения и частнопрактикующие врачи-психиатры только при наличии лицензии в соответствии с законодательством Российской Федерации. Лицензия в соответствии с Федеральным законом от 8 августа 2001 г. N 128-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности" - специальное разрешение на осуществление конкретного вида деятельности при обязательном соблюдении лицензионных требований и условий, выданное лицензирующим органом юридическому лицу или индивидуальному предпринимателю, а лицензионные требования и условия - совокупность установленных положениями о лицензировании конкретных видов деятельности требований и условий, выполнение которых лицензиатом обязательно при осуществлении лицензируемого вида деятельности.

2. Порядок лицензирования деятельности психиатрических и психоневрологических учреждений, а также частнопрактикующих врачей-психиатров установлен Постановлением Правительства РФ от 4 июля 2002 г. N 499 "Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности", согласно которому лицензирование медицинской деятельности осуществляется Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития или органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, которым Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития передала по соглашениям с ними свои полномочия по лицензированию указанной деятельности. В соответствии с Положением о Центральной комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации по лицензированию медицинской деятельности, утвержденным Приказом Минздрава РФ от 26 июля 2002 г. N 238, Центральная комиссия Министерства здравоохранения и

социального развития Российской Федерации по лицензированию медицинской деятельности принимает решение о выдаче лицензий юридическим лицам, осуществляющим медицинскую деятельность и находящимся в ведении федеральных органов исполнительной власти, Российской академии наук и отраслевых академий наук.

Функциями Комиссии являются:

принятие решений о предоставлении лицензий на осуществление медицинской деятельности соискателям лицензий;

принятие решений о приостановлении, возобновлении, переоформлении, аннулировании, продлении срока действия приостановленных лицензий и отказе в выдаче лицензий на основании проверок соблюдения лицензиатом лицензионных требований и условий.

Для выполнения своих функций Комиссия имеет право:

утверждать кандидатуры экспертов;

организовывать проведение плановых и внеплановых проверок за соблюдением лицензиатом лицензионных требований и условий;

осуществлять контрольные функции за исполнением документов, регламентирующих лицензирование медицинской деятельности;

вносить предложения по совершенствованию нормативной базы по лицензированию медицинской деятельности;

приглашать (в случае необходимости) экспертов на заседания Комиссии.

Комиссия по лицензированию обязана:

соблюдать установленный регламент проведения заседаний;

информировать соискателей лицензий (лицензиатов), прошедших экспертизу, о сроках и порядке проведения заседания Комиссии;

назначать повторную экспертизу в случае возникновения разногласий между соискателем лицензии (лицензиатом) и Комиссией;

выдавать заключения по вопросам, входящим в компетенцию Комиссии;

рассматривать жалобы и предложения по вопросам лицензирования медицинской деятельности.

Медицинская деятельность включает выполнение медицинских работ и услуг по оказанию доврачебной, скорой и неотложной, амбулаторно-поликлинической, санаторно-курортной, стационарной (в том числе дорогостоящей специализированной) медицинской помощи по соответствующим медицинским специальностям, включая проведение профилактических медицинских, диагностических и лечебных мероприятий и медицинских экспертиз, применение методов традиционной медицины, а также заготовку органов и тканей в медицинских целях.

3. Лицензионными требованиями и условиями при осуществлении медицинской деятельности являются:

наличие у соискателя лицензии (лицензиата) принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании соответствующих помещений;

наличие соответствующих организационно-технических условий и материально-технического оснащения, включая оборудование, инструменты, транспорт и документацию, обеспечивающих использование медицинских технологий, разрешенных к применению Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития;

наличие и содержание в работоспособном состоянии средств противопожарной защиты (пожарной сигнализации и пожаротушения), противопожарного водоснабжения и необходимого для ликвидации пожара расчетного запаса специальных средств, а также наличие плана действий персонала на случай пожара;

наличие в штате работников (врачей, среднего медицинского персонала, инженерно-технических работников и др.), имеющих высшее или среднее специальное, дополнительное образование и специальную подготовку, соответствующие требованиям и характеру выполняемых работ и предоставляемых услуг, а также наличие у руководителя лицензиата и (или) уполномоченного им лица высшего специального образования и стажа работы по лицензируемой деятельности (по конкретным видам работ и услуг) не менее 5 лет - для юридического лица;

наличие высшего или среднего медицинского образования, дополнительного образования и специальной подготовки, соответствующих требованиям и характеру выполняемых работ и предоставляемых услуг, и стажа работы по лицензируемой деятельности не менее 2 лет - для индивидуального предпринимателя;

повышение не реже 1 раза в 5 лет квалификации работников юридического лица, осуществляющих медицинскую деятельность, а также индивидуального предпринимателя.

Кроме того, в своем письме от 28 апреля 2003 г. N 2510/4460-03-32п Министерство здравоохранения Российской Федерации предложило при лицензировании медицинской деятельности негосударственных медицинских учреждений (организаций) в обязательном порядке включать в лицензионные требования и условия ведение учетной и отчетной документации по

утвержденным Минздравом РФ и Госкомстатом РФ формам, в соответствии с разрешенными лицензиату (учреждению, организации) работами и услугами, с последующим представлением отчетов в установленные сроки в органы управления здравоохранением субъектов РФ.

4. Для получения лицензии соискатель лицензии представляет в лицензирующий орган следующие документы:

1) заявление о предоставлении лицензии с указанием:

наименования, организационно-правовой формы и места нахождения юридического лица, а также мест нахождения его территориально обособленных подразделений и объектов, используемых для осуществления лицензируемой деятельности, - для юридического лица;

фамилии, имени, отчества, места жительства, данных документа, удостоверяющего личность, а также места осуществления лицензируемой деятельности - для индивидуального предпринимателя;

лицензируемой деятельности, которую юридическое лицо или индивидуальный предприниматель намерены осуществлять (с перечислением работ и услуг, которые будут выполняться лицензиатом);

2) копию:

учредительных документов и документа, подтверждающего факт внесения записи о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц и индивидуальных предпринимателей с указанием его кода по Общероссийскому классификатору предприятий и организаций;

свидетельства о государственной регистрации соискателя лицензии в качестве индивидуального предпринимателя;

3) копию санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам выполняемых работ и предоставляемых услуг, составляющих медицинскую деятельность;

4) копию свидетельства о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе;

5) документ, подтверждающий уплату лицензионного сбора за рассмотрение лицензирующим органом заявления о предоставлении лицензии;

6) копии документов, подтверждающих соответствующую лицензионным требованиям и условиям квалификации индивидуального предпринимателя или работников юридического лица.

Документы, представленные для получения лицензии, принимаются по описи, копию которой с указанием даты их приема лицензирующий орган направляет (вручает) соискателю лицензии.

Лицензирующий орган может принять одно из следующих решений в течение 60 дней со дня получения заявления со всеми необходимыми документами:

решение о предоставлении лицензии;

об отказе в предоставлении лицензии.

Срок действия лицензии на осуществление медицинской деятельности составляет 5 лет. Если у лицензиата имеются территориально обособленные подразделения и объекты, используемые для осуществления лицензируемой деятельности, одновременно с лицензией выдаются заверенные лицензирующим органом ее копии по числу указанных подразделений и объектов.

5. На основании предписания лицензирующего органа осуществляется контроль за соблюдением лицензиатом лицензионных требований и условий. В таком предписании определяются:

лицензиат;

состав комиссии, осуществляющей проверку;

срок проведения проверки.

Продолжительность проверки не должна превышать 15 дней. Проверка может быть:

1) плановая - она проводится не чаще одного раза в 2 года;

2) внеплановая, которая проводится:

для подтверждения устранения лицензиатом выявленных при проведении плановой проверки нарушений лицензионных требований и условий, а также

в случае получения лицензирующим органом информации о наличии таких нарушений.

Лицензиат обязан обеспечивать условия для проведения проверки, в том числе предоставлять необходимую информацию и документы.

По результатам проверки оформляется акт с указанием конкретных нарушений, который подписывается всеми членами комиссии. Лицензиат (его представитель) должен быть ознакомлен с результатами проверки, и в акте должна быть сделана соответствующая запись о факте ознакомления. Если лицензиат не согласен с результатами проверки, он имеет право отразить в акте свое мнение. Если лицензиат отказывается ознакомиться с результатами проверки, члены комиссии фиксируют этот факт в акте и заверяют его своей подписью.

6. Лицензирующий орган обязан в 5-дневный срок со дня принятия решения о предоставлении, продлении срока действия, переоформлении, приостановлении и возобновлении действия или аннулировании лицензии уведомить о нем (в письменной форме):

лицензиата;  
соответствующие органы налоговой службы;  
органы управления здравоохранением.

Лицензиат обязан уведомить в 15-дневный срок (в письменной форме) лицензирующий орган об изменении:

места своего нахождения;

места нахождения территориально обособленных подразделений и объектов, используемых для осуществления лицензируемой деятельности.

7. Лицензирующий орган ведет реестр лицензий, в котором указываются:

1) наименование лицензирующего органа;

2) лицензируемая деятельность с указанием выполняемых работ и услуг;

3) сведения о лицензиате с указанием его кода по Общероссийскому классификатору предприятий и организаций и идентификационного номера налогоплательщика:

наименование, организационно-правовая форма, номер документа, подтверждающего факт внесения записи о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, место нахождения юридического лица, а также место нахождения его территориально обособленных подразделений и объектов, используемых для осуществления лицензируемой деятельности.

фамилия, имя, отчество, место жительства индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего его личность, а также место осуществления лицензируемой деятельности;

Указанные сведения представляются по форме, приведенной в Приложении к письму Минздрава РФ от 16 октября 2002 г. N 2510/10254-02-23 "О лицензировании медицинских учреждений".

Сведения о лицензиатах, подведомственных \_\_\_\_\_

(название Министерства, ведомства)

подлежащих лицензированию в Центральной комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации по лицензированию медицинской деятельности.

№ п/п	Название предприятия, организации, адрес, телефон, e-mail	Срок окончания действия лицензии, выданной территориальным органом лицензирования

Информация направляется по электронной почте по адресу: [medlicenz@mail.ru](mailto:medlicenz@mail.ru), и по почте в Минздрав России;

4) дата принятия решения о предоставлении лицензии;

5) номер лицензии;

6) срок действия лицензии;

7) сведения о регистрации лицензии в реестре лицензий;

8) сведения о продлении срока действия лицензии;

9) сведения о переоформлении лицензии;

10) основания и даты приостановления и возобновления действия лицензии;

11) основание и дата аннулирования лицензии.

Приказом Минздрава РФ от 16 сентября 2003 г. N 435 "О едином реестре лицензий на осуществление медицинской деятельности" утверждена форма реестра лицензий на медицинскую деятельность.

Лицензирующий орган вносит записи в реестр лицензий в течение трех дней:

1) со дня принятия им решения:

о предоставлении лицензии;

переоформлении документа, подтверждающего наличие лицензии;

приостановлении действия лицензии в случае административного приостановления деятельности лицензиата за нарушение лицензионных требований и условий;

возобновлении или прекращении действия лицензии;

3) со дня получения от федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на осуществление государственной регистрации юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, сведений:

о ликвидации юридического лица или прекращении его деятельности в результате реорганизации (за исключением реорганизации в форме преобразования или слияния при наличии на дату государственной регистрации правопреемника реорганизованных юридических лиц у каждого участвующего в слиянии юридического лица лицензии на один и тот же вид деятельности);

о прекращении физическим лицом деятельности в качестве индивидуального предпринимателя;

3) со дня вступления в законную силу решения суда об аннулировании лицензии.

8. Виды психиатрической помощи, оказываемые психиатрическими и психоневрологическими учреждениями или частнопрактикующими врачами-психиатрами, указываются в уставных документах. Информация об этих видах должна быть доступна посетителям, в том числе они должны иметь возможность ознакомления с лицензией на осуществление медицинской деятельности. Кроме того, посетители имеют право на ознакомление с информацией, содержащейся в реестре лицензий, т.к. эта информация является открытой для ознакомления с ней физических и юридических лиц. Она в виде выписок о конкретных лицензиатах предоставляется физическим и юридическим лицам за плату. Плата за предоставление информации, содержащейся в реестре лицензий, зачисляется в соответствующий бюджет. Информация из реестра лицензий органам государственной власти и органам местного самоуправления предоставляется бесплатно. Срок предоставления информации из реестра лицензий не может превышать три дня со дня поступления соответствующего заявления.

## Статья 19. Право на деятельность по оказанию психиатрической помощи

### Комментарий к статье 19

1. Согласно комментируемой статье право на врачебную деятельность по оказанию психиатрической помощи имеет только врач-психиатр, который имеет высшее медицинское образование и подтвердил свою квалификацию. О наличии высшего образования у врача-психиатра свидетельствует диплом, подтверждающий его специальность. Помимо диплома в соответствии со ст. 54 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1 у врача должен быть сертификат специалиста и лицензию на осуществление медицинской деятельности. Сертификат специалиста выдается на основании:

послевузовского профессионального образования (аспирантура, ординатура), или дополнительного образования (повышение квалификации, специализация), или проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских ассоциаций, по теории и практике избранной специальности, вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан.

Лица, получившие медицинскую подготовку в иностранных государствах, допускаются к медицинской деятельности после экзамена в соответствующих учебных заведениях Российской Федерации, а также после получения лицензии на осуществление медицинской деятельности. Порядок проведения экзамена содержится в приложении N 1 к Приказу Минздрава РФ от 26 июля 2000 г. N 284 "О специальных экзаменах для лиц, получивших медицинскую и фармацевтическую подготовку в иностранных государствах". К сдаче специальных экзаменов могут быть допущены лица, получившие медицинскую подготовку в иностранных государствах, при условии, что федеральным органом управления образованием осуществлено признание и установление эквивалентности документов иностранных государств о высшем и послевузовском профессиональном образовании и об ученых званиях.

Лицо, претендующее на право заниматься медицинской и фармацевтической деятельностью по специальности, должно:

1) предъявить документы, удостоверяющие личность;

2) подать заявление в Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации с приложением:

документов об образовании;

сведений о предшествующей работе по специальности;

фотографий.

Для проведения экзамена создаются постоянно действующие комиссии, в состав которых входят ведущие специалисты здравоохранения и медицинской науки, представители медицинских и фармацевтических ассоциаций. Такие комиссии созданы:

в Российской медицинской академии последипломного образования Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации;

в Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации;

в Иркутском институте усовершенствования врачей Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации;

в Казанской государственной медицинской академии Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации;

в Новокузнецком институте усовершенствования врачей Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации;

в Уральской медицинской академии дополнительного образования Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации;

в Пензенском институте усовершенствования врачей Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и т.д.

Экзаменационная комиссия работает по мере поступления направлений лиц, получивших медицинскую подготовку в иностранных государствах, из Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Результаты специальных экзаменов оформляются протоколом специального экзамена, в котором указывается, допускается либо не допускается лицо, получившее медицинскую подготовку в иностранных государствах, к медицинской деятельности по специальности в Российской Федерации. Протокол подписывается председателем комиссии, а также ее членами, принимавшими специальный экзамен и заверяется печатью соответствующего образовательного учреждения. Копии протоколов представляются в Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

В случае успешной сдачи специальных экзаменов выдается сертификат специалиста.

2. Лицо, имеющее высшее образование по соответствующей специальности, должно подтвердить свою квалификацию. При получении квалификационной категории оцениваются профессиональная квалификация, компетентность, а также способность выполнять служебные обязанности в соответствии с занимаемой должностью. Согласно Приказу Минздрава СССР от 21 июля 1988 г. N 579 "Об утверждении квалификационных характеристик врачей-специалистов" в соответствии с требованиями специальности врач-психиатр должен иметь:

1) общие знания, т.е. знать:

основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;

общие вопросы организации психиатрической помощи в стране, республике, городе и т.д., организации работы скорой психиатрической помощи;

порядок первичного освидетельствования больных психиатром, вопросы госпитализации в психиатрическое учреждение по неотложной помощи;

основные вопросы общей психопатологии: проявление астенического синдрома, различные варианты аффективных синдромов, невротоподобные синдромы, бредовые и галлюцинаторные синдромы, кататонический синдром, синдромы помрачения сознания, судорожный синдром, синдромы амнестические и слабоумия;

клиническую картину психических заболеваний, их этиологии и патогенеза, принципы дифференциальной диагностики и лечения;

симптоматику состояний, требующих неотложной госпитализации или применения методов интенсивной терапии (фебрильная шизофрения, эпилептический статус, тяжелый алкогольный делирий, нейролептические осложнения, тяжелые депрессии, суицидальные попытки и др.);

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

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

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

вопросы судебно-психиатрической и военной экспертизы психически больных;

вопросы диспансеризации больных;

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

формы и методы санитарного просвещения;

2) специальные знания - врач-психиатр должен знать профилактику, диагностику и уметь оказывать необходимую помощь при следующих заболеваниях и состояниях:

эпилептический статус;

фебрильная шизофрения;

острая лекарственная интоксикация;  
осложнения нейролептической терапии;  
тяжелый алкогольный делирий.

Кроме того, врач-психиатр должен уметь:

1) оценить при расспросе и одновременном наблюдении особенности поведения, внешнего вида и высказываний больного, дающие основание предположить наличие психического заболевания;

2) получить достаточные для предварительной оценки анамнестические сведения из сопровождающей больного медицинской и другой документации, от родственников, сопровождающих лиц, самого больного о его преморбидных личностных особенностях, характере болезненных проявлений, времени их возникновения, сопутствующих и провоцирующих факторах;

3) выявить особенности соматического и неврологического состояния больного;

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

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

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

7) определить показания к виду последующей медицинской помощи: при наличии показаний организовать перевод больного в реанимационное отделение многопрофильной больницы, организовать наблюдение и лечение больных в амбулаторных условиях, в условиях диспансерного психиатрического участка, определить тенденции к затяжному характеру болезненного состояния и в этих случаях организовать направление больных в дневной стационар психоневрологического диспансера или в санаторное отделение психиатрических больниц, определить показания к неотложной госпитализации (острые психотические состояния, систематизированные бредовые состояния с выраженной бредовой активностью и тенденцией к агрессии и т.д.), определить показания к плановой госпитализации для проведения тщательного обследования и подбора терапии в стационарных условиях (при неэффективности амбулаторной терапии, ухудшении клинической картины заболевания, при необходимости проведения различных видов стационарной экспертизы);

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

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

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

11) обеспечить преемственность терапии больных в стационарной и диспансерной помощи;

12) разрабатывать индивидуальные программы реабилитации больных, проводимые на фоне комплексной медикаментозной терапии;

13) организовать и дифференцированно привлекать больных к различным формам лечебно-трудовой деятельности, выявить признаки временной и стойкой, частичной и полной утраты трудоспособности, определить профессиональные ограничения - провести первичную трудовую экспертизу врачебно-консультативной комиссии (ВКК) с представлением больного на ВТЭК;

14) предусмотреть мероприятия по предупреждению рецидивов и осложнений заболевания (преемственная связь с диспансером, рекомендации по поддерживающей терапии, трудовые и социально-гигиенические рекомендации больному и его родственникам);

15) провести диспансеризацию больных;

16) оформить всю необходимую медицинскую документацию;

17) провести санитарно-просветительную работу;

18) составить отчет о своей работе и дать анализ ее эффективности;

19) осуществлять следующие манипуляции:

подкожное, внутримышечное и внутривенное введение лекарственных средств;

искусственное кормление через зонд;

инсулинотерапия;

электросудорожная терапия;

люмбальная пункция;

искусственное дыхание, массаж сердца;  
трахеотомия;  
фиксация возбужденного больного.

Квалификация специалиста определяется по трем квалификационным категориям: второй, первой и высшей. Квалификационная категория действительна в течение пяти лет со дня издания приказа о ее присвоении.

Для получения квалификации врач-психиатр подает в аттестационную комиссию:  
заявление;

заполненный аттестационный лист;

отчет о работе за последние три года, утвержденный руководителем организации, в которой работает специалист.

В целях реализации права на получение квалификационной категории создаются аттестационные комиссии:

1) Центральная аттестационная комиссия. Положение о Центральной аттестационной комиссии Министерства здравоохранения и социального развития РФ утверждено Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 11 января 2005 г. N 82. В соответствии с названным Положением Центральная аттестационная комиссия Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации является экспертным органом по оценке профессиональной подготовки и деловых качеств специалистов с высшим и средним профессиональным образованием и создается Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Функциями Центральной аттестационной комиссии является:

организационно-методическое руководство и анализ деятельности аттестационных комиссий органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, образовательных и научно-исследовательских организаций;

разработка и осуществление процедур и методов оценки уровня профессиональной подготовки, профессиональных и деловых качеств специалистов с высшим и средним профессиональным образованием для получения квалификационных категорий;

участие в разработке нормативных документов по вопросам получения специалистами с высшим и средним профессиональным образованием квалификационных категорий;

разработка и утверждение программ подготовки экспертов и членов аттестационной комиссии;

подготовка заключений о целесообразности создания аттестационных комиссий в учреждениях, подведомственных Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации;

проведение аттестации на получение квалификационных категорий с применением утвержденных в Центральной аттестационной комиссии процедур и методов;

рассмотрение спорных вопросов, возникающих в работе аттестационных комиссий.

Центральная аттестационная комиссия Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации имеет право:

привлекать для работы в качестве экспертов высококвалифицированных специалистов;

создавать экспертные группы и аттестационные комиссии;

получать статистическую информацию, касающуюся профессионально-квалификационного состава медицинского и фармацевтического персонала, а также других специалистов учреждений здравоохранения, подлежащих аттестации;

запрашивать и анализировать информацию о деятельности отдельных специалистов и аттестационных комиссий;

анализировать деятельность специалистов с высшим и средним профессиональным образованием, представивших документы на получение квалификационных категорий, и аттестационных комиссий;

проводить совещания председателей аттестационных комиссий с целью изучения и обобщения опыта работы;

выступать в средствах массовой информации с сообщениями о проводимой работе;

2) аттестационные комиссии органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, центров государственного санитарно-эпидемиологического надзора в субъектах Российской Федерации;

3) аттестационные комиссии в учреждениях здравоохранения, научных и образовательных медицинских учреждениях.

В компетенцию аттестационной комиссии входит:

определение порядка, процедуры и методов работы комиссии;

привлечение независимых специалистов для дачи заключений на отчеты о работе;

рассмотрение представленных документов в течение двух месяцев со дня их поступления (регистрации);



принятие решения о присвоении, подтверждении или снятии квалификационных категорий;  
дача рекомендаций по дальнейшей профессиональной подготовке специалиста;  
выдача удостоверений установленного образца и, при необходимости, выписки из приказа о получении квалификационной категории;  
ведение делопроизводства.

Оценка квалификации и рекомендации по дальнейшей профессиональной подготовке специалиста принимаются голосованием при наличии не менее 2/3 числа членов утвержденного состава аттестационной комиссии. Результаты определяются большинством голосов от числа присутствующих членов. При равенстве голосов решение считается принятым в пользу специалиста.

3. Для допуска к работе с лицами, страдающими психическими расстройствами, иные специалисты и медицинский персонал, участвующие в оказании психиатрической помощи, должны иметь соответствующее медицинское образование (высшее или среднее специальное), а также пройти специальную подготовку и подтвердить свою квалификацию.

4. Основой деятельности врача-психиатра, иных специалистов и медицинского персонала по оказанию психиатрической помощи является закон и профессиональная этика. При этом под законом в данном случае понимается не только комментируемый Закон, но и иные законы и подзаконные нормативные правовые акты, имеющие отношение к правилам оказания психиатрической помощи.

Этические нормы, которыми руководствуется врач-психиатр и иные специалисты, изложены в Кодексе врачебной этики РФ, одобренном Всероссийским Пироговским съездом врачей 7 июня 1997 г., который распространяется только на врачей. В соответствии с Кодексом главная цель профессиональной деятельности врача (практика и ученого) - сохранение жизни человека, профилактика заболеваний и восстановление здоровья, а также уменьшение страданий при неизлечимых заболеваниях. Свои обязанности врач выполняет, следуя голосу совести, руководствуясь клятвой Гиппократова, принципами гуманизма и милосердия, документами мирового сообщества по этике, ст. 41 Конституции России и законодательством РФ о праве граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь.

За свою врачебную деятельность врач прежде всего несет моральную ответственность перед больным и медицинским сообществом, а за нарушение законов Российской Федерации - перед судом. Но врач прежде всего должен помнить, что главный судья на его врачебном пути - это его собственная совесть.

Врач не должен подвергать пациента неоправданному риску, а тем более использовать свои знания в негуманных целях. При выборе любого метода лечения врач прежде всего должен руководствоваться заповедью "Не навреди!".

Статья 20. Права и обязанности медицинских работников и иных специалистов при оказании психиатрической помощи

#### Комментарий к статье 20

1. Согласно комментируемой статье права и обязанности врача-психиатра, иных специалистов и медицинского персонала при оказании психиатрической помощи устанавливаются не только данным Законом, но и законодательством Российской Федерации о здравоохранении. Кроме того, права и обязанности медицинских работников и иных специалистов при оказании психиатрической помощи установлены Трудовым кодексом Российской Федерации. Таким образом, все права и обязанности указанной категории лиц можно разделить на две группы:

общие, т.е. принадлежащие всем работникам независимо от специальности;  
специальные - эта группа прав и обязанностей, принадлежащая только врачу-психиатру.

2. Общие права медицинских работников и иных специалистов установлены в Трудовом кодексе Российской Федерации и Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1. В соответствии со ст. 21 Трудового кодекса Российской Федерации работник имеет право на:

заключение, изменение и расторжение трудового договора;  
предоставление ему работы, обусловленной трудовым договором;  
лучшее место, соответствующее условиям, предусмотренным государственными стандартами организации и безопасности труда и коллективным договором;  
своевременную и в полном объеме выплату заработной платы в соответствии со своей квалификацией, сложностью труда, количеством и качеством выполненной работы;

отдых, обеспечиваемый установлением нормальной продолжительности рабочего времени, сокращенного рабочего времени для отдельных профессий и категорий работников, предоставлением еженедельных выходных дней, нерабочих праздничных дней, оплачиваемых ежегодных отпусков. Согласно ст. 350 Трудового кодекса Российской Федерации для медицинских

работников устанавливается сокращенная продолжительность рабочего времени не более 39 часов в неделю;

полную достоверную информацию об условиях труда и требованиях охраны труда на рабочем месте;

профессиональную подготовку, переподготовку и повышение своей квалификации;

объединение, включая право на создание профессиональных союзов и вступление в них для защиты своих трудовых прав, свобод и законных интересов;

ведение коллективных переговоров и заключение коллективных договоров и соглашений через своих представителей, а также на информацию о выполнении коллективного договора, соглашений;

защиту своих трудовых прав, свобод и законных интересов всеми не запрещенными законом способами;

разрешение индивидуальных и коллективных трудовых споров, включая право на забастовку;

возмещение вреда, причиненного работнику в связи с исполнением им трудовых обязанностей, и компенсацию морального вреда;

обязательное социальное страхование.

Работник обязан:

добросовестно исполнять свои трудовые обязанности, возложенные на него трудовым договором;

соблюдать правила внутреннего трудового распорядка организации;

соблюдать трудовую дисциплину;

выполнять установленные нормы труда;

соблюдать требования по охране труда и обеспечению безопасности труда;

бережно относиться к имуществу работодателя и других работников;

незамедлительно сообщить работодателю либо непосредственному руководителю о возникновении ситуации, представляющей угрозу жизни и здоровью людей, сохранности имущества работодателя.

3. Специальные профессиональные права и обязанности врача-психиатра, иных специалистов и медицинского персонала при оказании психиатрической помощи установлены данным Законом. Они тесно связаны с правами лиц, страдающих психическим заболеванием, предусмотренными ст. ст. 5 и 30 данного Закона. Таким образом, медицинские работники и иные специалисты при оказании психиатрической помощи обязаны:

уважительно и гуманно относиться к лицам, страдающим психическим расстройством;

предоставлять информацию о правах лицам, страдающим психическим расстройством, а также информацию о характере имеющихся у них психических расстройств и применяемых методах лечения;

содержать лиц, страдающих психическим расстройством, в психиатрическом стационаре только в течение срока, необходимого для обследования и лечения;

оказывать все виды лечения по медицинским показаниям;

оказывать психиатрическую помощь в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям и т.д.

Кроме того, в ст. 39 данного Закона специально предусмотрены обязанности администрации и медицинского персонала психиатрического стационара, согласно которой администрация и медицинский персонал психиатрического стационара обязаны создать условия для осуществления прав пациентов и их законных представителей, в том числе:

обеспечивать находящихся в психиатрическом стационаре пациентов необходимой медицинской помощью;

предоставлять возможность ознакомления с текстом данного Закона, правилами внутреннего распорядка данного психиатрического стационара, адресами и телефонами государственных и общественных органов, учреждений, организаций и должностных лиц, к которым можно обратиться в случае нарушения прав пациентов;

обеспечивать условия для переписки, направления жалоб и заявлений пациентов в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд, а также адвокату;

в течение 24 часов с момента поступления пациента в психиатрический стационар в недобровольном порядке принимать меры по оповещению его родственников, законного представителя или иного лица по его указанию;

информировать родственников или законного представителя пациента, а также иное лицо по его указанию об изменениях состояния его здоровья и чрезвычайных происшествиях с ним;

обеспечивать безопасность находящихся в стационаре пациентов, контролировать содержание посылок и передач;

выполнять функции законного представителя в отношении пациентов, признанных в установленном законом порядке недееспособными, но не имеющих такого представителя;

устанавливать и разъяснять верующим пациентам правила, которые должны в интересах других находящихся в психиатрическом стационаре пациентов соблюдаться при исполнении религиозных обрядов, и порядок приглашения священнослужителя, содействовать в осуществлении права на свободу совести верующих и атеистов;

выполнять иные обязанности, установленные данным Законом.

3. Комментируемая статья специально делает акцент на исключительных правах врача-психиатра или комиссии врачей-психиатров. Только в его компетенцию входит:

установление диагноза психического заболевания;

принятие решения об оказании психиатрической помощи в недобровольном порядке;

дача заключения для рассмотрения вопроса об оказании психиатрической помощи в недобровольном порядке.

Данный Закон не исключает возможности дачи заключения о состоянии психического здоровья лица иным специалистом (не врачом-психиатром), но такое заключение не будет являться основанием для решения вопроса об ограничении его прав и законных интересов, а также для предоставления ему гарантий, предусмотренных законом для лиц, страдающих психическими расстройствами, а будет носить лишь предварительный характер, требующий подтверждения такого заключения со стороны врача-психиатра или комиссии врачей-психиатров.

## Статья 21. Независимость врача-психиатра при оказании психиатрической помощи

### Комментарий к статье 21

1. Комментируемая статья устанавливает важные гарантии деятельности врача-психиатра, закрепляя его независимость. Независимость врача-психиатра означает, что при принятии каких-либо своих решений он руководствуется исключительно медицинскими показаниями, врачебным долгом и законом. Врач-психиатр не может находиться в какой-либо зависимости от учреждения, в котором он оказывает психиатрическую помощь, или должностного лица, являющегося заведующим отделением, главврачом и т.п., а также других лиц, заинтересованных в оказании или неоказании психиатрической помощи конкретному лицу.

Кроме того, не допускается воздействие на врача-психиатра со стороны судов, судей, органов дознания, лиц, производящих дознание, следователей и прокуроров, а также иных государственных органов, организаций, объединений и отдельных лиц в целях получения заключения о психическом состоянии лица.

2. Одной из составляющих независимости врача-психиатра является его право дать свое заключение при несовпадении его мнения с решением врачебной комиссии. Такое заключение приобщается к медицинской документации. При этом врач-психиатр, давший такое заключение, может оспорить заключение всей комиссии как в вышестоящем органе, так и в суде.

Статья 22. Гарантии врачам-психиатрам, иным специалистам, медицинскому и другому персоналу, участвующим в оказании психиатрической помощи

### Комментарий к статье 22

1. Комментируемая статья определяет виды и порядок установления гарантий врачам-психиатрам, иным специалистам, медицинскому и другому персоналу учреждений здравоохранения, участвующих в оказании психиатрической помощи. Понятие гарантий дано в ст. 164 Трудового кодекса Российской Федерации, согласно которой гарантии - средства, способы и условия, с помощью которых обеспечивается осуществление предоставленных работникам прав в области социально-трудовых отношений.

2. В соответствии с комментируемой статьей врачи-психиатры, иные специалисты, медицинский и другой персонал учреждений здравоохранения, участвующие в оказании психиатрической помощи, имеют право:

1) на сокращенную продолжительность рабочего времени. Согласно ст. 350 Трудового кодекса Российской Федерации для медицинских работников устанавливается сокращенная продолжительность рабочего времени не более 39 часов в неделю. В зависимости от должности и (или) специальности продолжительность рабочего времени медицинских работников определяется Правительством Российской Федерации. Так, Постановлением Правительства РФ от 14 февраля 2003 г. N 101 "О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности" установлена 36-часовая рабочая неделя:

для врача, в т.ч. врача - руководителя отделения, кабинета (кроме врача-статистика), среднего медицинского персонала (кроме медицинского статистика, медицинского регистратора архива) и младшего медицинского персонала, работа которых непосредственно связана с

оказанием медицинской помощи и обслуживанием больных в психиатрических (психоневрологических), нейрохирургических, наркологических лечебно-профилактических организациях, учреждениях, отделениях, палатах и кабинетах, учреждениях социального обслуживания населения и их структурных подразделениях, предназначенных для обслуживания граждан, страдающих психическими заболеваниями, а также учреждениях социальной защиты для лиц, оказавшихся в экстремальных условиях без определенного места жительства и занятий;

для врача, в т.ч. врача - руководителя отделения, кабинета (кроме врача-статистика), среднего медицинского персонала (кроме медицинского статистика, медицинского регистратора архива) и младшего медицинского персонала в детских психиатрических (психоневрологических) лечебно-профилактических организациях, учреждениях, отделениях, палатах и кабинетах; учреждениях социального обслуживания населения и их структурных подразделениях, в том числе для слепоглухонемых; домах ребенка (группах) для детей с поражением центральной нервной системы и нарушением психики, образовательных учреждениях (группах) для умственно отсталых детей, детей с поражением центральной нервной системы и нарушением психики;

2) на дополнительный отпуск за работу в особо опасных для здоровья и тяжелых условиях труда. В соответствии со ст. 115 Трудового кодекса Российской Федерации ежегодный основной оплачиваемый отпуск предоставляется работникам продолжительностью 28 календарных дней. Согласно Постановлению Минтруда РФ от 8 июля 1993 г. N 133 "О дополнительном отпуске за работу с вредными условиями труда медицинского и другого персонала, участвующего в оказании психиатрической помощи" дополнительный отпуск за работу с вредными условиями труда устанавливается продолжительностью 30 рабочих дней психологам и физиологам, непосредственно и полный рабочий день работающим с психически больными, врачам - руководителям (с ненормированным рабочим днем) психиатрических (психоневрологических), нейрохирургических, наркологических лечебно-профилактических учреждений, отделений, палат и кабинетов, домов инвалидов (отделений) для психически больных и их заместителям, а также главным психиатрам органов здравоохранения, непосредственно участвующим в оказании психиатрической помощи.

3. При предоставлении гарантий соответствующие выплаты производятся за счет средств работодателя. Поэтому комментируемая статья в ч. 2 устанавливает, что порядок предоставления указанных гарантий и установления размера надбавок к должностным окладам за работу в особо опасных для здоровья и тяжелых условиях труда для работников федеральных учреждений здравоохранения определяется Правительством Российской Федерации, а для работников учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации определяется органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

4. Врачи-психиатры, иные специалисты, медицинский и другой персонал учреждений здравоохранения, участвующие в оказании психиатрической помощи, подлежат:

обязательному страхованию на случай причинения вреда их здоровью или смерти при исполнении служебных обязанностей в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

В ст. 969 Гражданского кодекса Российской Федерации определено, что в целях обеспечения социальных интересов граждан и интересов государства законом может быть установлено обязательное государственное страхование жизни, здоровья и имущества государственных служащих определенных категорий. Обязательное государственное страхование осуществляется непосредственно на основании законов и иных правовых актов о таком страховании указанными в этих актах государственными страховыми или иными государственными организациями (страховщиками) либо на основании договоров страхования, заключаемых в соответствии с этими актами страховщиками и страхователями.

Обязательное страхование на случай причинения вреда их здоровью или смерти при исполнении служебных обязанностей осуществляется на основании Федерального закона от 16 июля 1999 г. N 165-ФЗ "Об основах обязательного социального страхования", в соответствии с которым обязательное социальное страхование представляет собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на компенсацию или минимизацию последствий изменения материального и (или) социального положения работающих граждан, а в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, иных категорий граждан вследствие признания их безработными, трудового увечья или профессионального заболевания, инвалидности, болезни, травмы, беременности и родов, потери кормильца, а также наступления старости, необходимости получения медицинской помощи, санаторно-курортного лечения и наступления иных установленных законодательством Российской Федерации социальных страховых рисков, подлежащих обязательному социальному страхованию.

Видами социальных страховых рисков согласно названному Федеральному закону являются:

необходимость получения медицинской помощи;  
временная нетрудоспособность;  
трудовое увечье и профессиональное заболевание;  
материнство;  
инвалидность;  
наступление старости;  
потеря кормильца;  
признание безработным;  
смерть застрахованного лица или нетрудоспособных членов его семьи, находящихся на его иждивении.

Каждому виду социального страхового риска соответствует определенный вид страхового обеспечения. Страховым обеспечением по отдельным видам обязательного социального страхования являются:

оплата медицинскому учреждению расходов, связанных с предоставлением застрахованному лицу необходимой медицинской помощи;  
пенсия по старости;  
пенсия по инвалидности;  
пенсия по случаю потери кормильца;  
пособие по временной нетрудоспособности;  
пособие в связи с трудовым увечьем и профессиональным заболеванием;  
пособие по беременности и родам;  
ежемесячное пособие по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет;  
пособие по безработице;  
единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности;  
единовременное пособие при рождении ребенка;  
пособие на санаторно-курортное лечение;  
социальное пособие на погребение;  
оплата путевок на санаторно-курортное лечение и оздоровление работников и членов их семей.

Обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний осуществляется в порядке, установленном Федеральным законом от 24 июля 1998 г. N 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний", в ст. 1 которого указано, что обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний является видом социального страхования и предусматривает:

обеспечение социальной защиты застрахованных и экономической заинтересованности субъектов страхования в снижении профессионального риска;

возмещение вреда, причиненного жизни и здоровью застрахованного при исполнении им обязанностей по трудовому договору (контракту) и в иных установленных законом случаях, путем предоставления застрахованному в полном объеме всех необходимых видов обеспечения по страхованию, в том числе оплаты расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию;

обеспечение предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний.

Обеспечение по страхованию осуществляется:

1) в виде пособия по временной нетрудоспособности, назначаемого в связи со страховым случаем и выплачиваемого за счет средств на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;

2) в виде страховых выплат:

единовременной страховой выплаты застрахованному либо лицам, имеющим право на получение такой выплаты в случае его смерти;

ежемесячных страховых выплат застрахованному либо лицам, имеющим право на получение таких выплат в случае его смерти;

3) в виде оплаты дополнительных расходов, связанных с медицинской, социальной и профессиональной реабилитацией застрахованного при наличии прямых последствий страхового случая, на:

лечение застрахованного, осуществляемое на территории Российской Федерации непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве до восстановления трудоспособности или установления стойкой утраты профессиональной трудоспособности;

приобретение лекарств, изделий медицинского назначения и индивидуального ухода;

посторонний (специальный медицинский и бытовой) уход за застрахованным, в том числе осуществляемый членами его семьи;

проезд застрахованного, а в необходимых случаях и на проезд сопровождающего его лица для получения отдельных видов медицинской и социальной реабилитации (лечения непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве, медицинской реабилитации в организациях, оказывающих санаторно-курортные услуги, получения специального транспортного средства, заказа, примерки, получения, ремонта, замены протезов, протезно-ортопедических изделий, ортезов, технических средств реабилитации) и при направлении его страховщиком в учреждение медико-социальной экспертизы и в учреждение, осуществляющее экспертизу связи заболевания с профессией;

медицинскую реабилитацию в организациях, оказывающих санаторно-курортные услуги, в том числе по путевке, включая оплату лечения, проживания и питания застрахованного, а в необходимых случаях оплату проезда, проживания и питания сопровождающего его лица, оплату отпуска застрахованного (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска, установленного законодательством Российской Федерации) на весь период его лечения и проезда к месту лечения и обратно;

изготовление и ремонт протезов, протезно-ортопедических изделий и ортезов;

обеспечение техническими средствами реабилитации и их ремонт;

обеспечение транспортными средствами при наличии соответствующих медицинских показаний и отсутствии противопоказаний к вождению, их текущий и капитальный ремонт и оплату расходов на горюче-смазочные материалы;

профессиональное обучение (переобучение).

#### Раздел IV. ВИДЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ПОРЯДОК ЕЕ ОКАЗАНИЯ

##### Статья 23. Психиатрическое освидетельствование

##### Комментарий к статье 23

1. Комментируемая статья дает понятие психиатрического освидетельствования - им является осмотр лица врачом-психиатром, в том числе и профилактический осмотр, который проводится в целях определения:

страдает ли обследуемый психическим расстройством;

нуждается ли он в психиатрической помощи;

решения вопроса о виде такой помощи.

2. Часть 2 комментируемой статьи основана на общем правиле, предусмотренном ст. 4 данного Закона, в соответствии с которым психиатрическая помощь оказывается при добровольном обращении лица или с его согласия, за исключением случаев, предусмотренных Законом. Поэтому и психиатрическое освидетельствование может проводиться только:

1) по просьбе или с согласия самого обследуемого;

2) по просьбе или с согласия родителей либо иного законного представителя, если проводится психиатрическое освидетельствование несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет. При этом иными законными представителями являются:

усыновители или попечители несовершеннолетних в возрасте от четырнадцати до восемнадцати лет;

усыновители или опекуны несовершеннолетних, не достигших четырнадцати лет (малолетних);

3) по просьбе или с согласия законного представителя, если психиатрическое освидетельствование проводится в отношении лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным. Законным представителем недееспособного лица является его опекун.

Психиатрическое освидетельствование несовершеннолетнего может быть проведено по решению органа опеки и попечительства в случае, если:

один из родителей несовершеннолетнего возражает против проведения освидетельствования;

у несовершеннолетнего родители или иные законные представители отсутствуют.

Комментируемая статья предусматривает возможность обжаловать в суд решение органа опеки и попечительства о проведении психиатрического освидетельствования в отношении несовершеннолетнего.

3. Проводить психиатрическое освидетельствование лица должен проводить врач-психиатр. До проведения освидетельствования врач обязан представиться обследуемому и его законному представителю как психиатр, т.е. предъявить диплом о высшем медицинском образовании, подтверждающий его специальность, сертификат специалиста и лицензию на осуществление

медицинской деятельности. Врач не обязан представляться как психиатр в случае, когда обследуемый представляет непосредственную опасность для себя или для окружающих вследствие наличия у него тяжелого психического расстройства и сообщение о специальности врача может отразиться на состоянии лица отрицательно.

4. Исключением из правила о добровольности обращения за психиатрической помощью являются случаи, когда психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя, предусмотренные ч. 4 комментируемой статьи. Это случаи, когда по имеющимся данным обследуемый совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает:

1) его непосредственную опасность для себя или окружающих. При этом лицо, страдающее психическим расстройством, может быть:

одновременно опасно для себя и окружающих;

опасно только для себя;

опасно только для окружающих;

2) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или

3) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

5. Согласие на проведение освидетельствования как от освидетельствуемого, так и от его законных представителей, не требуется если обследуемый находится под диспансерным наблюдением вследствие наличия у него хронического и затяжного психического расстройства с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями в случае неявки к врачу в назначенный срок или по вызову. О таком порядке освидетельствования лица, страдающие психическими расстройствами, ставятся в известность при установлении в отношении них диспансерного наблюдения.

6. Комментируемая статья содержит обязательные требования о фиксировании данных психиатрического освидетельствования и заключение о состоянии психического здоровья обследуемого. Кроме того, в медицинской документации должны быть указаны причины обращения к врачу-психиатру и медицинские рекомендации. Приказом Минздрава РФ от 31 декабря 2002 г. N 420 "Об утверждении форм первичной медицинской документации для психиатрических и наркологических учреждений" с целью упорядочения ведения и использования первичной медицинской документации в психиатрических и наркологических учреждениях, приведения медицинской документации к единой системе стандартов, обеспечения полноты и достоверности информации о социально значимых заболеваниях населения утверждена:

учетная форма N 030-1/у-02 "Карта обратившегося за психиатрической (наркологической) помощью";

учетная форма N 066-1/у-02 "Статистическая карта выбывшего из психиатрического (наркологического) стационара";

инструкция по заполнению формы N 030-1/у-02 "Карта обратившегося за психиатрической (наркологической) помощью";

инструкция по заполнению формы N 066-1/у-02 "Статистическая карта выбывшего из психиатрического (наркологического) стационара".

Карта обратившегося за психиатрической помощью (ф. N 030-1/у-02) содержит сведения о больном, обратившемся за амбулаторной психиатрической, психотерапевтической или наркологической помощью (независимо от того, состоит он под диспансерным, профилактическим наблюдением или получает консультативно-лечебную помощь). Карта заполняется на каждого больного, обратившегося за психиатрической помощью в амбулаторно-поликлиническое учреждение: психоневрологический или наркологический диспансер, психиатрическое или наркологическое амбулаторное отделение (кабинет) психиатрической, психоневрологической, наркологической или многопрофильной больницы, психотерапевтический кабинет при психиатрической, психоневрологической или многопрофильной больнице или поликлинике, наркологический кабинет при предприятии независимо от его ведомственной подчиненности, а также в амбулаторное психоневрологическое (психотерапевтическое, наркологическое) отделение (кабинет) при научно-исследовательском учреждении.

Карта обратившегося за психиатрической (наркологической) помощью содержит основные сведения о больном и является формализованным документом, предназначенным для амбулаторного наблюдения и контроля посещений больных психическими и наркологическими расстройствами. В конце каждого отчетного года карты используются для составления годового отчета учреждения. Карта может служить исходным документом для создания электронной базы данных с целью автоматизации процесса подготовки и формирования годового отчета и получения оперативных сведений о контингентах наблюдаемых больных.

Карта заполняется при приеме больного на основании опроса и записей в медицинской карте амбулаторного больного (ф. N 025/у-87) или медицинской карте амбулаторного наркологического больного (ф. N 025/у-05-88). Заполненные карты хранятся в картотеке каждого участкового (районного) врача-психиатра (психотерапевта, нарколога) и используются последним в его работе для контроля за систематичностью наблюдения.

По окончании наблюдения больного в карте делаются соответствующие записи. В течение отчетного года закрытые карты хранятся отдельно от общей картотеки, а после использования их для составления годового отчета сдаются в архив.

В карту обратившегося за психиатрической (наркологической) помощью вносятся сведения о больном на момент ее заполнения. В случае изменения каких-либо данных в последующем в карту вносятся соответствующие исправления, например, об изменении диагноза, места работы, семейного положения, уровня образования и т.д. Если в каком-либо пункте приведен перечень возможных ответов, то следует отметить (подчеркнуть и обвести кружком) тот или иной ответ (код).

Все цифровые обозначения указываются в карте только арабскими цифрами.

Статья 24. Психиатрическое освидетельствование лица без его согласия или без согласия его законного представителя

Комментарий к статье 24

1. Решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя может быть принято самостоятельно врачом-психиатром в двух случаях:

1) когда по имеющимся данным обследуемый совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает его непосредственную опасность для себя или окружающих, или

2) если обследуемый находится под диспансерным наблюдением вследствие наличия у этого лица хронического и затяжного психического расстройства с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями.

При этом такое решение принимается врачом-психиатром на основании заявления родственников лица, подлежащего психиатрическому освидетельствованию, врача иной медицинской специальности, должностных лиц и иных граждан. В случае, когда по полученным сведениям лицо представляет непосредственную опасность для себя или окружающих, заявление может быть устным, в остальных случаях оно подается в письменной форме.

2. Решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя принимается врачом-психиатром на основании решения суда в случаях, когда по имеющимся данным обследуемый совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает:

его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или

существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

При этом заявление о необходимости психиатрического освидетельствования подается в суд по месту жительства освидетельствуемого. К заявлению прилагаются мотивированное заключение врача-психиатра о необходимости такого освидетельствования и другие имеющиеся материалы. В течение трех дней со дня подачи заявления судья единолично рассматривает заявление о принудительном психиатрическом освидетельствовании гражданина и принимает решение о принудительном психиатрическом освидетельствовании гражданина или об отказе в принудительном психиатрическом освидетельствовании гражданина.

Статья 25. Порядок подачи заявления и принятия решения о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя

Комментарий к статье 25

1. Комментируемая статья определяет порядок подачи заявления и принятия решения о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя. Заявление о необходимости психиатрического освидетельствования в недобровольном порядке должно подаваться врачу-психиатру любого учреждения, оказывающего амбулаторную или скорую психиатрическую помощь. При этом такое заявление может быть подано любым лицом: родственниками лица, подлежащего психиатрическому



освидетельствованию, врачом любой медицинской специальности, должностными лицами и иными гражданами.

2. Заявление о необходимости принудительного освидетельствования может быть подано врачу-психиатру как в письменной, так и в устной форме. Заявление может быть устным только в неотложных случаях, когда по полученным сведениям лицо представляет непосредственную опасность для себя или окружающих. Как правило, такие заявления поступают по телефону и их содержание обязательно должно быть зафиксировано в медицинской документации с указанием фамилии, имени, отчества заявителя, его отношение к лицу, которое подлежит освидетельствованию в принудительном порядке, - является ли он членом семьи, иным родственником, соседом, представителем каких либо органов власти и т.п.

Если непосредственная опасность лица для себя или окружающих отсутствует, то заявление о психиатрическом освидетельствовании подается врачу-психиатру в письменной форме с указанием подробных сведений, обосновывающих необходимость освидетельствования. В нем также должно быть указание на отказ лица либо его законного представителя от обращения к врачу-психиатру. Такое заявление подается в произвольной форме.

Таким образом, письменное заявление о принудительном освидетельствовании должно содержать следующие сведения:

фамилия, имя, отчество врача-психиатра;

наименование психиатрического учреждения, в которое подается заявление;

фамилия, имя, отчество, адрес лица, подающего заявление;

сведения, обосновывающие необходимость освидетельствования лица без его согласия или без согласия его законного представителя, т.е. совершение обследуемым действия, дающего основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает:

1) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или

2) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или

3) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи;

указание на отказ лица либо его законного представителя от обращения к врачу-психиатру и в связи с этим невозможность проведения освидетельствования в добровольном порядке; подпись лица, подающего заявление.

3. На основании письменного или устного заявления врач-психиатр принимает решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя. При этом комментируемая статья предоставляет право врачу-психиатру запросить дополнительные сведения, необходимые для принятия решения, которые касаются наличия или отсутствия оснований для освидетельствования в недобровольном порядке. Такие сведения могут быть получены от заявителя, если он, например, имеет возможность предоставить медицинские документы, подтверждающие наличие у лица психического расстройства, из иных медицинских учреждений, от родственников или соседей лица, подлежащего госпитализации.

4. Если врач-психиатр установит, что в заявлении отсутствуют данные, свидетельствующие о наличии у лица тяжелого психического расстройства, обуславливающего его беспомощность или существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи, то он в письменном виде, мотивированно отказывает в психиатрическом освидетельствовании с указанием оснований такого отказа.

Если же врач-психиатр придет к выводу о наличии оснований для освидетельствования лица без его согласия или без согласия его законного представителя, то он составляет мотивированное заключение о необходимости такого освидетельствования, которое вместе с заявлением об освидетельствовании и другими имеющимися материалами направляет в суд. Заявление врача-психиатра о принудительном психиатрическом освидетельствовании гражданина подается в суд по месту жительства гражданина. В течение трех дней со дня подачи заявления судья единолично рассматривает заявление о принудительном психиатрическом освидетельствовании гражданина и принимает решение о принудительном психиатрическом освидетельствовании гражданина или об отказе в принудительном психиатрическом освидетельствовании гражданина. Действия судьи могут быть обжалованы в суд в течение десяти дней с момента вынесения решения.

## Статья 26. Виды амбулаторной психиатрической помощи

### Комментарий к статье 26

1. Согласно комментируемой статье амбулаторная психиатрическая помощь лицу, страдающему психическим расстройством, может быть двух видов:

консультативно-лечебная помощь;  
диспансерное наблюдение.

При этом выбор того или иного вида оказания психиатрической помощи зависит от медицинских показаний, к которым относятся наличие определенного вида психического расстройства, его характер, тяжесть, особенности течения и прогноза, влияние на поведение лица.

Таким образом, амбулаторной психиатрической помощью будет являться любая психиатрическая помощь лицу, страдающему психическим расстройством, без помещения этого лица в стационар. Она включает в себя обследование психического здоровья лица, диагностику психических расстройств, их лечение, психопрофилактическую и реабилитационную помощь, а также уход за лицами, страдающими психическими расстройствами. В соответствии с Положением об учреждениях, оказывающих внебольничную и стационарную психиатрическую помощь, утвержденным Постановлением Правительства РФ от 25 мая 1994 г. N 522, учреждением, оказывающим внебольничную психиатрическую помощь, является учреждение государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, прошедшее в установленном порядке лицензирование и получившее право на деятельность по оказанию психиатрической помощи. Психиатрическую помощь оказывают самостоятельные специализированные учреждения и структурные подразделения других лечебно-профилактических, учебных и научно-исследовательских учреждений.

Деятельность учреждения (подразделения) по оказанию психиатрической помощи, специальному обучению и социальной защите лиц, страдающих психическими расстройствами, осуществляется по территориальному принципу. Оказание дополнительных специализированных видов медицинской помощи может также осуществляться экстерриториально.

Учреждения, оказывающие психиатрическую помощь, выполняют следующие функции:

оказывают неотложную психиатрическую помощь;

осуществляют консультативно-диагностическую, лечебную, психопрофилактическую, социально-психологическую, реабилитационную помощь во внебольничных и стационарных условиях;

проводят все виды психиатрической экспертизы, в том числе определение временной нетрудоспособности;

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

принимают участие в решении вопросов опеки указанных лиц;

проводят консультации по правовым вопросам;

осуществляют социально-бытовое устройство инвалидов и престарелых, страдающих психическими расстройствами;

организуют обучение инвалидов и несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами;

оказывают психиатрическую помощь при стихийных бедствиях и катастрофах.

2. Амбулаторная психиатрическая помощь может оказываться лицам, страдающим психическими расстройствами, при посещении этих лиц на дому врачами-психиатрами, иными специалистами, средним и младшим медицинским персоналом психиатрических и психоневрологических учреждений. Кроме того, амбулаторная психиатрическая помощь оказывается врачами скорой психиатрической помощи. Порядок оказания скорой психиатрической помощи определен Приказом Минздрава РФ от 8 апреля 1998 г. N 108 "О скорой психиатрической помощи", согласно которому в составе станции (подстанции, отделения) скорой медицинской помощи, психоневрологического диспансера, психиатрической больницы, а также центральной районной больницы организуются врачебные и фельдшерские бригады скорой психиатрической помощи (психиатрические бригады). Они обеспечивают скорую психиатрическую помощь по месту пребывания пациента, в том числе в лечебно-профилактических учреждениях.

Задачами психиатрических бригад являются:

оказание скорой психиатрической помощи;

осуществление врачом-психиатром освидетельствования лица без его согласия или без согласия его законного представителя и госпитализации в недобровольном порядке;

транспортировка лиц, страдающих психическими расстройствами, по направлению врача-психиатра в сопровождении среднего медицинского персонала.

Психиатрические бригады не имеют права на выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, судебно-психиатрических и других экспертных заключений, в том числе и по поводу наличия или отсутствия алкогольного опьянения, не выдают каких-либо иных письменных справок. Все необходимые рекомендации пациентам, их законным представителям и медицинскому персоналу психиатрических учреждений даются устно.

При оказании скорой психиатрической помощи, когда иными методами невозможно предотвратить со стороны пациента действия, представляющие непосредственную опасность для него или других лиц, по решению врача-психиатра применяются меры физического стеснения в

наиболее щадящих формах, в том числе с использованием широких лент из плотной хлопчатобумажной ткани. Эти меры осуществляются при контроле со стороны медицинского персонала, их форма и продолжительность указываются врачом-психиатром в медицинской документации.

3. Амбулаторная психиатрическая помощь лицам, страдающим психическими расстройствами, оказывается врачами-психиатрами, иными специалистами, средним и младшим медицинским персоналом психиатрических и психоневрологических учреждений.

Врач-психиатр - специалист с высшим медицинским образованием по специальности "лечебное дело" или "педиатрия", прошедший подготовку по специальности "психиатрия" в интернатуре, клинической ординатуре, а также прошедший профессиональную переподготовку либо клиническую ординатуру по психотерапии в медицинском образовательном учреждении высшего или дополнительного профессионального образования, либо в профильных научно-исследовательских медицинских институтах в соответствии с требованиями к образовательному стандарту, типовой программой и учебным планом профессиональной переподготовки, утвержденными в установленном порядке. В его компетенцию при оказании амбулаторной психиатрической помощи входит:

осуществление непосредственно (является лечащим врачом) или участие (является консультантом) в ведении пациента;

определение объема и плана обследования с учетом возраста пациента, диагностических задач и рациональных методов обследования;

дача клинической оценки состояния пациента;

назначение и проведение клинической оценки состояния пациента;

осуществление консультации при оценке неотложных состояний, при разборе сложных для диагностики и терапии клинических случаев;

выполнение практической работы по амбулаторному, дневному стационарному и стационарному ведению пациентов;

оформление медицинской документации установленного образца;

повышение своей квалификации по психиатрии и психотерапии на циклах усовершенствования по каждой специальности в установленном порядке и т.п.

К иным специалистам, оказывающим амбулаторную психиатрическую помощь, относятся медицинский психолог, социальный работник и т.п.

Медицинский психолог, работающий в учреждении здравоохранения, оказывающем психотерапевтическую помощь, - специалист с высшим психологическим образованием по специальности "клиническая психология" либо специалист с другим высшим психологическим образованием, прошедший профессиональную переподготовку по клинической (медицинской) психологии в образовательных учреждениях, имеющих соответствующую государственную лицензию и государственную аккредитацию. Он самостоятельно осуществляет прием пациентов в соответствии с индивидуальной программой их ведения, утвержденной лечащим врачом. Проводит необходимые психодиагностические, психокоррекционные, реабилитационные и психопрофилактические мероприятия, а также участвует в проведении психотерапии и мероприятиях по психологическому обеспечению лечебно-диагностического процесса. При необходимости прибегает к помощи лечащего врача и консультанта по психодиагностической и психокоррекционной (психотерапевтической) работе.

Социальный работник - работник со средним или высшим профессиональным образованием. Он по направлению врача-специалиста организует индивидуальную и групповую работу с пациентами, направленную на улучшение их социальной адаптации, тренинг коммуникативных навыков, организует социально-правовую защиту пациентов, взаимодействие учреждения с организациями, оказывающими социальную помощь. Он также совместно с врачом-специалистом и медицинским психологом:

разрабатывает индивидуальные планы социальной реабилитации пациентов;

создает терапевтическую среду, терапевтические сообщества пациентов, группы по интересам, осуществляет клубную работу.

4. Консультативно-лечебная помощь оказывается врачом-психиатром. Обращение за ней носит добровольный характер, т.е. она оказывается:

при самостоятельном обращении лица, страдающего психическим расстройством, или по его просьбе или с его согласия;

в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет - по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя.

Необходимо отметить, что лица, признанные в установленном порядке недееспособными, подлежат диспансерному наблюдению, а не консультативно-лечебной помощи.

5. Диспансерное наблюдение за лицом, страдающим психическим расстройством, может устанавливаться как при наличии согласия такого лица или его законных представителей, так и при отсутствии такого согласия. Оно устанавливается за лицом, которое страдает хроническим и

затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями и предполагает наблюдение за состоянием психического здоровья лица путем регулярных осмотров врачом-психиатром и оказание ему необходимой медицинской и социальной помощи.

## Статья 27. Диспансерное наблюдение

### Комментарий к статье 27

1. Диспансерное наблюдение является одним из двух видов амбулаторной психиатрической помощи. Комментируемая статья определяет основания для установления диспансерного наблюдения. Оно устанавливается за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями.

Психическое расстройство признается хроническим, если оно носит длительный характер и имеет тенденцию к прогрессированию. К таким заболеваниям относятся шизофрения, эпилепсия, маниакально-депрессивный психоз и т.д.

К затяжным психическим расстройствам относятся психические расстройства, длительность течения которых определяется особенностями проявления у определенного лица при конкретных обстоятельствах. Такие расстройства могут, например, возникнуть как ответная реакция на полученную психическую травму.

Понятие "тяжесть психического расстройства" отражает в обобщенном виде степень выраженности болезненных проявлений и степень нарушения психической деятельности в целом, включая понимание и оценку происходящего, собственной личности, способность адекватно строить свое поведение. К тяжелым относятся такие психические расстройства, которые не только имеют достаточно выраженные проявления, но и значительно снижают понимание окружающего и собственной личности, искажают оценки реальных событий и своего состояния, нарушают поведение, препятствуют поддержанию адекватного контакта с действительностью, а также лишают больного способности принимать осознанные решения относительно предлагаемых медицинских мер (см.: 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 общей редакцией академика РАМН, доктора медицинских наук, профессора Т.Б. Дмитриевой).

К тяжелым психическим расстройствам относятся:

слабоумие, т.е. стойкое врожденное недоразвитие умственных способностей или такое же стойкое и необратимое снижение интеллекта в результате деструктивных изменений в мозгу после травм, инфекционных и других заболеваний. По своей степени слабоумие делится на три вида: глубокое (идиотия), среднее (имбецильность), легкое (дебильность);

психозы - эндогенные (эпилепсия, шизофрения, маниакально-депрессивный психоз) и экзогенные (реактивные психозы, патологическое опьянение и т.п.).

Стойкими тяжелыми болезненными проявлениями являются те, которые существуют не менее года или есть основания полагать, что они будут существовать в течение года или дольше.

2. Даже при наличии указанных признаков психического расстройства диспансерное наблюдение согласно комментируемой статье может и не устанавливаться. Решение вопроса о необходимости установления диспансерного наблюдения и о его прекращении принимается только комиссией врачей-психиатров. Такая комиссия формируется на основании приказа главврача психиатрического учреждения, оказывающего амбулаторную психиатрическую помощь, или назначается территориальным органом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. В состав комиссии в обязательном порядке входит главврач, участковый врач-психиатр, на участке которого проживает лицо, подлежащее диспансерному наблюдению. По результатам освидетельствования лица комиссия принимает решение либо об установлении диспансерного наблюдения либо об отсутствии необходимости в таком наблюдении. В любом случае мотивированное решение комиссии врачей-психиатров оформляется записью в медицинской документации. При этом врач-психиатр, мнение которого не совпадает с решением врачебной комиссии, вправе дать свое заключение, которое приобщается к медицинской документации. В записи решения должны быть указаны психическое состояние лица, подлежащего диспансерному наблюдению, развитие и течение болезни, диагностическая оценка психического расстройства, основания установления или прекращения диспансерного наблюдения.

3. Решение об установлении или прекращении диспансерного наблюдения может быть обжаловано:

в районный суд либо по месту жительства лица, чьи права и законные интересы нарушены, либо в суд по месту нахождения органа, должностного лица, государственного служащего, нарушившего его права и законные интересы;

в вышестоящий орган (вышестоящему должностному лицу);

прокурору.

Так, согласно "Обзору судебной практики Пермского областного суда по гражданским делам за 6 месяцев 2002 г." главный врач МУ "Психиатрическая больница" г. Березники обратился в суд с заявлением о дальнейшей госпитализации М-вой Л.Ю. в психиатрическом стационаре в связи с отказом от предложенной госпитализации, обосновывая необходимость дальнейшего содержания в условиях стационара для обследования и лечения.

Постановлением судьи Березниковского городского суда от 25.01.2002 удовлетворено заявление Березниковского психиатрического диспансера о госпитализации М-вой Л.Ю. 1960 года рождения.

М-ва Л.Ю. госпитализирована в городской психиатрический диспансер г. Березники без ее согласия в недобровольном порядке для обследования с 17.01.2002. В части госпитализации для лечения М-вой Л.Ю. отказано.

Постановление судьи отменено в связи с неправильным применением норм материального права.

Согласно ст. 29 Закона РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя, если его обследование или лечение возможно только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает: а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Постановлением судьи Березниковского городского суда от 29.12.2001 санкционировано психиатрическое освидетельствование М-вой Л.Ю. без ее согласия.

Принимая решение о госпитализации М-вой Л.Ю. в недобровольном порядке судья сослался на необходимость установления М-вой Л.Ю. диагноза, который ей окончательно не определен, в части госпитализации для лечения в удовлетворении отказано.

Постановление судьи, вынесенное по заявлению о недобровольной госпитализации, должно быть законным и обоснованным, то есть судья должен установить: имеет ли лицо признаки психического расстройства, нуждается ли в помещении в психиатрический стационар помимо его воли и обуславливает ли наступление одного из перечисленных в ст. 29 Закона РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" оснований.

Кроме необходимости установления диагноза судья не привел в определении законных оснований для дальнейшего пребывания в психиатрическом лечебном учреждении при условии, что М-ва Л.Ю. принудительно освидетельствована 16.01.2002. Лечебным учреждением не представлены доказательства, свидетельствующие с бесспорностью о необходимости стационарного пребывания М-вой Л.Ю. Согласно ст. ст. 33 - 36 Закона госпитализация лица в недобровольном порядке предполагает содержание лица в лечебном учреждении. Закон не разграничивает понятия "обследование" и "лечение", в силу ст. 35 Закона судья, рассмотрев заявление о недобровольной госпитализации, должен либо удовлетворить, либо отклонить его, постановление об удовлетворении заявления предполагает дальнейшее содержание лица в психиатрическом стационаре.

Кроме того, при обращении в суд с заявлением о недобровольной госпитализации М-вой Л.Ю. был поставлен вопрос о даче санкции на пребывание в психиатрическом стационаре на срок, необходимый для рассмотрения заявления в суде, однако судьей этот вопрос в порядке ст. 33 Закона не решен.

4. Диспансерное наблюдение может быть прекращено в двух случаях:

1) если лицо, в отношении которого установлено диспансерное наблюдение, полностью выздоровело, т.е. полностью излечилось в результате оказания ему психиатрической помощи;

2) если у лица наблюдается стойкое улучшение психического состояния, которое предполагает частичное исчезновение синдромов психического заболевания или расстройства в результате оказания ему психиатрической помощи.

После прекращения диспансерного наблюдения амбулаторная психиатрическая помощь может оказываться в консультативно-лечебном виде по просьбе или с согласия лица либо по просьбе или с согласия его законного представителя.

5. Если имеются обстоятельства, свидетельствующие об изменении психического состояния лица, т.е. имеются основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает его непосредственную опасность для себя или окружающих, или его беспомощность, или существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи, то такое лицо может быть освидетельствовано без его согласия или без согласия его законного представителя. Порядок такого освидетельствования определен в ст. ст. 24 и 25 данного Закона.

## Статья 28. Основания для госпитализации в психиатрический стационар

### Комментарий к статье 28

1. Комментируемая статья называет основания для госпитализации в психиатрический стационар. Они являются общими независимо от того, осуществляется ли госпитализация в добровольном или принудительном порядке. Такими основаниями признаются:

наличие у лица психического расстройства. При отсутствии у лица психического расстройства помещение его в психиатрический стационар не допускается, за исключением случаев, когда необходимо проведение психиатрической экспертизы;

решение врача-психиатра о проведении обследования или лечения в стационарных условиях. Согласно комментируемой статье решение о проведении обследования или лечения в стационарных условиях должен принять именно врач-психиатр, т.к. заключение врача другой специальности о состоянии психического здоровья лица носит предварительный характер и не является основанием для решения вопроса об ограничении его прав и законных интересов, а также для предоставления ему гарантий, предусмотренных законом для лиц, страдающих психическими расстройствами;

постановление судьи. Оно необходимо в случае, когда госпитализация в психиатрический стационар осуществляется в недобровольном порядке.

2. Часть 2 комментируемой статьи устанавливает, что основанием для помещения в психиатрический стационар может быть также необходимость проведения психиатрической экспертизы. В данном случае речь идет о военно-врачебной экспертизе, судебно-психиатрической экспертизе, медико-социальной экспертизе.

В соответствии со ст. 51 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1 военно-врачебная экспертиза определяет годность по состоянию здоровья к военной службе граждан, подлежащих призыву на военную службу, поступающих на военную службу по контракту, пребывающих в запасе (резерве) Вооруженных Сил Российской Федерации, органов Федеральной службы безопасности, и военнослужащих, устанавливает у военнослужащих (граждан, призванных на военные сборы) и уволенных с военной службы причинную связь заболеваний, ранений, травм с военной службой (прохождением военных сборов), определяет виды, объем, сроки осуществления медико-социальной помощи военнослужащим и их реабилитации (см. комментарий к ст. 15 данного Закона).

Под судебно-психиатрической экспертизой принято понимать исследование, проводимое экспертом-психиатром или комиссией экспертов психиатров, лиц с целью определения их психического состояния в определенный период, который интересует следственные органы или суд. Обязательные случаи ее проведения устанавливаются законодательством. Так, согласно ст. 283 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации судебно-психиатрическая экспертиза назначается по делам о признании гражданина недееспособным при наличии достаточных данных о психическом расстройстве гражданина, а в ст. 196 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации установлены случаи, когда обязательно назначение судебной экспертизы по уголовному делу - это случаи, когда необходимо установить:

психическое или физическое состояние подозреваемого, обвиняемого, когда возникает сомнение в его вменяемости или способности самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном судопроизводстве;

психическое или физическое состояние потерпевшего, когда возникает сомнение в его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания;

возраст подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего, когда это имеет значение для уголовного дела, а документы, подтверждающие его возраст, отсутствуют или вызывают сомнение (см. комментарий к ст. 14 данного Закона).

Понятие медико-социальной экспертизы дано в Федеральном законе от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации": медико-социальная экспертиза - это определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма. Она осуществляется исходя из комплексной оценки состояния организма на основе анализа клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных освидетельствуемого лица с использованием классификаций и критериев, разрабатываемых и утверждаемых в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации. В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 августа 2005 г. N 535 "Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной

экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы" классификации, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, определяют основные виды нарушений функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, и степени их выраженности; основные категории жизнедеятельности человека и степени выраженности ограничений этих категорий. Критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, определяют условия установления степени ограничения способности к трудовой деятельности и групп инвалидности (категории "ребенок-инвалид").

Медико-социальная экспертиза гражданина производится в учреждении по месту его жительства либо по месту прикрепления к государственному или муниципальному лечебно-профилактическому учреждению здравоохранения. В случае если в соответствии с заключением учреждения здравоохранения лицо не может явиться в учреждение по состоянию здоровья, медико-социальная экспертиза может проводиться на дому, в стационаре, где гражданин находится на лечении, или заочно на основании представленных документов с его согласия либо с согласия его законного представителя.

Гражданин направляется на медико-социальную экспертизу учреждением здравоохранения или органом социальной защиты населения. Лицо без определенного места жительства принимается на медико-социальную экспертизу по направлению органа социальной защиты населения. Учреждение здравоохранения направляет в установленном порядке гражданина на медико-социальную экспертизу после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм и дефектами. В направлении учреждения здравоохранения указываются данные о состоянии здоровья гражданина, отражающие степень нарушения функций органов и систем, состояние компенсаторных возможностей организма, а также результаты проведенных реабилитационных мероприятий.

Медико-социальная экспертиза лица проводится по его письменному заявлению либо письменному заявлению его законного представителя. Заявление подается на имя руководителя учреждения. К заявлению прилагаются направление учреждения здравоохранения или органа социальной защиты населения, медицинские документы, подтверждающие нарушение его здоровья.

3. По общему правилу помещение в психиатрический стационар осуществляется добровольно, т.е. по просьбе госпитализируемого лица или с его согласия. Полученное согласие должно быть оформлено записью в медицинской документации и удостоверено подписью лица, помещаемого в психиатрический стационар, или его законного представителя, а также врача-психиатра.

Помещение в психиатрический стационар несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет возможно по просьбе или с согласия родителей либо иного законного представителя. При этом иными законными представителями являются:

усыновители или попечители несовершеннолетних в возрасте от четырнадцати до восемнадцати лет;

усыновители или опекуны несовершеннолетних, не достигших четырнадцати лет (малолетних).

Помещение в психиатрический стационар несовершеннолетнего может быть осуществлено по решению органа опеки и попечительства в случае, если:

один из родителей несовершеннолетнего возражает против проведения освидетельствования;

у несовершеннолетнего родители или иные законные представители отсутствуют.

Лицо, признанное в установленном законом порядке недееспособным, помещается в психиатрический стационар по просьбе или с согласия его законного представителя, которым может быть его опекун.

4. Комментируемая статья предусматривает исключение из правила о добровольности помещения в психиатрический стационар, т.е. случаи, когда госпитализация осуществляется принудительно. Лицо, страдающее психическим расстройством, может быть принудительно госпитализировано, если его обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает:

его непосредственную опасность для себя или окружающих, или

его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или

существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи (см. комментарий к ст. 29 данного Закона).

Статья 29. Основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке

#### Комментарий к статье 29

1. Комментируемая статья устанавливает основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке, т.е. при отсутствии согласия лица, страдающего психическим расстройством, или его законного представителя, а также до постановления судьи. К таким основаниям относятся:

1) обследование или лечение лица, страдающего психическим расстройством, возможно только в стационарных условиях;

2) психическое расстройство является тяжелым и обуславливает:

его непосредственную опасность для себя или окружающих;

его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности;

существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Тяжесть психического расстройства определяется наличием нарушений психотического уровня (психоза) или выраженного психического дефекта (врожденная умственная отсталость, приобретенное слабоумие, выраженные изменения личности); наличие менее глубоких расстройств дает основание квалифицировать состояние как тяжелое лишь в тех случаях, когда эти расстройства по выраженности достигают психотического уровня (например, декомпенсация при психопатии, когда возникает непосредственная опасность ауто- или гетероагрессии) (См.: 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 общей редакцией академика РАМН, доктора медицинских наук, профессора Т.Б. Дмитриевой).

При этом данный Закон не выделяет ни одного из трех критериев недобровольной госпитализации в качестве главного. Во избежание невыполнения врачебного долга недопустима абсолютизация критерия опасности пациента для себя и окружающих как наиболее доказательного и игнорирование двух других критериев. Важно, чтобы решение врача было всегда достаточно мотивировано описанием психического состояния пациента.

2. Госпитализация в психиатрический стационар будет считаться недобровольной и в случаях, когда пациент по своему психическому состоянию не может выразить свое отношение к госпитализации (обратиться с просьбой или дать согласие), когда он, например, находится в состоянии измененного сознания (делирий, онейроид, сумеречное состояние) или когда имеет место острый психоз с выраженной растерянностью, крайней загруженностью психотическими переживаниями или выраженное слабоумие, при котором личностное отношение к факту госпитализации установить невозможно (но легко склонить такого пациента к подписи под документом о согласии на госпитализацию).

3. Недобровольная госпитализация начинается с момента реализации принятого врачом-психиатром решения о помещении пациента в больницу независимо от его желания после его освидетельствования по месту вызова, поскольку с этого момента в случае необходимости принимаются меры принуждения. В направлении на госпитализацию психиатр должен дать предметное и доказательное описание психического состояния пациента, из которого достаточно определенно можно заключить, что оно соответствует одному из трех критериев недобровольной госпитализации, должно быть указано, что пациент помещается в стационар недобровольно, а также какому критерию его состояние соответствует.

4. Как видно из текста комментируемой статьи и части 4 статьи 23 данного Закона критерии недобровольного освидетельствования и недобровольной госпитализации одинаковы, но при одинаковых критериях имеются различия в юридической процедуре. Решение о недобровольной госпитализации принимает сам врач, а решение о недобровольном освидетельствовании врач принимает только в случаях, если лицо представляет непосредственную опасность для себя или окружающих. Если же речь идет об иных критериях, на недобровольное освидетельствование необходимо получить санкцию судьи.

5. Недобровольная госпитализация обычно осуществляется с участием психиатрических бригад, поэтому необходимо указать на правовые аспекты, связанные с особенностями работы бригады скорой и неотложной психиатрической помощи. Эта работа строится на обслуживании неотложных случаев. Бригада также вызывается и к ранее не освидетельствованным психиатром, и к не состоящим под диспансерным наблюдением лицам. Так, в Методических рекомендациях по организации работы бригад скорой психиатрической помощи, утвержденных Приказом Минздрава РФ от 8 апреля 1998 г. N 108, указано, что вызов психиатрической бригады должен быть принят, если пациент находится в неблагоприятных бытовых условиях и "тяжелое психическое



расстройство" у него соответствует любому из трех критериев. Когда условия неблагоприятны (отсутствие наблюдения, ухода за больным, пребывание его вне семьи, на улице и т.д.), беспомощный пациент и пациент с плохим клиническим прогнозом в случае оставления его без психиатрической помощи становятся опасными для себя. В этих случаях пациент должен быть недобровольно освидетельствован психиатром скорой помощи. Отказ от оказания неотложной помощи таким пациентам становится равносильным отказу от выполнения врачебного долга.

Диспетчер (дежурный врач) скорой психиатрической помощи, принимая вызов, может быть дезориентирован тем, что обращающиеся ошибочно оценили и представили действия лица как болезненные или предвзято изложили факты. В подобных случаях, если данное лицо отказывается от психиатрической помощи, психиатр, прибыв по месту вызова и оценив ситуацию, самостоятельно решает вопрос о проведении психиатрического освидетельствования и может отказаться от его проведения или, проведя беседу с данным лицом, может установить только, что оно не нуждается в неотложной психиатрической помощи в недобровольном порядке, поскольку такая помощь, при негативном к ней отношении, может быть оказана только с помощью недобровольного помещения в больницу, а признаков соответствия состояния лица критериям недобровольной госпитализации нет. Врач-психиатр при этом не решает вопрос, страдает ли данное лицо психическим заболеванием и в каком виде психиатрической помощи оно нуждается. Он лишь устанавливает, что данное лицо не нуждается в неотложной психиатрической помощи в недобровольном порядке. Именно об этом он делает запись в медицинской документации, обосновывая ее полученными на месте данными.

6. В Определении Конституционного Суда РФ от 8 февраля 2001 г. N 44-О "Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданки Поповой Ольги Валентиновны на нарушение ее конституционных прав Законом Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" по вопросу о принудительной госпитализации изложено следующее: в своей жалобе в Конституционный Суд Российской Федерации О.В. Попова просит проверить конституционность примененного в ее деле Закона Российской Федерации от 2 июля 1992 года "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании". По мнению заявительницы, его положения, в том числе статья 29, а также статьи 6, 24 - 27, 32, 34 - 36, противоречат статьям 19, 21, 22, 48, 55 и 123 Конституции Российской Федерации.

Нарушение своих конституционных прав О.В. Попова усматривает в том, что предусмотренная названным Законом возможность госпитализации лица в недобровольном порядке в психиатрический стационар, а также проводимое лечение ущемляют достоинство личности, причиняют человеку моральные и физические страдания, наносят вред его здоровью; установленный порядок рассмотрения судьей заявления о принудительной госпитализации и процедура вынесения соответствующего постановления создают условия для неправомерного содержания лица в психиатрическом стационаре до судебного решения в течение более чем 48 часов, лишают его права на получение квалифицированной юридической помощи, а осуществляемое в таких условиях судопроизводство не может считаться основанным на состязательности и равноправии сторон.

Закон Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" устанавливает, что психиатрическая помощь осуществляется на основе принципов законности и соблюдения прав человека и гражданина (статья 1); при этом лица, страдающие психическими расстройствами, имеют право на уважительное и гуманное отношение, исключаящее унижение человеческого достоинства, на содержание в психиатрическом стационаре только в течение срока, необходимого для обследования и лечения, а также на помощь адвоката, законного представителя или иного лица в порядке, установленном законом (статья 5).

Госпитализация в психиатрический стационар в недобровольном порядке - один из видов психиатрической помощи, оказываемой лицам, страдающим психическими расстройствами. Учитывая принудительный характер этой меры, названный Закон в целях защиты прав таких лиц от злоупотреблений властью и произвола устанавливает, что ее применение возможно только по указанным в нем медико-социальным показаниям и при условии обязательного судебного контроля (статьи 29, 32 - 35).

Согласно Закону Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя до постановления судьи, если его обследование и лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает:

- а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или
- б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или
- в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи (статья 29).

Лицо, помещенное в психиатрический стационар в недобровольном порядке, подлежит обязательному освидетельствованию в течение 48 часов комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения, которая принимает решение об обоснованности госпитализации; в случае признания ее обоснованной заключение врачебной комиссии в течение 24 часов направляется в суд по месту нахождения психиатрического учреждения для решения вопроса о дальнейшем пребывании лица в нем (статья 32).

Принимая от представителя психиатрического учреждения соответствующее заявление о недобровольной госпитализации лица, судья одновременно дает санкцию на его пребывание в психиатрическом стационаре на срок, необходимый для рассмотрения заявления в суде (статья 33).

Лицу должно быть предоставлено право лично участвовать в судебном рассмотрении вопроса о его принудительной госпитализации, а участие в деле прокурора, представителя психиатрического учреждения, ходатайствующего о госпитализации, и представителя лица, в отношении которого решается вопрос о госпитализации, обязательно (статья 34).

Лицо, помещенное в психиатрический стационар, и его представитель могут обжаловать вынесенное судьей постановление в порядке, установленном Гражданским процессуальным кодексом РСФСР (статья 35).

Действия медицинских работников, иных специалистов, врачебных комиссий, ущемляющие права и законные интересы граждан при оказании им психиатрической помощи, могут быть обжалованы непосредственно в суд либо в вышестоящий в порядке подчиненности орган или прокурору (статья 47).

Возможность принудительной госпитализации лица предусмотрена и Принципами защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи, утвержденными Генеральной Ассамблеей ООН (Резолюция 46/119 от 17 декабря 1991 года). Согласно принципу 16 любое лицо может быть госпитализировано в психиатрическое учреждение в качестве пациента в принудительном порядке тогда и только тогда, когда уполномоченный для этой цели согласно закону квалифицированный специалист, работающий в области психиатрии, установит, что данное лицо страдает психическим заболеванием, и определит, что, в частности, вследствие этого психического заболевания существует серьезная угроза причинения непосредственного или неизбежного ущерба этому лицу или другим лицам; госпитализация в психиатрическое учреждение или содержание в нем в принудительном порядке осуществляются первоначально в течение непродолжительного периода, определенного внутригосударственным законодательством, в целях наблюдения и проведения предварительного лечения до рассмотрения вопроса о госпитализации или содержании пациента в психиатрическом учреждении надзорным органом. Таким органом, согласно принципу 17, является судебный или другой независимый беспристрастный орган, созданный и функционирующий в соответствии с процедурами, установленными внутригосударственным законодательством.

Гражданка О.В. Попова как лицо, страдающее психическим расстройством, в соответствии со статьями 29, 32 - 35 Закона Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" была помещена в недобровольном порядке в психиатрический стационар на основании постановления судьи, поскольку ее обследование и лечение были признаны возможными только в стационарных условиях, а психическое расстройство - тяжелым и обуславливало существенный вред здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если она будет оставлена без психиатрической помощи.

Как усматривается из материалов дела, О.В. Попова принимала участие в судебном заседании, ей были разъяснены процессуальные права, в частности право на подачу кассационной жалобы при несогласии с постановлением судьи. Тем самым ее право на судебную защиту было реализовано. Участвовавший же в деле прокурор не являлся стороной в процессе, а, по смыслу статей 34 и 35 Закона Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", выполнял обязанности по реализации принципа законности и по охране прав и свобод человека и гражданина.

В силу статей 96 и 97 Федерального конституционного закона "О Конституционном Суде Российской Федерации" гражданин вправе обратиться в Конституционный Суд Российской Федерации с жалобой на нарушение своих конституционных прав и свобод законом и такая жалоба признается допустимой, если оспариваемым законом, примененным или подлежащим применению в деле заявителя, затрагиваются его конституционные права и свободы.

Поскольку положения Закона Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", примененные в деле гражданки О.В. Поповой, не могут быть отнесены к числу нарушающих ее конституционные права, данная жалоба в этой части не является допустимой.

Статья 30. Меры обеспечения безопасности при оказании психиатрической помощи

1. Комментируемая статья определяет порядок применения мер обеспечения безопасности при оказании психиатрической помощи, устанавливая, что стационарная психиатрическая помощь должна оказываться в наименее ограничительных условиях, но при этом эти условия должны обеспечивать безопасность как госпитализированного лица, так и других лиц, а медицинский персонал должен соблюдать права и законные интересы госпитализированного лица. Таким образом, врач-психиатр должен определять такие ограничительные меры, которые будут достаточными для обеспечения безопасности госпитализированного и иных лиц и которые не будут чрезмерными в каждой конкретной ситуации.

2. В ч. 2 комментируемой статьи определяется порядок применения мер физического стеснения и изоляции при недобровольной госпитализации и пребывании в психиатрическом стационаре. Меры физического стеснения и изоляции при недобровольной госпитализации и пребывании в психиатрическом стационаре являются крайними мерами. Их применение возможно только в таких случаях, когда иными методами невозможно предотвратить действия госпитализированного лица, представляющие непосредственную опасность для него или других лиц. Решение о применении ограничительных мер принимает врач-психиатр. Он также определяет формы и период времени, на который эти меры устанавливаются. При этом к формам мер физического стеснения и изоляции относятся исключаящие нанесение переломов, увечий формы сдерживания больного персоналом или его фиксации с помощью широких эластичных полос материи, ремней (специальные кровати, с ремнями, специальные манжеты, корсеты и др.), изоляция в отдельной палате и т.п. О примененных формах мер физического стеснения или изоляции и периоде времени, на которые они назначались, врач-психиатр делает запись в медицинской документации. Кроме того, такие меры осуществляются исключительно при постоянном контроле медицинского персонала.

3. В связи с тем что скорая психиатрическая помощь оказывается психиатрическими бригадами пациентам, которые нередко страдают тяжелыми психическими расстройствами и по своему психическому состоянию могут представлять опасность как для себя, так и для окружающих, необходимо рассмотреть порядок обеспечения безопасности при оказании скорой психиатрической помощи, который установлен Приказом Минздрава РФ от 8 апреля 1998 г. N 108 "О скорой психиатрической помощи". При оказании скорой психиатрической помощи такие меры, как газовые баллончики, наручники, не применяются. Особенности оказания помощи заключаются в необходимости в то же время строгого выполнения ряда мер, направленных на предупреждение суицидальных действий, агрессии, нанесения повреждений самому больному, окружающим его лицам, а также оказывающему помощь медицинскому персоналу.

При оказании психиатрической помощи медицинскому персоналу психиатрической бригады, прибывшему по месту вызова, необходимо помнить, что поведение больного в условиях оказания психиатрической помощи под влиянием психопатологических расстройств может внезапно меняться, носить непредвиденный, импульсивный характер и приобретать крайнюю опасность как для больного, так и для окружающих. В связи с этим, диспетчер (дежурный врач), получив сведения о больном, совершившем опасные поступки, или высказывающем угрозы, приняв вызов, обязан поставить об этом в известность врача бригады, сообщив ему все ставшие известными подробности поведения больного. В соответствии со степенью опасности, особенно в случаях, когда больной вооружен, забаррикадировался, владеет приемами борьбы, рукопашного боя, врач перед выездом передает вызов также сотрудникам милиции.

При осмотре больного поведение членов бригады должно быть спокойным, сдержанным, без суетливости, излишних движений, которые могут спровоцировать агрессию. Беседа должна проводиться в уважительной, доброжелательной, корректной форме как с больным, так и с окружающими.

В случае если больной возбужден, напряжен, подозрителен, фельдшеры (фельдшер, санитар) бригады занимают места в непосредственной близости к больному таким образом, чтобы предупредить возможный опасный поступок или побег. Необходимо внимательно следить за поведением больного (направлением взгляда, движениями рук, мимикой и др.). Режущие, тяжелые предметы, сосуды с неизвестной жидкостью удаляются на безопасное расстояние. Производится осмотр больного на предмет наличия оружия, опасных веществ, медикаментов; следует предупредить попытки больного воспользоваться ими или выхватить что-либо из своих карманов и др.

Осмотр психически больных в учреждениях, на производстве осуществляется по возможности в отдельном помещении, в отсутствие сотрудников, без излишней огласки (то есть, по возможности, необходимо принять меры, чтобы избежать ситуации, которая, по мнению пациента, может его компрометировать в глазах окружающих), а также вдали от работающих агрегатов.

Если больной заперся в помещении, забаррикадировался, следует выяснить у окружающих, имеет ли пациент оружие, куда выходят окна, физические возможности укрывающегося и др. В необходимых случаях врач принимает решение о вызове наряда милиции, пожарных.

До применения мер удержания, если они необходимы, вначале целесообразно попытаться уговорить больного, используя помощь окружающих, особенно лиц, пользующихся его доверием. В отдельных случаях в связи с особенностями состояния больного иммобилизацию его необходимо провести немедленно.

Когда больной возбужден, склонен к агрессии, чтобы избежать прямого удара (особенно ногой), всегда стараться находиться сбоку или несколько сзади от него. Если необходимость заставляет быть впереди больного, рекомендуется повернуться к нему несколько боком, выставив ногу вперед, смягчая тем самым возможный удар.

Для сопровождения возбужденного и агрессивного, оказывающего сопротивление пациента используют следующие приемы:

находясь сбоку от больного, каждый из работников бригады охватывает его корпус руками, удерживая запястья его рук;

подойдя сбоку или сзади быстро и энергично берут его руки крест-накрест за спину (стоящий слева берет правую руку пациента, справа - левую). Препровождая пациента, идут сбоку от него, а не сзади (опасность удара ногой);

лежащего больного стараются повернуть на живот, фиксируя руки за спиной. Запрещается надавливание коленом на грудную клетку (опасность перелома ребер), хватание за горло или применение других грубых мер физического воздействия;

если больной вооружен холодным оружием, палкой и др., лучший способ подойти к нему держа перед собой какой-либо предмет (одеяло, пальто, матрац, стул и др.).

Во время транспортировки постоянно нужно контролировать поведение больного. Беседа (при возможности установления контакта) не должна затрагивать его болезненных переживаний, она должна быть отвлекающей и успокаивающей.

При транспортировке в ночное время, если это определяется состоянием больного (делирий и др.), необходимо включить освещение в салоне автомобиля. Следует помнить, что при высадке из автомобиля непосредственно перед приемным отделением психиатрического стационара больные могут совершить попытку к бегству, проявить в связи с этим агрессию.

Автотранспорт должен располагаться на возможно более близком расстоянии к входу в помещение, удобном для быстрой посадки или высадки больного. Его состояние должно соответствовать техническим и санитарно-гигиеническим требованиям (исправное отопление, отсутствие посторонних предметов, каких-либо плакатов, загазованности, не следует включать музыку и др.).

4. В соответствии с ч. 3 комментируемой статьи работники милиции принимают меры для предотвращения действий, угрожающих жизни и здоровью окружающих со стороны госпитализируемого лица или других лиц, а также при необходимости для розыска и задержания лица, подлежащего госпитализации. Сотрудники милиции обязаны оказывать содействие медицинским работникам при осуществлении недобровольной госпитализации и обеспечивать безопасные условия для доступа к госпитализируемому лицу и его осмотра. Это вытекает также из более общих положений ст. ст. 2 и 10 Закона РФ от 18 апреля 1991 г. N 1026-1 "О милиции", где указано, что в задачи милиции входит обеспечение личной безопасности граждан, охрана общественной безопасности, а также оказание помощи должностным лицам и учреждениям в осуществлении их законных прав и интересов. Отмечается также, что милиция обязана оказывать помощь гражданам, находящимся в беспомощном либо ином состоянии, опасном для их здоровья и жизни, принимать сообщения о событиях, угрожающих личной и общественной безопасности, и своевременно принимать меры. Поэтому помощь медицинским работникам в случае необходимости при неотложной госпитализации - одна из форм выполнения милицией своих обязанностей.

5. Если имеется необходимость предотвращения действий, угрожающих жизни и здоровью окружающих со стороны госпитализируемого лица или других лиц, а также при необходимости розыска и задержания лица, подлежащего госпитализации, то сотрудники милиции действуют в порядке, установленном Законом Российской Федерации "О милиции". В таких случаях милиция имеет право применять физическую силу, специальные средства и огнестрельное оружие.

Физическая сила применяется сотрудником милиции, если ненасильственные способы не обеспечивают выполнения возложенных на милицию обязанностей.

Сотрудники милиции имеют право применять специальные средства, имеющиеся на вооружении милиции, в следующих случаях:

для отражения нападения на граждан и сотрудников милиции;

для пресечения оказываемого сотруднику милиции сопротивления;

для задержания лица, застигнутого при совершении преступления против жизни, здоровья или собственности и пытающегося скрыться;

для задержания лиц, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что они намерены оказать вооруженное сопротивление;

для доставления задерживаемых лиц в милицию, конвоирования и охраны задержанных, а также лиц, подвергнутых административному аресту и заключенных под стражу, когда они своим поведением дают основание полагать, что могут совершить побег либо причинить вред окружающим или себе, или оказывают противодействие сотруднику милиции;

для освобождения насильственно удерживаемых лиц, захваченных зданий, помещений, сооружений, транспортных средств и земельных участков;

для пресечения массовых беспорядков и групповых действий, нарушающих работу транспорта, связи и организаций;

для остановки транспортного средства, водитель которого не выполнил требование сотрудника милиции остановиться;

для выявления лиц, совершающих или совершивших преступления.

При этом запрещается применять специальные средства в отношении женщин с видимыми признаками беременности, лиц с явными признаками инвалидности и малолетних, кроме случаев оказания ими вооруженного сопротивления, совершения группового либо иного нападения, угрожающего жизни и здоровью людей, а также при пресечении незаконных собраний, митингов, уличных шествий и демонстраций ненасильственного характера, которые не нарушают работу транспорта, связи, организаций.

Огнестрельное оружие применяется сотрудником милиции в следующих случаях:

для защиты граждан от нападения, опасного для их жизни или здоровья;

для отражения нападения на сотрудника милиции, когда его жизнь или здоровье подвергаются опасности, а также для пресечения попытки завладения его оружием;

для освобождения заложников;

для задержания лица, застигнутого при совершении тяжкого преступления против жизни, здоровья и собственности и пытающегося скрыться, а также лица, оказывающего вооруженное сопротивление;

для отражения группового или вооруженного нападения на жилища граждан, помещения государственных органов, организаций и общественных объединений;

для пресечения побега из-под стражи: лиц, задержанных по подозрению в совершении преступления; лиц, в отношении которых мерой пресечения избрано заключение под стражу; лиц, осужденных к лишению свободы; а также для пресечения попыток насильственного освобождения этих лиц.

Сотрудники милиции имеют право, кроме того, использовать огнестрельное оружие в следующих случаях:

для остановки транспортного средства путем его повреждения, когда водитель создает реальную опасность жизни и здоровью людей и не подчиняется неоднократным законным требованиям сотрудника милиции остановиться;

для обезвреживания животного, непосредственно угрожающего жизни и здоровью людей;

для производства предупредительного выстрела, подачи сигналов тревоги или для вызова помощи.

Запрещается применять огнестрельное оружие в отношении женщин, лиц с явными признаками инвалидности и несовершеннолетних, когда возраст очевиден или известен сотруднику милиции, кроме случаев оказания ими вооруженного сопротивления, совершения вооруженного либо группового нападения, угрожающего жизни людей, а также при значительном скоплении людей, когда от этого могут пострадать посторонние лица.

О каждом случае применения огнестрельного оружия сотрудник милиции в течение 24 часов с момента его применения обязан представить рапорт начальнику органа внутренних дел (органа милиции) по месту своей службы или по месту применения огнестрельного оружия.

Статья 31. Освидетельствование несовершеннолетних и лиц, признанных недееспособными, помещенных в психиатрический стационар по просьбе или с согласия их законных представителей

#### Комментарий к статье 31

1. Комментируемая статья содержит гарантии соблюдения прав и законных интересов несовершеннолетних и лиц, признанных недееспособными, помещенных в психиатрический стационар по просьбе или с согласия их законных представителей. Такая статья необходима в связи с тем, что несовершеннолетние или недееспособные лица не наделены в силу психического состояния самостоятельным правом давать согласие на помещение в психиатрический стационар. Такое решение за них принимают родители или законные представители.

2. Освидетельствование несовершеннолетних в возрасте до 15 лет и лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, помещенных в психиатрический стационар по

просьбе или с согласия их законных представителей, проводится комиссией врачей-психиатров психиатрического стационара в течение 48 часов с момента госпитализации указанного лица. Если госпитализация признается комиссией обоснованной, то несовершеннолетние и недееспособные лица остаются в психиатрическом стационаре для дальнейшего лечения, а в случаях, когда госпитализация признается необоснованной и госпитализированный не выражает желания остаться в психиатрическом стационаре, он подлежит немедленной выписке. При этом госпитализация является обоснованной при наличии оснований для помещения в психиатрический стационар, т.е. при наличии у лица психического расстройства и при наличии решения врача-психиатра о проведении обследования или лечения в стационарных условиях.

3. В течение первых шести месяцев освидетельствование несовершеннолетних в возрасте до 15 лет и лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, для решения вопроса о продлении госпитализации проводится комиссией врачей-психиатров не реже одного раза в месяц. Освидетельствование указанных лиц может проводиться чаще, чем один раз в месяц. В случае, когда госпитализация была продлена свыше шести месяцев, освидетельствования комиссией врачей-психиатров проводятся не реже одного раза в шесть месяцев.

4. В целях защиты прав и законных интересов несовершеннолетних и лиц, признанных недееспособными, на администрацию психиатрического стационара возлагается обязанность извещать орган опеки и попечительства по месту жительства подопечного о любых злоупотреблениях, допущенных при госпитализации законными представителями этих лиц, если такие злоупотребления были обнаружены комиссией врачей-психиатров или администрацией психиатрического стационара.

Статья 32. Освидетельствование лиц, помещенных в психиатрический стационар в недобровольном порядке

#### Комментарий к статье 32

1. Комментируемая статья содержит особенности освидетельствования лиц, помещенных в психиатрический стационар в недобровольном порядке. Согласно ст. 29 данного Закона лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя до постановления судьи в случае, если:

1) его обследование или лечение возможно только в стационарных условиях;

2) психическое расстройство является тяжелым и обуславливает его непосредственную опасность для себя или окружающих, или его беспомощность, или существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

2. Часть 1 комментируемой статьи устанавливает срок для освидетельствования лица, помещенного в психиатрический стационар, в 48 часов с момента принудительной госпитализации. Такой срок определен на основании ст. 22 Конституции Российской Федерации, согласно которой до судебного решения лицо не может быть подвергнуто задержанию на срок более 48 часов, но при этом заключение комиссии врачей-психиатров направляется в суд еще в течение 24 часов с момента освидетельствования. Таким образом, общий срок принудительного содержания лица в психиатрическом стационаре равен не 48 часам, как этого требует Конституция Российской Федерации, а 72 часам. В случае, когда имеются противоречия между Конституцией Российской Федерации и каким-либо законом, то применению подлежат положения Конституции. По данному вопросу разъяснение содержится в Определении Конституционного Суда РФ от 10 марта 2005 г. N 62-О "Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданина Гирича Игоря Валерьевича на нарушение его конституционных прав положениями статей 24, 25, 33 - 36 Закона Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", согласно которому в соответствии со статьей 22 (часть 2) Конституции Российской Федерации ограничение свободы допускается только по решению суда; до судебного решения лицо не может быть подвергнуто задержанию на срок более 48 часов.

Правила статей 32 - 35 Закона Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" согласуются с приведенными конституционными предписаниями. Эти правила, подлежащие применению в конкретных делах во взаимосвязи с положениями главы 35 "Принудительная госпитализация гражданина в психиатрический стационар и принудительное психиатрическое освидетельствование" ГПК Российской Федерации (статьи 302 - 306), предусматривают, в частности, судебный порядок разрешения вопроса о принудительной госпитализации гражданина в психиатрический стационар, обращение представителя психиатрического учреждения в суд с заявлением о принудительной госпитализации в течение 48 часов с момента помещения гражданина в стационар, при

возбуждении дела - обязательное продление судьей пребывания гражданина в психиатрическом стационаре на срок, необходимый для рассмотрения заявления в суде, предоставление права госпитализируемому лицу лично участвовать в судебном рассмотрении вопроса о его госпитализации, обязательное участие в рассмотрении заявления прокурора, представителя психиатрического учреждения, ходатайствующего о госпитализации, и представителя лица, в отношении которого разрешается вопрос о госпитализации, предоставление права обжалования судебного постановления самим лицом, помещенным в психиатрический стационар, либо его представителем.

3. Освидетельствование госпитализированного в недобровольном порядке лица проводится комиссией врачей-психиатров психиатрического стационара. При этом лицо, подлежащее освидетельствованию, в соответствии со ст. 5 данного Закона для работы во врачебной комиссии может потребовать пригласить любого специалиста, участвующего в оказании психиатрической помощи. Целью проведения такого освидетельствования является принятие решения об обоснованности госпитализации. Госпитализация будет признана обоснованной только в случае, если есть основания для помещения лица в психиатрический стационар без его согласия или согласия его законных представителей, предусмотренные ст. 29 данного Закона. Если же таких оснований не имеется, то госпитализация признается необоснованной. При решении вопроса об обоснованности или необоснованности госпитализации каждый врач, входящий в комиссию, независим в своих решениях и руководствуется только медицинскими показаниями, врачебным долгом и законом. Врач-психиатр вправе дать свое заключение, если его мнение не совпадает с решением врачебной комиссии.

4. По результатам освидетельствования комиссия врачей-психиатров может прийти к одному из двух решений:

признать помещение в психиатрический стационар в недобровольном порядке обоснованным. В таком случае заключение комиссии врачей-психиатров в течение 24 часов направляется в суд по месту нахождения психиатрического учреждения для решения вопроса о дальнейшем пребывании лица в нем;

признать принудительную госпитализацию необоснованной. В этом случае, если госпитализированный не выражает желания остаться в психиатрическом стационаре, он подлежит немедленной выписке.

## Статья 33. Обращение в суд по вопросу о госпитализации в недобровольном порядке

### Комментарий к статье 33

1. Порядок принудительной госпитализации в психиатрический стационар определен не только данным Законом, а также главой 35 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации, поэтому следует иметь в виду, что если между этими нормативными правовыми актами есть противоречия, то применению подлежит Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации. До вступления в силу Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации в юридической литературе производство по делам о недобровольной госпитализации лиц в психиатрические стационары толковалось неоднозначно, т.к. в ГПК РСФСР этот вопрос не получил разрешения. Одни авторы относили рассмотрение таких дел к делам особого производства, другие - к производству по делам, возникающим из административно-правовых отношений, а третьи - выносили их рассмотрение за рамки гражданского судопроизводства. Действующий же Гражданский процессуальный кодекс отнес эту категорию дел к делам, рассматриваемым судом в порядке особого производства (ст. 262 ГПК РФ).

2. Принудительная госпитализация осуществляется по решению суда. Лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в психиатрический стационар при соблюдении следующих условий:

если его обследование и лечение возможны только в стационарных условиях;

если психическое расстройство является тяжелым;

если психическое заболевание создает непосредственную опасность для больного или окружающих, или обуславливает его беспомощность, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или оставление лица без психиатрической помощи повлечет существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния.

Лицо может в недобровольном порядке находиться в психиатрическом стационаре в течение времени, пока сохраняют актуальность основания, по которым была проведена госпитализация. Лицо, помещенное в психиатрический стационар в недобровольном порядке, в течение первых шести месяцев не реже одного раза в месяц подлежит освидетельствованию комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения для решения вопроса о продлении

госпитализации. При продлении госпитализации свыше шести месяцев освидетельствования комиссией врачей-психиатров проводятся не реже одного раза в шесть месяцев.

По истечении шести месяцев с момента помещения лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке заключение комиссии врачей-психиатров направляется администрацией психиатрического стационара в суд по месту нахождения психиатрического учреждения. Судья своим постановлением может продлить госпитализацию. В дальнейшем решение о продлении госпитализации лица, помещенного в психиатрический стационар в недобровольном порядке, принимается судьей ежегодно.

3. Согласно ст. 303 ГПК РФ заявление о принудительной госпитализации гражданина подается в течение сорока восьми часов с момента помещения гражданина в психиатрический стационар. Такое заявление подается в суд по месту нахождения психиатрического стационара, в который помещен гражданин, представителем психиатрического стационара. Представителем психиатрического стационара может быть лечащий врач или юрисконсульт, действующие на основании доверенности психиатрического стационара, а также главный врач либо его заместитель.

4. Заявление о принудительной госпитализации или продлении срока принудительной госпитализации должно соответствовать требованиям, предъявляемым ст. ст. 131 и 132 ГПК РФ. Оно подается в суд только в письменной форме и должно содержать:

наименование суда, в который подается заявление;

наименование истца, его место жительства или, если истцом является организация, ее место нахождения, а также наименование представителя и его адрес, если заявление подается представителем;

наименование ответчика, его место жительства или, если ответчиком является организация, ее место нахождения;

в чем заключается нарушение либо угроза нарушения прав, свобод или законных интересов истца и его требования;

обстоятельства, на которых истец основывает свои требования, и доказательства, подтверждающие эти обстоятельства;

цена иска, если он подлежит оценке, а также расчет взыскиваемых или оспариваемых денежных сумм;

сведения о соблюдении досудебного порядка обращения к ответчику, если это установлено федеральным законом или предусмотрено договором сторон;

перечень прилагаемых к заявлению документов.

В заявлении могут быть указаны номера телефонов, факсов, адреса электронной почты истца, его представителя, ответчика, иные сведения, имеющие значение для рассмотрения и разрешения дела, а также изложены ходатайства истца.

Специальные требования к содержанию заявления содержатся в комментируемой статье и ст. 302 ГПК РФ, согласно которым в нем должны быть указаны предусмотренные законом основания для принудительной госпитализации гражданина, страдающего психическим расстройством, в психиатрический стационар.

Заявление подписывается истцом или его представителем при наличии у него полномочий на подписание заявления и предъявление его в суд.

К заявлению прилагаются:

его копии в соответствии с количеством ответчиков и третьих лиц;

документ, подтверждающий уплату государственной пошлины;

доверенность или иной документ, удостоверяющие полномочия представителя истца.

Кроме того, к заявлению в обязательном порядке прилагается мотивированное заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости пребывания гражданина в психиатрическом стационаре. Заключение должно содержать сведения о поведении больного, их анализ, поставленный диагноз и выводы о необходимости помещения в стационар. К заявлению также могут быть приложены любые документы, подтверждающие обоснованность госпитализации (амбулаторные карты больного, материалы правоохранительных органов и др.).

5. Согласно ч. 3 комментируемой статьи и ч. 2 ст. 303 ГПК РФ возбуждая дело, судья одновременно продлевает пребывание гражданина в психиатрическом стационаре на срок, необходимый для рассмотрения заявления о принудительной госпитализации гражданина в психиатрический стационар, т.е. на пять дней с момента возбуждения дела.

## Статья 34. Рассмотрение заявления о госпитализации в недобровольном порядке

### Комментарий к статье 34

1. Порядок рассмотрения заявления о госпитализации в недобровольном порядке установлен комментируемой статьей и ст. 304 Гражданского процессуального кодекса Российской



Федерации. Указанные статьи друг другу не противоречат. Они устанавливают процессуальные особенности рассмотрения заявления о принудительной госпитализации гражданина в психиатрический стационар. Эти особенности связаны с сокращенным сроком рассмотрения заявления в суде, местом проведения судебного заседания и кругом участников судопроизводства.

2. Для рассмотрения заявления о госпитализации в недобровольном порядке определен сокращенный срок - пять дней со дня возбуждения дела. В этот срок должны быть совершены все процессуальные действия, начиная со стадии подготовки дела и заканчивая вынесением решения судьей по делу.

3. Вопрос о месте проведения судебного заседания решается на стадии подготовки дела. Местом проведения судебного заседания может быть помещение суда или помещение психиатрического стационара. Оно определяется судьей на основании медицинского диагноза, внешних форм поведения больного, степени опасности его для самого себя и окружающих. Комментируемая статья предоставляет лицу право лично участвовать в судебном рассмотрении вопроса о его госпитализации. Если же его психическое состояние не позволяет лично участвовать в рассмотрении вопроса о его госпитализации в помещении суда, то в этом случае судья принимает решение о рассмотрении заявления о госпитализации в психиатрическом стационаре. Факт рассмотрения заявления вне судебного помещения отражается во всех процессуальных документах, которые составляются при рассмотрении дела.

4. Обязательными участниками судебного заседания по данной категории дел являются:

прокурор. Гражданским процессуальным кодексом Российской Федерации участие прокурора предусмотрено по делам, возникающим из публичных правоотношений, в порядке особого производства (об усыновлении (удочерении) ребенка; о признании гражданина безвестно отсутствующим или об объявлении гражданина умершим; об ограничении дееспособности гражданина, о признании гражданина недееспособным; об ограничении или о лишении несовершеннолетнего в возрасте от четырнадцати до восемнадцати лет права самостоятельно распоряжаться своим заработком, стипендией или иными доходами; заявление об объявлении несовершеннолетнего полностью дееспособным; о принудительной госпитализации гражданина в психиатрический стационар или о продлении срока принудительной госпитализации гражданина, страдающего психическим расстройством;

представитель психиатрического стационара, подавшего в суд заявление о принудительной госпитализации гражданина в психиатрический стационар. Согласно ч. 2 ст. 48 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации дела организаций ведут в суде их органы, действующие в пределах полномочий, предоставленных им федеральным законом, иными правовыми актами или учредительными документами, либо представители. Полномочия органов, ведущих дела организаций, подтверждаются документами, удостоверяющими служебное положение их представителей, а при необходимости учредительными документами. Таким образом, представителем психиатрического стационара может быть лечащий врач или юрист-консульт, действующие на основании доверенности психиатрического стационара, а также главный врач либо его заместитель;

представитель гражданина, в отношении которого решается вопрос о принудительной госпитализации. В данном случае речь идет не только о законных представителях госпитализируемого лица, но и об иных представителях, которыми могут быть дееспособные лица, имеющие надлежащим образом оформленные полномочия на ведение дела. Представительство несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет и лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, при оказании им психиатрической помощи осуществляют их законные представители (родители, усыновители, опекуны), а в случае их отсутствия - администрация психиатрического стационара либо психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения.

При этом из текста комментируемой статьи следует, что участие самого лица, подлежащего госпитализации, в рассмотрении заявления необязательно.

Статья 35. Постановление судьи по заявлению о госпитализации в недобровольном порядке

Комментарий к статье 35

1. Решение суда по делу о принудительной госпитализации гражданина в психиатрический стационар, должно, в первую очередь, отвечать общим требованиям, предъявляемым к судебному решению и порядку его вынесения, установленным Гражданским процессуальным кодексом Российской Федерации. Так, в соответствии со ст. 194 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации постановление суда первой инстанции, которым дело разрешается по существу, принимается именем Российской Федерации в форме решения суда. Решение суда

принимается в совещательной комнате, где может находиться только судья. Присутствие иных лиц в совещательной комнате не допускается.

Решение суда должно быть законным и обоснованным. Суд основывает решение только на тех доказательствах, которые были исследованы в судебном заседании.

2. При принятии решения суд оценивает доказательства, определяет, какие обстоятельства, имеющие значение для рассмотрения дела, установлены и какие обстоятельства не установлены, каковы правоотношения сторон, какой закон должен быть применен по данному делу и подлежит ли заявление удовлетворению. На основании рассмотренных доказательств судья по заявлению о госпитализации в недобровольном порядке может вынести одно из двух решений:

удовлетворить заявление, если придет к выводу о необходимости госпитализации лица, страдающего психическим расстройством;

отклонить заявление, если такой необходимости не наблюдается.

Решение суда об удовлетворении заявления является основанием для принудительной госпитализации гражданина в психиатрический стационар и дальнейшего содержания гражданина, страдающего психическим расстройством, в психиатрическом стационаре в течение установленного законом срока.

3. Решение суда излагается в письменной форме и подписывается судьей. Оно должно состоять из четырех частей: вводной, описательной, мотивировочной и резолютивной частей.

В вводной части решения суда должны быть указаны дата и место принятия решения суда, наименование суда, принявшего решение, состав суда, секретарь судебного заседания, стороны, другие лица, участвующие в деле, их представители, предмет спора или заявленное требование.

Описательная часть решения суда должна содержать указание на требование лица, подавшего заявление о принудительной госпитализации, возражения госпитализируемого и (или) его представителей и объяснения других лиц, участвующих в деле.

В мотивировочной части решения суда должны быть указаны обстоятельства дела, установленные судом; доказательства, на которых основаны выводы суда об этих обстоятельствах; доводы, по которым суд отвергает те или иные доказательства; законы, которыми руководствовался суд.

Резолютивная часть решения суда должна содержать выводы суда об удовлетворении заявления либо об отказе в его удовлетворении, указание на распределение судебных расходов, срок и порядок обжалования решения суда.

4. Решение судьи в десятидневный срок со дня вынесения может быть обжаловано лицом, помещенным в психиатрический стационар, его представителем, руководителем психиатрического учреждения, а также организацией, которой законом либо ее уставом (положением) предоставлено право защищать права граждан, а прокурором, участвующим в деле, может быть принесено кассационное представление. Кассационные жалоба, представление должны содержать:

наименование суда, в который адресуется жалоба, представление;

наименование лица, подающего жалобу или представление, его место жительства или место нахождения;

указание на решение суда, которое обжалуется;

требования лица, подающего жалобу, или требования прокурора, приносящего представление, а также основания, по которым они считают решение суда неправильным;

перечень прилагаемых к жалобе, представлению доказательств.

Кассационная жалоба подписывается лицом, подающим жалобу, или его представителем, кассационное представление - прокурором. К жалобе, поданной представителем, должны быть приложены доверенность или иной документ, удостоверяющие полномочие представителя, если в деле не имеется такое полномочие.

## Статья 36. Продление госпитализации в недобровольном порядке

### Комментарий к статье 36

1. В соответствии с комментируемой статьей пребывание лица в психиатрическом стационаре в недобровольном порядке продолжается только в течение времени сохранения оснований, по которым была проведена госпитализация, т.е. пока имеется хотя бы один из трех критериев, предусмотренных ст. 29 данного Закона, согласно которой лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя до постановления судьи, если его обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает:

его непосредственную опасность для себя или окружающих, или

его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или

существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Как только у госпитализированного лица стали наблюдаться улучшения психического состояния здоровья, то врач-психиатр должен перевести это лицо на режим добровольной госпитализации, при которой возможна выписка лица, страдающего психическим расстройством, из психиатрического стационара по его просьбе или по просьбе его законного представителя.

2. Если же у лица, помещенного в психиатрический стационар, улучшений психического состояния здоровья не наблюдается, то оно продолжает находиться в стационаре. При этом в течение первых шести месяцев его освидетельствование для решения вопроса о продлении госпитализации проводится комиссией врачей-психиатров не реже одного раза в месяц. В данном случае Закон не запрещает проводить освидетельствование и чаще, например, в случае, если есть основания полагать, что здоровье пациента улучшилось и не требуется дальнейшая принудительная госпитализация. В случае, когда госпитализация была продлена свыше шести месяцев, освидетельствования комиссией врачей-психиатров проводятся не реже одного раза в шесть месяцев.

3. Как только истекли первые шесть месяцев с момента помещения лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке, администрация психиатрического стационара направляет в суд по месту нахождения психиатрического учреждения заявление о продлении срока принудительной госпитализации гражданина, страдающего психическим расстройством, к которому прилагается заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости продления принудительной госпитализации. Поданное заявление судья рассматривает в течение пяти дней со дня возбуждения дела. Дело рассматривается с участием прокурора, представителя психиатрического стационара, подавшего в суд заявление о продлении срока его принудительной госпитализации, и представителя гражданина, в отношении которого решается вопрос о продлении срока его принудительной госпитализации.

Рассмотрев по существу заявление о продлении срока принудительной госпитализации гражданина, страдающего психическим расстройством, судья принимает решение, которым отклоняет или удовлетворяет заявление. Решение суда об удовлетворении заявления является основанием для продления срока принудительной госпитализации гражданина, страдающего психическим расстройством.

В дальнейшем решение о продлении госпитализации лица, помещенного в психиатрический стационар в недобровольном порядке, принимается судьей по тем же правилам ежегодно.

## Статья 37. Права пациентов, находящихся в психиатрических стационарах

### Комментарий к статье 37

1. Комментируемая статья устанавливает права лиц, находящихся в психиатрическом стационаре независимо от того, были ли они помещены в него с их согласия или согласия их законных представителей или в принудительном порядке. При этом часть 2 комментируемой статьи устанавливает права, которые не могут быть ограничены администрацией, а часть 3 - права, подлежащие ограничению в интересах здоровья или безопасности пациентов, а также в интересах здоровья или безопасности других лиц. Как только лицо было помещено в психиатрический стационар, ему должны быть разъяснены основания и цели его госпитализации, а также его права и установленные в стационаре правила. Если же в силу своего психического состояния здоровья госпитализированное лицо не может воспринимать указанную информацию, то она ему не разъясняется до того момента, когда его здоровье улучшится. Об этом делается запись в медицинской документации.

Основания и цели госпитализации, а также его права и установленные в стационаре правила разъясняются лицу, помещенному в стационар, на языке, которым он владеет. При этом врач-психиатр имеет право воспользоваться услугами переводчика.

2. Все пациенты, находящиеся на лечении или обследовании в психиатрическом стационаре, вправе:

1) обращаться непосредственно к главному врачу или заведующему отделением по вопросам лечения, обследования, выписки из психиатрического стационара и соблюдения прав. При этом администрация психиатрического стационара обязана предоставлять возможность ознакомления с текстом данного Закона, правилами внутреннего распорядка данного психиатрического стационара, адресами и телефонами государственных и общественных органов, учреждений, организаций и должностных лиц, к которым можно обратиться в случае нарушения прав пациентов;

2) подавать без цензуры жалобы и заявления в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд и адвокату. Такие жалобы и заявления подаются через администрацию психиатрического учреждения, которая обязана обеспечивать условия для переписки, направления жалоб и заявлений пациентов в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд, а также адвокату;

3) встречаться с адвокатом и священнослужителем наедине;

4) исполнять религиозные обряды, соблюдать религиозные каноны, в том числе пост, по согласованию с администрацией иметь религиозные атрибутику и литературу. При этом реализация этого права не должна противоречить Федеральному закону от 26 сентября 1997 г. N 125-ФЗ "О свободе совести и о религиозных объединениях", согласно которому в Российской Федерации гарантируются свобода совести и свобода вероисповедания, в том числе право исповедовать индивидуально или совместно с другими любую религию или не исповедовать никакой, свободно выбирать и менять, иметь и распространять религиозные и иные убеждения и действовать в соответствии с ними. Но в Российской Федерации запрещаются создание и деятельность религиозных объединений, цели и действия которых противоречат закону. Поэтому, если лицо, помещенное в психиатрический стационар, является членом религиозной организации или религиозной группы, запрещенной на территории Российской Федерации, то его право на свободу совести и вероисповедания должно быть ограничено.

Статьей 16 Федерального закона от 26 сентября 1997 г. N 125-ФЗ "О свободе совести и о религиозных объединениях" религиозным организациям предоставлено право проводить религиозные обряды в лечебно-профилактических и больничных учреждениях, детских домах, домах-интернатах для престарелых и инвалидов, в учреждениях, исполняющих уголовные наказания в виде лишения свободы, по просьбам находящихся в них граждан в помещениях, специально выделяемых администрацией для этих целей. Поэтому администрации психиатрического стационара не должна препятствовать в реализации этого права при условии, что это не повредит психическому здоровью госпитализированного лица;

5) выписывать газеты и журналы. Госпитализированное лицо выписывает газеты и журналы за свой счет;

6) получать образование по программе общеобразовательной школы или специальной школы для детей с нарушением интеллектуального развития, если пациент не достиг 18 лет. Согласно ст. 9 Закона РФ от 10 июля 1992 г. N 3266-1 "Об образовании" к общеобразовательным относятся программы:

- дошкольного образования;
- начального общего образования;
- основного общего образования;
- среднего (полного) общего образования.

Общеобразовательные программы реализуются в дошкольных образовательных учреждениях, образовательных учреждениях начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования, в том числе в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии, в образовательных учреждениях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (законных представителей).

Образовательные программы специальных (коррекционных) образовательных учреждений для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии разрабатываются на базе основных общеобразовательных программ с учетом особенностей психофизического развития и возможностей обучающихся, воспитанников.

Общее образование включает в себя три ступени, соответствующие уровням образовательных программ: начальное общее, основное общее, среднее (полное) общее образование.

Обучение детей в образовательных учреждениях, реализующих программы начального общего образования, начинается с достижения ими возраста шести лет шести месяцев при отсутствии противопоказаний по состоянию здоровья, но не позже достижения ими возраста восьми лет. По заявлению родителей (законных представителей) учредитель образовательного учреждения вправе разрешить прием детей в образовательные учреждения для обучения в более раннем возрасте.

Предельный возраст обучающихся для получения основного общего образования в общеобразовательном учреждении по очной форме обучения - восемнадцать лет;

7) получать наравне с другими гражданами вознаграждение за труд в соответствии с его количеством и качеством, если пациент участвует в производительном труде. В соответствии со ст. 132 Трудового кодекса Российской Федерации заработная плата каждого работника зависит от его квалификации, сложности выполняемой работы, количества и качества затраченного труда и максимальным размером не ограничивается. Запрещается какая-либо дискриминация при установлении и изменении размеров заработной платы и других условий оплаты труда.

В письме ПФР от 11 декабря 1992 г. N ЮИ-12/258-ИН "Обзор практики применения законодательства по вопросам уплаты страховых взносов в Пенсионный фонд Российской Федерации" указано, что работа в лечебно-производственных мастерских, выполняемая по трудовому договору, засчитывается в стаж для назначения пенсии, а заработок включается в состав заработка при ее исчислении.

Что касается больных и инвалидов, участвующих в трудовых процессах в лечебно-трудовых мастерских исключительно в целях трудовой терапии, то это время в стаж для назначения пенсии не засчитывается, вознаграждение при ее исчислении не учитывается, страховые взносы в этих случаях не начисляются (письмо ПФР Минфину Российской Федерации от 14 мая 1992 г. N ЛЧ-12/1195).

Кроме того, госпитализированные лица имеют право на регистрацию по месту пребывания в психиатрических стационарах при длительном стационарном лечении, которая осуществляется администрацией этих организаций в случаях, когда установить место жительства больных не представляется возможным или оно отсутствует.

3. Часть 3 комментируемой статьи содержит перечень прав лиц, помещенных в психиатрический стационар, которые могут быть ограничены в интересах здоровья или безопасности пациентов, а также в интересах здоровья или безопасности других лиц:

вести переписку без цензуры;

получать и отправлять посылки, бандероли и денежные переводы;

пользоваться телефоном.

Услуги связи осуществляются за счет пациента, которому они предоставляются;

принимать посетителей. В данном случае свидания производятся в присутствии медицинского персонала;

иметь и приобретать предметы первой необходимости, пользоваться собственной одеждой.

Права могут быть ограничены заведующим отделением или главным врачом по рекомендации лечащего врача. При этом лечащий врач может порекомендовать ограничить в правах пациента как полностью, например, вообще не получать и не отправлять посылки, бандероли и денежные переводы, так и частично, например, порекомендовать запретить посещение конкретными лицами (родственниками, друзьями и т.п.), которые оказывают неблагоприятное влияние на психическое состояние госпитализированного лица.

Статья 38. Служба защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах

Комментарий к статье 38

1. Служба защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, создается государством. Главным отличительным признаком такой службы является ее независимость от органов здравоохранения. Это означает, что ни Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, ни его территориальные органы, ни администрация конкретного психиатрического стационара не может вмешиваться в деятельность службы и влиять на принятие ею каких-либо решений. Защита прав пациентов, находящихся в психиатрическом стационаре, направлена на обеспечение:

гарантированного объема и качества оказываемой им психиатрической помощи;

доступности психиатрической помощи;

создания соответствующих санитарно-эпидемиологических условий при обследовании, лечении и содержании в психиатрических стационарных;

оперативного и объективного разрешения споров и конфликтов по вопросам оказания психиатрической помощи.

2. Часть 2 комментируемой статьи определяет основные обязанности представителей службы защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах. Они:

защищают права пациентов, находящихся в психиатрических стационарах;

принимают их жалобы и заявления, которые разрешают с администрацией данного психиатрического учреждения либо направляют в зависимости от их характера в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру или суд.

Для того чтобы выполнять свои обязанности представитель службы должен:

быть доступным для пациентов. Пациенты информируются о наличии представителя в психиатрическом стационаре, о часах его приема, номерах телефона, по которым возможно с ним связаться, и т.п.;

учитывать все жалобы и заявления, поданные пациентами;

взаимодействовать с администрацией психиатрического стационара, с иными общественными организациями, с государственными органами власти и органами местного самоуправления по поводу защиты прав пациентов и т.д.

Если представителю службы защиты прав пациента стала известна информация о лице, помещенном в психиатрический стационар, составляющая врачебную тайну, то он несет ответственность за разглашение врачебной тайны.

Статья 39. Обязанности администрации и медицинского персонала психиатрического стационара

Комментарий к статье 39

1. Обязанности администрации и медицинского персонала психиатрического стационара тесно связаны с правами лиц, находящихся в психиатрическом стационаре, предусмотренными ст. 37 данного Закона. Главной обязанностью администрации и медицинского персонала психиатрического стационара является создание условий для осуществления прав пациентов и их законных представителей, т.е. в каждом психиатрическом стационаре должны быть созданы необходимые условия для обследования психического здоровья граждан, диагностики психических расстройств, лечения, ухода и медико-социальной реабилитации лиц, страдающих психическими расстройствами. Выполнение данной обязанности включает в себя выполнение иных обязанностей, установленных комментируемой статьей.

2. Администрация и медицинский персонал психиатрического стационара обязаны:

1) обеспечивать находящихся в психиатрическом стационаре пациентов необходимой медицинской помощью. В данном случае речь идет не только об оказании психиатрической помощи, но и любого вида медицинской помощи. Для этого в штате психиатрических учреждений могут быть предусмотрены должности не только врачей-психиатров, но и иных специалистов: хирургов, терапевтов, окулистов, психологов, наркологов и т.п.

2) предоставлять возможность ознакомления с текстом данного Закона, правилами внутреннего распорядка данного психиатрического стационара, адресами и телефонами государственных и общественных органов, учреждений, организаций и должностных лиц, к которым можно обратиться в случае нарушения прав пациентов. Как правило, такая информация размещается на доске объявлений или ином стенде в коридоре психиатрического стационара и доступна для всеобщего ознакомления;

3) обеспечивать условия для переписки, направления жалоб и заявлений пациентов в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд, а также адвокату. Жалобы и заявления пациентов подаются через администрацию психиатрического отделения, которая направляет их в тот орган, кому они адресованы, не подвергая их цензуре;

4) в течение 24 часов с момента поступления пациента в психиатрический стационар в недобровольном порядке принимать меры по оповещению его родственников, законного представителя или иного лица по его указанию, а также информировать родственников или законного представителя пациента, а также иное лицо по его указанию об изменениях состояния его здоровья и чрезвычайных происшествиях с ним;

5) обеспечивать безопасность находящихся в стационаре пациентов, в том числе и путем применения мер физического стеснения и изоляции в случае, если иными методами невозможно предотвратить действия госпитализированного лица, представляющие непосредственную опасность для него или других лиц;

6) контролировать содержание посылок и передач. Если лечащий врач придет к выводу, что содержание посылок и передач ухудшают состояние здоровья госпитализированного или вредят безопасности пациента либо других лиц, то он может обратиться к заведующему отделением или главному врачу с рекомендацией о прекращении на определенный период отправки и получения посылок и передач;

7) выполнять функции законного представителя в отношении пациентов, признанных в установленном законом порядке недееспособными, но не имеющих такого представителя. Такая обязанность также установлена в п. 4 ст. 35 Гражданского кодекса Российской Федерации, согласно которой опекунами и попечителями граждан, нуждающихся в опеке или попечительстве и находящихся или помещенных в соответствующие воспитательные, лечебные учреждения, учреждения социальной защиты населения или другие аналогичные учреждения, являются эти учреждения;

8) устанавливать и разъяснять верующим пациентам правила, которые должны в интересах других находящихся в психиатрическом стационаре пациентов соблюдаться при исполнении религиозных обрядов, и порядок приглашения священнослужителя, содействовать в осуществлении права на свободу совести верующих и атеистов. При выполнении этой обязанности администрация и медицинский персонал психиатрического стационара должны учитывать, что каждый гражданин имеет право исповедовать индивидуально или совместно с другими любую религию или не исповедовать никакой, свободно выбирать и менять, иметь и распространять религиозные и иные убеждения, и действовать в соответствии с ними;

9) выполнять иные обязанности, установленные настоящим Законом.

## Статья 40. Выписка из психиатрического стационара

### Комментарий к статье 40

1. Порядок выписки пациента из психиатрического стационара зависит от оснований, по которым он был госпитализирован и от того, была ли такая госпитализация проведена в добровольном порядке или принудительно. Главное основание выписки лица, помещенного в психиатрический стационар, является выздоровление или улучшение его психического состояния, при котором не требуется дальнейшего стационарного лечения. Под выздоровлением лица понимается его полное излечение во время пребывания в психиатрическом стационаре в результате применения в отношении него определенных средств и методов лечения. Улучшение психического состояния лица означает частичное исчезновение синдромов психического заболевания или расстройства после применения к лицу средств и методов лечения в психиатрическом стационаре. При этом лицо, у которого наступило улучшение психического состояния здоровья, для продолжения лечения может быть направлено в дневной стационар или его лечение может проводиться амбулаторно. Лицо также подлежит выписке после завершения обследования или экспертизы (судебно-психиатрической, военно-врачебной, медико-социальной), если оно помещалось в психиатрический стационар для ее проведения.

2. Если пациент был госпитализирован в психиатрический стационар в добровольном порядке, то его выписка возможна:

по его личному заявлению;

по заявлению его законного представителя в случаях, когда госпитализированы были несовершеннолетний или лицо, признанное недееспособным в установленном порядке;

по решению лечащего врача.

Выписку больного осуществляет лечащий врач-психиатр с разрешения заведующего отделением или главврача. После выписки пациента история болезни заканчивается и вместе с картой на выписавшего пациента сдается в медицинскую канцелярию. История болезни выписанного лица должна содержать эпикриз, включающий:

формальные данные;

краткое изложение анамнеза;

развития и течения болезни;

данные специальных исследований и лечения;

обоснование диагноза;

рекомендуемые лечебно-реабилитационные мероприятия.

3. Выписка пациента, госпитализированного в психиатрический стационар в недобровольном порядке, не может быть проведена на основании заявления пациента, или его законных представителей, или по единоличному решению врача-психиатра. Она проводится только по постановлению судьи об отказе в продлении такой госпитализации, вынесенному на основании заключения комиссии врачей-психиатров.

4. Выписка пациента, к которому по решению суда применены принудительные меры медицинского характера, производится только по решению суда. Порядок прекращения применения принудительной меры медицинского характера регулируется ст. 445 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации, согласно которой вопрос о прекращении применения принудительной меры медицинского характера рассматривается судом, вынесшим постановление о ее применении. Суд прекращает применение к лицу принудительной меры медицинского характера на следующие 6 месяцев по подтвержденному медицинским заключением ходатайству администрации психиатрического стационара, а также по ходатайству законного представителя лица, признанного невменяемым, и его защитника. О назначении уголовного дела к слушанию суд извещает законного представителя лица, к которому применена принудительная мера медицинского характера, администрацию психиатрического стационара, защитника и прокурора. В судебном заседании обязательно участие защитника и прокурора.

В судебном заседании исследуются ходатайство, медицинское заключение, заслушивается мнение лиц, участвующих в судебном заседании. Если медицинское заключение вызывает сомнение, то суд по ходатайству лиц, участвующих в судебном заседании, или по собственной инициативе может назначить судебную экспертизу, истребовать дополнительные документы, а также допросить лицо, в отношении которого решается вопрос о прекращении применения принудительной меры медицинского характера, если это возможно по его психическому состоянию.

Суд прекращает применение принудительной меры медицинского характера в случае такого психического состояния лица, при котором отпадает необходимость в применении ранее

назначенной меры либо возникает необходимость в назначении иной принудительной меры медицинского характера.

5. В выписке пациента, помещенного в психиатрический стационар добровольно, может быть отказано в случае, если комиссией врачей-психиатров психиатрического стационара будут установлены основания для госпитализации в недобровольном порядке, т.е. если его обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает:

его непосредственную опасность для себя или окружающих, или

его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или

существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

В этом случае вопросы его пребывания в психиатрическом стационаре, продления госпитализации и выписки из стационара решаются в порядке, установленном для принудительной госпитализации. Заявление о принудительной госпитализации гражданина в таком случае должно быть подано в течение сорока восьми часов с момента помещения гражданина в психиатрический стационар в суд по месту нахождения психиатрического стационара, в который помещен гражданин, представителем психиатрического стационара. В заявлении должны быть указаны предусмотренные Законом основания для принудительной госпитализации гражданина, страдающего психическим расстройством, в психиатрический стационар. К нему прилагается мотивированное заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости пребывания гражданина в психиатрическом стационаре. Заявление о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке судья рассматривает в течение пяти дней с момента его принятия в помещении суда либо в психиатрическом учреждении. Рассмотрев заявление по существу, судья удовлетворяет либо отклоняет его.

Пребывание лица в психиатрическом стационаре в недобровольном порядке продолжается только в течение времени сохранения оснований, по которым была проведена госпитализация. Как только истекли первые шесть месяцев с момента помещения лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке, администрация психиатрического стационара направляет в суд по месту нахождения психиатрического учреждения заявление о продлении срока принудительной госпитализации гражданина, страдающего психическим расстройством, к которому прилагается заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости продления принудительной госпитализации. Поданное заявление судья рассматривает в течение пяти дней со дня возбуждения дела. Дело рассматривается с участием прокурора, представителя психиатрического стационара, подавшего в суд заявление о продлении срока его принудительной госпитализации, и представителя гражданина, в отношении которого решается вопрос о продлении срока его принудительной госпитализации.

Рассмотрев по существу заявление о продлении срока принудительной госпитализации гражданина, страдающего психическим расстройством, судья принимает решение, которым отклоняет или удовлетворяет заявление. Решение суда об удовлетворении заявления является основанием для продления срока принудительной госпитализации гражданина, страдающего психическим расстройством. Решение о продлении госпитализации лица, помещенного в психиатрический стационар в недобровольном порядке, принимается судьей по тем же правилам ежегодно.

Выписка пациента, помещенного в психиатрический стационар добровольно, в отношении которого установлены основания для госпитализации в недобровольном порядке, возможна по заключению комиссии врачей-психиатров и постановлению судьи об отказе в продлении такой госпитализации.

Статья 41. Основания и порядок помещения лиц в психоневрологические учреждения для социального обеспечения

#### Комментарий к статье 41

1. Комментируемая статья определяет основания и порядок помещения лиц в психоневрологические учреждения для социального обеспечения. Порядок помещения в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения определен не только данным Законом, но и Федеральным законом от 10 декабря 1995 г. N 195-ФЗ "Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации", Федеральным законом от 2 августа 1995 г. N 122-ФЗ "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов" и т.д. Так, в соответствии с Федеральным законом от 2 августа 1995 г. N 122-ФЗ "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов" социальное обслуживание граждан пожилого возраста и



инвалидов представляет собой деятельность по удовлетворению потребностей указанных граждан в социальных услугах. Социальное обслуживание включает в себя совокупность социальных услуг, которые предоставляются гражданам пожилого возраста и инвалидам на дому или в учреждениях социального обслуживания независимо от форм собственности.

2. Согласно комментируемой статье основаниями для помещения в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения являются:

личное заявление лица, страдающего психическим расстройством, и

заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра;

решение органа опеки и попечительства, принятое на основании заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра, - для несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным.

При этом заключение должно содержать сведения о наличии у лица психического расстройства, лишаящего его возможности находиться в неспециализированном учреждении для социального обеспечения, а в отношении дееспособного лица - также и об отсутствии оснований для постановки перед судом вопроса о признании его недееспособным.

3. Лица, нуждающиеся в постоянной или временной посторонней помощи в связи с частичной или полной утратой возможности самостоятельно удовлетворять свои основные жизненные потребности вследствие ограничения способности к самообслуживанию и (или) передвижению, имеют право на социальное обслуживание, осуществляемое в государственном и негосударственном секторах системы социального обслуживания. При получении социальных услуг инвалиды имеют право на:

уважительное и гуманное отношение со стороны работников учреждений социального обслуживания;

информацию о своих правах, обязанностях, условиях оказания социальных услуг;

согласие на социальное обслуживание;

отказ от социального обслуживания;

конфиденциальность информации личного характера, ставшей известной работнику учреждения социального обслуживания при оказании социальных услуг;

защиту своих прав законных интересов, в том числе в судебном порядке;

выбор учреждения и формы социального обслуживания в порядке, установленном органами социальной защиты населения субъектов Российской Федерации. Письмо Минтруда РФ от 5 января 2003 г. N 30-ГК определяет номенклатуру учреждений (отделений) социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов, согласно которой к стационарным учреждениям (отделениям) социального обслуживания относятся:

дом-интернат (пансионат) для престарелых;

дом-интернат (пансионат) для ветеранов войны и труда;

специальный дом-интернат (отделение) для инвалидов;

психоневрологический интернат;

реабилитационный центр (отделение) для инвалидов молодого возраста;

дом-интернат (отделение) милосердия;

геронтологический центр;

геронтопсихиатрический центр;

дом-интернат малой вместимости;

социально-оздоровительный центр.

Самостоятельное учреждение социального обслуживания может быть образовано в форме дома-интерната, интерната, пансионата, центра, приюта, гостиницы и т.п. При этом стационарное социальное обслуживание направлено на оказание разносторонней социально-бытовой помощи лицам, частично или полностью утратившим способность к самообслуживанию и нуждающимся по состоянию здоровья в постоянном уходе и наблюдении. Стационарное социальное обслуживание включает меры по созданию для них наиболее адекватных их возрасту и состоянию здоровья условий жизнедеятельности, реабилитационные мероприятия медицинского, социального и лечебно-трудового характера, обеспечение ухода и медицинской помощи, организацию их отдыха и досуга. Примерный устав государственного (муниципального) стационарного учреждения социального обслуживания системы социальной защиты населения утвержден Приказом Минтруда РФ от 4 ноября 1997 г. N 283.

Зарегистрирован Утвержден

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ (орган управления социальной  
защиты населения)

Приказ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 200\_ г.

## Примерный устав

Государственного (муниципального) стационарного учреждения  
социального обслуживания системы социальной защиты населения

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(официальное полное и сокращенное наименов. учреждения)

Принят  
собранием трудового коллектива  
от "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ 200  
протокол N \_\_\_\_\_

Москва 2006

## 1. Общие положения

1.1. Государственное (муниципальное) стационарное учреждение  
социального обслуживания системы социальной защиты населения \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(полное и сокращенное наименование)

(в дальнейшем именуемое "Учреждение") создано решением \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(наименование органа)

на основании \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(дата, номер распоряжения,

\_\_\_\_\_  
постановления Правительства, приказа)

1.2. Учреждение является некоммерческой организацией. В своей деятельности Учреждение руководствуется Конституцией Российской Федерации и федеральными законами, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации, нормативными правовыми актами Министерства труда и социального развития Российской Федерации, органа социальной защиты населения субъекта Российской Федерации, другими нормативными правовыми актами и настоящим Уставом.

1.3. Учреждение является медико-социальным учреждением, предназначенным для постоянного, временного (сроком до 6 месяцев) и пятидневного в неделю проживания престарелых граждан (мужчин старше 60 лет и женщин старше 55 лет), инвалидов I и II групп (в т.ч. детей-инвалидов), нуждающихся в уходе, бытовом и медико-социальном обслуживании, реабилитационных услугах, а детей-инвалидов - в обучении, воспитании, социально-трудовой адаптации.

1.4. Учреждение вправе заниматься предпринимательской деятельностью, необходимой для достижения уставных целей.

1.5. Для осуществления лечебно-трудовой деятельности в учреждении создаются лечебно-производственные (трудовые) мастерские, а в сельской местности - подсобные сельские хозяйства с необходимым инвентарем, оборудованием и транспортом.

1.6. Организация лечебно-производственных (трудовых) мастерских и подсобного сельского хозяйства осуществляется в порядке и на основании действующих нормативных правовых актов.

1.7. Учреждение пользуется всеми налоговыми льготами, предусмотренными законодательством Российской Федерации.

1.8. Контроль, координацию и практическую помощь учреждению в его деятельности осуществляет орган социальной защиты населения субъекта Российской Федерации.

1.9. Местонахождение Учреждения: \_\_\_\_\_.

(юридический адрес)

## 2. Правовой статус

2.1. Учреждение создано в соответствии с требованиями Гражданского кодекса Российской Федерации, является юридическим лицом, в соответствии с целями деятельности может от своего имени приобретать и осуществлять имущественные права, нести обязанности, быть истцом и ответчиком в суде.

2.2. Учреждение имеет в оперативном управлении обособленное имущество, самостоятельный баланс, расчетный и иные счета (в том числе валютный) в банках, печать и штамп с полным наименованием Учреждения и наименованием органа, в ведении которого оно находится, фирменную символику.

2.3. Разрешением на проведение соответствующей деятельности служит лицензия, выдаваемая Учреждению органами, уполномоченными на проведение лицензионной деятельности.

2.4. Учреждение создается без ограничения срока деятельности.

2.5. Учреждение финансируется за счет бюджетных средств соответствующего уровня, имеет годовую смету расходов и штатное расписание, утверждаемые директором Учреждения в пределах выделенных ассигнований.

## 3. Цели и предмет деятельности Учреждения

3.1. Основными целями создания и деятельности Учреждения являются:

- осуществление социальной защиты проживающих в Учреждении путем стабильного материально-бытового обеспечения и создания наиболее адекватных их возрасту и состоянию здоровья условий жизнедеятельности;

- осуществление мероприятий реабилитационного, медицинского, социального и лечебно-трудового характера;

- организация ухода и надзора за проживающими, их отдыха и досуга, проведение лечебно-оздоровительных и профилактических мероприятий;

- организация получения образования детьми-инвалидами с учетом их физических и умственных способностей;

- апробация, обобщение и внедрение в практику передового отечественного и зарубежного опыта, разработок научно-исследовательских учреждений по вопросам реабилитации, образования и воспитания детей-инвалидов, оптимизации медико-социального обслуживания;

- повышение квалификации специалистов и организаторов стационарных учреждений социального обслуживания;

- оказание специализированной медицинской помощи и проведение мероприятий по обеспечению санитарно-противоэпидемического режима осуществляют территориальные учреждения здравоохранения и санэпиднадзора.

3.2. Предмет деятельности Учреждения.

В соответствии с целями своей деятельности Учреждение выполняет следующие функции:

- прием и размещение граждан в соответствии с профилем Учреждения и учетом их состояния здоровья;

- предоставление проживающим, в соответствии с утвержденными нормами, благоустроенной жилплощади с мебелью и инвентарем, обеспечение постельными принадлежностями, предметами личной гигиены, а постоянно проживающих - нательным бельем, одеждой и обувью;

- организация рационального, в том числе диетического, питания проживающих с учетом их возраста и состояния здоровья;

- уход за проживающими в соответствии с установленными режимами содержания;

- медицинское обслуживание и лечение, организация консультаций

врачей-специалистов, способствующих продлению активного образа жизни проживающих, а также госпитализация больных с участием лечебно-профилактических учреждений;

- осуществление мероприятий по медико-социальной реабилитации инвалидов с целью восстановления или компенсации утраченных или нарушенных способностей к бытовой, социальной и профессиональной деятельности;

- обеспечение доступного образовательного и трудового обучения детей-инвалидов в соответствии с медицинскими показаниями, их психологическая реабилитация и социально-бытовая адаптация, формирование социального опыта;

- организация физического воспитания детей-инвалидов с учетом возраста и состояния здоровья, позволяющая развить их способности в максимально возможных пределах;

- организация досуга проживающих, проведение совместно с органами социальной защиты населения и учреждениями культуры культурно-массовых и спортивных мероприятий: фестивалей, конкурсов, олимпиад и т.д.;

- создание условий для отправления религиозных обрядов;

- оказание помощи в написании писем;

- обеспечение сохранности личных вещей и ценностей;

- создание условий для использования остаточных трудовых возможностей, участия в лечебно-трудовой деятельности;

- проведение мероприятий по обучению доступным профессиональным навыкам, восстановлению личностного и социального статуса;

- проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;

- содействие в обеспечении нуждающихся зубными протезами, слуховыми аппаратами, очками, протезно-ортопедическими изделиями, необходимыми средствами передвижения;

- мероприятия по повышению качества обслуживания, содержания и ухода, внедрению в практику прогрессивных форм и методов работы по обслуживанию проживающих;

- обеспечение организации труда обслуживающего персонала и повышение его квалификации, внедрение в практику работы средств малой механизации, облегчающей труд обслуживающего персонала по уходу за тяжелобольными;

- оказание при необходимости, квалифицированных услуг по функциям опекуна и попечителя, если, вследствие заболевания или возникшего изменения личности, проживающий не может надлежащим образом осуществлять свои конституционные права и обязанности;

- проведение конференций, семинаров, совещаний и других мероприятий по повышению квалификации сотрудников по программам, согласованным с Министерством труда и социального развития Российской Федерации (для их подготовки в Учреждении создается методический кабинет, а в годовой смете расходов предусматриваются ассигнования на эти цели);

- внедрение новых методов обследования и лечения больных;

- оказание консультативной помощи по юридическим вопросам;

- содействие в организации ритуальных услуг;

Учреждение вправе осуществлять также любую деятельность, не запрещенную Законодательными актами Российской Федерации и не противоречащую настоящему Уставу, в пределах, не наносящих ущерба деятельности Учреждения. (Указать направление видов деятельности Учреждения.)

#### 4. Имущество и средства Учреждения

4.1. Учреждение использует имущество и денежные средства для достижения целей, определенных его Уставом;

4.2. Имущество Учреждения закрепляется за ним на праве оперативного управления Государственным комитетом Российской Федерации по управлению государственным имуществом и его

уполномоченными органами, а также органами местного самоуправления.

4.3. Учреждение в отношении закрепленного за ним имущества осуществляет в пределах, установленных законом и в соответствии с целями своей деятельности, права владения, пользования и распоряжения им.

4.4. Учреждение отвечает по своим обязательствам находящимися в его распоряжении денежными средствами. При их недостаточности субсидиарную ответственность по его обязательствам несет собственник соответствующего имущества.

4.5. Учреждение не вправе отчуждать или иным способом распоряжаться закрепленным за ним имуществом, приобретенным за счет средств, выделенных ему по смете.

4.6. Имущество и средства Учреждения отражаются на его балансе и используются в соответствии с действующим законодательством.

4.7. Средства от предпринимательской и лечебно-трудовой деятельности граждан пожилого возраста и инвалидов, проживающих в стационарных учреждениях социального обслуживания, а также от благотворительной деятельности организаций, предприятий, учреждений и отдельных граждан и приобретенное за счет этих средств имущество поступают в самостоятельное распоряжение Учреждения и учитываются на отдельном балансе.

4.8. Основными источниками финансирования деятельности Учреждения являются:

- капитальные вложения, бюджетные и внебюджетные ассигнования;
- доходы от предпринимательской деятельности;
- добровольные имущественные взносы и пожертвования третьих лиц;
- другие законные поступления.

4.9. Финансово-хозяйственная деятельность Учреждения осуществляется в соответствии с утвержденной сметой расходов и направляется на:

- рациональное и экономное расходование государственных средств, выделяемых на содержание Учреждения, а также обеспечение сохранности основных фондов и товарно-материальных ценностей;
- своевременную реконструкцию, капитальный и текущий ремонт зданий, сооружений, коммуникаций и оборудования, благоустройство и озеленение территории, бесперебойную работу вспомогательных служб;
- обеспечение мебелью, технологическим и медицинским оборудованием, постельными принадлежностями, хозяйственным и другим инвентарем, материалами и их рациональным использованием, а также списание в установленном порядке имущества;
- соблюдение правил и норм охраны труда, техники безопасности, противопожарной безопасности, санитарно-гигиенического и противозидемического режима;
- ведение бухгалтерского учета.

## 5. Организация деятельности

5.1. Учреждение осуществляет самостоятельную хозяйственную деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации и настоящим Уставом.

5.2. Учреждение строит свои отношения с другими учреждениями, предприятиями, организациями и гражданами во всех сферах хозяйственной деятельности на основе договоров. В своей деятельности Учреждение учитывает интересы проживающих в нем граждан, а также интересы потребителей, обеспечивая качество продукции, работ и услуг.

5.3. Учреждение имеет право:

- привлекать для осуществления своих функций на договорной основе другие предприятия, учреждения, организации;
- приобретать или арендовать основные средства за счет имеющихся у него финансовых ресурсов, оказываемой финансовой помощи и получаемых для этих целей ссуд и кредитов в банках, в том

числе в валюте;

- осуществлять внешнеэкономические связи в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации;

- планировать свою деятельность и определять перспективы развития по согласованию с органом социальной защиты населения, а также, исходя из спроса потребителей на продукцию, работу и услуги по заключенным договорам;

- создавать филиалы и открывать представительства на территории Российской Федерации в соответствии с законодательством Российской Федерации;

- заниматься предпринимательской деятельностью, необходимой для достижения уставных целей.

5.4. Учреждение обязано:

- обеспечить неприкосновенность личности и безопасность проживающих в нем граждан;

- исполнять возложенные на него функции опекунов и попечителей в отношении граждан, проживающих в Учреждении, нуждающихся в опеке и попечительстве;

- утверждать смету расходов и штатное расписание и представлять их на согласование органу социальной защиты населения, в ведении которого оно находится;

- нести ответственность в объеме компетенции за нарушение договорных, кредитных, расчетных обязательств, правил хозяйствования, установленных действующим законодательством Российской Федерации;

- возмещать ущерб, причиненный нерациональным использованием земли и других природных ресурсов, загрязнением окружающей среды, нарушением правил безопасности производства, санитарно-гигиенических норм и требований по защите здоровья работников, населения и потребителей продукции;

- обеспечить своих работников безопасными условиями труда и нести ответственность в установленном законом порядке за ущерб, причиненный здоровью работника при исполнении трудовых обязанностей;

- вести оперативный бухгалтерский учет и статистическую отчетность результатов хозяйственной и иной деятельности в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

## 6. Условия приема, содержания и выписки из Учреждения

6.1. В Учреждение принимаются указанные в пункте 1.3 настоящего Устава граждане, не имеющие установленных медицинских противопоказаний к приему в стационарные учреждения социального обслуживания соответствующих типов.

6.2. Основанием для помещения в Учреждение являются:

- путевка, выданная органом социальной защиты населения, в ведении которого находится Учреждение;

- личное письменное заявление гражданина, поступающего в Учреждение, заверенное его подписью или заявление законного представителя лица, не достигшего 14 лет, а также лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным;

- медицинская карта, заверенная лечебным учреждением;

- справка медико-социальной экспертной комиссии (МСЭК) для мужчин в возрасте до 60 лет и женщин - до 55 лет;

- паспорт;

- пенсионное удостоверение;

- справка о доходах;

- заключение медико-педагогической комиссии (для направляемых в детские дома-интернаты);

- заключение судебного органа о состоянии дееспособности и заключение врачебной комиссии в составе не менее трех врачей с обязательным участием врача-психиатра (для направляемых в психоневрологические учреждения);

- решение органа опеки и попечительства (для лиц, признанных в

установленном порядке недееспособными).

6.3. На каждого поступающего в Учреждение престарелого или инвалида заводится личное дело, в котором хранятся: путевка, пенсионное удостоверение, заявление, договор с администрацией о предоставлении платных или частично оплачиваемых социальных услуг, паспорт с отметкой о прописке (регистрации) в Учреждении, пенсионное удостоверение, трудовая книжка, справка о доходах, история болезни, к которой приобщается медицинская карта, справка МСЭК (для инвалидов), амбулаторная карта, поступившая из медицинского учреждения, а также медицинские документы, заведенные во время пребывания в Учреждении.

6.4. Денежные суммы, драгоценности и ценные бумаги граждан, принятых в Учреждение не помещенные в сберегательный банк, по их желанию сдаются администрации на хранение до востребования их владельцем или лицом, у которого имеется свидетельство о праве на наследство, выданное в установленном законом порядке.

Порядок приема, учета, хранения и выдачи указанных ценностей производится в соответствии с действующими нормативными документами.

6.5. Проживающие в Учреждении имеют право на:

- выбор учреждения и формы социального обслуживания в установленном порядке;
- информацию о своих правах, обязанностях и условиях оказания социальных услуг;
- непосредственное обращение к директору Учреждения, заведующему отделением или медицинской частью Учреждения по вопросам лечения, обследования, соблюдения своих прав и гарантий;
- социально-медицинскую реабилитацию и социальную адаптацию;
- добровольное участие в лечебно-трудовом процессе с учетом состояния здоровья, интересов, желаний в соответствии с медицинским заключением и трудовыми рекомендациями;
- обращение с предложениями и заявлениями в органы законодательной и исполнительной власти, суд, прокуратуру, к адвокату, а также в общественные организации ветеранов и инвалидов;
- отправление религиозных обрядов, соблюдение религиозных канонов, в том числе постов;
- бесплатную специализированную помощь, в том числе зубопротезную (без использования драгоценных металлов), в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, а также на бесплатную протезно-ортопедическую помощь;
- защиту своих прав и законных интересов, в том числе в судебном порядке;
- медико-социальную экспертизу, проводимую по медицинским показаниям, для установления или изменения группы инвалидности;
- уход и первичную медико-санитарную и стоматологическую помощь;
- оказание специализированной медицинской помощи в государственных или муниципальных учреждениях здравоохранения за счет соответствующих бюджетных ассигнований и средств медицинского страхования;
- согласие на социальное обслуживание или отказ от него;
- временное выбытие из Учреждения на срок не более 1 месяца для престарелых и инвалидов и 3 месяцев – для детей-инвалидов;
- уважительное и гуманное отношение со стороны работников Учреждения.

6.6. По рекомендации лечащего врача заведующим отделением или медицинской частью Учреждения права проживающих в психоневрологических интернатах в интересах здоровья или безопасности самого проживающего и других лиц могут быть ограничены по вопросам:

- ведения переписки;
- получения и отправления посылок, бандеролей и денежных переводов;

- пользования телефоном;
- приема посетителей;
- приобретения предметов первой необходимости, использования собственной одежды, бытовых приборов, радио-телеаппаратуры, музыкальных инструментов, книг, настольных игр.

6.7. Пенсионерам во время пребывания в Учреждении выплата пенсии производится в соответствии с действующим пенсионным законодательством Российской Федерации.

Лицам, плохо разбирающимся в денежных знаках, выдача денег производится в присутствии работников Учреждения, определяемых администрацией, которые проверяют правильность выплаченной суммы и расписываются за неграмотных.

6.8. Временное выбытие проживающих из Учреждения может быть разрешено директором Учреждения с учетом заключения врача о возможности выезда, при наличии письменного обязательства родственников или других лиц об обеспечении ухода за ними.

При этом расходы, связанные с дорогой, могут возмещаться за счет полагающейся Учреждению разницы между суммой назначенной и выплачиваемой пенсии этого пенсионера, а пенсия может быть выплачена авансом на период нахождения его в отпуске.

При выбытии пенсионеров или воспитанников детских домов-интернатов в лечебно-профилактические или санаторно-оздоровительные учреждения выплата пенсии производится в полном размере.

6.9. Выписка из Учреждения пожилых граждан и инвалидов производится по письменному заявлению выписываемых лиц, а для утративших способность удовлетворять свои основные жизненные потребности или признанных в установленном законом порядке недееспособными - по письменному заявлению их законных представителей в случае, если они обязуются обеспечить указанным лицам уход и необходимые условия проживания.

При выбытии из Учреждения престарелому или инвалиду выдается закрепленная за ним одежда, белье и обувь по сезону, справка с указанием времени пребывания в Учреждении и причины выбытия, а также возвращаются личные вещи и ценности, хранившиеся в Учреждении.

6.10. Воспитанники, достигшие 18-летнего возраста и неспособные к труду, в соответствии с заключением специализированной МСЭК и решением педагогического совета переводятся в психоневрологические стационарные учреждения социального обслуживания.

При этом детское учреждение высылает в психоневрологический интернат на указанных воспитанников их личные дела.

## 7. Управление Учреждением

7.1. Управление Учреждением осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации и настоящим Уставом.

7.2. Высшим должностным лицом, отвечающим за деятельность Учреждения, является директор, назначаемый на должность органом социальной защиты населения субъектов Российской Федерации (для учреждений федерального подчинения - Министерством труда и социального развития Российской Федерации).

7.3. Директор осуществляет свою деятельность на основании и в соответствии с условиями договора (контракта), заключаемого с ним органом социальной защиты населения.

7.4. Директор осуществляет текущее руководство деятельностью Учреждения, он подотчетен в своей деятельности органу, заключившему с ним договор (контракт).

7.5. Пределы компетенции директора определяются заключенным с ним договором (контрактом), законодательством Российской Федерации, настоящим Уставом и договором о закреплении имущества.

7.6. По вопросам, отнесенным к его компетенции, директор действует на принципах единоначалия.



7.7. Директор выполняет следующие функции по организации и обеспечению деятельности Учреждения:

- обеспечивает соблюдение Учреждением целей, в интересах которых оно было создано;
- действует без доверенности от имени Учреждения, представляет его интересы в государственных органах, предприятиях, организациях, учреждениях;
- в пределах, установленных контрактом и договором о закреплении имущества, от имени Учреждения распоряжается его имуществом, заключает договоры, выдает доверенности, открывает расчетный и другие счета в банках;
- утверждает смету расходов и штатное расписание в пределах выделенных ассигнований;
- в пределах своей компетенции издает приказы и распоряжения, обязательные для всех работников Учреждения;
- утверждает правила внутреннего распорядка;
- нанимает (назначает) на должность и освобождает от занимаемой должности работников, заключает с ними трудовые договоры (контракты);
- несет ответственность за состояние учета, своевременность и полноту представления отчетности, в том числе бухгалтерской и статистической по установленным формам в соответствующие органы;
- регистрирует в установленном законом порядке изменения и дополнения к уставу, принятые учредителем;
- делегирует заместителям те или иные из своих полномочий;
- выполняет другие функции, вытекающие из настоящего Устава и не противоречащие действующему законодательству.

## 8. Трудовой коллектив Учреждения

8.1. Трудовой коллектив Учреждения составляют все граждане, участвующие своим трудом в его деятельности на основе трудового договора.

8.2. Отношения работников и Учреждения, возникшие на основе трудовых договоров (контрактов), регулируются законодательством Российской Федерации о труде.

8.3. Трудовой коллектив Учреждения:

- рассматривает вопрос о необходимости заключения коллективного договора с администрацией Учреждения и, в случае принятия такого решения, утверждает его;
- рассматривает и решает вопросы самоуправления трудового коллектива в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе:
  - определяет порядок проведения собрания (конференции) трудового коллектива и нормы представительства;
  - принимает решение о создании постоянно действующего органа, осуществляющего полномочия трудового коллектива, или наделении такими полномочиями существующего в Учреждении органа;
  - принимает решения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

## 9. Учет, отчетность и контроль деятельности Учреждения

9.1. Учреждение ведет оперативный бухгалтерский учет и статистическую отчетность своей деятельности в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

9.2. Контроль за деятельностью Учреждения осуществляют органы Государственной статистики и налоговые органы, органы социальной защиты населения (учредители) и иные лица, на которые в соответствии с действующим законодательством возложена проверка деятельности государственных и муниципальных учреждений.

Контроль за распоряжением имуществом, закрепленным за Учреждением на праве оперативного управления, осуществляет территориальный орган по управлению имуществом (собственник

имущества).

9.3. За искажение государственной отчетности должностные лица Учреждения несут установленную законодательством дисциплинарную, административную и уголовную ответственность.

## 10. Реорганизация и ликвидация Учреждения

10.1. Реорганизация и ликвидация Учреждения производятся на основании и в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации, Федеральным законом "О некоммерческих организациях" и другими федеральными законами.

10.2. Реорганизация Учреждения может быть осуществлена в форме слияния, присоединения, разделения, выделения и преобразования.

10.3. Решение о реорганизации Учреждения может принять орган управления социальной защиты населения субъекта Российской Федерации (учредитель).

10.4. При реорганизации Учреждения все его документы передаются правопреемнику. Передача документов производится в порядке, установленном действующим законодательством.

10.5. При реорганизации Учреждения его устав и лицензия утрачивают силу.

10.6. Ликвидация Учреждения может быть осуществлена по решению его учредителей или органа, принявшего решение о ликвидации Учреждения, в случае осуществления им запрещенной законом деятельности либо деятельности, не соответствующей его уставным целям.

10.7. Ликвидация Учреждения производится ликвидационной комиссией, назначаемой по согласованию с органом, осуществляющим государственную регистрацию юридических лиц, и при участии представителя территориального органа по управлению имуществом.

10.8. Ликвидационная комиссия в соответствии с действующим законодательством устанавливает порядок и сроки ликвидации Учреждения, оценивает его имущество, составляет ликвидационный баланс, который утверждается в установленном законом порядке.

10.9. С момента назначения ликвидационной комиссии к ней переходят полномочия по управлению делами ликвидируемого Учреждения.

10.10. Требования кредиторов при ликвидации Учреждения удовлетворяются в порядке очередности, установленной статьей 64 Гражданского кодекса Российской Федерации.

10.11. Имущество Учреждения, оставшееся после удовлетворения требований кредиторов, в случае ликвидации, передается его собственнику.

10.12. Ликвидационная комиссия несет ответственность за ущерб, причиненный Учреждению, по нормам действующего законодательства.

10.13. Ликвидация Учреждения считается завершенной, а Учреждение - прекратившим существование после внесения об этом записи в Единый государственный реестр юридических лиц.

4. Лица, страдающие психическим расстройством, проживающие в стационарных учреждениях социального обслуживания, имеют право на:

- 1) обеспечение им условий проживания, отвечающих санитарно-гигиеническим требованиям;
- 2) уход, первичную медико-санитарную и стоматологическую помощь, предоставляемые в стационарном учреждении социального обслуживания;
- 3) социально-медицинскую реабилитацию и социальную адаптацию;
- 4) добровольное участие в лечебно-трудовом процессе с учетом состояния здоровья, интересов, желаний в соответствии с медицинским заключением и трудовыми рекомендациями;
- 5) медико-социальную экспертизу, проводимую по медицинским показаниям, для установления или изменения группы инвалидности;
- 6) свободное посещение их адвокатом, нотариусом, законными представителями, представителями общественных объединений и священнослужителем, а также родственниками и другими лицами;
- 7) бесплатную помощь адвоката в порядке, установленном действующим законодательством;

8) предоставление им помещения для отправления религиозных обрядов, создание для этого соответствующих условий, не противоречащих правилам внутреннего распорядка, с учетом интересов верующих различных конфессий;

9) сохранение занимаемых ими по договору найма или аренды жилых помещений в домах государственного, муниципального и общественного жилищных фондов в течение шести месяцев с момента поступления в стационарное учреждение социального обслуживания, а в случаях, если в жилых помещениях остались проживать члены их семей, - в течение всего времени пребывания в этом учреждении. В случае отказа от услуг стационарного учреждения социального обслуживания по истечении указанного срока граждане пожилого возраста и инвалиды, освободившие жилые помещения в связи с их помещением в эти учреждения, имеют право на внеочередное обеспечение жилым помещением, если им не может быть возвращено ранее занимаемое ими жилое помещение.

Дети-инвалиды, проживающие в стационарных учреждениях социального обслуживания, являющиеся сиротами или лишенные попечительства родителей, по достижении 18 лет подлежат обеспечению жилыми помещениями вне очереди органами местного самоуправления по месту нахождения данных учреждений либо по месту их прежнего жительства по их выбору, если индивидуальная программа реабилитации предусматривает возможность осуществлять самообслуживание и вести самостоятельный образ жизни;

10) участие в общественных комиссиях по защите прав инвалидов, создаваемых в том числе в учреждениях социального обслуживания.

Дети-инвалиды, проживающие в стационарных учреждениях социального обслуживания, имеют право на получение образования и профессиональное обучение в соответствии с их физическими возможностями и умственными способностями. Это право обеспечивается путем организации в стационарных учреждениях социального обслуживания специальных образовательных учреждений (классов и групп) и мастерских трудового обучения в порядке, установленном действующим законодательством.

5. Часть 2 комментируемой статьи возлагает на органы опеки и попечительства обязанность принимать меры для охраны имущественных интересов лиц, помещаемых в психоневрологические учреждения для социального обеспечения. Согласно ст. 34 Гражданского кодекса Российской Федерации органами опеки и попечительства являются органы местного самоуправления. На охрану имущественных интересов лиц, помещенных в психоневрологические учреждения, направлена также статья Гражданского кодекса Российской Федерации, в соответствии с которой опекун не вправе без предварительного разрешения органа опеки и попечительства совершать, а попечитель - давать согласие на совершение сделок по отчуждению, в том числе обмену или дарению имущества подопечного, сдаче его внаем (в аренду), в безвозмездное пользование или в залог, влекущих отказ от принадлежащих подопечному прав, раздел его имущества или выдел из него долей, а также любых других сделок, влекущих уменьшение имущества подопечного.

Статья 42. Основания и порядок помещения несовершеннолетних в психоневрологическое учреждение для специального обучения

#### Комментарий к статье 42

1. Комментируемая статья определяет основания и порядок помещения несовершеннолетних в психоневрологическое учреждение для специального обучения. Основаниями для помещения несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет, страдающего психическим расстройством, в психоневрологическое учреждение для специального обучения являются:

заявление его родителей либо иного законного представителя и обязательное заключение комиссии, состоящей из психолога, педагога и врача-психиатра, которое должно содержать сведения о необходимости обучения несовершеннолетнего в условиях специальной школы для детей с нарушением интеллектуального развития.

Согласно письму Минобразования РФ от 5 апреля 1993 г. N 63-М "О приведении в соответствие с Законом Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" нормативных документов, используемых в своей деятельности органами управления образованием и образовательными учреждениями":

направление детей и подростков на медико-педагогическую комиссию осуществляется по инициативе учреждений образования, здравоохранения, социального обеспечения с согласия родителей либо иного законного представителя, а также по инициативе родителей либо иного законного представителя;

комплектование специальных (коррекционных) учреждений для детей с отклонениями в развитии производится на основании заявления родителей либо иного законного представителя,

заклучения медико-педагогической комиссии; органы управления образованием осуществляют контроль за правильностью комплектования специальных (коррекционных) учреждений, оказывают содействие родителям либо иным законным представителям в направлении ребенка в эти учреждения;

направление детей и подростков в специальные (коррекционные) учреждения для детей с отклонениями в развитии производится органами управления образованием на основании заявления родителей либо иного законного представителя и заключения медико-педагогической комиссии;

перевод ребенка из специального (коррекционного) учреждения в общеобразовательное учреждение осуществляется на основании заключения медико-педагогической комиссии;

перевод ребенка из специального (коррекционного) учреждения в специальное (коррекционное) учреждение другого вида осуществляется органами управления образованием на основании заявления родителей либо иного законного представителя, заключения медико-педагогической комиссии;

перевод обучающегося, воспитанника специального (коррекционного) учреждения в класс для детей со сложным дефектом данного учреждения производится с согласия родителей либо иного законного представителя на основании заключения медико-педагогической комиссии только после того, как в процессе учебно-воспитательной работы на протяжении не менее года установлено, что их стойкая неуспеваемость связана с наличием умственной отсталости.

2. В соответствии с ч. 6 ст. 5 Закона РФ от 10 июля 1992 г. N 3266-1 "Об образовании" государство создает гражданам с отклонениями в развитии условия для получения ими образования, коррекции нарушений развития и социальной адаптации на основе специальных педагогических подходов. Для несовершеннолетних, страдающих психическим расстройством, органы управления образованием создают специальные (коррекционные) образовательные учреждения (классы, группы), обеспечивающие их лечение, воспитание и обучение, социальную адаптацию и интеграцию в общество. Типовое положение о специальном (коррекционном) образовательном учреждении для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии, утвержденное Постановлением Правительства РФ от 12 марта 1997 г. N 288, регулирует деятельность государственных, муниципальных специальных (коррекционных) образовательных учреждений для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии.

Для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии создаются следующие специальные (коррекционные) образовательные учреждения:

специальная (коррекционная) начальная школа - детский сад;

специальная (коррекционная) общеобразовательная школа;

специальная (коррекционная) общеобразовательная школа-интернат.

Специальные (коррекционные) образовательные учреждения создаются для глухих, слабослышащих и позднооглохших, слепых, слабовидящих и позднослепших детей, детей с тяжелыми нарушениями речи, с нарушением опорно-двигательного аппарата, с задержкой психического развития, для умственно отсталых и других детей с отклонениями в развитии.

Специфика образовательного процесса, направление деятельности по реабилитации обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии, а также уровень реализуемых образовательных программ определяются Министерством образования и науки Российской Федерации по согласованию с Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации в зависимости от вида специального (коррекционного) образовательного учреждения. Так, в соответствии с письмом Минобразования РФ от 4 сентября 1997 г. N 48 "О специфике деятельности специальных (коррекционных) образовательных учреждений I - VIII видов" специальные (коррекционные) образовательные учреждения делятся на следующие виды:

специальное (коррекционное) образовательное учреждение I вида;

специальное (коррекционное) образовательное учреждение II вида;

специальные (коррекционные) образовательные учреждения III и IV видов;

специальное (коррекционное) образовательное учреждение V вида;

специальное (коррекционное) образовательное учреждение VI вида;

специальное (коррекционное) образовательное учреждение VII вида;

специальное (коррекционное) образовательное учреждение VIII вида.

Для обучения и воспитания детей с задержкой психического развития, у которых при потенциально сохранных возможностях интеллектуального развития наблюдаются слабость памяти, внимания, недостаточность темпа и подвижности психических процессов, повышенная истощаемость, несформированность произвольной регуляции деятельности, эмоциональная неустойчивость, для обеспечения коррекции их психического развития и эмоционально-волевой сферы, активизации познавательной деятельности, формирования навыков и умений учебной деятельности создается коррекционное учреждение VII вида.

Коррекционное учреждение VII вида осуществляет образовательный процесс в соответствии с уровнями общеобразовательных программ двух ступеней общего образования:

1 ступень - начальное общее образование (нормативный срок освоения - 3 - 5 лет).

2 ступень - основное общее образование (нормативный срок освоения - 5 лет).

Прием детей в коррекционное учреждение VII вида осуществляется только в подготовительный, 1 и 2 классы (группы) (в 3 класс - в порядке исключения).

Дети, начавшие обучение в общеобразовательном учреждении с 7-летнего возраста, принимаются во 2 класс (группу) коррекционного учреждения. Дети, начавшие обучение в общеобразовательном учреждении с 6-летнего возраста, принимаются в 1 класс (группу) коррекционного учреждения. Дети, ранее не обучавшиеся в общеобразовательном учреждении и показавшие недостаточную готовность к освоению общеобразовательных программ, принимаются с 7-летнего возраста в 1 класс (группу) коррекционного учреждения (нормативный срок освоения - 4 года); с 6-летнего возраста - в подготовительный класс (нормативный срок освоения - 5 лет).

Наполняемость класса (группы), группы продленного дня - до 12 человек.

Коррекционное учреждение VIII вида создается для обучения и воспитания детей с умственной отсталостью с целью коррекции отклонений в их развитии средствами образования и трудовой подготовки, а также социально-психологической реабилитации для последующей интеграции в общество.

Сроки обучения в коррекционном учреждении VIII вида могут быть девять - одиннадцать лет (с выдачей обучающимся свидетельств установленного образца).

В коррекционном учреждении VIII вида с 10-, 11-летним образованием трудовое обучение в 10 - 11 классах, при наличии производственной базы, носит характер углубленной трудовой подготовки обучающихся.

Классы (группы) с углубленной трудовой подготовкой создаются в коррекционном учреждении VIII вида, имеющем необходимую материальную базу для углубленной трудовой подготовки, проведения производственной практики. Продолжительность рабочего дня во время производственной практики определяется законодательством Российской Федерации о труде. Руководство производственной практикой осуществляет учитель трудового обучения.

В классы (группы) с углубленной трудовой подготовкой принимаются воспитанники, окончившие 9(10) класс. Квалификационные разряды отдельным, хорошо усвоившим профессию, выпускникам присваиваются только администрацией заинтересованного предприятия или учреждения начального профессионального образования. Обучающимся, не получившим квалификационного разряда, выдается документ об окончании и характеристика с перечнем работ, которые выпускники способны выполнять самостоятельно.

В коррекционном учреждении VIII вида организуется обучение разным по уровню сложности видам труда с учетом интересов воспитанников и в соответствии с их психофизическими возможностями, с учетом местных условий, потребности в рабочих кадрах, возможностей трудоустройства выпускников, продолжения их обучения в специальных группах учреждений начального профессионального образования.

Обучение в коррекционном учреждении VIII вида завершается аттестацией (экзаменом) по трудовому обучению, состоящему из двух этапов: практической работы и собеседования по вопросам материаловедения и технологии изготовления изделия. Воспитанники коррекционного учреждения VIII вида могут быть освобождены от аттестации по состоянию здоровья в порядке, определяемом Министерством общего и профессионального образования Российской Федерации и Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Указанные сроки обучения могут быть увеличены на 1 год за счет открытия подготовительного класса.

В подготовительный класс, 1 класс (группу) принимаются дети, как правило, в возрасте 7-8 лет. В подготовительный класс принимаются дети с недостаточным уровнем подготовленности к обучению. Целью подготовительного класса является также уточнение диагноза ребенка в процессе образовательной и лечебной работы, определение адекватности форм организации его обучения и воспитания. Наполняемость подготовительного класса не должна превышать 6 - 8 человек.

В первые четыре года осуществляется всестороннее психолого-медико-педагогическое изучение личности умственно отсталого воспитанника, выявление его возможностей и индивидуальных особенностей с целью выработки форм и методов организации образовательного процесса. Воспитанникам прививается интерес к получению знаний, формируются навыки учебной деятельности, самостоятельности. Проводится работа по общему и речевому развитию воспитанников, коррекции нарушений моторики, отклонений в интеллектуальной и эмоционально-волевой сферах, поведении.

В старших классах (группах) воспитанники получают знания по общеобразовательным предметам, имеющие практическую направленность и соответствующие их психофизическим возможностям, навыки по различным профилям труда.

Воспитанникам прививаются навыки самостоятельной работы, с этой целью они включаются в трудовую деятельность в учебных мастерских, подсобных хозяйствах, на предприятиях, в учреждениях и организациях.

Количество воспитанников в 1 - 9, 10 классах (группах), группах продленного дня - до 12 человек.

В коррекционном учреждении VIII вида организуется обучение разным по уровню сложности видам труда с учетом интересов воспитанников и в соответствии с их психофизическими возможностями, с учетом местных условий, потребности в рабочих кадрах, возможностей трудоустройства выпускников, продолжения их обучения в специальных группах учреждений начального профессионального образования.

Для воспитанников, имеющих специфические речевые нарушения, организуются групповые (2 - 4 человека) и индивидуальные логопедические занятия.

В штаты коррекционного учреждения вводится должность логопеда из расчета не менее 1 единицы на 15 - 20 воспитанников.

В коррекционном образовательном учреждении VIII вида могут создаваться и функционировать классы для детей с глубокой умственной отсталостью, наполняемость которых не должна превышать 8 человек.

В соответствии с Типовым положением о специальном (коррекционном) образовательном учреждении для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии в коррекционном учреждении могут открываться специальные классы, группы, группы продленного дня (в том числе для воспитанников, имеющих сложный дефект). Письмо Минобразования РФ от 3 апреля 2003 г. N 27/2722-6 "Об организации работы с обучающимися, имеющими сложный дефект" определяет специфику образовательного процесса в специальных классах, группах, группах продленного дня для обучающихся, воспитанников, имеющих сложный дефект, специальных (коррекционных) образовательных учреждений. Сложный дефект - любое сочетание психических и (или) физических недостатков, подтвержденных в установленном порядке. Специальные классы, группы, группы продленного дня для обучающихся, воспитанников со сложным дефектом создаются в специальном (коррекционном) образовательном учреждении (далее - коррекционное учреждение) с целью максимально возможной социальной адаптации, вовлечения в процесс социальной интеграции и личностной самореализации этих обучающихся, воспитанников.

Специальные классы, группы, группы продленного дня открываются в помещениях, оборудованных и оформленных с учетом особенностей воспитанников со сложным дефектом. Количество специальных классов, групп, групп продленного дня в коррекционном учреждении определяется самим учреждением. В специальный класс, группу, группу продленного дня коррекционного учреждения принимаются воспитанники школьного возраста.

Направление детей в специальный класс, группу, группу продленного дня коррекционного учреждения осуществляется органами управления образованием только с согласия родителей (законных представителей) на основании заключения психолого-медико-педагогической комиссии.

В специальный класс, группу, группу продленного дня коррекционного учреждения воспитанники переводятся с согласия родителей (законных представителей) на основании заключения психолого-медико-педагогической комиссии. Специальные классы, группы, группы продленного дня коррекционного учреждения комплектуются по мере выявления таких воспитанников в ходе психолого-медико-педагогического наблюдения в условиях образовательного процесса.

Предельная наполняемость специальных классов, групп, групп продленного дня коррекционного учреждения - 5 человек. При наличии необходимых условий и средств возможно комплектование классов с меньшей наполняемостью.

В специальном классе, группе, группе продленного дня коррекционного учреждения должно быть не менее трех воспитанников, способных самостоятельно передвигаться и частично обслуживать себя.

Содержание образования в специальном классе, группе, группе продленного дня коррекционного учреждения определяется образовательной программой (образовательными программами), разрабатываемой на базе образовательной программы (образовательных программ) данного учреждения с учетом особенностей психофизического развития и возможностей воспитанников, принимаемой и реализуемой коррекционным учреждением самостоятельно. При разработке образовательной программы (образовательных программ) специальных классов, групп, групп продленного дня могут быть использованы образовательные программы специальных (коррекционных) образовательных учреждений для обучающихся, воспитанников с иными отклонениями в развитии.

Содержание образования в специальных классах, группах, группах продленного дня коррекционного учреждения направлено на решение следующих задач:

формирование представлений о себе;

формирование навыков самообслуживания и жизнеобеспечения;

формирование доступных представлений об окружающем мире и ориентации в среде;  
формирование коммуникативных умений;  
обучение предметно-практической и доступной трудовой деятельности;  
обучение доступным знаниям по общеобразовательным предметам, имеющим практическую направленность и соответствующим психофизическим возможностям воспитанников;  
овладение доступными образовательными уровнями.

Организация образовательного процесса в специальных классах, группах, группах продленного дня коррекционного учреждения регламентируется учебным планом, годовым календарным графиком и расписанием занятий, учитывающими особенности психофизического развития воспитанников со сложными дефектами и разрабатываемыми и утверждаемыми коррекционным учреждением самостоятельно. Сроки освоения образовательной программы (образовательных программ) воспитанниками специальных классов, групп, групп продленного дня коррекционного учреждения могут быть увеличены и определены в зависимости от индивидуальных возможностей конкретного воспитанника и не должны превышать 12 лет. Выпускникам специальных классов коррекционных учреждений, имеющих государственную аккредитацию, выдается в установленном порядке документ государственного образца об уровне образования и (или) квалификации или свидетельство об окончании этого коррекционного учреждения.

3. Положение о Центре помощи аутичным детям - специальном (коррекционном) образовательном учреждении для детей, страдающих ранним аутизмом и нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, - разработано на основе Типового положения об образовательном учреждении для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи. Центр помощи аутичным детям предназначается для детей и подростков от 3-х до 18-ти лет и реализует основные и дополнительные образовательные программы и программы начального профессионального образования; Центр является головным учреждением по диагностике и коррекции раннего детского аутизма (РДА) в системе образования региона.

Основными задачами Центра являются:

оказание комплексной медико-психолого-педагогической и социальной помощи детям и подросткам, страдающим ранним аутизмом или аутистическими чертами личности, испытывающим трудности в социальной адаптации и усвоении образовательных программ;

осуществление индивидуально ориентированной педагогической, психологической, медицинской, социальной и юридической помощи аутичным детям и подросткам, а также семьям, в которых они воспитываются;

методическое руководство другими образовательными учреждениями по коррекции РДА в данном регионе;

оказание консультативно-методической помощи образовательным учреждениям других типов по вопросам обучения и воспитания детей и подростков с аутизмом и аутистическими чертами личности;

подготовка специалистов по коррекции детского аутизма для работы в учреждениях системы образования.

Основными направлениями деятельности Центра являются:

организация образовательной деятельности по основным и дополнительным общеобразовательным программам и программам начального профессионального образования в соответствии с возрастными и индивидуальными особенностями детей, состоянием их психического и соматического здоровья;

диагностика уровня аутистических расстройств, других нарушений психического, речевого и физического развития, а также отклонений в поведении аутичных детей и подростков;

организация коррекционно-развивающего обучения;

психотерапевтическая, психокоррекционная и психопрофилактическая работа с детьми и семьями, в которых они воспитываются;

оказание помощи обучающимся в профориентации, получении начального профессионального образования, оказание содействия в трудоустройстве и трудовой адаптации.

Центр создается из расчета один на регион с населением примерно до 10 млн. (один на субъект Федерации). Наполняемость классов не более 3 - 6 человек. С учетом особенностей психического развития как классы, так и дошкольные воспитательные группы могут быть разновозрастными.

Воспитанники обеспечиваются питанием в соответствии с возрастом по нормам, предусмотренным для дошкольных образовательных учреждений и школ.

Коррекционно-образовательный процесс направлен на возможно более полную адаптацию аутичного ребенка к жизни в обществе, на интеграцию в другие типы образовательных учреждений. Особенно важное значение имеют ранняя диагностика и раннее (в дошкольном возрасте) начало коррекционной работы.

Содержание образования определяется индивидуальными коррекционно-образовательными программами, разрабатываемыми и реализуемыми Центром на основе базовых программ обучения и воспитания детей с разной степенью аутистических расстройств. Организация образовательного процесса в Центре регламентируется учебным планом, годовым календарным графиком и расписанием занятий, разрабатываемыми и утверждаемыми Центром самостоятельно.

Начальные этапы коррекции проводятся в форме индивидуальных занятий; переход к групповой форме обучения и воспитания осуществляется по мере развития потребности в общении и коммуникативных навыков.

Начальные этапы интеграции проводятся в специальных (экспериментальных) группах смешанного состава (аутичные дети и дети с другими типами психического развития) численностью не более 6 - 10 человек.

Воспитанники специальных (экспериментальных) групп обучаются по адаптированным программам других типов массовых или специальных образовательных учреждений.

Годовая и текущая аттестация обучающихся в Центре проводится на основе дифференцированных оценочных шкал, составляемых с учетом возрастных и индивидуальных особенностей обучающихся и разрабатываемых Центром самостоятельно.

Государственная (итоговая) аттестация обучающихся в Центре проводится самим Центром (с разрешения вышестоящих органов управления образованием) или образовательными учреждениями других типов, имеющих государственную аккредитацию, на основе договора, заключенного между Центром и образовательным учреждением другого типа.

Профорентация и начальное профессиональное образование строится исходя из индивидуальных особенностей психики, физического развития, способностей, склонностей и интересов обучающихся и с учетом возможностей Центра.

Центр с согласия детей и их родителей (или законных представителей) по договорам и совместно с предприятиями, учреждениями и организациями может проводить профессиональную подготовку детей в качестве дополнительных (в том числе платных) услуг при наличии соответствующей лицензии (разрешения) на указанный вид деятельности.

Участниками образовательного процесса являются:

дети, страдающие ранним аутизмом;

их родители (законные представители);

психолого-педагогические, медицинские, социальные, инженерно-педагогические работники Центра.

Дети направляются в Центр по инициативе родителей (законных представителей), по направлению других образовательных и медицинских учреждений с согласия родителей (законных представителей).

Статья 43. Права лиц, проживающих в психоневрологических учреждениях для социального обеспечения или специального обучения, и обязанности администрации этих учреждений

#### Комментарий к статье 43

1. Комментируемая статья устанавливает, что лица, проживающие в психоневрологических учреждениях для социального обеспечения или специального обучения, пользуются всеми правами, принадлежащими лицам, страдающим психическим расстройством. Это означает, что данный Закон наделяет одинаковыми правами пациентов любых психиатрических и психоневрологических учреждений. При этом, как правило, к лицам, проживающим в психоневрологических учреждениях для социального обеспечения или специального обучения, не применяются ограничения их прав, предусмотренных ч. 2 ст. 37 данного Закона.

Таким образом, лица, проживающие в психоневрологических учреждениях для социального обеспечения или специального обучения, вправе:

обращаться непосредственно к главному врачу или заведующему отделением по вопросам лечения, обследования, выписки из психиатрического стационара и соблюдения прав;

подавать без цензуры жалобы и заявления в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд и адвокату;

встречаться с адвокатом и священнослужителем наедине;

исполнять религиозные обряды, соблюдать религиозные каноны, в том числе пост, по согласованию с администрацией иметь религиозные атрибутику и литературу;

выписывать газеты и журналы;

получать образование по программе общеобразовательной школы или специальной школы для детей с нарушением интеллектуального развития, если пациент не достиг 18 лет;

получать наравне с другими гражданами вознаграждение за труд в соответствии с его количеством и качеством, если пациент участвует в производительном труде;



вести переписку без цензуры;  
получать и отправлять посылки, бандероли и денежные переводы;  
пользоваться телефоном;  
принимать посетителей. В данном случае свидания производятся в присутствии медицинского персонала;

иметь и приобретать предметы первой необходимости, пользоваться собственной одеждой.

2. По смыслу комментируемой статьи и всего данного Закона в целом, лица, проживающие в психоневрологических учреждениях для социального обеспечения или специального обучения, обладают правами, предусмотренными для лиц, страдающих психическими расстройствами, ст. 5 данного Закона. Это право на:

уважительное и гуманное отношение, исключая унижение человеческого достоинства;

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

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

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

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

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

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

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

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

3. На лиц указанной категории также распространяется Федеральный закон от 2 августа 1995 г. N 122-ФЗ "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов", согласно ст. 5 которого граждане пожилого возраста (женщины старше 55 лет, мужчины старше 60 лет) и инвалиды (в том числе дети-инвалиды), нуждающиеся в постоянной или временной посторонней помощи в связи с частичной или полной утратой возможности самостоятельно удовлетворять свои основные жизненные потребности вследствие ограничения способности к самообслуживанию и (или) передвижению, имеют право на социальное обслуживание, осуществляемое в государственном и негосударственном секторах системы социального обслуживания. Статья 12 названного Федерального закона специально устанавливает права граждан пожилого возраста и инвалидов, проживающих в стационарных учреждениях социального обслуживания. Им принадлежат права на:

обеспечение им условий проживания, отвечающих санитарно-гигиеническим требованиям;

уход, первичную медико-санитарную и стоматологическую помощь, предоставляемые в стационарном учреждении социального обслуживания;

социально-медицинскую реабилитацию и социальную адаптацию;

добровольное участие в лечебно-трудовом процессе с учетом состояния здоровья, интересов, желаний в соответствии с медицинским заключением и трудовыми рекомендациями;

медико-социальную экспертизу, проводимую по медицинским показаниям, для установления или изменения группы инвалидности;

свободное посещение их адвокатом, нотариусом, законными представителями, представителями общественных объединений и священнослужителем, а также родственниками и другими лицами;

бесплатную помощь адвоката в порядке, установленном действующим законодательством;

предоставление им помещения для отправления религиозных обрядов, создание для этого соответствующих условий, не противоречащих правилам внутреннего распорядка, с учетом интересов верующих различных конфессий;

сохранение занимаемых ими по договору найма или аренды жилых помещений в домах государственного, муниципального и общественного жилищных фондов в течение шести месяцев с момента поступления в стационарное учреждение социального обслуживания, а в случаях, если в жилых помещениях остались проживать члены их семей, - в течение всего времени пребывания в этом учреждении. В случае отказа от услуг стационарного учреждения социального обслуживания по истечении указанного срока граждане пожилого возраста и инвалиды, освободившие жилые помещения в связи с их помещением в эти учреждения, имеют право на внеочередное обеспечение жилым помещением, если им не может быть возвращено ранее занимаемое ими жилое помещение.

Дети-инвалиды, проживающие в стационарных учреждениях социального обслуживания, являющиеся сиротами или лишенные попечительства родителей, по достижении 18 лет подлежат обеспечению жилыми помещениями вне очереди органами местного самоуправления по месту нахождения данных учреждений либо по месту их прежнего жительства по их выбору, если индивидуальная программа реабилитации предусматривает возможность осуществлять самообслуживание и вести самостоятельный образ жизни;

участие в общественных комиссиях по защите прав граждан пожилого возраста и инвалидов, создаваемых в том числе в учреждениях социального обслуживания.

Дети-инвалиды, проживающие в стационарных учреждениях социального обслуживания, также имеют право на получение образования и профессиональное обучение в соответствии с их физическими возможностями и умственными способностями. Это право обеспечивается путем организации в стационарных учреждениях социального обслуживания специальных образовательных учреждений (классов и групп) и мастерских трудового обучения.

Кроме того, граждане пожилого возраста и инвалиды, проживающие в стационарных учреждениях социального обслуживания, могут приниматься на работу, доступную им по состоянию здоровья, на условиях трудового договора. Им предоставляется ежегодный оплачиваемый отпуск продолжительностью 30 календарных дней.

Лица, находящиеся в психоневрологических учреждениях для социального обеспечения и специального обучения, получают назначенные им пенсии. Дееспособным лицам выплата пенсий производится в общем порядке. Пенсии, назначенные несовершеннолетним в возрасте до 14 лет и лицам, признанным в установленном порядке недееспособными, выплачиваются их опекунам. Опекунами лиц, которым ранее, до помещения в указанные учреждения, органами опеки и попечительства опекуны назначены не были, являются эти учреждения. В таких случаях выплата пенсий производится органом, осуществляющим пенсионное обеспечение, по месту нахождения учреждения, путем перечисления сумм на счет этого учреждения, открытый в банке для хранения депозитных сумм. Администрация соответствующего учреждения представляет в орган, осуществляющий пенсионное обеспечение, список недееспособных пенсионеров, опекуном которых оно является, с указанием фамилии, имени, отчества пенсионера, даты рождения, полного адреса места жительства, где пенсионер получал пенсию до помещения в учреждение, а также даты поступления в последнее. Орган, осуществляющий пенсионное обеспечение, проверяет сведения, указанные в списке, и по результатам этой проверки администрация учреждения представляет уточненный список пенсионеров, который заверяется печатью учреждения и подписями его руководителя и главного бухгалтера.

Хранящиеся на депозитном счете суммы пенсий используются на личные нужды пенсионеров в соответствии с решением комиссии, создаваемой руководителем учреждения из представителей администрации и бухгалтерии. При этом руководитель учреждения является председателем этой комиссии, которая составляет перечень товаров для личных нужд пенсионера и назначает лиц, ответственных за их приобретение и выдачу. На основании решения комиссии бухгалтерия учреждения снимает и выдает суммы пенсий с депозитного счета.

4. Каждому праву лиц, проживающих в психоневрологических учреждениях для социального обеспечения или специального обучения, соответствует обязанность администрации такого учреждения. Главной задачей администрации является создание условий для реализации прав лиц, проживающих в психоневрологическом учреждении. Для реализации этой задачи на администрацию психоневрологического учреждения возложены следующие обязанности:

обеспечивать находящихся в психиатрическом стационаре пациентов необходимой медицинской помощью (как психиатрической, так и любым другим видом психиатрической помощи);

предоставлять возможность ознакомления с текстом данного Закона, правилами внутреннего распорядка данного психиатрического стационара, адресами и телефонами государственных и общественных органов, учреждений, организаций и должностных лиц, к которым можно обратиться в случае нарушения прав пациентов путем размещения этой информации на доске объявлений в психоневрологическом учреждении;

обеспечивать условия для переписки, направления жалоб и заявлений пациентов в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд, а также адвокату;

в течение 24 часов с момента поступления пациента в указанное учреждение в недобровольном порядке принимать меры по оповещению его родственников, законного представителя или иного лица по его указанию, а также информировать родственников или законного представителя пациента, а также иное лицо по его указанию об изменениях состояния его здоровья и чрезвычайных происшествиях с ним;

обеспечивать безопасность находящихся в учреждении пациентов, в том числе и путем применения мер физического стеснения и изоляции в случае, если иными методами невозможно предотвратить действия лица, представляющие непосредственную опасность для него или других лиц;

контролировать содержание посылок и передач;

выполнять функции законного представителя в отношении пациентов, признанных в установленном законом порядке недееспособными, но не имеющих такого представителя. Такая обязанность также установлена в п. 4 ст. 35 Гражданского кодекса Российской Федерации, согласно которой опекунами и попечителями граждан, нуждающихся в опеке или попечительстве и находящихся или помещенных в соответствующие воспитательные, лечебные учреждения, учреждения социальной защиты населения или другие аналогичные учреждения, являются эти учреждения;

устанавливать и разъяснять верующим пациентам правила, которые должны в интересах других находящихся в учреждении пациентов соблюдаться при исполнении религиозных обрядов, и порядок приглашения священнослужителя, содействовать в осуществлении права на свободу совести верующих и атеистов.

Кроме того, согласно Постановлению Минтруда РФ от 12 февраля 2001 г. N 18 "Об утверждении Рекомендаций по обеспечению учреждений социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов техническими средствами и оборудованием" оснащение учреждений социального обслуживания соответствующими техническими средствами и оборудованием, размещаемым в специальных помещениях целевого назначения, способствует реализации основных задач, стоящих перед учреждениями при предоставлении социальных услуг гражданам пожилого возраста и инвалидам.

При комплектовании учреждений социального обслуживания техническими средствами и оборудованием рекомендуется учитывать:

возраст обслуживаемых граждан;

состояние их здоровья;

ограничения жизнедеятельности;

способность к самообслуживанию;

нуждаемость в различных вспомогательных средствах, облегчающих бытовую независимость указанной категории граждан, а также облегчающих труд персонала этих учреждений.

При обеспечении учреждений социального обслуживания техническими средствами и оборудованием рекомендуется учитывать следующие требования:

соответствие технических средств и оборудования потребностям обслуживаемых граждан;

соответствие технических средств и оборудования нормам благоустроенного жилища;

соответствие технических средств и оборудования антропометрическим, психофизиологическим и эргономическим характеристикам обслуживаемых граждан;

характер нуждаемости обслуживаемых граждан в постороннем уходе;

необходимость создания условий для активного образа жизни обслуживаемых граждан;

своевременность обеспечения обслуживаемых граждан техническими средствами и оборудованием в целях предупреждения у них нарастания ограничений жизнедеятельности и появления заболеваний;

дифференцированный подход к комплектованию технических средств и оборудования с учетом типа нарушения функций опорно-двигательного аппарата, патологии зрения и слуха обслуживаемых граждан;

конструктивная простота, прочность и безопасность использования технических средств и оборудования.

5. Часть 3 комментируемой статьи устанавливает обязанность администрации психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения не реже одного раза в год проводить освидетельствования лиц, проживающих в нем, врачебной комиссией с участием врача-психиатра с целью решения вопроса об их дальнейшем содержании в этом учреждении, а также о возможности пересмотра решений об их недееспособности. Эта норма направлена на установление контроля за обоснованностью и сроками нахождения лиц, страдающих психическими расстройствами, в психоневрологических стационарных учреждениях социального обслуживания или в специальных образовательных учреждениях, т.к. в таких учреждениях лица, страдающие психическим расстройством, могут находиться только в течение срока, когда они нуждаются в уходе, бытовом и медицинском обслуживании либо специальном обучении.

Порядок признания гражданина дееспособным установлен в ст. 286 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации. Согласно которой решение о признании гражданина дееспособным суд принимает по заявлению опекуна, члена семьи, психиатрического или психоневрологического учреждения, органа опеки и попечительства на основании соответствующего заключения судебно-психиатрической экспертизы. На основании решения суда отменяется установленная над ним опека.

Освидетельствование проводится врачебной комиссией с участием врача-психиатра. Если проводится освидетельствование несовершеннолетнего, то в состав комиссии входит также

психолог и педагог. В случае, когда по результатам освидетельствования признается, что такое лицо не нуждается в дальнейшем пребывании в психоневрологическом учреждении, такое лицо подлежит выписке, при которой указывается, что лицо может обучаться в общеобразовательной школе или в ином общеобразовательном учреждении.

Статья 44. Перевод и выписка из психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения

#### Комментарий к статье 44

1. Комментируемая статья содержит основания и порядок перевода лица из психоневрологического учреждения социального обеспечения или специального обучения в аналогичное учреждение общего типа, а также выписки из таких учреждений. Основанием для перевода лица из психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения в аналогичное учреждение общего типа является заключение врачебной комиссии об отсутствии медицинских показаний к проживанию либо обучению в специализированном психоневрологическом учреждении. Заключение должно содержать сведения об отсутствии у лица психического расстройства, лишаящего его возможности находиться в неспециализированном учреждении для социального обеспечения.

При переводе следует учитывать, что учреждение, в которое должно быть переведено лицо, должно находиться по возможности по месту жительства самого лица, членов его семьи, иных родственников или законного представителя.

2. Выписка из психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения осуществляются:

по личному заявлению лица при наличии заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра о том, что по состоянию здоровья лицо способно проживать самостоятельно;

по заявлению родителей, иных родственников или законного представителя, обязующихся осуществлять уход за выписываемым несовершеннолетним в возрасте до 18 лет либо за лицом, признанным в установленном законом порядке недееспособным.

При этом согласно ст. 10 Федерального закона от 2 августа 1995 г. N 122-ФЗ "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов" граждане пожилого возраста и инвалиды, а также их законные представители имеют право отказаться от социального обслуживания, но отказ от услуг стационарных учреждений социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов, утративших способность удовлетворять свои основные жизненные потребности или признанных в установленном законом порядке недееспособными, производится по письменному заявлению их законных представителей в случае, если они обязуются обеспечить указанным лицам уход и необходимые условия проживания.

3. В ч. 2 комментируемой статьи расширен круг лиц, которые могут подавать заявление о выписке лица из психоневрологического учреждения: помимо родителей или законных представителей несовершеннолетнего или лица, признанного недееспособным, такое заявление могут подать и иные родственники, если они обязуются осуществлять уход за выписываемым несовершеннолетним в возрасте до 18 лет либо за лицом, признанным в установленном законом порядке недееспособным.

4. Перевод лица из психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения в аналогичное учреждение общего типа, а также его выписка проводится по решению врачебной комиссии с участием врача-психиатра. В письме Минобразования РФ от 5 апреля 1993 г. N 63-М "О приведении в соответствие с Законом Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" нормативных документов, используемых в своей деятельности органами управления образованием и образовательными учреждениями" указано, что:

перевод ребенка из специального (коррекционного) учреждения в общеобразовательное учреждение осуществляется на основании заключения медико-педагогической комиссии;

перевод ребенка из специального (коррекционного) учреждения в специальное (коррекционное) учреждение другого вида осуществляется органами управления образованием на основании заявления родителей либо иного законного представителя, заключения медико-педагогической комиссии;

перевод обучающегося, воспитанника специального (коррекционного) учреждения в класс для детей со сложным дефектом данного учреждения производится с согласия родителей либо иного законного представителя на основании заключения медико-педагогической комиссии только после того, как в процессе учебно-воспитательной работы на протяжении не менее года установлено, что их стойкая неуспеваемость связана с наличием умственной отсталости.

После выписки больного история болезни заканчивается и вместе с картой на выбывшего больного сдается в медицинскую канцелярию.

## Раздел V. КОНТРОЛЬ И ПРОКУРОРСКИЙ НАДЗОР ЗА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ПО ОКАЗАНИЮ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

### Статья 45. Контроль и прокурорский надзор за оказанием психиатрической помощи

#### Комментарий к статье 45

1. Согласно комментируемой статье контроль за деятельностью психиатрических и психоневрологических учреждений осуществляют:

1) уполномоченные федеральные органы исполнительной власти - за деятельностью федеральных психиатрических и психоневрологических учреждений. Таким уполномоченным федеральным органом является Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития. Согласно Постановлению Правительства РФ от 6 апреля 2004 г. N 155 "Вопросы Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития" Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития является федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере здравоохранения и социального развития. Она находится в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Основными функциями Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития являются:

организация и осуществление контроля и надзора в сфере здравоохранения и социальной защиты населения, в том числе за медицинской деятельностью, деятельностью в сфере обращения лекарственных средств, деятельностью по оказанию протезно-ортопедической помощи;

осуществление контроля качества лекарственных средств, медицинской и реабилитационной техники и изделий медицинского назначения, а также контроля за оказанием медико-социальной помощи населению и медико-социальной реабилитации инвалидов;

осуществление лицензирования видов деятельности в соответствии с компетенцией Службы;

осуществление государственной регистрации лекарственных средств, медицинской и реабилитационной техники и изделий медицинского назначения;

аккредитация медицинских организаций, организаций социального обслуживания, санаторно-курортных организаций;

2) уполномоченный федеральный орган исполнительной власти и органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации - за деятельностью психиатрических и психоневрологических учреждений, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации, т.е. Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития и ее территориальные органы, которыми являются управления Росздравнадзора по субъекту Российской Федерации, осуществляющие функции по контролю и надзору в сфере здравоохранения и социального развития на территории соответствующего субъекта Российской Федерации. Положение о территориальном органе Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по субъекту РФ (Управлении Росздравнадзора по субъекту РФ) утверждено Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 ноября 2004 г. N 205. В соответствии с названным Положением Управление Росздравнадзора осуществляет контроль за:

порядком производства медицинской экспертизы;

порядком установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;

порядком организации и осуществления медико-социальной экспертизы, а также реабилитацией инвалидов;

осуществлением судебно-медицинских и судебно-психиатрических экспертиз;

производством, изготовлением, качеством, эффективностью, безопасностью, оборотом и порядком использования лекарственных средств;

производством, оборотом и порядком использования изделий медицинского назначения;

проведением доклинических и клинических исследований лекарственных средств, а также выполнением правил лабораторной и клинической практики;

соблюдением стандартов качества медицинской помощи.

Управление в целях реализации полномочий в установленной сфере деятельности на территории соответствующего субъекта Российской Федерации имеет право:

организовывать проведение необходимых исследований, испытаний, экспертиз, анализов и оценок по вопросам осуществления надзора в установленной сфере деятельности;

запрашивать и получать сведения, необходимые для принятия решений по вопросам, отнесенным к компетенции Управления;

давать юридическим и физическим лицам разъяснения по вопросам, отнесенным к компетенции Управления;

привлекать для осуществления своих полномочий научные, общественные и иные организации, ученых и специалистов;

беспрепятственно получать доступ на любое предприятие - производитель лекарственных средств в рамках своей территории, изымать образцы производимых лекарственных средств в установленном законодательством Российской Федерации порядке;

запрещать рекламу лекарственных средств, предупреждать рекламодателя о необходимости изменения рекламы лекарственного средства в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

применять предусмотренные законодательством Российской Федерации меры ограничительного, предупредительного и профилактического характера, направленные на недопущение и/или ликвидацию последствий нарушений юридическими лицами и гражданами обязательных требований в установленной сфере деятельности, с целью пресечения фактов нарушения законодательства Российской Федерации;

создавать совещательные и экспертные органы (советы, комиссии, группы, коллегии) в установленной сфере деятельности.

2. Предмет контроля определен в Постановлении Правительства Российской Федерации от 28 июля 2005 г. N 462 "О контроле за деятельностью психиатрических и психоневрологических учреждений по оказанию психиатрической помощи", согласно которому уполномоченные федеральные органы исполнительной власти и органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации осуществляют контроль за:

обеспечением своевременного информированного добровольного согласия граждан, страдающих психическими расстройствами, на лечение или отказа от него;

соблюдением порядка и условий оказания психиатрической помощи;

организацией лекарственного обеспечения и питания граждан, страдающих психическими расстройствами;

соблюдением порядка обжалования действий медицинского и иного персонала психиатрических и психоневрологических учреждений по оказанию психиатрической помощи.

В письме Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 2 июня 2005 г. N 01и-242/05 содержится ответ на вопрос о том, какие нормативно-правовые документы регламентируют порядок осуществления надзорных функций за порядком производства медицинской экспертизы, осуществлением судебно-медицинских и судебно-психиатрических экспертиз. Согласно этому письму порядок осуществления надзорных функций за производством судебно-психиатрической экспертизы и деятельностью учреждений, в которых она проводится, установлен действующим законодательством. Важнейшими законодательными актами в этой сфере являются:

Конституция Российской Федерации;

Гражданский процессуальный кодекс РФ;

Уголовно-процессуальный кодекс РФ;

Федеральный закон "О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ";

Закон РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании";

Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.

В связи с междисциплинарным характером судебно-психиатрической экспертной деятельности надзор за ее производством и контроль качества судебно-психиатрических экспертных заключений носит межведомственный и многоуровневый характер.

Надзор за исполнением законов и соблюдением законности при производстве судебно-психиатрической экспертизы осуществляется органами прокуратуры.

Оценка качества самой судебно-психиатрической экспертизы и ее результатов (экспертного заключения), с точки зрения законности, обоснованности, достоверности и полноты, является исключительно прерогативой лица (органа), ведущего производство по уголовному или гражданскому делу. Решение указанных лиц (органов) по данному кругу вопросов обязательны для всех организаций и граждан на всей территории Российской Федерации.

Органы управления здравоохранением всех уровней, в подчинении которых находятся судебно-психиатрические экспертные учреждения, вправе осуществлять ведомственное руководство и контроль за их деятельностью.

В первую очередь они должны осуществлять контроль за соблюдением лицензионных требований и условий. Нормативными документами, регламентирующими лицензионные требования и условия осуществления судебно-психиатрической экспертной деятельности являются: Приказы Минздрава России от 26.07.2002 N 238, от 22.10.2003 N 502, а также Приказ (последняя редакция) Минздравсоцразвития России "Лицензионные требования и условия

осуществления медицинской деятельности", в который вошел раздел "лицензионные требования и условия осуществления судебно-психиатрической экспертной деятельности (06.027)".

Порядок организации судебно-психиатрической экспертной деятельности регламентируется Инструкцией о производстве судебно-психиатрической экспертизы в СССР от 27.10.1970 и Положением об амбулаторной судебно-психиатрической экспертной комиссии от 05.12.1985, многие нормы которых не соответствуют действующему законодательству. В настоящее время готовятся нормативные документы, регламентирующие порядок производства судебно-психиатрической экспертизы в условиях нового законодательства:

инструкция по организации производства судебно-психиатрической экспертизы в отделениях судебно-психиатрической экспертизы государственных психиатрических учреждений Российской Федерации;

приказ Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития "Об организации государственной судебно-психиатрической экспертной деятельности в РФ", регламентирующий в том числе и штатные нормативы указанных учреждений (отделений);

положения об организации деятельности различных видов отделений судебно-психиатрической экспертизы.

Все виды ведомственного руководства, надзора и контроля могут осуществляться лишь в формах, не нарушающих независимость судебных экспертов, а также компетенцию следователя, прокурора, суда.

3. Надзор за соблюдением законности при оказании психиатрической помощи осуществляется Генеральным прокурором Российской Федерации, прокурорами субъектов Российской Федерации и подчиненными им прокурорами в соответствии с Федеральным законом от 17 января 1992 г. N 2202-1 "О прокуратуре Российской Федерации", согласно которому прокуратура Российской Федерации - единая федеральная централизованная система органов, осуществляющих от имени Российской Федерации надзор за соблюдением Конституции Российской Федерации и исполнением законов, действующих на территории Российской Федерации. Одним из направлений деятельности прокуратуры Российской Федерации является надзор за исполнением законов. Предметом такого надзора может быть:

соблюдение Конституции Российской Федерации и исполнение законов, действующих на территории Российской Федерации, федеральными министерствами, государственными комитетами, службами и иными федеральными органами исполнительной власти, представительными (законодательными) и исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, органами военного управления, органами контроля, их должностными лицами, а также органами управления и руководителями коммерческих и некоммерческих организаций;

соответствие законам правовых актов, издаваемых органами и должностными лицами органов государственной власти.

При осуществлении надзора за исполнением законов органы прокуратуры не подменяют иные государственные органы.

Проверки исполнения законов проводятся на основании поступившей в органы прокуратуры информации о фактах нарушения законов, требующих принятия мер прокурором.

Прокурор при осуществлении возложенных на него функций вправе:

по предъявлению служебного удостоверения беспрепятственно входить на территории и в помещения государственных органов, иметь доступ к их документам и материалам, проверять исполнение законов в связи с поступившей в органы прокуратуры информацией о фактах нарушения закона;

требовать от руководителей и других должностных лиц указанных органов представления необходимых документов, материалов, статистических и иных сведений; выделения специалистов для выяснения возникших вопросов; проведения проверок по поступившим в органы прокуратуры материалам и обращениям, ревизий деятельности подконтрольных или подведомственных им организаций;

вызывать должностных лиц и граждан для объяснений по поводу нарушений законов.

Прокурор или его заместитель по основаниям, установленным законом, возбуждает уголовное дело или производство об административном правонарушении, требует привлечения лиц, нарушивших закон, к иной установленной законом ответственности, предостерегает о недопустимости нарушения закона.

Прокурор или его заместитель в случае установления факта нарушения закона федеральными министерствами, государственными комитетами, службами и иными федеральными органами исполнительной власти, представительными (законодательными) и исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, органами военного управления, органами контроля, их должностными лицами, а также органами управления и руководителями коммерческих и некоммерческих организаций:

освобождает своим постановлением лиц, незаконно подвергнутых административному задержанию на основании решений несудебных органов;

опротестовывает противоречащие закону правовые акты, обращается в суд или арбитражный суд с требованием о признании таких актов недействительными; вносит представление об устранении нарушений закона.

Указанные должностные лица государственных органов обязаны приступить к выполнению требований прокурора или его заместителя о проведении проверок и ревизий незамедлительно.

Прокурор или его заместитель приносят протест на противоречащий закону правовой акт в орган или должностному лицу, которые издали этот акт, либо в вышестоящий орган или вышестоящему должностному лицу, либо обращается в суд в порядке, предусмотренном процессуальным законодательством Российской Федерации.

Протест подлежит обязательному рассмотрению не позднее чем в десятидневный срок с момента его поступления, а в случае принесения протеста на решение представительного (законодательного) органа субъекта Российской Федерации или органа местного самоуправления - на ближайшем заседании. При исключительных обстоятельствах, требующих немедленного устранения нарушения закона, прокурор вправе установить сокращенный срок рассмотрения протеста. О результатах рассмотрения протеста незамедлительно сообщается прокурору в письменной форме.

При рассмотрении протеста коллегиальным органом о дне заседания сообщается прокурору, принесшему протест.

Протест до его рассмотрения может быть отозван принесшим его лицом.

Представление об устранении нарушений закона вносится прокурором или его заместителем в орган или должностному лицу, которые полномочны устранить допущенные нарушения, и подлежит безотлагательному рассмотрению.

В течение месяца со дня внесения представления должны быть приняты конкретные меры по устранению допущенных нарушений закона, их причин и условий, им способствующих; о результатах принятых мер должно быть сообщено прокурору в письменной форме.

При рассмотрении представления коллегиальным органом прокурору сообщается о дне заседания.

В случае несоответствия постановлений Правительства Российской Федерации Конституции Российской Федерации и законам Российской Федерации Генеральный прокурор Российской Федерации информирует об этом Президента Российской Федерации.

Прокурор, исходя из характера нарушения закона должностным лицом, выносит мотивированное постановление о возбуждении уголовного дела или производства об административном правонарушении.

Постановление прокурора о возбуждении производства об административном правонарушении подлежит рассмотрению уполномоченным на то органом или должностным лицом в срок, установленный законом. О результатах рассмотрения сообщается прокурору в письменной форме.

В целях предупреждения правонарушений и при наличии сведений о готовящихся противоправных деяниях прокурор или его заместитель направляет в письменной форме должностным лицам, а при наличии сведений о готовящихся противоправных деяниях, содержащих признаки экстремистской деятельности, - руководителям общественных (религиозных) объединений и иным лицам предостережение о недопустимости нарушения закона.

В случае неисполнения требований, изложенных в указанном предостережении, должностное лицо, которому оно было объявлено, может быть привлечено к ответственности в установленном законом порядке.

Статья 46. Контроль общественных объединений за соблюдением прав и законных интересов граждан при оказании психиатрической помощи

#### Комментарий к статье 46

1. Комментируемая статья предоставляет право осуществлять контроль за соблюдением прав и законных интересов граждан при оказании психиатрической помощи общественным объединениям врачей-психиатров или иным общественным объединениям. Под общественным объединением согласно ст. 5 Федерального закона от 19 мая 1995 г. N 82-ФЗ "Об общественных объединениях" понимается добровольное, самоуправляемое, некоммерческое формирование, созданное по инициативе граждан, объединившихся на основе общности интересов для реализации общих целей, указанных в уставе общественного объединения. При этом общественное объединение может создаваться в одной из следующих организационно-правовых форм:



общественная организация - основанное на членстве общественное объединение, созданное на основе совместной деятельности для защиты общих интересов и достижения уставных целей объединившихся граждан;

общественное движение - состоящее из участников и не имеющее членства массовое общественное объединение, преследующее социальные, политические и иные общественно полезные цели, поддерживаемые участниками общественного движения;

общественный фонд - является одним из видов некоммерческих фондов и представляет собой не имеющее членства общественное объединение, цель которого заключается в формировании имущества на основе добровольных взносов, иных не запрещенных законом поступлений и использовании данного имущества на общественно полезные цели. Учредители и управляющие имуществом общественного фонда не вправе использовать указанное имущество в собственных интересах;

общественное учреждение - не имеющее членства общественное объединение, ставящее своей целью оказание конкретного вида услуг, отвечающих интересам участников и соответствующих уставным целям указанного объединения;

орган общественной самодеятельности - не имеющее членства общественное объединение, целью которого является совместное решение различных социальных проблем, возникающих у граждан по месту жительства, работы или учебы, направленное на удовлетворение потребностей неограниченного круга лиц, чьи интересы связаны с достижением уставных целей и реализацией программ органа общественной самодеятельности по месту его создания.

2. Согласно части 1 комментируемой статьи функции по контролю за соблюдением прав и законных интересов граждан при оказании психиатрической помощи могут осуществлять лишь те общественные объединения врачей-психиатров или иные общественные объединения, в уставе которых предусмотрено осуществление контроля по просьбе граждан или с их согласия при оказании им психиатрической помощи. В уставе также должно быть отражено право посещения психиатрических и психоневрологических учреждений. Это право согласовывается с Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития или управлением Росздравнадзора по субъекту Российской Федерации (в зависимости от того, в чьем ведении находится психиатрическое и психоневрологическое учреждение).

Кроме того, устав общественного объединения должен предусматривать:

название, цели общественного объединения, его организационно-правовую форму;

структуру общественного объединения, руководящие и контрольно-ревизионные органы общественного объединения, территорию, в пределах которой данное объединение осуществляет свою деятельность;

условия и порядок приобретения и утраты членства в общественном объединении, права и обязанности членов данного объединения (только для объединения, предусматривающего членство);

компетенцию и порядок формирования руководящих органов общественного объединения, сроки их полномочий, место нахождения постоянно действующего руководящего органа;

порядок внесения изменений и дополнений в устав общественного объединения;

источники формирования денежных средств и иного имущества общественного объединения, права общественного объединения и его структурных подразделений по управлению имуществом;

порядок реорганизации и (или) ликвидации общественного объединения.

3. Комментируемая статья устанавливает обязанности представителей общественных объединений при осуществлении контроля. Они обязаны:

согласовать условия посещения с администрацией психиатрического или психоневрологического учреждения;

ознакомиться с правилами, действующими в нем;

выполнять эти правила;

подписать обязательство о неразглашении врачебной тайны.

При обращении к администрации психиатрического или психоневрологического учреждения представители должны предъявить документы удостоверяющие личность и документы, подтверждающие их принадлежность к общественному объединению, целью которого является контроль за соблюдением прав и законных интересов граждан при оказании им психиатрической помощи.

## Раздел VI. ОБЖАЛОВАНИЕ ДЕЙСТВИЙ ПО ОКАЗАНИЮ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Статья 47. Порядок и сроки обжалования

Комментарий к статье 47

1. Комментируемая статья определяет порядок и сроки обжалования действий по оказанию психиатрической помощи. Лицо, чьи права и законные интересы нарушены при оказании психиатрической помощи, или его представитель могут подать жалобу на действия медицинских работников, иных специалистов, работников социального обеспечения и образования, врачебных комиссий, ущемляющие его права и законные интересы. При этом в понятие "медицинский работник" включаются не только врачи-психиатры, но и медицинский персонал, к которому относятся работники, имеющие среднее медицинское образование соответствующего профиля. Иные специалисты - это сотрудники учреждений, оказывающих медицинскую помощь, которые не являются врачами-психиатрами, а имеют иную квалификацию, например психолог. Работники социального обеспечения - государственные и муниципальные служащие, работающие в органах управления в сфере социальной защиты населения, в соответствующих учреждениях, а также лица, которые в соответствии с законодательством о социальном обслуживании отдельных групп населения являются социальными работниками. К работникам образования можно отнести всех работников администрации образовательных учреждений, которые оказывают помощь лицам, страдающим психическим расстройством, по обучению.

2. Согласно п. 1 комментируемой статьи лицо само может выбрать тот орган, куда будет подаваться жалоба на незаконные действия выше названных лиц - это может быть:

1) суд. При этом жалоба подается в районный суд либо по месту жительства лица, чьи права и законные интересы нарушены, либо в суд по месту нахождения органа, должностного лица, государственного служащего, нарушившего его права и законные интересы;

2) вышестоящий орган (вышестоящее должностное лицо). При определении вышестоящего органа или вышестоящего должностного лица нужно учитывать, кто допустил нарушения прав и законных интересов лица при оказании психиатрической помощи. Если права и законные интересы были нарушены врачом-психиатром, то по отношению к нему вышестоящим должностным лицом будет являться заведующий отделением или главный врач психиатрического заведения;

3) прокурор. Согласно ст. 10 Федерального закона от 17 января 1992 г. N 2202-1 "О прокуратуре Российской Федерации" в органах прокуратуры в соответствии с их полномочиями разрешаются заявления, жалобы и иные обращения, содержащие сведения о нарушении законов. Решение, принятое прокурором, не препятствует обращению лица за защитой своих прав в суд. Порядок рассмотрения жалоб граждан в органах прокуратуры регулируется Приказом Генпрокуратуры РФ от 15 января 2003 г. N 3 "О введении в действие Инструкции о порядке рассмотрения и разрешения обращений и приема граждан в органах и учреждениях прокуратуры Российской Федерации", в соответствии с которым жалобы, заявления и обращения могут быть поданы самим гражданином, права которого нарушены, или его представителем, а также по просьбе гражданина надлежаще уполномоченным представителем общественной организации, трудового коллектива. При этом под жалобой понимается обращение гражданина по поводу нарушения его прав и свобод решениями и действиями (бездействием) органа, должностного лица и иных лиц. Положения указанной Инструкции распространяются на заявления, жалобы, запросы и обращения, содержащие сведения о нарушениях законодательства, охраняемых законом прав, свобод и интересов человека и гражданина, интересов общества и государства, полученные в письменной или устной форме на личном приеме, по почте, факсимильной связи, телеграфу.

Письменное обращение гражданина, а также должностного и иного лица должно содержать фамилию, имя, отчество, адрес, наименование органа или должностного лица, которым оно направлено, изложение существа вопроса, указание на нарушенный, по мнению заявителя, закон, дату и личную подпись. Обращения, не содержащие сведений о лице (фамилию и его местонахождение (адрес)), признаются анонимными и оставляются без разрешения.

По каждому обращению в Генеральной прокуратуре, Главной военной прокуратуре, прокуратурах субъектов Российской Федерации, приравненных к ним военных и других специализированных прокуратурах, прокуратурах городов, районов, военных, иных специализированных прокуратурах может быть выполнено одно из следующих действий:

принятие к производству;

передача на разрешение в нижестоящие органы прокуратуры;

направление в другие органы;

приобщение к ранее поступившей жалобе.

Порядок проверки заявлений, жалоб, запросов и обращений, обеспечивающий наиболее полное, оперативное и квалифицированное рассмотрение поставленных в них вопросов, определяется Генеральным прокурором Российской Федерации, его заместителями, начальниками управлений и отделов (на правах управлений) Генеральной прокуратуры, Главной военной прокуратуры, руководителями прокуратур субъектов Российской Федерации, приравненных к ним военных и других специализированных прокуратур, прокурорами городов, районов, приравненными к ним военными и другими специализированными прокурорами, их

заместителями. Для оперативности истребования дел и проверочных материалов используются технические средства информации и связи.

Жалобы могут быть оставлены без разрешения и уведомления авторов, когда:

обращение является анонимным;

обращение по содержанию лишено смысла, а в материалах проверки предыдущих обращений имеется документ, свидетельствующий о психическом заболевании заявителя, не позволяющем ему адекватно оценивать происходящие события;

имеется решение о прекращении переписки.

Решение об оставлении без разрешения жалобы (обращения) принимается начальником управления, отдела (на правах управления), старшим помощником прокурора субъекта Российской Федерации, прокурором города, района, военным или специализированным прокурором по рапорту исполнителя.

Прекращение переписки с заявителем возможно в случаях, если:

повторное обращение не содержит новых доводов и данных о нарушении закона, а изложенное ранее полно и объективно проверялось и ответ дан правомочным должностным лицом органа прокуратуры;

в обращении имеются нецензурная брань, выражения, оскорбляющие честь и достоинство других лиц, а заявитель ранее предупреждался о том, что при поступлении подобных обращений переписка с ним может быть прекращена.

По итогам разрешения жалоб и заявлений граждан, военнослужащих, парламентских запросов, запросов и обращений членов Совета Федерации, депутатов Государственной Думы, депутатов представительных (законодательных) органов власти субъектов Российской Федерации может быть принято одно из следующих решений:

удовлетворено - приняты меры к полному или частичному восстановлению прав и законных интересов заявителя;

повторное удовлетворенное - обращение, в котором обжалуются ответы соответствующей прокуратуры и по которому принималось решение об отказе в удовлетворении ранее поданного обращения. При этом первичное решение отменяется;

отклонено - требования заявителя, изложенные в обращении, признаны необоснованными;

разъяснено - по обращению, в котором не содержалось просьб об удовлетворении каких-либо требований или ходатайств, разъяснены вопросы правового характера;

иное направление - обращение направлено в 5-дневный срок для разрешения в другую прокуратуру или другое ведомство по принадлежности.

По окончании проверки заявителю, по его просьбе, предоставляется возможность ознакомиться с документами и материалами, непосредственно затрагивающими его права и свободы (с прекращенными производством уголовными делами, материалами об отказе в возбуждении уголовного дела, надзорными производствами по жалобам и т.п.), в той мере, в которой это не противоречит требованиям соблюдения государственной или иной охраняемой законом тайны, законным интересам других лиц.

Обращения граждан считаются разрешенными и снимаются с контроля, если поставленные в них вопросы рассмотрены, приняты необходимые меры, даны исчерпывающие ответы в соответствии с действующим законодательством и отправлен письменный ответ.

3. Часть 2 комментируемой статьи определяет срок для подачи жалобы: она может быть подана лицом, чьи права и законные интересы нарушены, его представителем, а также организацией, которой законом или ее уставом (положением) предоставлено право защищать права граждан, в месячный срок, исчисляемый со дня, когда лицу стало известно о совершении действий, ущемляющих его права и законные интересы. Правила исчисления сроков для подачи жалобы определены в Гражданском процессуальном кодексе Российской Федерации, согласно ч. 3 ст. 107 которого течение процессуального срока, исчисляемого годами, месяцами или днями, начинается на следующий день после даты или наступления события, которыми определено его начало. Процессуальный срок, исчисляемый месяцами, истекает в соответствующее число последнего месяца срока. В случае если окончание срока, исчисляемого месяцами, приходится на такой месяц, который соответствующего числа не имеет, срок истекает в последний день этого месяца.

В случае если последний день процессуального срока приходится на нерабочий день, днем окончания срока считается следующий за ним рабочий день.

Срок подачи жалобы истекает в тот час, когда в суде, в органах прокуратуры, иной организации по установленным правилам заканчивается рабочий день или прекращаются соответствующие операции. В случае если жалоба была сдана в организацию почтовой связи до двадцати четырех часов последнего дня срока, срок не считается пропущенным.

4. Если жалоба подана по истечении процессуальных сроков, то она не рассматривается судом и возвращается лицу, которым она была подана, если не заявлено ходатайство о восстановлении пропущенных процессуальных сроков. Возможность восстановления

пропущенного срока установлена часть 3 комментируемой статьи. Срок на обжалование может быть восстановлен органом или должностным лицом, рассматривающим жалобу, если он был пропущен по уважительной причине. Уважительной причиной в соответствии со ст. 5 Закона РФ от 27 апреля 1993 г. N 4866-1 "Об обжаловании в суд действий и решений, нарушающих права и свободы граждан" считаются любые обстоятельства, затруднившие получение информации об обжалованных действиях (решениях) и их последствиях.

## Статья 48. Порядок рассмотрения жалобы в суде

### Комментарий к статье 48

1. Комментируемая статья устанавливает, что порядок рассмотрения жалоб на действия медицинских работников, иных специалистов, работников социального обеспечения и образования, а также врачебных комиссий, ущемляющие права и законные интересы граждан при оказании им психиатрической помощи, судом определяется Гражданским процессуальным кодексом Российской Федерации с изъятиями, предусмотренными данной статьей. Этому вопросу посвящена глава 25 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации "Производство по делам об оспаривании решений, действий (бездействия) органов государственной власти, органов местного самоуправления, должностных лиц, государственных и муниципальных служащих". Согласно ст. 254 ГПК РФ гражданин, организация вправе оспорить в суде решение, действие (бездействие) органа государственной власти, органа местного самоуправления, должностного лица, государственного или муниципального служащего, если считают, что нарушены их права и свободы. Подана только в письменном виде и выглядит следующим образом:

В \_\_\_\_\_ районный (городской)  
суд \_\_\_\_\_ области (края, республики)  
от \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., адрес)

Жалоба  
на заключение врача о наличии психического заболевания

В \_\_\_\_\_ 200\_\_ г. я проходил (а) обследование в психиатрическом диспансере \_\_\_\_\_ района.

Обследование проводил врач-психиатр \_\_\_\_\_.  
(фамилия и инициалы)

По результатам обследования врачом-психиатром был поставлен диагноз о наличии у меня психического заболевания \_\_\_\_\_

(указать, какого заболевания)

С поставленным диагнозом о наличии у меня психического заболевания

я не согласен по следующим мотивам \_\_\_\_\_

(указать основания и имеющиеся доказательства

неправильности диагноза)

В соответствии со ст. 47 Закона РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" от 2 июля 1992 г.

прошу:

Признать заключение врача-психиатра о наличии у меня психического заболевания \_\_\_\_\_ необоснованным.

Назначить судебно-психиатрическую экспертизу.

Приложение:

1. Имеющиеся письменные доказательства (справки, выписки из истории болезни и др.)

2. Копия жалобы.

Подпись

Дата

2. Жалоба рассматривается судом в течение десяти дней. При рассмотрении жалобы обязательно участие:

лица, чьи права и законные интересы нарушены, если позволяет его психическое состояние. Если его психическое состояние не позволяет ему присутствовать в судебном заседании, жалоба рассматривается с только участием его представителя;

представителя указанного лица;

лица, чьи действия обжалуются, или его представителя;

прокурора.

3. По результатам рассмотрения жалобы суд выносит одно из следующих решений:

если суд признает жалобу обоснованной, то он принимает решение об обязанности лица, нарушавшего права и законные интересы при оказании психиатрической помощи, устранить в полном объеме допущенное нарушение прав и свобод гражданина или препятствие к осуществлению гражданином его прав и свобод.

Решение суда направляется для устранения допущенного нарушения закона руководителю органа государственной власти, органа местного самоуправления, должностному лицу, государственному или муниципальному служащему, решения, действия (бездействие) которых были оспорены, либо в вышестоящий в порядке подчиненности орган, должностному лицу, государственному или муниципальному служащему в течение трех дней со дня вступления решения суда в законную силу. В суд и гражданину должно быть сообщено об исполнении решения суда не позднее чем в течение месяца со дня получения решения.

суд отказывает в удовлетворении жалобы, если установит, что оспариваемое решение или действие принято либо совершено в соответствии с законом в пределах полномочий медицинских работников, иных специалистов, работников социального обеспечения и образования, а также врачебных комиссий или права либо свободы гражданина не были нарушены.

4. Особо решен вопрос о распределении судебных издержек между участниками процесса - все расходы, связанные с рассмотрением жалобы в суде, несет государство.

Статья 49. Порядок рассмотрения жалобы в вышестоящем органе (вышестоящим должностным лицом)

#### Комментарий к статье 49

1. Жалоба подается в те органы или тем должностным лицам, которым непосредственно подчинено учреждение или должностное лицо, действия которых обжалуются. При этом жалоба должна быть подписана с указанием фамилии, имени, отчества и содержать помимо изложения существа жалобы также данные о месте жительства, работы или учебы заявителя. Жалоба, не содержащая этих сведений, признается анонимной и рассмотрению не подлежит.

2. Вышестоящий орган или вышестоящее лицо рассматривает жалобу в течение десяти дней с момента обращения. При ее рассмотрении должностное лицо вышестоящего органа или вышестоящее должностное лицо обязано внимательно разобраться в существе жалобы, в случае необходимости истребовать нужные документы, направить работников на места для проверки, принять другие меры для объективного разрешения вопроса. По результатам рассмотрения это лицо должно вынести мотивированное и основанное на законе решение, копия которого в трехдневный срок после рассмотрения жалобы по существу направляется или вручается заявителю и лицу, чьи действия обжалуются.

3. Если лицо, чьи права и законные интересы нарушены при оказании психиатрической помощи, не согласно с решением, принятым по его жалобе, то оно имеет право обжаловать это решение в суд в порядке, предусмотренном главой 25 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации (см. комментарий к ст. 48 данного Закона).

Статья 50. Ответственность за нарушение настоящего Закона

#### Комментарий к статье 50

1. Комментируемая статья противоречит ст. 71 Конституции Российской Федерации, согласно п. "о" которой судоустройство; прокуратура; уголовное, уголовно-процессуальное и уголовно-исполнительное законодательство; амнистия и помилование; гражданское, гражданско-процессуальное и арбитражно-процессуальное законодательство; правовое регулирование интеллектуальной собственности относится к исключительному ведению Российской Федерации. Комментируемая же статья относит к ведению Российской Федерации

только установление уголовной ответственности за нарушение данного Закона. В таком случае положения статьи, противоречащие Конституции Российской Федерации, не применяются.

2. Уголовная ответственность за нарушение данного Закона предусмотрена Уголовным кодексом Российской Федерации:

статья 124 УК РФ предусматривает ответственность за неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, если это повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью больного;

статья 128 УК РФ устанавливает ответственность за незаконное помещение в психиатрический стационар. Незаконным помещением будет в случае, если оно было осуществлено при отсутствии оснований и с нарушением порядка, предусмотренного данным Законом. При этом незаконное помещение лица в психиатрический стационар, совершенное лицом с использованием своего служебного положения либо повлекшее по неосторожности смерть потерпевшего или иные тяжкие последствия, влечет более строгую ответственность;

статья 235 УК РФ определяет ответственность за занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью лицом, не имеющим лицензии на избранный вид деятельности, если это повлекло по неосторожности причинение вреда здоровью человека;

статья 137 УК РФ устанавливает ответственность за незаконное собирание или распространение сведений о частной жизни лица, составляющих его личную или семейную тайну, без его согласия либо распространение этих сведений в публичном выступлении, публично демонстрирующемся произведении или средствах массовой информации. При разглашении врачебной тайны лицо несет ответственность по ч. 2 ст. 137 УК РФ.

Иные статьи Уголовного кодекса Российской Федерации напрямую не устанавливают ответственности за нарушение данного Закона, но указывают на привлечение к ответственности лиц, оказывающих психиатрическую помощь. Это статьи, касающиеся умышленного или неосторожного причинения вреда здоровью (тяжкого, средней тяжести, легкого вреда здоровью), - ст. ст. 111 - 118 УК РФ, злоупотребления должностными полномочиями (ст. 285 УК РФ), превышения должностных полномочий (ст. 286 УК РФ), получения взятки (ст. 290 УК РФ), халатности (ст. 293 УК РФ) и т.д.

3. Административная ответственность за нарушение данного Закона предусмотрена ст. 6.2 КоАП РФ - занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью лицом, не имеющим лицензию на данный вид деятельности.

4. Гражданско-правовая ответственность предусмотрена главой 59 Гражданского кодекса Российской Федерации. Порядок возмещения вреда, причиненного жизни или здоровью гражданина, определен в ст. ст. 1084 - 1094 Гражданского кодекса Российской Федерации. Согласно ст. 1084 Гражданского кодекса Российской Федерации вред, причиненный жизни или здоровью гражданина при исполнении договорных обязательств, а также при исполнении обязанностей военной службы, службы в милиции и других соответствующих обязанностей возмещается по правилам, предусмотренным Гражданским кодексом Российской Федерации, если законом или договором не предусмотрен более высокий размер ответственности. При причинении гражданину увечья или ином повреждении его здоровья возмещению подлежат утраченный потерпевшим заработок (доход), который он имел либо определенно мог иметь, а также дополнительно понесенные расходы, вызванные повреждением здоровья, в том числе расходы на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, протезирование, посторонний уход, санаторно-курортное лечение, приобретение специальных транспортных средств, подготовку к другой профессии, если установлено, что потерпевший нуждается в этих видах помощи и ухода и не имеет права на их бесплатное получение.

При определении утраченного заработка (дохода) пенсия по инвалидности, назначенная потерпевшему в связи с увечьем или иным повреждением здоровья, а равно другие пенсии, пособия и иные подобные выплаты, назначенные как до, так и после причинения вреда здоровью, не принимаются во внимание и не влекут уменьшения размера возмещения вреда (не засчитываются в счет возмещения вреда). В счет возмещения вреда не засчитывается также заработок (доход), получаемый потерпевшим после повреждения здоровья.

5. Размер подлежащего возмещению утраченного потерпевшим заработка (дохода) определяется в процентах к его среднему месячному заработку (доходу) до увечья или иного повреждения здоровья либо до утраты им трудоспособности, соответствующих степени утраты потерпевшим профессиональной трудоспособности, а при отсутствии профессиональной трудоспособности - степени утраты общей трудоспособности. В соответствии с Постановлением Минтруда РФ от 18 июля 2001 г. N 56 "Об утверждении Временных критериев определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, формы программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания" степень утраты профессиональной трудоспособности определяется исходя из последствий повреждения

здоровья вследствие несчастного случая на производстве с учетом имеющихся у пострадавшего профессиональных способностей, психофизиологических возможностей и профессионально значимых качеств, позволяющих продолжать выполнять профессиональную деятельность, предшествующую несчастному случаю на производстве и профессиональному заболеванию, того же содержания и в том же объеме либо с учетом снижения квалификации, уменьшения объема выполняемой работы и тяжести труда в обычных, специально созданных производственных или иных условиях; выражается в процентах и устанавливается в пределах от 10 до 100 процентов.

Основным методологическим принципом экспертизы профессиональной трудоспособности пострадавшего является совокупный анализ следующих критериев:

- клинико-функциональных;

- характера профессиональной деятельности (квалификации, качества и объема труда, способности к его выполнению);

- категории и степени ограничений жизнедеятельности.

Клинико-функциональные критерии включают:

- характер и тяжесть травмы, профессионального заболевания;

- особенности течения патологического процесса, обусловленного несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием;

- характер (вид) нарушений функций организма;

- степень нарушений функций организма (значительно выраженная, выраженная, умеренная, незначительная);

- клинический и реабилитационный прогноз;

- психофизиологические способности;

- клинико-трудовой прогноз.

При определении степени утраты профессиональной трудоспособности учитывается выраженность нарушений функций организма пострадавшего, приводящих к ограничению способности к трудовой деятельности, и других категорий жизнедеятельности. Характерным для травматических повреждений, профессиональных заболеваний является многообразие клинических проявлений, различных как по характеру, так и по степени выраженности нарушений функций.

При определении степени утраты профессиональной трудоспособности необходимо учитывать профессиональный фактор, в частности, способность пострадавшего после несчастного случая на производстве или возникновения профессионального заболевания выполнять работу в полном объеме по своей прежней профессии (до несчастного случая или профессионального заболевания) или иной, равноценной ей по квалификации и оплате, а также возможность использования остаточной профессиональной трудоспособности на другой менее квалифицированной работе в обычных или специально созданных производственных или иных условиях труда.

Профессиональная деятельность в полном объеме предполагает полный рабочий день, полную рабочую неделю, выполнение норм выработки не менее чем на 100 процентов.

Критерии оценки возможности выполнения профессиональной деятельности связаны с различием тарифно-квалификационных разрядов в рамках соответствующей профессии.

Кратность снижения квалификации определяется с учетом установленных тарификационных разрядов, классов, категорий для данной профессиональной деятельности.

В основе ранжирования работ по степени сложности (и, следовательно, по разрядам квалификации) лежат факторы сложности труда:

- технологические - сложность управления (обслуживания, пользования) орудиями труда; сложность технологических (рабочих) процессов;

- организационные - широта комплекса выполняемых операций (работ) и степень самостоятельности работника в процессе выполнения работ;

- ответственность - материальная и ответственность за жизнь и здоровье;

- специфические - особые требования к работе, например, работа в необычных, близких к экстремальным условиям производственной деятельности.

Оценка разряда сложности работ производится дифференцированно по работам, различающимся по степени механизации: ручные, машинно-ручные, машинные, автоматизированные, аппаратные.

При определении тарифно-квалификационного разряда учитывается квалификация работника как совокупность знаний, умений и трудовых навыков, а также время, затраченное на подготовку (учебу). Квалификационные требования к знаниям возрастают от начальных сведений в объеме неполной средней школы (1 - 2 разряды) до знания отдельных дисциплин в объеме полного курса средних специальных учебных заведений (6 разряд).

Для тарифно-квалификационной системы оценки работ и профессий рабочих характерна закономерность возрастания сложности работ по каждому из факторов, взятому за основу определения разряда. Например, по технологическому фактору: при переходе от 1 разряда к

последующему возрастает сложность, мощность, габариты единицы обслуживаемого оборудования аналогичного назначения. По организационному фактору сложности - нарастает степень самостоятельности выполнения работ и подключаются функции по руководству рабочими более низких уровней квалификации.

Профессии рабочих квалифицированного физического труда классифицируются шестью тарифно-квалификационными разрядами. Тарифно-квалификационный разряд указывает на соответствие квалификации рабочего сложности выполняемой работы, а также уровню его знаний, умений и трудовых навыков.

Если пострадавший не может выполнять работу прежней сложности (квалификации), то возникает вопрос о переводе его на работу меньшей сложности (квалификации) в соответствии с видами работ, предусмотренных Единым тарифно-квалификационным справочником работ и профессий рабочих (ЕТКС), с оптимальной (1 класс условий труда) или допустимой (2 класс условий труда) физической, нервно-эмоциональной нагрузкой, не содержащую противопоказанных производственных факторов, и соответствующую психофизиологическим возможностям пострадавшего для ее выполнения.

При этом степень утраты профессиональной трудоспособности устанавливается в зависимости от уровня снижения квалификации с учетом уменьшения коэффициента сложности работ. Например, перевод рабочего 6 разряда на 2 разряд приводит к снижению квалификации с потерей четырех разрядов и с уменьшением (на 60 процентов) коэффициента сложности работ.

Степень утраты профессиональной трудоспособности рабочего неквалифицированного физического труда устанавливается в зависимости от его психофизиологического состояния, физической способности выполнять простой физический труд и связана с оценкой классов условий труда по показателю тяжести труда.

Утрата профессиональной трудоспособности у данного контингента рабочих определяется с учетом степени снижения категории (класса) тяжести труда, например, при переводе рабочего тяжелого физического труда 4 категории тяжести (подъем и перенос груза весом более 35 кг) на показанную работу 1 категории тяжести с легким физическим напряжением (разовый подъем груза весом не более 2 кг) с выраженным снижением категории (класса) тяжести трудового процесса.

При определении степени утраты профессиональной трудоспособности необходимо учитывать классы условий труда по показателям вредности и опасности факторов производственной среды, тяжести и напряженности трудового процесса.

В случаях, когда в результате несчастного случая на производстве или профессионального заболевания при значительно выраженных нарушениях функций организма у пострадавшего наступила полная утрата способности к профессиональной деятельности, в том числе в специально созданных производственных или иных условиях труда, устанавливаются 100 процентов утраты профессиональной трудоспособности.

В случае, когда пострадавший вследствие выраженных нарушений функций организма может выполнять профессиональный труд (работу) лишь в специально созданных производственных условиях, степень утраты профессиональной трудоспособности устанавливается от 70 до 90 процентов. При этом степень утраты профессиональной трудоспособности пострадавшим с выраженными нарушениями функций организма устанавливается в зависимости от уровня снижения квалификации и возможности использования профессиональных знаний и навыков при выполнении работы в специально созданных производственных условиях:

а) в случаях, когда пострадавший, ранее выполнявший квалифицированную работу в обычных производственных условиях, может выполнять только неквалифицированные виды труда в специально созданных производственных условиях, устанавливается 90 процентов утраты профессиональной трудоспособности;

б) в случаях, когда пострадавший может выполнять в специально созданных производственных условиях работу более низкой квалификации с учетом профессиональных знаний и навыков, устанавливается 80 процентов утраты профессиональной трудоспособности;

в) в случаях, когда пострадавший может выполнять в специально созданных производственных условиях работу по профессии, предшествующей несчастному случаю на производстве или профессиональному заболеванию, устанавливается 70 процентов утраты профессиональной трудоспособности.

В случаях, когда пострадавший может в обычных производственных условиях выполнять профессиональный труд с выраженным снижением квалификации либо с уменьшением объема выполняемой работы или если он утратил способность продолжать профессиональную деятельность вследствие умеренного нарушения функций организма, но может в обычных производственных условиях продолжать профессиональную деятельность более низкой квалификации, устанавливается от 40 до 60 процентов утраты профессиональной трудоспособности. При этом степень утраты профессиональной трудоспособности пострадавшим



с умеренными нарушениями функций организма устанавливается в зависимости от уровня снижения квалификации, объема производственной деятельности или категории тяжести труда:

а) 60 процентов утраты профессиональной трудоспособности устанавливается в случаях:

если пострадавший может выполнять работу по профессии, но со снижением квалификации на четыре тарификационных разряда;

если пострадавший может выполнять работу с использованием профессиональных знаний, умений и навыков, но со снижением квалификации на четыре тарификационных разряда;

если пострадавший может выполнять неквалифицированный физический труд со снижением разряда работ на четыре категории тяжести;

б) 50 процентов утраты профессиональной трудоспособности устанавливается в случаях:

если пострадавший может выполнять работу по профессии со снижением квалификации на три тарификационных разряда;

если пострадавший может выполнять работу по профессии с уменьшением объема производственной деятельности (на 0,5 ставки);

если пострадавший может выполнять неквалифицированный физический труд со снижением разряда работ на три категории тяжести;

в) 40 процентов утраты профессиональной трудоспособности устанавливается в случаях:

если пострадавший может выполнять работу по профессии с уменьшением объема производственной деятельности;

если пострадавший может выполнять работу с использованием профессиональных знаний, умений и навыков, но со снижением квалификации на два тарификационных разряда;

если пострадавший может выполнять работу по профессии со снижением квалификации на два тарификационных разряда;

если пострадавший может выполнять неквалифицированный физический труд со снижением разряда работ на две категории тяжести.

В случаях, когда пострадавший может в обычных производственных условиях выполнять профессиональный труд с умеренным или незначительным снижением квалификации либо с уменьшением объема выполняемой работы, либо при изменении условий труда, влекущих снижение заработка пострадавшего, или если выполнение его профессиональной деятельности требует большего напряжения, чем прежде, устанавливается от 10 до 30 процентов утраты профессиональной трудоспособности. При этом степень утраты профессиональной трудоспособности пострадавшим, имеющим незначительные нарушения функций организма вследствие производственных травм или профессиональных заболеваний, определяется в зависимости от уровня снижения квалификации, объема производственной деятельности или категории тяжести труда:

а) 30 процентов утраты профессиональной трудоспособности устанавливается в случаях:

если пострадавший может выполнять работу по профессии со снижением квалификации на один тарификационный разряд;

если пострадавший может выполнять неквалифицированный физический труд со снижением разряда работ на одну категорию тяжести;

если пострадавший может выполнять работу по профессии с незначительным снижением объема профессиональной деятельности (снижение нормы выработки на 1/3 часть прежней загрузки);

б) 20 процентов утраты профессиональной трудоспособности устанавливается в случае, если пострадавший может выполнять работу со снижением объема профессиональной деятельности на 1/5 часть прежней загрузки;

в) 10 процентов утраты профессиональной трудоспособности устанавливается в случае, если пострадавший может выполнять работу по профессии со снижением объема профессиональной деятельности на 1/10 часть прежней загрузки.

В состав утраченного заработка (дохода) потерпевшего включаются все виды оплаты его труда по трудовым и гражданско-правовым договорам как по месту основной работы, так и по совместительству, облагаемые подоходным налогом. Не учитываются выплаты единовременного характера, в частности компенсация за неиспользованный отпуск и выходное пособие при увольнении. За период временной нетрудоспособности или отпуска по беременности и родам учитывается выплаченное пособие. Доходы от предпринимательской деятельности, а также авторский гонорар включаются в состав утраченного заработка, при этом доходы от предпринимательской деятельности включаются на основании данных налоговой инспекции. Все виды заработка (дохода) учитываются в суммах, начисленных до удержания налогов.

Среднемесячный заработок (доход) потерпевшего подсчитывается путем деления общей суммы его заработка (дохода) за двенадцать месяцев работы, предшествовавших повреждению здоровья, на двенадцать. В случае, когда потерпевший ко времени причинения вреда работал менее двенадцати месяцев, среднемесячный заработок (доход) подсчитывается путем деления общей суммы заработка (дохода) за фактически проработанное число месяцев,

предшествовавших повреждению здоровья, на число этих месяцев. Не полностью проработанные потерпевшим месяцы по его желанию заменяются предшествующими полностью проработанными месяцами либо исключаются из подсчета при невозможности их замены.

В случае, когда потерпевший на момент причинения вреда не работал, учитывается по его желанию заработок до увольнения либо обычный размер вознаграждения работника его квалификации в данной местности, но не менее установленной в соответствии с законом величины прожиточного минимума трудоспособного населения в целом по Российской Федерации.

Потерпевший, частично утративший трудоспособность, вправе в любое время потребовать от лица, на которое возложена обязанность возмещения вреда, соответствующего увеличения размера его возмещения, если трудоспособность потерпевшего в дальнейшем уменьшилась в связи с причиненным повреждением здоровья по сравнению с той, которая оставалась у него к моменту присуждения ему возмещения вреда.

Суммы выплачиваемого гражданам возмещения вреда, причиненного жизни или здоровью потерпевшего, при повышении стоимости жизни подлежат индексации в установленном законом порядке. В соответствии со ст. 318 Гражданского кодекса Российской Федерации сумма, выплачиваемая по денежному обязательству непосредственно на содержание гражданина: в возмещение вреда, причиненного жизни или здоровью, по договору пожизненного содержания и в других случаях, - индексируется с учетом уровня инфляции в порядке и случаях, которые предусмотрены законом.

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

Кроме того, лица, ответственные за вред, вызванный смертью потерпевшего, обязаны возместить необходимые расходы на погребение лицу, понесшему эти расходы.

6. За нарушение данного Закона возможно и применение дисциплинарного взыскания, которое налагается за совершение дисциплинарного проступка, то есть неисполнение или ненадлежащее исполнение работником по его вине возложенных на него трудовых обязанностей работодателем (администрацией психиатрического или психоневрологического учреждения). Возможно применение следующих видов дисциплинарных взысканий:

- 1) замечание;
- 2) выговор;
- 3) увольнение по соответствующим основаниям.

Общие правила применения дисциплинарных взысканий определены в ст. 193 Трудового кодекса Российской Федерации, согласно которой до применения дисциплинарного взыскания работодатель должен затребовать от работника объяснение в письменной форме. В случае отказа работника дать указанное объяснение составляется соответствующий акт. Отказ работника дать объяснение не является препятствием для применения дисциплинарного взыскания.

Дисциплинарное взыскание применяется не позднее одного месяца со дня обнаружения проступка, не считая времени болезни работника, пребывания его в отпуске, а также времени, необходимого на учет мнения представительного органа работников.

Приказ (распоряжение) работодателя о применении дисциплинарного взыскания объявляется работнику под расписку в течение трех рабочих дней со дня его издания. В случае отказа работника подписать указанный приказ (распоряжение) составляется соответствующий акт.

Если в течение года со дня применения дисциплинарного взыскания работник не будет подвергнут новому дисциплинарному взысканию, то он считается не имеющим дисциплинарного взыскания.

Президент  
Российской Федерации  
Б.ЕЛЬЦИН

Москва, Дом Советов России  
2 июля 1992 года  
N 3185-1