

Законодательство Республики Таджикистан о правах лиц в психиатрических учреждениях

(Сравнительно-правовой анализ)

Душанбе, 2018

Публикация подготовлена при финансовой поддержке Программного Офиса ОБСЕ в Душанбе. Материалы не отражают официальную точку зрения Программного Офиса ОБСЕ в Душанбе.

**Законодательство Республики Таджикистан
о правах лиц в психиатрических учреждениях
(Сравнительно-правовой анализ)**

Список сокращений	iv
Введение	1
I. Анализ политики Республики Таджикистан в области охраны психического здоровья	6
1.1. Международный подход к формированию политики в области психического здоровья.....	6
1.2. Политика Республики Таджикистан в области охраны психического здоровья.....	8
II. Определения	13
III. Основные права и свободы лиц, страдающих психическими расстройствами.....	20
3.1. Ограничение и недееспособность	21
3.2. Защита от дискриминации.....	25
3.3. Информированное согласие. Уведомление о правах. Доступ к информации.....	27
3.4. Право на соблюдение конфиденциальности.....	30
3.5. Право на свободу и личную неприкосновенность	33
3.6. Право на здоровье	44
3.7. Свобода от пыток и жестокого обращения	49
3.8. Законодательные положения, относящиеся к психически больным преступникам.....	52
IV. Права и условия содержания лиц с психическими расстройствами в психиатрических учреждениях Республики Таджикистан.....	54
4.1. Соблюдение прав в закрытых психиатрических учреждениях	55
4.1.1. Право на уединение	56
4.1.2. Право на общение с другими лицами. Свобода принимать адвоката и личного представителя	57
4.1.3. Свобода вероисповедания и убеждений.....	59
4.1.4. Запрет принудительного труда и право на вознаграждение за труд.....	60
4.2. Требования к условиям и обстановке жизни в психиатрическом учреждении	61
V. Выводы и рекомендации	64
5.1. Выводы	64
5.2. Рекомендации.....	70
Приложение 1. Список использованной литературы.....	73

Список сокращений

ВДПЧ	Всеобщая декларация прав человека
ВОЗ	Всемирная Организация Здравоохранения
ВПА	Всемирная психиатрическая ассоциация
ГА	Генеральная Ассамблея
ГК	Гражданский кодекс
ГАСЗН	Государственное агентство социальной защиты населения
ГПК	Гражданско-процессуальный кодекс
ИУ	Интернатное учреждение
КЗ	Кодекс здравоохранения
КоАП	Кодекс об административных правонарушениях
КПП	Конвенция против пыток
КПИ	Конвенция о правах инвалидов
МЗСЗН	Министерство здравоохранения и социальной защиты населения
МЗ	Министерство здравоохранения
МН МО	Маджлиси намояндагон Маджлиси Оли (Парламент)
МПГПП	Международный пакт о гражданских и политических правах
МПЭСКП	Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах
МТМЗН	Министерство труда, миграции и занятости населения
НИИ МСЭ и РИ	Научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов
НПА	Нормативно-правовой (-ые) акт (-ы)
НПО	Неправительственная (-ые) организация (-ии)
НПРИ	Национальная программа реабилитации инвалидов
НСР	Национальная стратегия развития
ОБСЕ	Организация по безопасности и сотрудничеству в Европе
ООН	Организация Объединённых Наций
ПМПК	Психолого-медико педагогическая консультация
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
Принципы ПБ	Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи
РТ	Республика Таджикистан
РЦ	Реабилитационный центр
СПСЭР	Среднесрочная программа социально-экономического развития
ТК	Трудовой кодекс
УК	Уголовный кодекс
УПК	Уголовно-процессуальный кодекс
УПЧ	Уполномоченный по правам человека (Омбудсмен)

Введение

Во всем мире более 300 млн. человек страдают от депрессии, 21 млн. от шизофрении² и немало от слабоумия, которые нуждаются в психиатрической помощи, оказываемой в том числе и в стационарных учреждениях. В связи с этим, для этой категории пациентов предусматривается комплекс прав и свобод, как международным, так и национальным законодательством, которые направлены на обеспечение достоинства человека, его недискриминацию и дальнейшую интеграцию в общество.

Международно-правовые стандарты содержания лиц с психическими расстройствами в закрытых учреждениях представляют собой минимальную совокупность прав и свобод соответствующей категории физических лиц, призванные гарантировать соблюдение в отношении них основных прав человека во время их нахождения на лечении в медицинском учреждении. Они носят дополнительный, уточняющий характер по отношению к основным правам, принадлежащим всем от рождения.³

Основные (общие) права и свободы лиц, страдающих психическими расстройствами, предусмотрены, прежде всего, в Международном Билле о правах человека (во Всеобщей декларации прав человека (ВДПЧ, 1948 г.), Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах (МПЭСКП, 1966 г.) и Международном пакте о гражданских и политических правах (МПГПП, 1966 г.). В этих документах закреплены право на здоровье (подразумевающее также право доступа к услугам по реабилитации), право на защиту человеческого достоинства, право на участие в жизни общества, право на свободу и личную неприкосновенность, право лиц с какой-либо формой инвалидности на защиту своих прав от возможной дискриминации.

На лиц, страдающих психическими расстройствами распространяется также ряд специализированных документов ООН: Декларация о правах умственно отсталых лиц (1971 г.), Декларация о правах инвалидов (1975 г.), Свод принципов защиты всех лиц, подвергаемых задержанию или заключению в какой бы то ни было форме (1988 г.), Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи (Принципы ПБ, 1991 г.), Конвенция о правах инвалидов (КПИ, 2008 г.) и другие. Принципы ПБ стали рамочной основой для развития законодательства в области психического здоровья во многих странах; они устанавливают стандарты лечения и содержания пациентов в психиатрических клиниках и служат защитой против необоснованного недобровольного содержания людей в такого рода учреждениях. Хотя они и не имеют обязательной силы, но могут и должны оказывать влияние на национальные законодательства, поскольку представляют собой международное общественное мнение.⁴ В 2005 г. Таджикистан подписал Европейскую декларацию и План действий по охране психического здоровья, согласно которым государства-члены ВОЗ

² <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/details>

³ См.: В.С. Хижняк, Е.А. Отставнова. Международно-правовые стандарты содержания лиц с психическими расстройствами в стационаре и их влияние на российское законодательство. 2017 г. – С.77.

⁴ См.: Глава 6. Основные международные и региональные инструменты в области защиты прав лиц с психическими расстройствами. Справочник базовой информации ВОЗ по психическому здоровью, правам человека и законодательству. Всемирная организация здравоохранения, 2005 г. – С.8.

должны установить политику, программу и законодательство в области психического здоровья, основанное на современных знаниях и уважении прав человека, при консультации с партнёрами. Однако, в Таджикистане все ещё нет единого комплексного документа по охране психического здоровья.⁵ Законодательство РТ в области психического здоровья до 2002 г. регулировалось НПА, сформированными ещё с советских времён. С 2002 г., в стране был принят закон РТ «О психиатрической помощи» (12.11.2002 г., № 338), утративший силу с принятием Кодекса здравоохранения (КЗ) РТ (30.05.2017 г., № 1413). Утративший силу закон характеризовался наличием таких компонентов, как доступ к медицинским услугам, права пациентов, членов их семей, медицинского персонала, добровольное и недобровольное лечение, компетенция государственных органов и другое. В тоже время, этот закон был оценён со стороны Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), как не совсем эффективный: в частности, многие механизмы применялись с советского времени и не отвечали ни требованиям времени, ни международным стандартам, отсутствовала чёткая политика в области психического здоровья.⁶ На слабые регулятивные механизмы закона 2002 г., также как и проблемы связанные с методами лечения, применяемые в психиатрических учреждениях, отсутствия практики получения информированного согласия /добровольного отзыва лечения, также как и отсутствия института независимой (альтернативной) психиатрии в Таджикистане, было отмечено в Альтернативном докладе НПО о ходе выполнения МПЭСМП в 2006 г.⁷ Далее, по итогам исследования ситуации по предотвращению пыток в психиатрических учреждениях, проведённого со стороны общественных организаций в 2012 г., было выявлено, что несмотря на отсутствие явных противоречий между национальным законодательством РТ и международно-правовыми документами, актуальными оставались вопросы соблюдения прав лиц с психическими расстройствами на информацию (информированное согласие), доступ к адвокату, ограничение контактов с внешним миром⁸. Мониторинг также показал, что методы лечения, как условия содержания пациентов, включая элементарные санитарно-гигиенические нормы в психиатрических учреждениях противоречат принципу гуманного обращения.⁹ В части законодательства, авторы доклада указывали на некоторые противоречия законодательства РТ внутреннего характера, касающихся вопросов принудительной госпитализации, вопросов участия адвоката при признании лица недееспособным, отсутствие запрета применения пыток в подзаконных НПА. В части подзаконных НПА (инструкций и положений, утверждённых МЗ РТ), в докладе подчёркивается не только об их противоречии закону РТ «О психиатрической помощи», но и моральном устаревании, что увеличивало риски нарушения прав больных во время их применения психиатрическим учреждениями.¹⁰ В 2015 г. в отчёте мониторинговой группы по посещению закрытых учреждений, созданной при

⁵ См.: Доклад специального докладчика по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья Ананда Гровера. Миссия в Таджикистан. СПЧ, 23-я сессия.

⁶ См.: WHO-AIMS Report Mental Health System in the Republic of Tajikistan. Dushanbe, 2009. – С.9.

⁷ Альтернативный доклад о ходе выполнения МПЭСМП. 2006 г. – С.49–51.

⁸ Содействие предотвращению пыток и других видов жестокого и унижающего достоинство обращения и наказания в психиатрических учреждениях. Отчёт по результатам мониторинга. Душанбе, 2012 г.

⁹ Там же. – С. 133.

¹⁰ Там же. – С.28.

Уполномоченном по правам человека (УПЧ) в Таджикистане¹¹, было указано на наличие тех же упущений в законодательстве, что и раньше: отсутствие запрета пыток и мер физического удержания, применение подзаконных НПА от 2001 г., отсутствие механизма регулярных посещений и др.¹² Условия содержания и обращения с пациентами были указаны как удовлетворительные. Проблемными вопросами все ещё оказывались вопросы финансирования этих учреждений, нехватки медицинских препаратов и помещений.¹³

Принятый в 2017 г. Кодекс здравоохранения (КЗ) РТ систематизировал политику и законодательство в области здравоохранения в целом, включая компоненты, касающиеся и психического здоровья. Определяя для всех сфер здравоохранения общие составляющие, в виде принципов, компетентных государственных структур, прав пациентов и другие, КЗ РТ отдельно регулирует сферу психического здоровья в главе 25 «Оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими расстройствами». В то же время, кодификация НПА в КЗ РТ сократила правовые гарантии для лиц, страдающих психическими расстройствами. КЗ РТ гарантирует минимальный перечень прав и свобод для пациентов, страдающих психическими расстройствами и находящихся в стационарах. Право на информацию не обеспечивается должным образом: по данным мониторинговой группы при УПЧ РТ в психиатрических учреждениях продолжают информировать устно, нет информационных баннеров, брошюр и т.п.¹⁴ Глава 25 КЗ РТ состоит из базовых условий размещения пациента в стационаре и некоторые из его прав, которые могут быть ограничены со стороны уполномоченных лиц психиатрического учреждения. Некоторые из норм главы 25 КЗ РТ носят отсылочный характер на подзаконные НПА, которые на момент составления данного отчёта не были публично доступными. Порядок пребывания, условия размещения и содержания лиц в психиатрических учреждениях, проведение судебно-психиатрической экспертизы и многие другие вопросы все ещё регулируются положениями министерской нормативно-правовой документации от 2001 года¹⁵. Несмотря на предпринимаемые усилия по улучшению финансирования в области психиатрической помощи, выделяемые ресурсы все ещё отмечены как недостаточные, а условия содержания в части обеспечения быта и проживания психически больных лиц нуждаются в улучшении.

В связи с этим, Офис программ Организации по безопасности и сотрудничеству в Европе (ОБСЕ) в Душанбе, в рамках сотрудничества с офисом Уполномоченного по правам человека в Таджикистане и общественными организациями по вопросам мониторинга закрытых и полужакрытых учреждений, инициировало проведение настоящего анализа законодательства

¹¹ Мониторинговая группа при УПЧ РТ по посещению закрытых и полужакрытых учреждений была создана в 2014 г.

¹² См.: Отчёт по результатам пилотных посещений закрытых учреждений в Республике Таджикистан. Фаза 2. Душанбе, 2015 г. – С.13, 16–21.

¹³ См.: Отчёт по результатам мониторинга закрытых учреждений. Уполномоченный по правам человека в РТ. Душанбе, 2015 г. – С.27–34.

¹⁴ Раздел 5. Совместный доклад НПО в Комитет против пыток перед рассмотрением третьего периодического доклада Таджикистана о ходе выполнения Конвенции против пыток (КПП). Душанбе, 2018 г.

¹⁵ Перечень положений и инструкций, утверждённых приказом Министерства здравоохранения РТ от 09.02.2001 г., № 54 (17 документов) представлены в Приложении 1 настоящего анализа.

и политики Республики Таджикистан (РТ) в области прав лиц в психиатрических учреждениях. В отчёте проанализированы вопросы современной политики РТ в области психического здоровья и соблюдения прав лиц, находящихся в стационарных психиатрических учреждениях Таджикистана на предмет их соответствия международно-правовым нормам по правам человека. При рассмотрении политики в области психического здоровья за основу были взяты рекомендации и стандарты ВОЗ в области психического здоровья по формированию политики.

Во вводной части дана предварительная информация о существующих международно-правовых рамках и национальном законодательстве в области психического здоровья и прав человека. Первая глава рассматривает международный подход к формированию политики в области психического здоровья, основанный на методических рекомендациях ВОЗ и составляющих политики в области психического здоровья в Таджикистане. Проанализированы стратегические документы РТ по развитию, также как и программы/стратегии в области здравоохранения и социальной защиты: цели, принципы, направления развития, ответственные структуры и финансирование. Основные права и свободы лиц, страдающих психическими расстройствами проанализированы во второй главе настоящего отчёта. Обращено внимание, что, несмотря на наличие психического расстройства/заболевания, граждане обладают основными правами человека, предусмотренными такими международными документами как Билль по правам человека и другими. В третьей главе проанализированы положения действующего законодательства и международно-правовых норм, предусматривающие права и условия содержания лиц в психиатрических учреждениях. В заключительной главе на основании полученных выводов представлены рекомендации по совершенствованию законодательства РТ в исследуемой сфере.

Методология

Данный анализ опирался на отечественные и зарубежные исследования в области прав человека в контексте психического здоровья. В работе широко использовался сравнительный анализ законодательства Республики Таджикистан и международных договоров и стандартов по правам человека, которые позволили выявить несоответствия норм действующего законодательства общепризнанным стандартам прав человека в области психического здоровья. Немаловажным ресурсом для целей данной работы послужили методические рекомендации ВОЗ в области психического здоровья и прав человека. Для исследования национального законодательства в каждой главе применялся контрольный перечень ВОЗ. Практика право применения не ставилась задачей анализа и, соответственно, не изучалась в рамках данного исследования. В документе использованы некоторые результаты мониторинга психиатрических учреждений Таджикистана, проведённых мониторинговой группой Коалиции НПО Таджикистана против пыток и безнаказанности. Таким образом, исследование проводилось посредством анализа информации и изучения документов, отчётов, законодательства, международных договоров и их интерпретации, материалов ВОЗ.

Цель этого исследования заключается в анализе международно-правовых норм и стандартов и национального законодательства и политики Республики Таджикистан, касающихся прав лиц в психиатрических учреждениях и

разработке рекомендаций для совершенствования национального законодательства, учитывающего новые тенденции правоприменительной практики с учётом международных стандартов.

Задачами исследования являются:

- экспертиза национальной политики и действующего законодательства РТ с точки зрения соответствия их норм требованиям признанных Таджикистаном международных договоров и стандартов в области прав человека и охраны психического здоровья;
- обзор социологических исследований и отчётов по мониторингу закрытых учреждений в Таджикистане на предмет выявления наиболее уязвимых сторон соблюдения прав человека в психиатрических учреждениях;
- обзор международно-правовых документов по основополагающим правам человека и праву на здоровье, свободу от пыток, защиту человеческого достоинства, праву на информированное согласие, праву на уединение, праву на свободу передвижения внутри психиатрического учреждения, праву на свободу общения и свободу вероисповедания и убеждений;
- обзор методических рекомендаций ВОЗ по вопросам политики и законодательства в области охраны психического здоровья и правам человека, для определения наилучших практик и политик соблюдения прав лиц в психиатрических учреждениях;
- разработка рекомендаций по совершенствованию национального законодательства по правам лиц в психиатрических учреждениях с учётом международных обязательств, реалий правоприменительной практики в Таджикистане и подходящих примеров из международной практики.

Исследование проводилось со стороны независимого консультанта, при тесном взаимодействии и консультациях руководителя мониторинговой группы Коалиции НПО Таджикистана против пыток и безнаказанности и Отдела по вопросам верховенства закона Офиса программ ОБСЕ в Душанбе.

I. Анализ политики Республики Таджикистан в области охраны психического здоровья

1.1. Международный подход к формированию политики в области психического здоровья

Чёткая политика в области психического здоровья служит важнейшим и мощным инструментом для структурного подразделения по охране психического здоровья в министерстве здравоохранения любой страны. Будучи сформулированной и проведённой в жизнь должным образом через соответствующие планы и программы, такая политика может оказывать существенное влияние на состояние психического здоровья населения. Результаты реализации политики, описание которых даётся в специальной литературе, находят своё отражение в ряде показателей психического здоровья, таких как совершенствование организации и качества работы служб, обеспечение их доступности, оказание помощи по месту жительства, вовлечение в этот процесс лиц с психическими расстройствами и людей, ухаживающих за ними.

В 2013 году Всемирная ассамблея здравоохранения утвердила Комплексный план действий в области психического здоровья на период 2013–2020 годов. План отражает решимость всех государств-членов ВОЗ принять конкретные меры, направленные на укрепление психического здоровья, и содействовать достижению глобальных целей. Важнейшая цель Плана действий состоит в том, чтобы укреплять психическое благополучие, предотвращать психические расстройства, обеспечивать медицинскую помощь, ускорять выздоровление, укреплять права человека и снижать смертность, заболеваемость и инвалидность лиц с психическими расстройствами. Особое внимание в этом плане действий уделяется защите и укреплению прав человека, укреплению гражданского общества и наделению его полномочиями, а также центральному месту медицинской помощи на первичном уровне. Для выполнения поставленных в плане задач План действий предлагает и требует неоднозначных действий со стороны правительств, международных партнёров и ВОЗ.¹⁶

При разработке политики в области психического здоровья, ВОЗ рекомендует опираться на следующие общие цели любой политики охраны здоровья (ВОЗ, 2000а), которые одинаково применимы и в политике психического здоровья:

- 1) *Улучшение здоровья населения.* Политика должна чётко определять цели улучшения душевного здоровья населения. В идеальном случае, следует использовать такие показатели состояния психического здоровья, как качество жизни, состояние психической деятельности, снижение трудоспособности, заболеваемость и смертность. Если это не представляется возможным, можно также прибегнуть к таким индикаторам процесса, как доступность помощи и обращаемость за медобслуживанием.
- 2) *Соответствие ожиданиям населения.* В сфере психического здоровья эта цель предусматривает уважительное отношение к человеку и ориентацию на удовлетворение запросов пациентов.

¹⁶ <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
//дата посещения 15.05.2019 г.

- 3) *Создание финансовых гарантий против издержек вследствие ухудшения состояния здоровья.* Аспекты, имеющие прямое отношение к психическому здоровью, включают в себя: соблюдение принципа равноправия при распределении ресурсов между географическими районами; обеспечение основными психотропными препаратами; паритет между службами охраны психического здоровья и общей лечебной сетью; выделение соответствующей доли от общего бюджета здравоохранения на охрану психического здоровья.¹⁷

Политика в области психического здоровья, как правило, **разрабатывается в рамках комплексной политики здравоохранения, социального обеспечения и развития в целом.** Сфера психического здоровья находится под влиянием многих направлений политики, нормативов и идеологических установок, которые необязательно непосредственно связаны с охраной психического здоровья. Чтобы добиться как можно более полного положительного эффекта при формировании политики в области психического здоровья, необходимо принимать во внимание особенности социальной и физической среды проживания населения. Кроме того, следует обеспечить межсекторальное сотрудничество для достижения выгод от проведения в жизнь программ образования; политики в области здравоохранения, социального обеспечения и обеспечения занятости; жилищной политики, планирования городского развития и муниципальных служб; усилий по поддержанию порядка и законности; и политики, ориентированной на молодёжь или престарелых (ВОЗ, 1987 г.; ВОЗ, 2001а).

Правительство каждой страны должно иметь свою политику в области психического здоровья, одобренную на высшем уровне. Желательно, чтобы ответственность за эту политику несло **национальное правительство.** При этом, в большинстве стран ответственность за политику в области психического здоровья возлагается на **министерство здравоохранения.**

ВОЗ также обращает внимание, что в зависимости от страны/региона важно определение **области применения** политики психического здоровья. Лишь в нескольких странах принята **общая** или **социальная политика** с отдельными элементами охраны психического здоровья. Если такая политика проводится, то она, как правило, ориентирована на укрепление психического здоровья. Каким бы ни было её содержание, – чем шире область применения политики, тем проще интегрировать мероприятия и услуги в области психического здоровья в систему других социальных услуг. У большинства стран есть либо **политика здравоохранения** с элементами охраны психического здоровья, либо целенаправленная **политика в области психического здоровья.** Область применения политики охраны психического здоровья во многих странах не выходит за рамки оказания исключительно **психиатрической помощи.** В этом есть свои преимущества, например высокая степень специфичности помощи и сравнительная простота осуществления вмешательств и оценки результатов. Однако такой узкий подход сдерживает процесс более полного удовлетворения потребностей населения, в частности в плане укрепления психического здоровья и профилактики соответствующих расстройств. Комплексный подход к организации **служб охраны психического здоровья** обычно обеспечивает оказание как первичной, так и специализированной помощи, включая аспекты

¹⁷ См.: там же.– С.4.

укрепления здоровья, профилактики и медицинской реабилитации, в то время как цель психиатрической помощи главным образом заключается в лечении лиц с психическими расстройствами.¹⁸

1.2. Политика Республики Таджикистан в области охраны психического здоровья

Национальная Стратегия Развития (НСР) РТ до 2030 г. в целях развития человеческого капитала, предусматривает «обеспечение здоровья населения в контексте качества жизни», которое предполагает проведение системных преобразований в здравоохранении; улучшение доступности, качества и эффективности медико-санитарных услуг; развитие ресурсов системы здравоохранения; внедрение моделей здорового образа жизни (4.2, НСР). Для достижения этой задачи, НСР указывает, что «...обеспечение здоровья населения является межсекторальной проблемой, решение которой зависит от здоровья при рождении, грамотности населения, образа жизни, экологического состояния среды обитания, условий труда, полноценности питания, уровня благосостояния и эффективности системы здравоохранения, поэтому важна комплексность подходов и решений...»¹⁹.

Для каждого приоритета сферы здравоохранения, в НСР выработаны ключевые направления деятельности, которые в принципе охватывают некоторые элементы из рекомендованных ВОЗ составляющих целей политики здравоохранения (улучшение здоровья населения, соответствие ожиданиям населения и создание финансовых гарантий). В частности, НСР предусмотрено:

– *в области системных преобразований здравоохранения*: внедрение страховых механизмов, создание устойчивой нормативно-правовой базы и практики государственного-частного партнёрства, создание конкурентной среды на рынке медицинских услуг, разработка и внедрение механизмов защиты прав пациентов и персонала и др.;

– *в области улучшения доступности, качества и эффективности медико-санитарных услуг*: механизм оценки деятельности медицинского персонала, обеспечение эффективности координации взаимодействия здравоохранения с системой социальной защиты, поддержка создания специализированных центров реабилитации, в том числе лиц с ограниченными возможностями, стимулирование развитие форм малого бизнеса, как меры поддержки лиц, осуществляющих уход за лицами с инвалидностью и т.д.;

– *в области развития ресурсов здравоохранения*: расширение амбулаторной системы, диагностических центров, стационаров, разработка и внедрение стандартов лечения, внедрение клинического аудита, эффективная система мониторинга финансовых потоков в систему здравоохранения, укрепление потенциала сотрудников и т.п.;

– *в области внедрения моделей ведения здорового образа жизни*: развитие систем профилактических мероприятий, расширение доступа к источникам информации, улучшение практики гигиены и санитарии и другие.²⁰

Дополнительные меры предусмотрены также в разделе социальной защиты НСР (4.3, НСР). Среднесрочная программа социально-экономического развития (СПСЭР) Республики Таджикистан на 2016–2020 гг., приоритезирует также, как

¹⁸ См.: Политика, планы и программы в области психического здоровья – обновлённое издание. (Свод методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья). – С.14.

¹⁹ НСР. – С.68.

²⁰ НСР. – С.69.

и НСР вопросы «кардинального повышения качества медицинских услуг и потенциала системы здравоохранения, и внедрение моделей ведения здорового образа жизни». Задачи и направления действий СПСЭР фактически идентичны установленным в НСР. Дополнительно, в СПСЭР определены мероприятия для отдельных секторов здравоохранения: первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь, детское здоровье, репродуктивное и материнское здоровье, питание, профилактика и борьба с инфекционными заболеваниями, ветеринарно-санитарные и фитосанитарные услуги.²¹ Вопросы психического здоровья в СПСЭР не выделены в числе перечисленных отраслей.

Следует отметить, что в Таджикистане нет действующей самостоятельной программы или стратегии в области психического здоровья. В 2015 г., был разработан проект Программы в области психического здоровья в РТ, однако, так и не был одобрен. Соответственно, политика этой сферы определена в различных НПА в области здравоохранения, социальной защиты и развития.

Концепция социальной защиты населения РТ, подчёркивая необходимость реформирования данной сферы, ориентирована (в большей степени) на развитие финансово-устойчивой системы, основанной на страховых принципах²², что может служить базой для формирования финансовых гарантий против издержек вследствие ухудшения состояния здоровья. Кроме того, как и предыдущие документы (НСР, СПСЭР), Концепция социальной защиты населения РТ, актуализирует вопросы доступности и адресности социальной защиты по месту жительства граждан, в особенности для уязвимых групп населения, что также немаловажно с учётом потребностей лиц страдающих психическими расстройствами и/инвалидов, а также соблюдения основных международных принципов в сфере охраны психического здоровья.

В 2016 г. в Таджикистане была принята Национальная программа реабилитации инвалидов (НПРИ) на 2017–2020 гг., направленная на усиление социальной защищённости инвалидов, в том числе их медицинской и социальной реабилитации (абз.2, введение, НПРИ), которая отчасти охватила вопросы и психического здоровья.

Целью НПРИ является повышение оздоровительных мер, реабилитационных услуг, и услуг по социальной защите инвалидов, с целью создания благоприятной среды с равными возможностями для всех. В НПРИ отмечается комплексный подход с охватом таких сфер, как здравоохранение, реабилитация, социальная защита, образование, занятость и интеграция вопросов инвалидности и применимость ко всем категориям инвалидов, включая: а) лицам с длительными нарушениями функций, включая тех, кто традиционно считается инвалидами: передвигающихся в инвалидных креслах; слепым и глухонемым; **лицам с умственными или психическими расстройствами**; б) лицам, испытывающим трудности в функционировании в связи с широким спектром проблем со здоровьем, включая: истощённые с острыми заболеваниями, инфекционными заболеваниями, **неврологическими**

²¹ Среднесрочная программа социально-экономического развития РТ на 2016–2020 гг. Постановление МНМО РТ от 28.12.2016 г., № 678.

²² Раздел 2. Основные цели и принципы реформирования системы социальной защиты РТ. ППРТ от 29.12.2006 г., № 783//www.nafaka.tj

нарушениями, психическими заболеваниями, травмами, послеоперационными состояниями; имеющие неинфекционные заболевания, а также известные как хронические болезни; **последствия процесса старения** (абз.8, введение, НПРИ). Таким образом, НПРИ определяет некоторых из лиц с психическими расстройствами в качестве своей целевой группы, а то есть, только тех, кто относится к инвалидам. Однако программа имеет своё целевое, узкое назначение и не содержит комплексных мер в области психического здоровья.

Кодексом здравоохранения (КЗ) РТ (15.03.2017 г., № 712) выделены следующие общие принципы в области государственной политики в области здравоохранения (они могут быть применимы и в политике в области психического здоровья), к которым относятся: обеспечение равенства прав граждан на получение безопасной, эффективной и качественной медицинской помощи; совместная ответственность государства, работодателей и граждан; обеспечение гарантированного объёма безвозмездной медицинской помощи; защита здоровья матери и ребёнка; приоритетность профилактической направленности; доступность медицинской помощи; социальная ориентированность здравоохранения, направленная на удовлетворение потребностей, нужд населения и улучшение качества жизни и другие²³. Однако эти принципы не охватывают полностью нужды сферы психического здоровья.

Таким образом, стратегические документы о развитии и социальной защиты населения, включая НПРИ на 2017–2020 гг., частично выделяют некоторые сферы развития психического здоровья. Однако ни один из вышеназванных документов не охватывает все необходимые приоритеты, принципы и цели развития психического здоровья, которые были подчёркнуты ВОЗ.

Правительство РТ является государственным органом, ответственным за обеспечение реализации политики в области здравоохранения в Таджикистане, к компетенции которого в основном относится определение ответственных структур, контролирование реализации политики и мер в области здравоохранения, утверждение различных политических решений, определение международного сотрудничества и т.п. (ст.5 КЗ РТ). Министерство здравоохранения и социальной защиты населения (МЗСЗН) РТ, при реализации политики в области здравоохранения, руководит деятельностью подведомственных медицинских организаций и учреждений, контролирует деятельность органов и организаций системы здравоохранения, качеством оказания медико-санитарной и лекарственной помощи, определяет требования к качеству и обороту лекарственных средств, медицинских товаров и др., определяет потребность в кадрах и т.д. (ст. 6 КЗ РТ). Межведомственная координация и взаимодействие государственных органов, международных и других организаций, осуществляется со стороны Национального Совета по здравоохранению и социальной защите (ст.8 КЗ РТ).

При реализации политики в области психического здоровья, которая по смыслу действующего законодательства, прежде всего, опирается на вышеперечисленные НПА (КЗ РТ, НПРИ и др.), уполномоченным государственным органом также является МЗСЗН РТ, его структурные подразделения, включая местные структуры, а также различные учреждения и

²³ См.: Ст.3, Глава 2, Кодекса здравоохранения РТ. Постановление МН МОРТ от 15.03.2017 г., № 712.

организации (ГАСЗН, ГСМЭР, НИИ МСЭ и РИ, ПМСП, ПМПК, РЦ, ИУ и др.²⁴). Министерства образования, труда, миграции и занятости населения, экономического развития и торговли, финансов, Агентство социального страхования и пенсии, Национальная комиссия по правам детей при Правительстве РТ, Комитет по архитектуре и строительству РТ и другие являются вспомогательными исполнительными государственными органами. Дополнительно, в НПРИ установлено, что в то время как МЗСЗН РТ будет играть ведущую роль в её реализации, другие государственные министерства и ведомства будут играть взаимодействующую роль в совместных усилиях по её реализации. Будут созданы межведомственные координационные механизмы по обмену информацией с целью способствования эффективному осуществлению Программы. Приняв во внимание важность эффективной координации для успешной её реализации при МЗСЗН РТ и управлениях здравоохранения городов и областей будет сформирован Координационный комитет по вопросам здравоохранения, реабилитации и социальной защиты.²⁵

На сегодня в систему здравоохранения РТ в области психического здоровья входят также нижеследующие учреждения:

- Государственное учреждение «Национальный центр реабилитации детей Чорбог в Варзобском районе»;
- Государственное учреждение «Научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов»;
- Государственное учреждение «Республиканский клинический центр психиатрических болезней»;
- Государственное учреждение «Республиканский центр психического здоровья детей и подростков»;
- Государственное учреждение «Республиканский детский реабилитационный центр»
- Государственное учреждение «Республиканская клиническая больница психических болезней»;
- Государственное учреждение «Дом-интернат лиц с психическими болезнями Гиссарского района»;
- Государственное учреждение «Дом-интернат лиц с психическими болезнями Восейского района»;
- Государственное учреждение «Международный реабилитационный центр в Бальджуванском районе»;
- Государственное учреждение «Республиканский центр реабилитации и постоянного проживания престарелых и инвалидов Бохтарского района»²⁶.

Фактически сложилась ситуация, что законодательством выделены компетентные государственные органы в сфере здравоохранения в целом, а также в такой конкретной сфере, как реабилитация инвалидов (по итогам исследования указанных выше программ/стратегий). Однако, на сегодня, не определена чёткая компетенция уполномоченных государственных органов в сфере охраны психического здоровья, не упомянута координация действий со всеми задействованными структурами (например, правоохранительными органами и др.), что может отразиться на эффективности реализации

²⁴ См.: Разделы 8, 9 НПРИ.

²⁵ См.: п. 44 Раздел 4. Приоритеты и механизмы реализации программы. НПРИ

²⁶ Перечень учреждений и организаций МЗСЗН РТ. Приложение 4. ППРТ от 3.03.2014 г., № 148.

поставленных целей и задач, а также достижению установленных приоритетов. Другими дополнительными рисками могут быть – возможное дублирование полномочий и снижение актуальности данной сферы.

В соответствии с проектом закона РТ «О государственном бюджете РТ на 2018 г.», на поддержание сферы здравоохранения запланировано – 282 130 395 сомони, из которых на функциональные расходы (без учёта фонда заработной платы сотрудников системы и т.п.) – около 20%. В том числе, на сферу психического здоровья – 11 446 488. Несмотря на некоторые продвижения в сфере увеличения финансирования сферы здравоохранения в целом (более детальные данные о финансировании сферы охраны психического здоровья, на момент составления анализа не были доступны), указанных запланированных расходов не достаточно. Общественные организации в ходе мониторинга закрытых учреждений, в том числе и учреждений системы здравоохранения/психического здоровья, также отмечали нехватку финансовых средств для поддержания/лечения лиц, находящихся в учреждениях стационарного типа.²⁷

²⁷ «Например, в соответствии с бюджетом в психиатрических учреждениях на одного человека выделяется от 10 до 12 сомони в день (приблизительно 1 евро), что является недостаточным для удовлетворения потребностей в питании пациентов». Выдержка из «Совместный доклад НПО в Комитет против пыток перед рассмотрением третьего периодического доклада Таджикистана о ходе выполнения Конвенции против пыток», 2018 г. – С.31//www.notabene.tj

II. Определения

В данном разделе, приводится толкование терминов и их значение с точки зрения международного законодательства и национального права Таджикистана в области психического здоровья. Чёткие и недвусмысленные определения особенно важны как лицам, которые будут интерпретировать и применять положения законов на практике, так и простым гражданам, на которых законодательство может оказать самое непосредственное воздействие, например пациентам и членам их семей. Они также важны для судов, которым придётся принимать решения на основе данных определений.

В данном параграфе исследуется терминология законодательства РТ по психическому здоровью, как с точки зрения международно-правовых стандартов или общепринятой практики, так и с точки зрения национального законодательства Таджикистана. В связи с этим, необходимо определить:

- ✓ Содержится ли в законодательстве РТ чёткое определение того, что является психическим расстройством / психическим заболеванием / психической неправопособностью / психической недееспособностью?
- ✓ Понятно ли из текста законодательного акта, почему выбран этот указанный выше термин?
- ✓ Достаточно ли полно раскрывается в законодательстве задержка в умственном развитии / умственная неполноценность / расстройство личности и токсикомания?
- ✓ Все ли ключевые термины законодательства имеют чёткое определение?
- ✓ Все ли ключевые термины законодательства последовательно употребляются во всем тексте (например, не являются взаимозаменяемыми с другими терминами с аналогичным значением)?
- ✓ Для всех ли «многозначных» терминов (то есть терминов, которые могут иметь несколько значений или толковаться двусмысленно) приводятся точные определения в законодательстве?

Психическое расстройство

Диагностировать психическое расстройство бывает довольно сложно, поскольку психическое расстройство не характеризуется каким-то одним симптомом, а представляет группу расстройств, обладающих некоторыми сходствами. Продолжаются жаркие споры относительно того, какие состояния относятся или должны относиться к психическим расстройствам. Это может иметь серьёзные последствия в тех случаях, когда необходимо принять решение о типе и степени тяжести психического расстройства, что может привести к принудительной госпитализации и лечению. Прежде всего, цель законодательства состоит в определении точных рамок данной категории. Например, законодательство, в котором основное внимание уделяется вопросам принудительной госпитализации и лечения, может относиться к данной категории только случаи тяжёлых психических расстройств. С другой стороны, в законодательстве, преследующем цель расширить различные положения, права лиц, страдающих психическими расстройствами, может быть предложено более широкое определение, чтобы охватить психиатрической помощью как можно больше граждан. Определение психического расстройства также зависит от социальной, культурной, экономической и правовой ситуации в том или ином обществе.²⁸

²⁸ См.: Определения. Справочник базовой информации ВОЗ по психическому здоровью, правам человека и законодательству. 2005 г.– С.20.

Термин «психическое расстройство» включает такие понятия, как психическое заболевание, задержка в умственном развитии (также известная, как умственная отсталость или нарушение интеллектуального развития), расстройство личности и токсикомания. Не все классифицируют данные понятия как психические расстройства; однако многие законодательные нормы, относящиеся к таким состояниям, как шизофрения и биполярная депрессия, одинаково применимы к другим состояниям, в частности к задержке в умственном развитии, что говорит в пользу использования более широкого определения. Лица с задержкой в умственном развитии часто подвергаются такой же дискриминации и жестокому обращению, как и психически больные; в этой связи меры юридической защиты для обеих групп должны быть практически одинаковыми. Однако между двумя данными группами есть существенные различия; например, в отношении краткосрочной и долгосрочной способности дать осознанное согласие на лечение.²⁹

В Принципах ПБ используется термин «**психическое заболевание**». Определение ему не даётся. Фактически Принципы ПБ служат руководством, в котором приводятся положения, касающиеся того, как можно и **как нельзя диагностировать психическое заболевание**. Они сводятся к следующему:

- Диагноз о наличии психического заболевания никогда не ставится на основе политического, экономического или социального положения, или принадлежности к какой-либо культурной, расовой или религиозной группе, или по любой другой причине, не имеющей непосредственного отношения к состоянию психического здоровья.
- Семейный или служебный конфликт или несоответствие нравственным, социальным, культурным или политическим ценностям или религиозным воззрениям, преобладающим в обществе, в котором проживает соответствующее лицо, ни при каких обстоятельствах не может являться определяющим фактором при постановке диагноза о наличии психического заболевания.
- Сведения о лечении или госпитализации в качестве пациента в прошлом не могут сами по себе служить оправданием постановки диагноза о наличии психического заболевания в настоящем или будущем.
- Никакое лицо или орган не может объявить или каким-либо иным образом указать, что то или иное лицо страдает психическим заболеванием, кроме как в целях, непосредственно касающихся психического заболевания или последствий психического заболевания.
- Диагноз о том, что лицо страдает психическим заболеванием, ставится в соответствии с международно-признанными медицинскими стандартами.³⁰

Умственная отсталость

Альтернативой термину «психическое расстройство» является понятие «умственная отсталость». Международная классификация функциональных состояний, снижения трудоспособности и здоровья (ICIDH-2) (ВОЗ, 2001d) определяет отсталость как «общий термин, относящийся к нарушениям, ограничению активности и ограничению возможности участия». Он служит

²⁹ См.: Определения. СБИ ВОЗ ПЗ.- С.21.

³⁰ Принцип 4. Принципы защиты психически больных лиц и улучшение психиатрической помощи.

обозначением негативных аспектов взаимодействия между индивидом (с определённым состоянием здоровья) и его окружением (факторами окружающей среды и личностными факторами). Умственная отсталость не является синонимом психического расстройства, хотя данное понятие включает лиц с психическими расстройствами. Лица, восстановившиеся после психического расстройства, могут отставать в умственном развитии, а многие индивиды, страдающие от вялотекущего психического расстройства, могут впоследствии отставать в умственном развитии из-за данного расстройства. «Отсталость», в одних случаях, является явным признаком конкретной болезни или синдрома (например, некоторые психические расстройства для диагностирования требуют наличия функциональной недостаточности), а в других – последствием перенесённого заболевания или синдрома³¹.

Психическая недееспособность

«Психическая недееспособность» является более узким понятием, чем «психическое расстройство». Использование данного термина может иметь определённые преимущества в законе, который регулирует вопросы госпитализации и лечения психически недееспособных лиц. Однако узкое значение данного термина может не позволить использовать его в законе, охватывающем более широкий спектр вопросов психического здоровья, так как его использование лишает большинство пользователей услуг в области охраны психического здоровья таких важных прав, как доступ к психиатрической помощи, соблюдение прав и условий содержания в психиатрических учреждениях, права на конфиденциальность и доступ к информации. Степень и тяжесть психического расстройства определяются на медицинском уровне, а недееспособность устанавливается в судебном порядке, прежде чем произойдёт вмешательство в жизнь человека. Однако существует опасность, что если толкование данной формулировки судом не будет достаточно точным, недееспособность будет подразумеваться и тогда, когда установлен лишь факт психического расстройства. Во избежание подобной ситуации, необходимо чётко указать в законе, что недееспособность не может быть установлена лишь на основе диагноза о наличии психического расстройства и должна быть признана в ходе отдельной процедуры.³² Решение должно основываться на способности человека, по определению медицинских специалистов, понимать природу вопроса (например, вопросов лечения и госпитализации), оценивать преимущества, делать выбор и сообщать его врачам.

Душевная болезнь

В некоторых международно-правовых актах в качестве альтернативы понятию «психическое расстройство» используется юридический термин «душевнобольные», например в Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод (1950 г.). Предполагается, что все люди являются «душевноздоровыми, если не доказано обратное». «Душевнобольной» значит «не душевноздоровый», что, безусловно, может вызвать путаницу. Понятие «душевная болезнь» близко, но не тождественно, понятию «психическая недееспособность». Не существует медицинского термина, эквивалентного понятию «душевная болезнь», и во многих случаях «душевная болезнь»

³¹ См.: Bertolote & Sartorius, 1996. Ссылка из «Справочник базовой информации ВОЗ по психическому здоровью, правам человека и законодательству», 2005г. – С.23.

³² Там же.

включает в себя симптомы, не обязательно относящиеся к психическим расстройствам. Европейский суд считает, что вследствие размытости употребления этого термина, ему не следует давать чёткую интерпретацию.³³

Другие термины

В законодательных документах обычно используется большое количество технических терминов, которые могут иметь разный контекст и значение в зависимости от конкретных условий той или иной страны. Во избежание двусмысленности и правильного толкования законодательства технические термины должны иметь чёткие определения в законе. В Принципах ПБ даётся перечень некоторых терминов для целей этого документа:

- термин **«психиатрическая помощь»** включает в себя анализ или диагноз психического состояния лица, а также лечение, уход и реабилитацию в связи с психическим заболеванием или предполагаемым психическим заболеванием;
- термин **«психиатрическое учреждение»** означает любое учреждение или любое отделение учреждения, первоочередной функцией которого является оказание психиатрической помощи;
- термин **«специалист, работающий в области психиатрии»**, означает врача, клинического психолога, медицинскую сестру, работника социальной сферы или другое лицо, прошедшее соответствующую подготовку и обладающее необходимой квалификацией и конкретными навыками для оказания психиатрической помощи;
- термин **«пациент»** означает лицо, получающее психиатрическую помощь, включая лиц, госпитализированных в психиатрическое учреждение;
- термин **«личный представитель»** означает лицо, которое в соответствии с законом обязано представлять интересы пациента в любых оговорённых областях или осуществлять оговорённые права от имени пациента, и включает родителя или законного опекуна несовершеннолетнего лица, если во внутреннем законодательстве не предусматривается иное.³⁴

С принятием Кодекса здравоохранения РТ, к терминологии в области психического здоровья можно отнести следующие определения:

- **психиатрическая помощь** – профилактика психических расстройств, обследование психического здоровья граждан, диспансерный контроль, диагностика психических нарушений, лечение, уход, медицинская и социальная реабилитация лиц, страдающих психическими заболеваниями;
- **инвалид** - лицо, имеющее нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, травмами, физическими и умственными дефектами, приведшими к ограничению жизнедеятельности, и нуждающееся в социальной защите;
- **инвалидность** – степень ограничения жизнедеятельности человека вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма;

³³ Gostin, 2000. Ссылка из Справочник базовой информации ВОЗ по психическому здоровью, правам человека и законодательству. 2005 г.– С.23.

³⁴ См.: Определения. Принципы ПБ.

- **конфиденциальность** – сохранение в тайне факта посещения медицинского учреждения, о состоянии здоровья и полученной информации о личности;
- **психотропные вещества** – вещества синтетического или природного происхождения, их лекарственные формы, классифицированные в соответствующих международных конвенциях и Национальном списке;
- **психиатрические учреждения** – психиатрические и психоневрологические больницы, психиатрические и психоневрологические центры, кабинеты психиатра городских и районных центров здоровья, где в тесном сотрудничестве с сетью учреждений первичной медико-санитарной помощи и службами социальной защиты, оказывается специализированная медицинская помощь лицам, страдающим психическими заболеваниями;
- **психические расстройства (заболевания)** – нарушения нормальной психической деятельности человека, выражающиеся в снижении умственных способностей или выраженном изменении мышления;
- **принудительное лечение** – лечение, которое проводится по ходатайству лиц, трудовых коллективов, государственных и неправительственных организаций или по инициативе органов внутренних дел в соответствии с требованием настоящего Кодекса на основании заключения комиссии уполномоченных органов здравоохранения, по решению суда в специализированных отделениях лечебных учреждений с установленным режимом содержания и трудотерапии.³⁵

Некоторая терминология, относящаяся к этим вопросам предусмотрена и в других НПА РТ:

- **признание гражданина недееспособным** – гражданин, который вследствие душевной болезни или слабоумия не может понимать значения своих действий или руководить ими, может быть признан судом недееспособным в порядке, установленном гражданским процессуальным законодательством (ст. 30 ГК РТ);
- **ограничение дееспособности гражданина** – гражданин, который вследствие злоупотребления *спиртными напитками, наркотическими средствами, сильнодействующими или другими одурманивающими веществами* ставит себя или свою семью в тяжёлое материальное положение, может быть ограничен судом в дееспособности в порядке, установленном гражданским процессуальным законодательством (ст. 31 ГК РТ);
- Согласно закону РТ «О социальной защите инвалидов», **инвалидом** признается лицо, которое в связи с ограничением жизнедеятельности вследствие наличия физических или умственных недостатков нуждается в социальной помощи и защите. Ограничение жизнедеятельности лица выражается в полной или частичной утрате им способности или возможности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением, а также заниматься трудовой деятельностью (ст. 2, закон РТ «О социальной защите инвалидов»);

³⁵ Статья 1. Основные понятия. КЗ РТ.

- **конфиденциальная информация** – сведения, находящиеся во владении, пользовании или распоряжении отдельных физических либо юридических лиц, которые могут включаться по желанию собственника в состав государственных (ст. 1, закон РТ «Об информации»);
- **первичное психиатрическое освидетельствование** – обследование врачом-психиатром лечебно-профилактического учреждения, осуществляющую психиатрическую помощь, лица, которое ранее не получало психиатрической помощи в данном или другом учреждении либо было снято с диспансерного наблюдения, в связи с выздоровлением или значительным улучшением состояния. Первичное психиатрическое освидетельствование проводится для определения страдает ли обследуемое лицо психическим расстройством и нуждается ли оно в психиатрической помощи (Инструкция о порядке первичного психиатрического освидетельствования. Приложение № 10 к приказу Министра здравоохранения РТ № 54 от 09.02.2001 г.)

Таким образом, законодательство РТ содержит некоторые рекомендуемые термины, применяемые в сфере охраны психического здоровья. Однако, наблюдаются некоторые противоречия, как с рекомендованными международными стандартами, так и внутри национального законодательства, между различными НПА. Некоторые из терминов не совсем чёткие и не всегда понятно, что именно подразумевает законодатель. Кроме того, не все термины, в которых есть необходимость быть определёнными (имеющие не просто правовую интерпретацию, но и соответствующий правовой статус), предусмотрены действующим законодательством.

Понятие «психического расстройства/заболевания» данное в КЗ РТ, характеризуется такими особенностями как «снижение умственных способностей или выраженное изменение мышления». Оба использованных термина не всегда могут включать ситуации, когда речь идёт о стойких заболеваниях, в результате которых человек может или должен быть признан недееспособным. С другой стороны, использование широты этого термина чревато ситуациями, когда признание недееспособности и ограничения прав в психиатрических учреждениях может иметь место только в силу наличия «психического расстройства» и в результате стать причиной нарушения прав человека. Принципы ПБ же рекомендуют, что один факт наличия расстройства не может служить основанием для лишения человека дееспособности. ВОЗом рекомендовано включение таких составляющих, как – *психическое заболевание, задержка в умственном развитии (также известная, как умственная отсталость или нарушение интеллектуального развития), расстройство личности и токсикомания*. Кроме того, некоторые термины, применяемые в подзаконных НПА от 2001 г., не соответствуют требованиям КЗ РТ или международно-правовым стандартам. Так, в «Инструкции о порядке госпитализации психически больных без их согласия и согласия их родственников»³⁶, использован термин «психически больной», который не применяется в других НПА, и в частности КЗ РТ.

В понятие «психиатрические учреждения» законодатель включил «психиатрические и психоневрологические больницы, психиатрические и психоневрологические центры, кабинеты психиатра городских и районных

³⁶ Приложение 7 к приказу Министра здравоохранения РТ № 54 от 09.02.2001 г.

центров здоровья». Локальные НПА, регулирующие непосредственно деятельность таких учреждений содержат немного другие определения, в частности «психиатрическая больница» (Приказ МЗСЗН РТ № 54, 09.02.2001 г.), психоневрологический диспансер (Приказ МЗСЗН РТ № 54, 09.02.2001 г.), «дневной стационар для психически больных» (Приказ МЗСЗН РТ № 54, 09.02.2001 г.), который входит в структуру психоневрологического диспансера. Деятельность указанных кабинетов психиатров городских и районных центров здоровья, данными подзаконными НПА не регулируются.

Использование определения «признание граждан недееспособными» для целей охраны психического здоровья также неоднозначно в национальном законодательстве. Вопросы дееспособности и её ограничения регулируются нормами ГК РТ и ГПК РТ (более детально рассмотрены в параграфе 3.1). Ключевым моментом необходимости в признании лица недееспособным является наличие душевной болезни или слабоумия, в результате которых человек не может понимать значения своих действий или руководить ими. Как видим, ни КЗ РТ ни подзаконные НПА, на сегодня, не включают понятие ни душевной болезни ни слабоумия в систему психических расстройств. В международной практике, как было указано выше, иногда встречается применение «душевной болезни», как тождественное «психическому расстройству», но как более узкое понятие и которое сегодня не совсем рекомендовано к использованию. Что касается национального законодательства, в ст.175 КЗ РТ используется термин «психическое расстройство», как основания признания лица недееспособным (Признание лица, страдающего психическими расстройствами, недееспособным, осуществляется только судом на основании и в порядке, установленном законодательством Республики Таджикистан), что не соответствует требованиям ст. 30 ГК РТ.

КЗ РТ даёт определение «принудительному лечению» (см. описание термина выше), тогда как не охарактеризованными остаются другие немаловажные термины, как «добровольное лечение», «лечение без согласия пациента», имеющие свой правовой статус. Также, законодателем не раскрыты понятия «добровольной госпитализации» и «принудительной госпитализации», «принудительного психиатрического освидетельствования» (предусмотрено ст. 311 ГПК РТ, но понятие не раскрыто).

Некоторые термины, хотя и применяемые в тексте КЗ РТ, но определены исключительно инструкциями 2001 г., такие как «первичное психиатрическое освидетельствование».

III. Основные права и свободы лиц, страдающих психическими расстройствами

Лица с психическими расстройствами, находящиеся в закрытых учреждениях, не утрачивают своих основных (конституционных) прав и свобод. За ними сохраняются право на жизнь, на достоинство, свободу вероисповедания, право собственности и т.д., но ряд их прав ограничивается, если они признаны недееспособными или ограниченно дееспособными и если они находятся в медицинском учреждении по приговору суда. Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи (Принципы ПБ, 1991 г.) конкретизируют международно-правовые стандарты содержания лиц с психическими расстройствами в стационарах. В первую очередь, Принципы ПБ устанавливают, что «любое психически больное лицо имеет право на осуществление всех гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав, признанных во Всеобщей декларации прав человека, Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах, Международном пакте о гражданских и политических правах и в других соответствующих документах, таких как Декларация о правах инвалидов и Свод принципов защиты всех лиц, подвергаемых задержанию или заключению в какой бы то ни было форме»³⁷.

В данной главе рассмотрена та категория основных прав и свобод лиц, страдающих психическими расстройствами, которые связаны, а в некоторых случаях предшествуют их пребыванию в закрытые учреждения.

Предметом исследования данной главы обозначены следующие вопросы:

- ✓ Устанавливает ли законодательство процедуру и критерии для определения недееспособности/неправоспособности лица в отношении таких вопросов, как принятие решения о курсе лечения, выбор личного представителя для принятия финансовых решений?
- ✓ Содержится ли в законодательстве право на свободу и личную неприкосновенность?
- ✓ Поощряет ли законодательство добровольную госпитализацию и лечение, предпочитая их принудительной госпитализации и принудительному лечению?
- ✓ Констатируется ли в законодательстве, что лечение всех добровольно госпитализированных начинается только после получения информированного согласия пациента? Констатируется ли, что добровольная госпитализация и лечение включают право добровольно покинуть лечебное учреждение и право на отказ от лечения? Констатируется ли что добровольно госпитализированные пациенты должны быть проинформированы, что во время лечения им может быть отказано в праве покинуть психиатрическую клинику, если они будут соответствовать критериям больных, к которым применимо принудительное лечение?
- ✓ Обязаны ли медицинские учреждения информировать пациентов об их правах?
- ✓ Гарантирует ли законодательство пациентам право на свободный и неограниченный доступ к информации о состоянии здоровья (включая доступ к истории болезни)?

³⁷ Статья 5, Принцип 1. Основные свободы и права. Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи, 1991 г.

- ✓ Включено ли в законодательство право пациента на конфиденциальность информации о нем, его заболевании и проводимом лечении?
 - а) предусмотрены ли законодательством меры наказания и штрафы для лиц, открывших конфиденциальную информацию?
 - б) устанавливаются ли законодательством особые обстоятельства, когда конфиденциальная информация может быть официально передана гласности?
 - в) представляет ли законодательство пациентам и их личным представителям право на пересмотр в судебном порядке или апелляцию на решения о предании гласности конфиденциальной информации о пациенте?
- ✓ Способствует ли законодательство переводу служб охраны психического здоровья на первичный уровень?
- ✓ Поддерживает ли законодательство перевод служб охраны психического здоровья на местный уровень и деинституционализацию?
- ✓ Гарантирует ли законодательство право на защиту от жестокого, бесчеловечного и унижающего достоинство лечения?

3.1. Ограничение прав и недееспособность

Отдельные права человека недопустимо ограничивать ни при каких обстоятельствах. К ним относятся право на свободу от пыток и рабства, право на свободу мысли, совести и религии и другие. Однако в ограничительных и отступительных оговорках большинства международно-правовых актов признается необходимость ограничения прав человека в определённых случаях, а в сфере охраны психического здоровья, оговариваются исключения из правил, при которых применение подобных ограничений является необходимым.

Сиракузские принципы толкования ограничений и отступлений от положений МПГПП (Сиракузские принципы) устанавливают критерии, которые необходимо соблюдать при ограничении прав личности. Важно, чтобы любое ограничение прав соответствовало каждому из шести критериев. Ограничения должны быть лимитированы по времени, а лицо, на которое налагаются данные ограничения, должно иметь право на их периодический пересмотр.

Сиракузские принципы

- ✓ Ограничение предусмотрено и осуществляется в соответствии с законом.
- ✓ Ограничение налагается в общих законных интересах.
- ✓ Ограничение является строго необходимым для достижения определённой цели в демократическом обществе.
- ✓ Ограничение является необходимым для удовлетворения потребностей здравоохранения.
- ✓ Ограничение должно быть соразмерно достижению общественной цели, когда менее инвазивные и ограничительные средства для достижения той же социальной цели отсутствуют.
- ✓ Ограничение не готовится или не налагается произвольно, то есть необоснованным или иным дискриминирующим образом.

(Сиракузские Принципы Толкования Ограничений и Отступлений от Положений МПГПП. Документ ООН E/CN.4/1985/4, Приложение (1985).

Действующее законодательство Таджикистана предусматривает определенные случаи и основания для ограничения прав граждан в вопросах охраны психического здоровья. В первом случае, ограничения определенных категорий прав допускается в оговоренных законом случаях и связаны со спецификой того или иного права. В остальных – в связи со статусом дееспособности лица.

В ст. 39 КЗ РТ – Право граждан на информацию о состоянии здоровья и факторах, влияющих на здоровье – ограничивается получение информации больному, если эта информация может нанести ему существенный вред и об этом извещаются его близкие родственники. КЗ РТ не определяет перечень близких родственников. В ст. 177 КЗ РТ установлен исчерпывающий круг лиц, которые могут быть представителями больного, в частности, при признании его недееспособным. Кроме того, т.к. ст. 39 имеет общий характер и относится ко всем больным, она не конкретизирует, когда данное право может быть ограничено при наличии психической болезни. Согласно Принципам ПБ «...это право может ограничиваться в целях предотвращения серьёзного ущерба здоровью пациента и риска для безопасности других лиц. В соответствии с внутригосударственным законодательством любая такая информация, не представленная пациенту, должна быть, когда это можно сделать конфиденциально, сообщена личному представителю и адвокату пациента. В случае, если любая такая информация не сообщается пациенту, пациент или адвокат пациента, если таковой имеется, уведомляется о несообщении этой информации и его причинах, и это решение может быть пересмотрено в судебном порядке»³⁸. То есть, если было принято решение не предоставления информации больному с психическим расстройством, оно должно быть мотивировано не только возможностью нанесения ущерба его здоровью, но и для безопасности других лиц. Медицинское учреждение, в свою очередь, должно принять меры, чтобы информация была доступна в таких случаях законному представителю или адвокату, и в законодательстве должна быть предусмотрена возможность обжалования такого решения. Подробнее данный вопрос рассмотрен в параграфе 3.3.

Непосредственное ограничение прав лиц с психическими расстройствами, находящихся в психиатрических учреждениях, предусмотрено ст. 190 КЗ РТ.

Статья 190. Права и обязанности лиц, помещённых в психиатрический стационар

Лица, находящиеся на излечении или обследовании в психиатрическом стационаре имеют следующие права, ограничиваемые лечащим врачом и заведующим отделением лишь по крайней необходимости в интересах здоровья или безопасности самого больного либо других лиц:

- ✓ Пользоваться лечебным отпуском
- ✓ Вести переписку, исключаящую цензуру
- ✓ Принимать посетителей в дни приёма
- ✓ Получать передачи и посылки
- ✓ Иметь и приобретать предметы первой необходимости.

(Кодекс здравоохранения РТ)

³⁸ Принцип 15(1).

Ограничения прав, предусмотренные в настоящей статье могут иметь место только на основании решения компетентных сотрудников психиатрических учреждений. Однако, закон не предусматривает других условий для этих ограничений (например, предварительное уведомление родственников/опекунов), что может привести к злоупотреблению властью или же иметь коррупционные риски, так как зависят от субъективного решения/мнения конкретных лиц.

Никто не может быть ограничен или лишен дееспособности³⁹ иначе, чем по решению суда и в случаях, установленных законом. П.1. ст.175 КЗ РТ определяет, что признание лица, страдающего психическими расстройствами, недееспособным, осуществляется только судом на основании и в порядке, установленном законодательством РТ. П.1. ст.30 ГК РТ устанавливает основания признания граждан недееспособными: гражданин, который вследствие душевной болезни или слабоумия не может понимать значения своих действий или руководить ими, может быть признан судом недееспособным в порядке, установленном гражданским процессуальным законодательством. Над ним устанавливается опека.⁴⁰ Дело о признании гражданина недееспособным вследствие психического расстройства может быть возбуждено в суде по заявлению членов его семьи, близких родственников (родителей, детей, братьев, сестёр) независимо от совместного с ним проживания, органа опеки и попечительства, психиатрического или психоневрологического учреждения, прокурора (ст. 286 ГПК РТ). Заявление о признании гражданина недееспособным суд рассматривает *с участием заявителя, прокурора и представителя органа опеки и попечительства*. Гражданин, в отношении которого рассматривается дело о признании его недееспособным, может быть вызван в судебное заседание, если это возможно по состоянию его здоровья (ст. 289 ГПК РТ). Решение о признании гражданина дееспособным также осуществляется в судебном порядке по заявлению опекуна, членов семьи, органа опеки и попечительства, психиатрического или психоневрологического учреждения, прокурора, на основании соответствующего заключения судебно-психиатрической экспертизы (ст. 291 ГПК РТ). Гражданско-процессуальный кодекс (ГПК) РТ не предусматривает обязательное участие адвоката по делам, связанным с признанием гражданина недееспособным. Это, прежде всего, связано с институтом представительства по гражданским делам, согласно которому права, свободы и охраняемые законом интересы граждан, не обладающих полной дееспособностью, защищают в суде их родители, усыновители (усыновитель), опекуны, попечители или иные лица, которым это право предоставлено законом (п.1. ст. 54 ГПК РТ). Законные представители совершают от имени представляемых все процессуальные действия, право совершения которых принадлежит представляемым, с ограничениями, предусмотренными законом. Законные представители могут поручить ведение дела в суде другому лицу, избранному ими в качестве представителя (п.4 ст. 54 ГПК РТ). Адвокат же может быть назначен судом в качестве представителя, в случаях: 1) отсутствия представителя (законного) у ответчика, место жительства которого неизвестно; 2) в других случаях, предусмотренных законом (ст. 52 ГПК РТ).

³⁹ Понятие дееспособности содержится в ГК РТ (ч.1), под которой подразумевается «способность гражданина своими действиями приобретать и осуществлять гражданские права, создавать для себя гражданские обязанности и исполнять их (гражданская дееспособность)».

⁴⁰ Гражданский кодекс РТ. Ч.1 от 30.06.1990 г., № 802.

КЗ РТ также предусматривает случаи участия адвоката для представительства и защиты прав больных. Однако, по смыслу КЗ РТ, адвокат приглашается по желанию самого пациента (п.1 ст. 177 КЗ РТ) или же, в случаях, когда лицо признано недееспособным – по решению его законных представителей (п.4 ст. 177 КЗ РТ). В Принципах ПБ также говорится, что лицо, дееспособность которого является предметом разбирательства, имеет право быть представленным адвокатом. Если лицо, дееспособность которого является предметом разбирательства, не может самостоятельно обеспечить себя таким представительством, последнее должно предоставляться этому лицу бесплатно, если оно не располагает достаточными для этого средствами (п.6 Принцип 1).

Несмотря на участие в гражданском процессе прокурора и представителя органа опеки и попечительства, обязательное участие адвоката по данной категории является актуальным, так как не всегда заявители о признании лица недееспособным действуют в его интересах, а представители государственных структур, участвующих в производстве не всегда: 1) обладают всей информацией; 2) добросовестно выполняют свои обязательства в силу перегруженности делами или коррупционных составляющих. В таких случаях, может быть нарушен один из Сиракузских принципов о том, что ограничение не готовится или не налагается произвольно, то есть необоснованным или иным дискриминирующим образом.

Другим условием для ограничения прав и законных интересов лиц, страдающих психическими расстройствами, является «осмотр психиатра» и «нахождение лица под диспансерным контролем в психиатрическом стационаре или психоневрологическом учреждении» (п.4. ст. 175 КЗ РТ). В остальных случаях, согласно п.4 ст. 175 КЗ РТ, лишение прав и ограничение законных интересов лиц, страдающих психическими расстройствами запрещено. Формулировка, данная в п.4 ст. 175 КЗ РТ, вызывает несколько вопросов. Во-первых, КЗ РТ использует такие ограничительные категории для прав и законных интересов как «лишение прав и ограничение законных интересов». Хотя согласно ГК РТ, никто не может быть лишен правоспособности. Даже при признании лица недееспособным – речь идет об ограниченной правоспособности. Во-вторых, данная норма не оговаривает о каких правах и законных интересах идет речь. Так как об ограничении некоторых из прав предусмотрено ст. 190 КЗ РТ. Основаниями для лишения прав и законных интересов, статья называет «осмотр психиатра» (не заключения) и «нахождение под диспансерным контролем в стационаре или психоневрологическом учреждении». Тогда как согласно ГПК, для признания гражданина недееспособным, необходимо именно заключение судебно-психиатрической экспертизы (ст. 291 ГПК РТ). И, кроме того, даже если речь идет о тех правах, которые могут быть ограничены в закрытых психиатрических учреждениях, в данной норме законодатель указывает и просто случаи нахождения под диспансерным контролем в психоневрологическом учреждении, которое может быть и не закрытым. Но так как в п.п. 2 и 3 ст. 175 КЗ РТ речь идет об ограничении прав, связанных с осуществлением трудовой деятельности и/или управления источником повышенной опасности, возможно речь идет именно о ситуациях связанных с лишением специальных прав, предусмотренных в ст. 42 КоАП РТ.

Статья 42. Лишение специального права, предоставленного физическому лицу

Лишение специального права, предоставленного физическому лицу (права управления транспортными средствами, права охоты, права хранения, ношения огнестрельного оружия, права на эксплуатацию радиоэлектронных средств или высокочастотных устройств, право пользования земельными участками и т.д.) за совершение административного правонарушения, устанавливается и применяется за грубое или систематическое нарушение правил пользования этим правом, в случаях, предусмотренных статьями Особенной части настоящего Кодекса. Срок лишения специального права устанавливается на срок от двух месяцев до десяти лет. (ЗРТ от 28.08.17 г., № 1466).

Решение о назначении административного наказания в форме лишения специального права принимает судья. (ЗРТ от 28.08.17 г., № 1466).

Лишение специального права в виде права управления транспортными средствами не может применяться к лицам, которые пользуются этими транспортными средствами в связи с инвалидностью, либо транспортное средство является основным источником средств к существованию лица, за исключением случаев управления транспортным средством в состоянии опьянения, неподчинение законным требованиям сотрудника милиции, а также самовольного оставления места дорожно-транспортного происшествия, участниками которого они являются.

(Кодекс об административных правонарушениях РТ, 19.05.2009 г., № 513)

Согласно же п.2 ст. 42 КоАП РТ, решение о назначении административного наказания в форме лишения специального права принимает судья. Таким образом, п.4 ст. 175 КЗ РТ должен быть приведён в соответствие с требованиями Сиракузских принципов об определении цели ограничений, в соответствии с законом и обоснованности, а также синхронизировано согласно требованиям ГК РТ и КоАП РТ.

3.2. Защита от дискриминации

Статья 1 ВДПЧ гласит, что все люди рождаются свободными и равными в своём достоинстве и правах.⁴¹ Соответственно, лица с психическими расстройствами имеют право на защиту своих фундаментальных прав и свобод, как и все остальные граждане.

Фундаментальным обязательством по защите прав человека, отражённым в ВДПЧ, МПГПП и МПЭСКП является обязательство по защите от дискриминации. Замечания общего порядка № 5 по применению МПЭСКП (1996 г.) в отношении инвалидов с физическими и умственными недостатками также подчёркивают, что положения Пакта в полной мере относятся ко всем членам общества, то лица с какими-либо формами инвалидности имеют чётко определённое право пользоваться всем диапазоном прав, признанных в Пакте. Кроме того, в том что касается необходимости особого отношения, то государства-участники обязаны принять надлежащие меры в максимальных пределах имеющихся у них ресурсов, с тем чтобы позволить таким лицам попытаться преодолеть

⁴¹ Ст. 1 ВДПЧ.

любые неблагоприятные обстоятельства, вызванные их инвалидностью, в том что касается использования прав, указанных в Пакте.⁴²

Дискриминация может затруднять доступ к необходимым услугам в области охраны психического здоровья, а также к другим жизненно важным сферам деятельности, включая вопросы занятости, образования и предоставления жилья. Неспособность к нормальной интеграции в общество ведёт к ещё большей изоляции личности, что может, в свою очередь, быть причиной обострения психического расстройства. Политика, которая обостряет или игнорирует проблему негативного восприятия обществом лиц, страдающих психическими расстройствами, способна привести к усилению дискриминации.⁴³

Конкретизируя запрет дискриминации по причине психического расстройства или заболевания, Принципы ПБ гласят, что на основании психического заболевания не допускается никакой дискриминации, под которой понимается «любое отличие, исключение или предпочтение, следствием которого является отмена или затруднение равного пользования правами»⁴⁴. Для целей данных Принципов ПБ и интересов лиц с психическими расстройствами, не считаются дискриминационными специальные меры, принимаемые исключительно с целью защиты прав или улучшения положения психически больных лиц. Кроме того, дискриминация не включает в себя любое отличие, исключение или предпочтение, осуществляемое в соответствии с положениями настоящих Принципов и необходимое для защиты прав человека психически больного лица или других индивидуумов.⁴⁵

Конституция РТ, в ст. 17 гарантирует равноправие всех перед законом и судом и устанавливает, что государство гарантирует права и свободы каждого независимо от его национальности, расы, пола, языка, вероисповедания, политических убеждений, образования, социального и имущественного положения.⁴⁶ Одним из принципов государственной политики в области здравоохранения также является «обеспечение равенства прав граждан на получение безопасной, эффективной и качественной медицинской помощи»⁴⁷. Для обеспечения равноправия в ст. 3 «Принципы социальной защиты инвалидов» закона РТ «О социальной защите инвалидов» предусмотрено запрет на дискриминацию инвалидов⁴⁸. В то же время действующее законодательство в области психического здоровья и здравоохранения в целом не предусматривает механизма и чётких определений по недопущению дискриминации по признаку состояния здоровья и/или инвалидности. Уголовный кодекс (УК РТ) хотя и предусматривает ст. 143 «Нарушение равноправия граждан», однако не содержит в диспозиции статьи нарушение принципа равноправия по признаку здоровья⁴⁹. Таким образом, законодатель

⁴² П.5 Замечание общего порядка № 5. Лица с какой-либо формой инвалидности. 11 сессия, 1994 г.

⁴³ Справочник базовой информации по психическому здоровью, правам человека и законодательству. ВОЗ, 2005 г.- С.3.

⁴⁴ Статья 4. Принцип 1. Там же.

⁴⁵ См.: Статья 4. Принцип 1. Там же.

⁴⁶ Конституция РТ от 6.11.1994 г.// <http://www.prokuratura.tj/ru/legislation/the-constitution-of-the-republic-of-tajikistan.html>

⁴⁷ П.1, абз.1, ст. 3 КЗ РТ.

⁴⁸ http://base.mmk.tj/view_sanadhoview.php?showdetail=&sanadID=235

⁴⁹ П.1 ст. 143 УК РТ гласит: «1) Умышленное прямое или косвенное нарушение либо ограничение прав и свобод, либо установление прямых или косвенных преимуществ граждан в зависимости от пола, расы, национальности, языка, социального происхождения, личного, имущественного или

запрещает дискриминацию. с одной стороны. а с другой не предусматривает необходимых условий. чтобы лица. страдающими психическими заболеваниями/имеющими инвалидность могли бы полноценно реализовывать свои права и свободы и не были подвержены дискриминации. В отчёте № 1. подготовленного общественными организациями в рамках Универсального периодического обзора (УПО) по правам человека на 2011–2015 гг.. указано: «В Республике Таджикистан отсутствует системное и всеобъемлющее законодательство. запрещающее дискриминацию. Не имеется закона о запрете дискриминации... Конституция и другие законы не содержат определения дискриминации, как прямой, так и косвенной».⁵⁰

Внедрение антидискриминационных норм в системе охраны психического здоровья является крайне важным не только в силу уязвимости целевых групп. но и высокого уровня стигмы. имеющей место в отношении лиц с инвалидностью и с психическими расстройствами в Таджикистане.

3.3. Информированное согласие. Уведомление о правах. Доступ к информации

Информированное согласие

Принцип свободного и информированного согласия должен являться основой лечения и реабилитации большинства лиц с психическими расстройствами. Все пациенты должны изначально рассматриваться как дееспособные лица, и необходимо приложить все усилия к тому, чтобы они дали добровольное согласие на госпитализацию или лечение в интересах сохранения их здоровья, до того как будут предприняты меры принудительного характера.

Осознанное согласие

Никакое лечение не может назначаться пациенту без его осознанного согласия, за исключением случаев, предусмотренных в пунктах 6, 7, 8, 13 и 15 [настоящего принципа].

(Принцип 11(1), Принципы ПБ)

Принцип согласия на лечение должен удовлетворять следующим критериям (Принцип ПБ, 11):

- a) Лицо/пациент, дающее(ий) согласие, должно(ен) обладать для этого необходимой правоспособностью; допускается, что лицо обладает такой правоспособностью, если нет доказательств обратного.
- b) Согласие должно быть получено свободно, без угроз или неоправданного принуждения.
- c) Должна существовать соответствующая и подобающая процедура доведения информации до пациента. В процессе предоставления информации пациент должен быть проинформирован о целях, методах, вероятной продолжительности и ожидаемых результатах предлагаемого лечения.
- d) Пациенту должны быть разъяснены элементы риска и побочные эффекты лечения, возможные ощущения боли или дискомфорта.

должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к политическим партиям, общественным объединениям, причинившее вред правам и законным интересам гражданина». Уголовный кодекс РТ от 21.05.1998 г., № 575.

⁵⁰ Таджикистан 2011–2015. Универсальный периодический обзор по правам человека. Отчёт № 1 (Гражданские и политические права).- С.5//www.bhr.tj

е) Пациенту необходимо предложить альтернативные методы лечения, если таковые имеются, в соответствии с надлежащей клинической практикой. Альтернативные методы лечения, особенно менее инвазивные, должны быть предложены пациенту и обсуждены с ним.

ф) Информация должна быть предоставлена пациенту в форме и на языке, доступном для понимания.

Своё согласие на госпитализацию и дальнейшее лечение пациент даёт в письменной форме в виде заявления (ст.ст. 185, 188 КЗ РТ). Согласно «Положению о психиатрической больнице», помещение в психиатрическую больницу (отделение) производится лишь врачом-психиатром. Если лицо не достигло 16 лет или по своему психическому состоянию не способно к свободному волеизъявлению, согласие на госпитализацию должно быть получено от его родственников или законных представителей, а при их отсутствии – от главного психиатра территориального органа здравоохранения.⁵¹

Уведомление о правах

Несмотря на то, что в законодательстве может быть зафиксировано много прав, относящихся к лицам с психическими расстройствами, эти лица часто не проинформированы о своих правах и, соответственно, не могут воспользоваться ими. Следовательно, необходимо, чтобы в законодательство было включено положение об уведомлении пациентов об их правах в максимально короткий срок после госпитализации в психиатрическое учреждение.

Уведомление о правах

1. Пациента, находящегося в психиатрическом учреждении, в максимально короткий срок после госпитализации информируют в такой форме и на таком языке, которые ему понятны, о всех его правах в соответствии с настоящими Принципами и согласно внутригосударственному законодательству, причём такая информация включает разъяснение этих прав и порядка их осуществления.
2. Если и пока пациент не в состоянии понять такую информацию, о правах такого пациента сообщается личному представителю, если таковой имеется и если это уместно, и лицу или лицам, которые могут наилучшим образом представлять интересы пациента и готовы это сделать.

(Принцип 12(1) и (2), Принципы ПБ)

В законодательстве Таджикистана не содержится обязательства психиатрического учреждения / ответственного сотрудника по информированию пациента о его/её правах. Доступные форма и язык предоставления такой информации также не определены законом. В ст. 189 КЗ РТ всего лишь указано, что госпитализируемому лицу со стороны администрации психиатрического стационара должны быть разъяснены, если это возможно по его психическому состоянию, основание и цели помещения его в психиатрический стационар. В течение 24-х часов родственники или законные представители должны официально и письменно информироваться о его госпитализации. Госпитализируемому, его родственникам или законному представителю разъясняется порядок обжалования решения о помещении в

⁵¹ П.27 «Положения о психиатрической больнице». Приложение №1 к Приказу Министра здравоохранения РТ № 54 от 09.02.2001 г.

психиатрический стационар. По результатам пилотных посещений закрытых учреждений Таджикистана со стороны мониторинговой группы при УПЧ РТ в 2015 г., пациенты закрытых учреждений (в том числе и психиатрической больницы) либо были устно проинформированы либо не были проинформированы о своих правах. Мониторинговая группа также отметила отсутствие информационных стендов/досок/листочков и т.п. о правах пациентов в данных учреждениях.⁵²

Доступ к информации о состоянии здоровья

Лица с психическими расстройствами должны обладать закреплённым в законе правом на свободное получение полной информации, содержащейся в их истории болезни, которая ведётся психиатрическими учреждениями и специалистами по психическому здоровью. Это право защищено нормами международно-правовых документов, такими как Статья 19(2) МПГПП и Принципами ПБ.

Доступ к информации

1. Лицо ... имеет право на доступ к касающейся его информации в истории болезни, которая ведётся психиатрическим учреждением. Это право может ограничиваться в целях предотвращения серьёзного ущерба здоровью пациента и риска для безопасности других лиц. В соответствии с внутригосударственным законодательством любая такая информация, не представленная пациенту, должна быть, когда это можно сделать конфиденциально, сообщена лично представителю и адвокату пациента. В случае, если любая такая информация не сообщается пациенту, пациент или адвокат пациента, если таковой имеется, уведомляется о несообщении этой информации и его причинах, и это решение может быть пересмотрено в судебном порядке.
2. Любые письменные замечания пациента или личного представителя, или адвоката пациента могут по их просьбе включаться в историю болезни пациента.

(Принцип 19(1) и (2), Принципы ПБ)

Вполне возможно, что в некоторых исключительных ситуациях раскрытие клинической информации о пациенте может представлять риск для безопасности других лиц или нанести серьёзный ущерб психическому здоровью пациента. В большинстве случаев неразглашение информации является временной мерой, применяемой до того момента, когда пациент сможет разумно пользоваться данной информацией. Законодательство может гарантировать пациентам и их личным представителям право на пересмотр или обжалование решения о сокрытии информации в судебном порядке.⁵³

КЗ РТ предусматривает, что граждане имеют право на получение информации о состоянии своего здоровья и здоровья своих детей (п.1. ст. 39 КЗ РТ). Эта информация должна включать данные о методах профилактики, диагностики и лечения заболевания, уровне заболеваемости населения и факторах, влияющих на их здоровье, в том числе о состоянии окружающей среды,

⁵² Отчёт по результатам пилотных посещений закрытых учреждений в РТ. Фаза 2., 2015 г.

⁵³ См.: 5. Прав пользователей услуг в области психического здоровья. Справочник базовой информации по психическому здоровью, правам человека и законодательству. ВОЗ, 2005 г. - С.33.

условиях труда, быта и отдыха (п.3 ст. 39 КЗ РТ). Закон РТ «Об информации» также гарантирует права граждан на информацию, которая относится к их личности (включая вопросы о состоянии здоровья)⁵⁴. Законодательство также допускает случаи, когда доступ к информации для больного может быть ограничен. Это касается случаев, если эта информация может нанести существенный вред больному. В этом случае об этом оповещаются его близкие родственники (п.1 ст. 39 КЗ РТ). Инструкция о порядке сообщения сведений о психическом состоянии граждан (09.02.2001 г., № 54), устанавливает, что допускается информирование в устной форме о состоянии здоровья больного только его прямым родственникам или опекуну, при условии, если это не навредит интересам больного.⁵⁵ Как было уже отмечено в параграфе 3.1., т.к. ст. 39 КЗ РТ имеет отношение ко всем категориям больных, она не совсем учитывает специфику ограничения доступа к информации лица с психическими расстройствами. Законом также не установлены ни временные рамки для такого ограничения ни порядок обжалования данного решения.

Ни в указанной Инструкции, ни в КЗ РТ не предусматривается доступ больного и/или его родственников (представителей) к материалам его истории болезни во время лечения. Справки, заключения, подлинники медицинских карт и т.д. могут выдаваться лишь следственным и судебным органам по их письменному запросу.⁵⁶

Таким образом, законодательство РТ устанавливает информированное согласие больного на госпитализацию (за исключением случаев, предусмотренных законом), при котором больному и/или его близким родственникам (опекунам) должны быть разъяснены основания и цели помещения в психиатрическое учреждение. Однако, национальные НПА не содержат норм о необходимости информирования граждан об их правах, кроме возможности обжалования решения о госпитализации. Законодательство также ограничивает доступ больного и/или родственников/опекунов к информации, содержащейся в соответствующих медицинских картах/истории болезни (медицинской документации), не определяет какая именно информация не подлежит разглашению (кроме случаев, когда это может навредить здоровью больного) или частично не подлежит и по какой причине; не устанавливает всех мотивированных исключительных обстоятельств и сроков (временных рамок), при которых в доступе к информации может быть отказано.

3.4. Право на соблюдение конфиденциальности

Лица с психическими расстройствами имеют право на конфиденциальный характер информации о себе, своём заболевании и лечении; такая информация не может быть передана третьей стороне без их согласия.

Конфиденциальность

Должен соблюдаться конфиденциальный характер информации, касающейся всех лиц, к которым применяются настоящие Принципы.

(Принцип 6, Принципы ПБ)

⁵⁴ Ст.ст. 8, 20 Закона РТ «Об информации» от 10.05.2002 г., № 55.

⁵⁵ А.5 п.3 «Инструкции о порядке сообщения сведений о психическом состоянии граждан».

⁵⁶ П.1, Там же.

Специалисты по психическому здоровью связаны правилами профессионального поведения, которые обычно включают положения о конфиденциальности. Все специалисты в области охраны психического здоровья обязаны предотвращать любое нарушение конфиденциальности. Важно, чтобы все работники служб психического здоровья были осведомлены о существующих правилах, обязывающих их сохранять конфиденциальность. Руководство психиатрических клиник должно сделать все необходимое для гарантирования конфиденциальности лицам с психическими расстройствами. Это означает, что должна быть создана эффективная система хранения врачебной и другой отчетной информации о пациентах, например, электронной базы данных, пользоваться которой будут только лица, имеющие специальный допуск.⁵⁷

Мадридская декларация⁵⁸, принятая Генеральной ассамблеей Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) в 1996 г., которая определяет этические принципы работы психиатров, также предусматривает необходимость соблюдения прав пациентов на конфиденциальность.

6. Информация, полученная психиатром в ходе осуществления терапевтического вмешательства, является конфиденциальной и может быть использована только и исключительно с целью улучшения психического здоровья пациента. Психиатрам запрещается использовать данную информацию в личных целях или для извлечения финансовой выгоды, или для достижения академических заслуг. Нарушение конфиденциальности допускается только в том случае, когда существует серьезная угроза соматическому или психическому здоровью пациента или третьему лицу; в подобных обстоятельствах, как, например, совершение насилия в отношении ребёнка, психиатр обязан в тех случаях, когда это возможно, сначала проинформировать пациента о действиях, которые он собирается предпринять.

(Стандарт 6. Мадридская декларация, 1996 г.)

Существует несколько исключений, когда принцип конфиденциальности может быть нарушен. В законодательстве могут быть конкретизированы обстоятельства, при которых информация о состоянии психического здоровья пациентов может быть передана третьей стороне без предварительного согласия пользователя. К этим исключениям могут относиться случаи, связанные с угрозой жизни или вероятным причинением ущерба другим лицам. В законе также могут содержаться такие обстоятельства, как предотвращение страданий пациента или серьёзного ущерба его здоровью. В любом случае раскрытая информация предназначается только для лиц, уполномоченных предотвращать возникновение подобных ситуаций. Специалисты по психическому здоровью также обязаны предоставлять

⁵⁷ См.: 5. Прав пользователей услуг в области психического здоровья. Справочник базовой информации по психическому здоровью, правам человека и законодательству. ВОЗ, 2005 г. – С.32.

⁵⁸ Мадридская декларация по этическим стандартам в области психиатрической практики. Декларация принята Генеральной ассамблеей 25 августа 1996 года. В августе 2002 г. в неё были внесены поправки Генеральной ассамблеей в Йокогаме, Япония.

информацию по требованию суда, если она имеет отношение к какому-либо уголовному делу⁵⁹.

В ст. 49 КЗ РТ предусмотрено, что «медицинские и фармацевтические работники в Таджикистане обязаны сохранять врачебную тайну (информацию о состоянии здоровья, о посещении организации здравоохранения) и другие сведения личного характера о больном»⁶⁰. Раздел 25 КЗ РТ, регулирующий вопросы оказания медико-социальной помощи лицам страдающими психическими расстройствами, не регулирует вопросы конфиденциальности. «Инструкция о порядке сообщения сведений о психическом состоянии граждан» запрещает психиатрическим и психоневрологическим учреждениям (отделениям, кабинетам) сообщать какие-либо сведения о больных, состоящих на учёте врача-психиатра, на запросы общего характера, не содержащих указаний о цели и причине запроса, за исключением следственных и судебных органов, психиатрических и психоневрологических учреждений, психиатров в других лечебно-профилактических учреждениях, учреждений других министерств и ведомств, а также вышестоящих органов здравоохранения, военкоматов, ВТЭК, медицинских частей психоневрологических интернатов социального обеспечения и просвещения (п.3). Указанным структурам сведения предоставляются на основании письменного запроса (п.2)⁶¹. Не все исключительные случаи, когда информация может быть передана другим (в частности, государственным структурам) мотивированы какими-либо основаниями или фактами, что предоставляет фактически всем государственным структурам неограниченные возможности для получения такой информации.

В целях защиты сведений составляющих врачебную тайну, в УК РТ предусмотрена уголовная ответственность за разглашение врачебной тайны о заболевании или результатах медицинского освидетельствования пациента без профессиональной или служебной необходимости.⁶²

Несмотря на запрет разглашения сведений в целях конфиденциальности, законодательством не предусмотрены процедуры по хранению таких сведений в целях их более эффективной защиты, а также обязательство персонала по уведомлению больного, что сведения могут быть переданы другим лицам, органам и учреждениям. Кроме того, само понятие конфиденциальности и врачебной тайны в разных НПА приводится по-разному. В ст. 1 КЗ РТ используется термин «конфиденциальность» под которым понимается «сохранение в тайне факта посещения медицинского учреждения, о состоянии здоровья и полученной информация о личности». Ст. 49 КЗ РТ даёт схожее значение врачебной тайне, под которой подразумевается «информация о состоянии здоровья, о посещении организации здравоохранения и другие сведения личного характера о больном». В УК РТ же речь идёт о «врачебной тайне о заболевании или результатах медицинского освидетельствования пациента». То есть УК РТ не содержит таких данных, как «посещение

⁵⁹ См.: 5.1. Конфиденциальность. 5. Прав пользователей услуг в области психического здоровья. Справочник базовой информации по психическому здоровью, правам человека и законодательству. ВОЗ, 2005 г.– С.32.

⁶⁰ Ст. 49 КЗ РТ. Профессиональные обязанности медицинских и фармацевтических работников.

⁶¹ Инструкция о порядке сообщения сведений о психическом состоянии граждан. Приложение № 13 к приказу министра здравоохранения РТ №54 от 09.02.2001 г.

⁶² Ст. 145 УК РТ. Разглашение врачебной тайны.

организации здравоохранения» и «сведения личного характера о пациенте», что может быть серьёзным основанием для избежания от ответственности лица, совершившего противоправное действие.

Таким образом, законодательство РТ предусматривает общее требование о сохранении конфиденциальности информации и врачебной тайне, при оказании медицинских услуг. В то же время, правовое регулирование сохранения конфиденциальности в сфере охраны психического здоровья осуществляется локальным НПА (инструкцией, утверждённой МЗ РТ), которые имеют меньшую правовую силу. В указанной инструкции не предусмотрены все мотивированные основания, при наличии которых конфиденциальные сведения о пациенте передаются в государственные структуры. Законодатель предусматривает механизм защиты от разглашения сведений, составляющих врачебную тайну в УК РТ, но диспозиция данной статьи УК РТ не совпадает с теми определениями, которые даны в КЗ РТ.

3.5. *Право на свободу и личную неприкосновенность*

Статья 9 МПГПП гласит: «1. Каждый человек имеет право на свободу и личную неприкосновенность. Никто не может быть подвергнут произвольному аресту или содержанию под стражей. Никто не должен быть лишён свободы иначе, как на таких основаниях и в соответствии с такой процедурой, которые установлены законом.»⁶³ В замечании общего порядка № 8 (1982) о праве на свободу и личную неприкосновенность Комитет по правам человека отметил (пункт 1), что защита, предусмотренная в соответствии со статьёй 9(1), распространяется на все случаи лишения свободы, в случаях уголовных дел или в других случаях, таких, например, как психическое заболевание».⁶⁴

Согласно п.3 ст.14 Конвенции ООН «О правах инвалидов», государства-участники обеспечивают, чтобы в том случае, если на основании какой-либо процедуры инвалиды лишаются свободы, им наравне с другими полагались гарантии, согласующиеся с международным правом прав человека, и чтобы обращение с ними соответствовало целям и принципам настоящей Конвенции, включая обеспечение разумного приспособления.

Конкретизируя вышеназванные стандарты, ВОЗ указывает, что важным доводом в пользу совершенствования законодательства в области психического здоровья является защита личной неприкосновенности и свобод граждан. Законодательство может обеспечивать подобную защиту различными способами, как, например:

- пропагандировать ценности личной неприкосновенности, гарантируя всем желающим доступ к службам охраны психического здоровья;
- установить чёткие, объективные критерии для принудительной госпитализации и, насколько это возможно, пропагандировать идеи добровольной госпитализации;
- обеспечить необходимую юридическую защиту для принудительно госпитализированных лиц в таких формах, как право на пересмотр решений о принудительном лечении или госпитализации;

⁶³ П.1 ст. 9 МПГПП.

⁶⁴ ...

- гарантировать, что гражданин не может быть госпитализирован принудительно, если существуют применимые к данному случаю альтернативные методы лечения;
- снять необоснованные ограничения на личную неприкосновенность и свободу в стационарных условиях (например, соблюдение права на свободу общения, права на конфиденциальность и права голоса при разработке курса лечения); и
- защитить свободу и личную неприкосновенность в общественной и политической жизни, законодательно закрепив за лицами с ограниченными способностями право избирать и пользоваться гражданскими свободами наравне с остальными гражданами.

Помимо этого, законодательство наделяет людей с психическими расстройствами, членов семей и их личных представителей правом участия в определении курса лечения и принятии других решений, что способствует защите их прав и интересов. Хотя большинство родственников действуют в интересах лица с психическим расстройством, в тех ситуациях, когда члены семей не оказывают непосредственную помощь или не способны принять правильное решение, или наблюдается конфликт интересов, нецелесообразно позволять членам семьи участвовать в процессе принятия ключевых решений или иметь доступ к конфиденциальной информации. Следовательно, законодательство должно, с одной стороны, предоставлять полномочия членам семей для защиты прав лиц с психическими расстройствами, а с другой стороны, контролировать их и выявлять их родственников, вынашивающих скрытые планы или не способных принять правильное решение.⁶⁵

Добровольная и принудительная госпитализация

Ст. 14 Конституции РТ предусматривает, что ограничения прав и свобод человека и гражданина допускаются только с целью обеспечения прав и свобод других, общественного порядка, защиты основ конституционного строя, безопасности государства, обороны страны, общественной морали, здоровья населения и территориальной целостности республики.

Согласно КЗ РТ основанием для госпитализации лица в психиатрическую больницу является наличие у лица психического расстройства, требующего обследования или лечения, которые не могут быть проведены в амбулаторных (внебольничных) условиях. И само помещение лица в психиатрический стационар, за исключением случаев, предусмотренных КЗ РТ, осуществляется по его обращению или согласию (п.п. 1, 2 ст. 185 КЗ РТ). Лицо, признанное в установленном законом порядке недееспособным, помещается в психиатрический стационар по обращению или с согласия его законного представителя. В случае возражения одного из родителей или при отсутствии родителей, либо иного законного представителя помещение несовершеннолетнего в психиатрический стационар проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суде (п.3 ст. 185 КЗ РТ). В то же время, «Положение о психиатрической больнице» предусматривает госпитализацию без согласия лиц, страдающих психическими расстройствами, даже в случае если лицо не признано недееспособным. Согласно абз.2 п.27 положения, если лицу, подлежащему госпитализации, не исполнилось

⁶⁵ См.: Справочник базовой информации ВОЗ по психическому здоровью, правам человека и законодательству. ВОЗ, 2005 г.- С.5.

16 лет, или он по своему психическому состоянию не способен к свободному волеизъявлению, согласие на его госпитализацию должно быть получено от его родственников или законных представителей, а при их отсутствии – от главного психиатра территориального органа здравоохранения. Однако, в положении не предусмотрен перечень указанных «родственников». Данные формулировки противоречат, требованиям КЗ РТ, как в части размещения/госпитализации больного без его согласия (п.3. ст. 185), так и в части перечня лиц, которые могут представлять интересы лица, страдающего психическими расстройствами. Так, согласно п.1. ст. 177 КЗ РТ, лица, страдающие психическими расстройствами, при оказании им медико-психиатрической помощи, для защиты собственных прав и законных интересов вправе пригласить адвокатов или других уполномоченных лиц по своему выбору в порядке, предусмотренном законодательством РТ. Защиту прав и законных интересов несовершеннолетних и лиц, признанных в установленном порядке недееспособными, осуществляют их законные представители, которые для этих целей также имеют право пригласить адвоката или другое лицо по своему усмотрению (п.4 ст. 177 КЗ РТ). При этом, законными представителями несовершеннолетних являются их родители, усыновители, опекуны или попечители, а для лиц, признанных недееспособными в порядке, установленном законодательством РТ, их опекуны или руководители учреждения, оказывающего медико-психиатрическую помощь (п.5 ст. 177 КЗ РТ).⁶⁶ В связи с этим, не понятно кого законодатель причисляет к категории «родственников», которые вправе представлять интересы лица, страдающего психическими расстройствами при госпитализации.

Добровольная госпитализация наделяет пациента правом в любое время покинуть психиатрическое учреждение. Однако данный вопрос осложняется тем фактом, что во многих странах законы наделяют администрацию клиник полномочиями накладывать, при определённых обстоятельствах, вето на право пациента покинуть психиатрическое учреждение. В Принципах ПБ констатируется, что пациенты, госпитализированные не в принудительном порядке, имеют право в любое время покинуть психиатрическое учреждение, если только к ним не применяются критерии для их принудительного содержания.

Добровольная госпитализация и лечение

Когда лицо нуждается в лечении в психиатрическом учреждении, необходимо прилагать все усилия, чтобы избежать принудительной госпитализации.

(Принцип 15(1), Принципы ПБ)

Согласно «Положению о психиатрической больнице», выписка больных, госпитализированных с их согласия или с согласия родственников или законных представителей, производится по окончании обследования, лечения, по выздоровлении или в связи с улучшением психического состояния, делающим нецелесообразным дальнейшее пребывание в стационаре либо по заявлению больного, его родственников или законных представителей. В указанном Положении также предусматривается отказ в выписке (при добровольной госпитализации), если к моменту поступления требования об этом будет установлено, что по своему психическому состоянию они не способны к принятию осознанных решений или представляют

⁶⁶ Ст. 177, раздел 25 КЗ РТ.

непосредственную опасность для себя и окружающих.⁶⁷ В то же время, такое основание, как «не способность к принятию осознанных решений» для отказа в выписке не совсем отвечает принципам добровольной госпитализации. Так как, в случае, когда лицо не осознает своих решений, но не представляет опасности для себя и/или общества, близкие родственники могут изъявить желание для дальнейшего лечения/наблюдения больного в поликлиниках по месту жительства или же в дневных диспансерах.

Наряду с добровольной госпитализацией, бывают ситуации, когда лицо с психическими расстройствами помещается в психиатрическое учреждение без его/её согласия, когда речь идёт о принудительной госпитализации.

Принудительная, или вынужденная госпитализация в психиатрическое учреждение и принудительное лечение продолжают оставаться спорными вопросами в области охраны психического здоровья, так как, с одной стороны, они посягают на личную свободу, право выбора и таят в себе опасность нарушения прав человека по политическим, социальным и другим причинам. С другой стороны, принудительная госпитализация и лечение способны предотвратить причинение вреда здоровью самого пациента и других людей, а также помочь больному осуществить своё право на здоровье, которое, в силу его психического расстройства, он не может сделать самостоятельно. Ряд международно-правовых документов, такие как Принципы ПБ (1991 г.), Европейская конвенция о защите прав человека и основных свобод (1950 г.) и Гавайская декларация (1983 г.), признают, в некоторых случаях, необходимость принудительной госпитализации и лечения лиц с психическими расстройствами. Однако следует отметить, что принудительная госпитализация и лечение требуются лишь для небольшой части пациентов, страдающих психическими расстройствами, и что число случаев принудительного лечения и госпитализации можно уменьшить в дальнейшем благодаря использованию более гуманной терапии и предоставления реальных возможностей для добровольного лечения.⁶⁸

Для принудительной госпитализации, как правило, применяются определённые критерии. Двумя наиболее часто используемыми – и возможно также наиболее важными – критериями для принятия решения о принудительной госпитализации лиц, страдающих психическими расстройствами, являются «серьёзная вероятность непосредственной или неизбежной опасности» и «необходимость лечения». ⁶⁹ В Принципах ПБ указывается, что принудительная госпитализация в психиатрическое учреждение осуществляется, если «психическое заболевание лица является тяжёлым, а умственные способности – ослабленными, отказ от госпитализации или содержания данного лица в психиатрическом учреждении может привести к серьёзному ухудшению его здоровья или сделает невозможным применение надлежащего лечения, которое может быть проведено при условии госпитализации в психиатрическое учреждение...»⁷⁰.

⁶⁷ П.п. 55, 56 «Положения о психиатрической больнице».

⁶⁸ См.: 8.3. Принудительная госпитализация и принудительное лечение. Справочник базовой информации ВОЗ по психическому здоровью, правам человека и законодательству. ВОЗ, 2005 г. – С.46.

⁶⁹ 8.3. Принудительная госпитализация и принудительное лечение. Там же. – С.46.

⁷⁰ См.: Принцип 16.

Критериями, установленными в действующем законодательстве РТ являются такие факты, как если «лицо, имеющее выраженное психическое расстройство, лишаящее его способности к принятию осознанных решений и представляющее по своему психическому состоянию непосредственную опасность для себя и для окружающих или лицо, не охваченное лечением и психиатрической помощью, влекущее за собой опасность для его здоровья и нанесение серьёзного морального и материального ущерба окружающим, может быть госпитализировано в психиатрический стационар по решению врача-психиатра без согласия больного и его законного представителя» (п.1. ст. 186). Кроме того, обоснованность госпитализации в таком случае должна быть подтверждена комиссией врачей-психиатров в порядке, предусмотренном КЗ РТ (п.2 ст. 186). То есть, указанные критерии охватывают требования, рекомендуемые Принципами ПБ, заключающиеся в том, что, во-первых, заболевание должно быть «тяжёлым»; во-вторых, должно быть доказано, что имеет место ослабление умственных способностей (дееспособность); и в-третьих, должны быть разумные основания для сомнения в том, что отказ от госпитализации или содержания данного лица в психиатрическом учреждении может привести к серьёзному ухудшению его здоровья или сделать невозможным применение надлежащего лечения (прогноз результата лечения).

В соответствии со ст. 187 КЗ РТ, лица, принятые в психиатрический стационар в порядке, предусмотренном настоящим Кодексом, подлежат обязательному освидетельствованию в течении 72 часов комиссией врачей - психиатров. В данном случае комиссия должна принять решение об обоснованности госпитализации, либо об отсутствии для этого достаточных оснований. Если госпитализация признается необоснованной и госпитализированный не выражает желания остаться в стационаре, он подлежит немедленной выписке. Если госпитализация признается обоснованной, то заключение комиссии врачей-психиатров в течение 48 часов направляется в суд по месту нахождения психиатрического учреждения для решения вопроса о дальнейшем пребывании лица. Согласно же ст. 308 ГПК РТ, заявление о принудительной госпитализации гражданина подаётся в течение сорока восьми часов с момента помещения гражданина в психиатрический стационар. То есть, имеются явные противоречия относительно сроков, предусмотренных двумя кодексами. «Инструкция о порядке госпитализации психически больных без их согласия и согласия их родственников» устанавливает, что, лица, принятые в психиатрический стационар, подлежат обязательному освидетельствованию в течение 48 часов, исключая общевыходные и праздничные дни. То есть, в случае, если лицо попадает в стационар накануне выходных или праздничных дней, все эти дни лицо должно будет пребывать в стационаре в нарушение требований ГПК РТ. Кроме того, в ГПК РТ устанавливается, что единственным легитимным основанием для принудительной госпитализации является решение суда (п.2. ст. 310 ГПК РТ), тогда как вышеназванная Инструкция не предусматривает необходимость получения судебного решения для этих целей и устанавливает, что лицо может быть госпитализировано (принудительно) по решению врача-психиатра и с санкции прокурора (п.2) и в дальнейшем, решение об обоснованности госпитализации принимается комиссией врачей-психиатров (п.6) и направляется для контроля в орган здравоохранения по подчинённости (п.7). И только по истечении 6-ти месяцев, заключение о необходимости дальнейшего лечения в психиатрическом стационаре направляется в суд, который решает вопрос о дальнейшем пребывании лица в

стационаре (п.8). Таким образом, положения указанной Инструкции, (также как и КЗ РТ) противоречат требованиям ГПК о сроках обязательного освидетельствования, и в части правового основания для принудительной госпитализации.

С одной стороны, данная ситуация может нанести вред состоянию здоровья больного, и с правовой точки зрения, существуют огромные риски для грубейших нарушений его прав на свободу и личную неприкосновенность и права на беспристрастное рассмотрение его дела судом. В то же время, в практике большинства стран, принудительная госпитализация длится от нескольких дней до двух недель, в течение которых подавляющая часть пациентов демонстрирует хорошие признаки выздоровления и/или больше не нуждается в принудительном содержании. Чаще всего какие-либо причины для продления срока принудительного содержания свыше указанного периода отсутствуют. У пациентов может либо наблюдаться положительная динамика, достаточная для выписки, либо они могут себя достаточно хорошо чувствовать, чтобы быть в состоянии принять самостоятельное решение о добровольном продлении лечения. В некоторых странах законодательство не требует рассмотрения дела о принудительной госпитализации надзорным (либо судебным) органом, если ее продолжительность не превышает установленного периода времени. Например, в соответствии с законодательством Южной Африки первоначальный период не должен превышать 72 часа (Закон о психиатрической помощи, No.17, 2002 г.). Страны с низким уровнем дохода на душу населения и ограниченными людскими и финансовыми ресурсами могут найти определённые преимущества в данном подходе, поскольку для механизмов рассмотрения не приходится задействовать непропорционально большое количество ресурсов в ущерб оказываемым услугам в области охраны психического здоровья. Данный подход также соответствует Принципу ПБ 16(2), в котором говорится, что «госпитализация в психиатрическое учреждение или содержание в нём в принудительном порядке осуществляется первоначально в течение непродолжительного периода, определённого внутригосударственным законодательством, в целях наблюдения и проведения предварительного лечения до рассмотрения вопроса о госпитализации или содержания пациента в психиатрическом учреждении надзорным органом»⁷¹.

Таким образом, при согласовании внутреннего законодательства Таджикистана о сроках освидетельствования и принятия решения о госпитализации, необходимо балансировать между правом на предотвращение ущерба здоровью пациента и риска для безопасности других людей, с одной стороны, и правом на лечение (если оно необходимо) или правом пациента отказаться от лечения, с другой. При этом, необходимо объективно оценить возможности и потенциал государственных структур, психиатрического учреждения, также как и репутацию учреждения по соблюдению в ней прав человека, достойного обращения с пациентами и эффективности получаемого лечения в рамках закрытого учреждения.

Психиатрическое освидетельствование

В качестве дополнительной защиты от принудительной госпитализации в Принципах ПБ рекомендуется, чтобы два квалифицированных специалиста,

⁷¹ См.: 8.3.3. Процедура принудительной госпитализации. Справочник базовой информации ВОЗ по психическому здоровью, правам человека и законодательству. ВОЗ, 2005 г.- С. 51.

работающих в области психиатрии, проводили освидетельствование пациента отдельно друг от друга и независимо друг от друга делали соответствующие выводы.⁷² Это важный принцип. Однако в странах с низким уровнем дохода на душу населения вследствие недостаточного количества врачей-психиатров и врачей общей практики, и даже в некоторых развитых странах это часто не представляется возможным или считается непрактичным, следовательно, в законодательстве должны быть отражены альтернативные возможности для проведения освидетельствования. Например, другие аттестованные специалисты по психическому здоровью (социальные работники, прошедшие подготовку по психиатрии, психиатрические медсестры и психологи) могут пройти соответствующую подготовку и получить аттестацию для проведения освидетельствования.⁷³

Понятие психиатрического освидетельствования, а точнее первичного психиатрического освидетельствования дано в «Инструкции о порядке первичного психиатрического освидетельствования» и определено как обследование врачом-психиатром лечебно-профилактического учреждения, осуществляющую психиатрическую помощь, лица, которое ранее не получало психиатрической помощи в данном или другом учреждении либо было снято с диспансерного наблюдения, в связи с выздоровлением или значительным улучшением состояния. Первичное психиатрическое освидетельствование проводится для определения страдает ли обследуемое лицо психическим расстройством и нуждается ли оно в психиатрической помощи.⁷⁴

Согласно данной Инструкции первичное психиатрическое освидетельствование проводится по просьбе или с согласия лица, а в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15-ти лет – по просьбе или с согласия законного представителя. (п.4). В противоречие этой норме, в п.12 Инструкции указывается возраст несовершеннолетнего ребенка, подлежащего освидетельствованию – до 16-ти лет.

Одновременно, ни указанная выше Инструкция, ни КЗ РТ не рассматривают вопросы о необходимости дополнительного освидетельствования лиц, страдающих психическими расстройствами со стороны хотя бы ещё одного специалиста, как рекомендовано Принципами ПБ. Инструкция содержит оговорку, что в случае если врач-психиатр, осуществляющий первичное освидетельствование в амбулаторных условиях затрудняется в решении вопроса о психическом состоянии он может предложить освидетельствуемому повторное амбулаторное либо стационарное обследование. То есть, это возлагается на усмотрение врача-психиатра, что не всегда правильно, так как не каждый врач признается в том, что имеет затруднения в определении диагноза. И в такой ситуации, всегда есть риски, что решение в отношении лица не является беспристрастным, Соответственно, это может быть причиной для нарушения права обследуемого. Тогда как последний также должен иметь право на выражение своего несогласия с результатами освидетельствования.

⁷² Принцип ПБ (16)(1).

⁷³ Кто должен проводить психиатрическое освидетельствование? Справочник базовой информации ВОЗ по психическому здоровью, правам человека и законодательству. ВОЗ, 2005 г. – С.50.

⁷⁴ См.: п.п.1, 2 Инструкции о порядке первичного психиатрического освидетельствования. Приложение №10 к приказу Министра здравоохранения РТ № 54 от 09.02.2001 г.

Первичное психиатрическое освидетельствование может быть произведено без согласия гражданина или его законного представителя только в случаях, когда имеются основания предполагать наличие у него выраженного психического расстройства, обуславливающего его опасность для себя и окружающих, а также которое может повлечь нанесение существенного вреда его здоровью или может причинить ему серьёзный материальный и моральный ущерб, если лицо будет оставлено без лечения и психиатрической помощи (п.13).

Решение о первичном освидетельствовании лица без согласия обследуемого принимает *врач-психиатр* лечебно-профилактического учреждения (отделения, кабинета), оказывающего психиатрическую помощь (п.14). В пункте 16 Инструкции сказано, что «решение о первичном психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия и (или) его законного представителя принимается *комиссией врачей-психиатров* по письменному заявлению (родственников, соседей, врача общемедицинской сети, иных граждан и должностных лиц – п.17) содержащему сведения о наличии оснований для такого освидетельствования, перечисленных в п.п. 13а, 13б. В экстренных случаях заявление может быть устным и должно быть рассмотрено *врачом-психиатром* – немедленно (п.18). То есть, Инструкция содержит другое противоречие (в трёх указанных пунктах) касательно того, кто принимает решение об освидетельствовании без согласия больного.

Согласно требованиям ГПК РТ, решение о принудительном психиатрическом освидетельствовании гражданина принимается судом по месту жительства гражданина на основании заявления врача-психиатра. К заявлению прилагаются мотивированное заключение врача-психиатра о необходимости такого освидетельствования и другие имеющиеся материалы. В течение трёх дней со дня подачи заявления судья рассматривает заявление о принудительном психиатрическом освидетельствовании гражданина и принимает решение о принудительном психиатрическом освидетельствовании гражданина или об отказе в принудительном психиатрическом освидетельствовании гражданина.⁷⁵

Таким образом, указанная выше Инструкция, кроме разночтений внутри самого документа противоречит нормам ГПК РТ, где такое решение принимается судом, также как и требованиям КЗ РТ, который гласит: «Заявление о лечении и освидетельствовании лиц в психиатрических больницах, рассматривается гражданско-процессуальным законодательством Республики Таджикистан»⁷⁶.

Госпитализация/лечение без согласия пациента (непротестные пациенты)

В некоторых случаях пациенты в силу своей болезни не в состоянии дать согласие на лечение и/или госпитализацию, но не выражают отказ от психиатрического вмешательства. К ним относятся лица, которые не соответствуют ни критериям добровольных пациентов, ни критериям принудительной госпитализации (например, лица с тяжёлой формой умственной отсталости). С одной стороны, необходимо предоставить таким «непротестным» пациентам определённые гарантии, а с другой, обеспечить

⁷⁵ Ст. 311 ГПК РТ.

⁷⁶ П.1 ст. 188 КЗ РТ.

госпитализацию и необходимое лечение для лиц, которые не в состоянии дать информированное согласие. Преимущество определения такого режима заключается в том, что лица, которые не отказываются от лечения, ошибочно не рассматриваются в качестве пациентов для принудительного или добровольного лечения; таким путём можно предотвратить потенциальное увеличение количества пациентов, которые могут быть ошибочно госпитализированы в принудительном порядке.⁷⁷

Критерии для добровольной госпитализации или/и лечения являются обычно менее строгими, чем для принудительного содержания. Это делает возможным для пациентов, которые не в состоянии дать информированное согласие, но которым необходимо лечение психического заболевания в стационарных условиях, получить необходимую помощь и уход, даже если, например, они не представляют угрозу для себя и для безопасности других лиц. «Необходимость госпитализации» иногда рассматривается в качестве достаточного критерия. Кроме этой формулировки, ещё используют «необходимость для здоровья», которая также является менее строгой, чем критерии для направления пациента на принудительную госпитализацию. Тот, кто подаёт заявление на лечение непротивного пациента, обычно является его близким родственником или заинтересованным лицом. Назначение опекунов для непротивных пациентов является общепринятой практикой во многих странах. Если эти пациенты отказываются от госпитализации или лечения, их необходимо немедленно прекратить рассматривать как «непротивных», а применить к ним все критерии для принудительной госпитализации и лечения.

Законодательство РТ на сегодня не дифференцирует режим пребывания для «непротивных пациентов» от добровольной и принудительной госпитализации и лечения. Так, КЗ РТ предусматривает такие основания для госпитализации, как «обращение или согласие пациента» (при добровольной госпитализации) (п.2 ст. 185 КЗ РТ), и при признании лица недееспособным, «по обращению или согласию законного представителя» (п.3. ст. 185 КЗ РТ), и «без согласия больного и его законного представителя» (при принудительной неотложной госпитализации), в случае, если лицо имеет выраженное психическое расстройство, лишаящее его способности к принятию осознанных решений и представляющее по своему психическому состоянию непосредственную опасность для себя и для окружающих или лицо, не охваченное лечением и психиатрической помощью, влекущее за собой опасность для его здоровья и нанесение серьёзного морального и материального ущерба окружающим (п.1 ст. 186 КЗ РТ). В последнем случае, для характеристики вида госпитализации в КЗ РТ использован термин «неотложная госпитализация» (то есть, по смыслу, госпитализация, необходимая в чрезвычайных ситуациях). При этом, КЗ РТ не регулирует должным образом все условия для принудительного лечения, ограничиваясь принудительным лечением только в случае чрезвычайной госпитализации. В «Инструкции о порядке госпитализации психически больных без их согласия и согласия родственников», урегулированы вопросы госпитализации не «непротивных пациентов», а именно случаи принудительной (недобровольной) госпитализации (по смыслу). То есть, использованная в законодательстве терминология не совпадает с правовым статусом самих лиц, в отношении которых применяется госпитализация.

Принудительное лечение

⁷⁷ 8.2. Непротестные пациенты. Справочник базовой информации ВОЗ по психическому здоровью, правам человека и законодательству. ВОЗ, 2005 г. – С.51.

Лечение

Каждый пациент имеет право на лечение в обстановке, предусматривающей наименьшие ограничения, и при помощи наименее ограничительных или инвазивных методов, соответствующих необходимости поддержания его здоровья и защиты физической безопасности и других лиц.

(Принципы ПБ (9))

Критерии для принудительной госпитализации и принудительного лечения в значительной степени совпадают. Основное различие, однако, заключается в том, что в случае принудительного лечения пациент не обладает дееспособностью принимать информированное решение. Лечение без согласия пациента должно назначаться только тогда, когда выполнены все нижеперечисленные условия:

1. Решение о наличии у пациента психического расстройства принимается в соответствии с общепринятыми международными медицинскими стандартами.
2. Пациент не обладает дееспособностью давать или не давать информированное согласие на предложенное лечение.
3. Лечение необходимо для:
 - (i) достижения положительной динамики в течение психического расстройства пациента; и
 - (ii) предотвращения ухудшения психического состояния пациента; и/или
 - (iii) защиты пациента от причинения ущерба себе; и/или
 - (iv) защиты других лиц от причинения значительного ущерба.

Лечение без согласия и без разрешения полномочного органа может проводиться только, и исключительно, в чрезвычайной ситуации. Длиться такое лечение будет столько же времени, сколько длится сама чрезвычайная ситуация.⁷⁸

Принудительное лечение не должно длиться дольше необходимого срока, и решение о его назначении должно подлежать систематическому пересмотру лечащим специалистом в области охраны психического здоровья или периодически пересматриваться независимым надзорным органом. В некоторых законодательствах установлен максимальный срок, в течение которого может продолжаться лечение. Одна из основных целей лечения должна заключаться в восстановлении дееспособности пациента, после чего принудительное лечение заканчивается. Пациенты, члены их семей и/или их личные представители должны иметь право на обжалование решения о принудительном лечении в надзорном органе, трибунале и/или судебной инстанции. В этом случае также желательно разработать единые анкеты заявлений для упрощения процесса подачи апелляций в надзорный орган⁷⁹.

Критериями для принудительного лечения согласно законодательству РТ являются наличие у лица психического расстройства, лишаящего его способности к принятию осознанных решений и представляющее по своему психическому состоянию непосредственную опасность для себя и для окружающих.⁸⁰ Диагноз психического расстройства ставится в соответствии с

⁷⁸ См.: Справочник базовой информации ВОЗ по психическому здоровью, правам человека и законодательству. ВОЗ, 2005 г. – С.53.

⁷⁹ См.: Там же. – С.54.

⁸⁰ «Инструкция о порядке госпитализации психически больных без их согласия и согласия родственников». Приложение № 7 к приказу МЗ РТ № 54 от 09.02.2001 г.

общепризнанными международными стандартами и классификацией.⁸¹ При этом, эти стандарты и классификация должны быть разрешены в порядке, установленном уполномоченным государственным органом в сфере здравоохранения.⁸² Законодательство РТ не предусматривает вопрос недееспособности таких лиц давать или не давать информированное согласие на предложенное лечение. Как таковые цели лечения (достижение положительной динамики, предотвращение ухудшения психического состояния и др.) законодательством также не определены. В части сроков лечения, законодательство не гарантирует, что курс лечения будет проводиться только в течение ограниченного периода времени, но устанавливает только минимальный срок для пересмотра решения о принудительной госпитализации/лечения. Так, согласно КЗ РТ: «По истечении шести месяцев с момента помещения в психиатрический стационар, заключение комиссии о необходимости дальнейшего лечения лица в стационаре без его согласия направляется руководителем больницы в суд, который своим решением может продлить стационарное лечение»⁸³. Решение о помещении больного в психиатрический стационар может быть обжаловано и госпитализируемому, его родственникам или законному представителю разъясняется порядок такого обжалования⁸⁴.

Таким образом, право на свободу и личную неприкосновенность в аспекте госпитализации и лечения в психиатрических учреждениях предусматривает некоторые вопросы, как добровольной, так и принудительной госпитализации и лечения. В то же время, часть аспектов все ещё остаётся либо неурегулированной либо не соответствует требованиям международных стандартов.

В частности:

- при решении вопросов принудительной госпитализации в «Положении о психиатрической больнице» используется термин «родственники», перечень которых не определён, хотя в КЗ РТ даётся исчерпывающий перечень лиц, которые являются законными представителями больного;
- в КЗ РТ, в случае госпитализации без согласия, речь идёт о лицах, признанных недееспособными, а в «Положении о психиатрической больнице» такого требования нет;
- ограничение добровольной выписки, предусмотренной законодательством при добровольной госпитализации и лечении, не содержит всех необходимых оснований;
- «Инструкция о порядке госпитализации психически больных без их согласия и согласия их родственников», как и КЗ РТ содержат противоречивые сроки для предоставления документов суд. Кроме того, данная Инструкция противоречит ГПК РТ в части правового основания – решения суда для госпитализации человека;
- при психиатрическом освидетельствовании – вопрос второго (дополнительного) психиатра или врача/другого медперсонала в законодательстве не предусмотрен;

⁸¹ П.1. ст. 187 КЗ РТ.

⁸² П.2 ст. 187 КЗ РТ.

⁸³ П.3 ст. 187 КЗ РТ.

⁸⁴ Ст. 189 КЗ РТ.

- ни КЗ РТ ни другие НПА не делают чётких разграничений между лечением добровольным, принудительным и без согласия пациента (непротестных пациентов). Критерии и условия, предусмотренные для всех трёх режимов лечения смешаны. Все это является не просто техническим упущением, но оказывает воздействие на правовой статус и соблюдение прав лиц, страдающих психическими заболеваниями в психиатрическом учреждении;
- хотя диагноз ставится в соответствии с международными стандартами и классификацией, законодатель ограничивает их действие внутригосударственными процедурами;
- законодательство не гарантирует ограниченный срок для принудительного лечения, хотя предусматривает 6-месячный срок для пересмотра решения;
- законодательством не определены цели психиатрического лечения.

3.6. *Право на здоровье*

Ст. 12 МПЭСКП признает право каждого на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья. Право на здоровье также признается в других международных договорах, таких как Международная конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации (ст. 5(e)(iv), 1965 г.), Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (ст.ст. 11.1(f), 12, 1979 г.), Конвенция о правах ребёнка (ст. 24, 1989 г.).

Замечание общего порядка № 14 Комитета по экономическим, социальным и культурным правам служит основанием для оказания помощи странам по применению ст.12 МПЭСКП. В Замечании общего порядка № 14 констатируется, что право на здоровье включает как свободы, так и права. К свободам относятся право контролировать своё здоровье и тело, включая половую и репродуктивную функции, и право на свободу от всякого вмешательства, например от пыток, и не подвергаться без свободного согласия медицинским или научным опытам. К производным правам относятся право на здоровье, обеспечивающее всем равные возможности в стремлении к наивысшему достижимому уровню здоровья. Согласно толкованию Комитета, право на здоровье включает следующие взаимосвязанные элементы:

- (i) *Доступность*, то есть учреждения и услуги здравоохранения должны быть доступны каждому человеку в необходимом для него количестве,
- (ii) *Доступность* включает:
 - недискриминацию: учреждения и услуги должны быть доступны для всех;
 - физическую доступность: учреждения и услуги должны находиться в физической достигаемости для всех групп населения, особенно для легкоуязвимых и малообеспеченных слоев населения;
 - экономическую доступность: схемы оплаты медицинской помощи должны основываться на принципе справедливости, который гарантирует каждому доступность медико-социальной помощи; и доступность информации: право на поиск, получение и распространение информации и идей, касающихся вопросов здоровья.
- (iii) *Приемлемость*, то есть все учреждения услуги здравоохранения должны соответствовать принципам медицинской этики и культурным критериям
- (iv) *Качество*, то есть учреждения и услуги здравоохранения должны быть также приемлемы с научной и медицинской точек зрения и характеризоваться высоким качеством.

Кроме того, в Замечании общего порядка № 14 говорится, что право на здоровье предусматривает для государств-участников три категории или уровня обязательств: обязательства уважать, защищать и выполнять. Обязательство *уважать* требует от государств воздерживаться от прямого или косвенного посягательства на право на здоровье. Обязательство *защищать* требует от государств принимать меры для недопущения посягательств на предусмотренные в Статье 12 гарантии третьими сторонами. И, наконец, обязательство *выполнять* требует от государств принятия соответствующих законодательных, административных, бюджетных, судебных, стимулирующих и иных действий для полного осуществления права на здоровье.⁸⁵

В аспекте психического здоровья, одним из наиболее важных компонентов права на здоровье, является обеспечение доступа к психиатрической помощи. Законодательство может играть важную роль в улучшении доступа к психиатрической помощи. Улучшение доступа означает повышение возможности получения необходимой медико-социальной помощи в достаточном объеме, на приемлемых финансовых условиях, повсеместно и приемлемого качества. Государство должно принимать меры по ликвидации препятствий на пути к улучшению доступа к психиатрической помощи.

Обеспечение доступа к психиатрической помощи

Принципы 1 (Основные свободы и права) и 8 (Стандарты оказания помощи) Принципов ПБ относятся к обеспечению доступа к высококачественной помощи. Принцип 1 провозглашает право каждого на наилучшую имеющуюся психиатрическую помощь, которая является частью системы здравоохранения и социального обеспечения. Принцип 8 провозглашает право пациента на такую медико-социальную помощь, которая отвечает потребностям пациента и защищает от причинения вреда его здоровью.

(Принципы ПБ (1) (8))

Ч.1 ст. 36 КЗ РТ предусматривает, что граждане РТ имеют право на охрану здоровья и *безвозмездную* медико-санитарную помощь в организациях государственной системы здравоохранения в порядке, установленном Правительством РТ. В иных случаях, оказание медико-санитарной помощи гражданам в организациях государственной системы здравоохранения осуществляется *за счёт средств* физических или юридических лиц в порядке, установленном Правительством РТ. Согласно «Порядку оказания медико-санитарных услуг гражданам РТ в учреждениях системы здравоохранения» (ППРТ от 2.12.2008 г., № 600), главным условием оказания бесплатной медицинской помощи является наличие направления семейного врача, терапевта, педиатра и акушера-гинеколога по месту жительства, а также медицинское заключение надзорной комиссии. При этом, бесплатная помощь гражданам оказывается по социальным и медицинским показателям при наличии подтверждающих документов.⁸⁶ В списке лиц, для которых предусмотрена бесплатная помощь по медицинским показателям, лица, страдающие психическими заболеваниями не указаны. В списке же льготников по социальным критериям предусмотрены определённые категории инвалидов. То есть, лицо с психическими расстройствами может пользоваться бесплатными

⁸⁵ См.: Глава 6. Основные международные и региональные инструменты в области защиты прав лиц с психическими расстройствами.//Там же.- С.10.

⁸⁶ П.п. 3, 4 ППРТ от 2.12.2008 г., № 600.

услугами в области психиатрической помощи, при условии наличия инвалидности и/или если лицо зарегистрировано в качестве безработного, или является малоимущим.⁸⁷ Тем же постановлением определён перечень медицинских услуг, которые отнесены к категории бесплатных. Как таковых специализированных услуг в области охраны психического здоровья данное постановление не выделяет. Однако, по смыслу ППРТ № 600, следующие услуги общего характера должны быть оказаны бесплатно и при психических расстройствах:

1) *В области первичной медико-санитарной помощи:*

• *При профилактике:*

- консультирование и пропаганда укрепления здоровья и формирование здорового образа жизни;
- периодические осмотры школьников;
- наблюдение за состоянием здоровья детей в возрасте до 5 лет;
- диспансерное наблюдение за больными, стоящими на учёте, за исключением дополнительных лабораторных и инструментальных методов исследования;

• *При диагностике:*

- Осмотр пациента;
- Базовые лабораторные и диагностические исследования (общий анализ крови по показаниям, анализ крови на малярию, исследование лонгоской крови на гемотрансмиссивные инфекции, общий анализ мочи по показаниям, микроскопия уретрального и вагинального мазка беременных, анализ мокроты, определение сахара в крови и моче по показаниям);

• *При лечении:*

- Оказание неотложной медицинской помощи;
- Имобилизация;
- Назначение медикаментозного и иных видов лечения;
- Поведение медицинских инъекций (внутривенных, внутримышечных, подкожных);
- Медико-санитарная помощь призванным военной службы;

2) *Медицинская помощь в стационарах:*

- Экстренная стационарная помощь по выведению из состояния угрожающего жизни, согласно перечня состояний, угрожающие жизни больного, утверждённым приказом Министерства здравоохранения Республики Таджикистан.

3) *Стоматологическая помощь:*

- Профилактические осмотры и мероприятия, имеющие профилактическую направленность детям и беременным два раза в год.
- Экстренная стоматологическая помощь.

Стоимость других (специализированных) услуг по охране психического здоровья установлена Приказом МЗСЗН РТ от 01.04.2014 г. (по 16 наименованиям заболеваний), сумма которых колеблется от 410 до 890 сомони в зависимости от вида заболевания.⁸⁸ Таким образом, услуги по охране психического здоровья, оказываемые стационарными учреждениями,

⁸⁷ Приложение 1. Приказ Министра здравоохранения и социальной защиты населения РТ от 5.11.2014 г., № 938-135.

⁸⁸ П.п. 226-239. Нархномаи намуд ва ҳаҷми хизматрасониҳои тиббӣ ба аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар муассисаҳои системаи давлатии тандурустӣ. Фармони Вазири тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии ҶТ аз 01.04.2014 с.

фактически не подпадают под категорию бесплатных (кроме как для отдельной категории населения по социальным признакам). Кроме того, себестоимость указанных услуг в соотношении с установленным минимальным размером оплаты труда и доходами основной части населения, можно считать завышенной, что может служить определённым барьером для реализации права на охрану здоровья, которое не просто должно быть предусмотрено в законодательстве, но и быть доступным.

Исходя из принципа, что уровень оказания психиатрической помощи должен соответствовать уровню всех остальных медицинских услуг в системе здравоохранения, ВОЗ рекомендует сформулировать законодательство таким образом, чтобы оно гарантировало оказание эффективной психиатрической помощи в системе первичной медицинской помощи. В странах с низким уровнем дохода, испытывающих острую нехватку специалистов по психическому здоровью, перевод услуг по охране психического здоровья на уровень первичного звена является наиболее оптимальной стратегией улучшения доступа к психиатрической помощи для групп населения, недостаточно обеспеченных медобслуживанием. Интеграция служб психического здоровья в общую лечебную сеть также способна уменьшить стигматизацию, ассоциируемую с оказанием психиатрической помощи в учреждениях закрытого типа, что приведёт к дальнейшему повышению доступности услуг в области охраны психического здоровья.⁸⁹

Ст.182 КЗ РТ определяет круг учреждений и лиц, оказывающих медико-психиатрическую помощь. Медико-психиатрическая помощь оказывается со стороны психиатрических (психоневрологических) учреждений независимо от форм собственности *в тесном сотрудничестве* с местными службами первичной медико-санитарной помощи и службами социальной защиты в порядке, установленном настоящим Кодексом и другими нормативными правовыми актами РТ (п.1. ст.182). Право на диагностику психических расстройств, лечение депрессивных состояний имеют специалисты семейной медицины в области первичной медицинской помощи, прошедшие специальную подготовку в порядке, установленном уполномоченным государственным органом в сфере здравоохранения (п.2 ст. 182). Установление диагноза психического расстройства, принятие решения и дача заключения для судебного рассмотрения вопроса об оказании медико-психиатрической помощи в недобровольном порядке является исключительным правом комиссии врачей – психиатров (п.3 ст.182). То есть, фактически первичная медико-санитарная помощь является вспомогательным звеном при оказании психиатрической помощи, но не её частью. Согласно «Положению о психиатрическом отделении для больных с сочетанной тяжёлой соматической и психической патологией (соматопсихиатрическом отделении)», психиатрическое отделение для больных с сочетанной тяжёлой соматической и психической патологией организуется в составе крупной многопрофильной больницы и является его структурным подразделением. Данное отделение предназначено для больных , которые в силу выраженности психопатологической симптоматики не могут находиться в общесоматическом отделении, но нуждаются в активном лечении соматических заболеваний и травм, которое может быть осуществлено в условиях психиатрического

⁸⁹ 4. Обеспечение доступа к психиатрической помощи. Справочник базовой информации ВОЗ по психическому здоровью, правам человека и законодательству. ВОЗ, 2005 г. – С.28.

стационара. С одной стороны, наличие отделения в многопрофильной больнице для некоторой категории лиц, страдающих психическими расстройствами облегчает доступность общих медицинских (лечебных, в данном случае) услуг для населения, но с другой, данные отделения предназначены для лечения общесоматических состояний здоровья, но не психических расстройств. Поэтому, достижение принципа функционирования служб психического здоровья по месту жительства затруднено, так как стационарные больницы или психоневрологические диспансеры имеются не во всех административно-правовых единицах Таджикистана. Что касается случаев, когда лицу, помещённому в психиатрическую больницу, нуждается помощь других врачей, согласно «Положению о психиатрической больнице», он может быть переведён в другое лечебное учреждение. Согласно альтернативному отчёту НПО о ходе выполнения РТ МПЭСКП (2006 г.), во многих случаях районная больница находится на отдалённом расстоянии, а у психиатрической больницы нет достаточных средств и возможности оплатить транспортировку больного в центральную районную больницу.⁹⁰

Законодательство играет важную роль в проведении информационно-пропагандистской работы в области оказания медико-социальной помощи лицам с психическими расстройствами по месту жительства и снижения количества случаев принудительной госпитализации, в частности долгосрочной госпитализации, в психиатрические учреждения. Законодательство может ввести в действие принцип **«наименее ограниченной альтернативы»** (лечения в условиях, которые в наименьшей степени ограничивают свободу граждан и одновременно обеспечивают условия для лечения).⁹¹

В КЗ РТ указывается, что основанием для госпитализации в психиатрическую больницу является наличие у лица психического расстройства, требующего обследования или лечения, которые не могут быть проведены в амбулаторных (внебольничных) условиях. И помещение лица в психиатрический стационар, за исключением случаев, предусмотренных настоящим Кодексом, осуществляется по его обращению или согласно (ст. 185 КЗ РТ). При этом, законодательно не закреплены положения о том, что стационарному размещению, к примеру, предшествовало лечение (вне больницы), которое не принесло результатов. Такое положение дел способствует тому, что лечение в стационаре становится фактически единственной альтернативой для больных.

Примеры «наименее ограниченной альтернативы» или деинституализации в законодательстве других стран

Португалия

«оказание психической и психиатрической помощи осуществляется преимущественно по месту жительства во избежание отрыва пациентов от привычной семейной среды и облегчения процесса их реабилитации и социальной интеграции»

(Закон о психиатрической помощи 36, 1998 г., Португалия).

⁹⁰ См.: Альтернативный доклад о ходе выполнения РТ МПЭСКП (2006 г.). – С.50.

⁹¹ 4. Обеспечение доступа к психиатрической помощи. Справочник базовой информации ВОЗ по психическому здоровью, правам человека и законодательству. ВОЗ, 2005 г. – С.30.

Бразилия

Закон Бразилии просто констатирует, что каждый имеет право «на то, чтобы его лечение проходило предпочтительно в системе общинных служб медико-социальной помощи».

(Закон о психиатрической помощи No. 10.216, 2001 г., Бразилия).

Аргентина

В законе Рио-Негро (Аргентина) говорится, что «госпитализация является крайним средством воздействия, прибегать к которому можно только, когда все другие возможности лечения оказались исчерпаны... В любом случае продолжительность пребывания в клинике должна быть, по возможности, как можно более короткой». В отношении уже госпитализированных пациентов в законе говорится, что «восстановление способностей личности, уважение достоинства и прав лиц с психическими расстройствами, способствующее их реинтеграции в общество, является конечной целью данного Закона и всех описанных в нем мероприятий».

(Закон об оказании медицинской и социальной помощи психически больным лицам 2440, 1991 г., Рио-Негро, Аргентина).

(Источник: Справочник базовой информации ВОЗ по психическому здоровью, правам человека и законодательству. ВОЗ, 2005 г.)

Таким образом, право на здоровье в аспекте психического здоровья в законодательстве РТ все ещё нуждается в совершенствовании, в частности в вопросах обеспечения финансовой и физической доступности, приемлемости и достаточности оказываемых услуг населению. Установленный перечень бесплатных услуг, с учётом доходов населения, является достаточно ограниченным, а установленные расценки на лечение психических заболеваний превышают в несколько раз минимальный оклад труда в Таджикистане. Законодатель все ещё не включил полностью вопросы охраны психического здоровья в общую систему лечения, не предусмотрены меры по деинституализации услуг в области психического здоровья.

3.7. Свобода от пыток и жестокого обращения

Защита от пыток, жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения предусмотрена рядом международно-правовых документов, в том числе и для учреждений закрытого/полузакрытого типа, учреждений системы здравоохранения, в особенности для психиатрических стационаров.

Статья 7

Никто не должен подвергаться пыткам или жестоким, бесчеловечным или унижающему его достоинство обращению или наказанию. В частности, ни одно лицо не должно без его свободного согласия подвергаться медицинским или научным опытам.

(Международный пакт по гражданским и политическим правам)

В Замечании общего порядка к Статье 7 МПГПП предусмотрено требование для государств-участников «предоставлять информацию о принудительном содержании в психиатрических больницах, мерах по предотвращению издевательств, процедурах подачи апелляции лицами, поступившими в

стационарные психиатрические учреждения и жалобах, зарегистрированных в период подготовки отчёта»⁹².

Положения Конвенция ООН против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания (1984 г.), как одного из ключевых международно-правовых документов по вопросам свободы от пыток, распространяются и на лиц, страдающих психическими расстройствами. Статья 15 Конвенции ООН «О правах инвалидов» также предусматривает, что никто не должен подвергаться пыткам или жестоким, бесчеловечным или унижающим его достоинство обращениям или наказаниям. В частности, ни одно лицо не должно без его согласия подвергаться медицинским или научным опытам.

Согласно Принципам ПБ, все лица, которые страдают психическим заболеванием или считаются таковыми, имеют право на защиту от экономической, сексуальной и других форм эксплуатации, злоупотреблений физического или иного характера и обращения, унижающего человеческое достоинство (ст. 3, Принцип 1). Принципы ПБ призывают относиться гуманно и с уважением к неотъемлемому достоинству человеческой личности ко всем лицам, которые страдают психическим заболеванием или считаются таковыми (ст. 2, Принцип 1).

Запрет пыток и жестокого обращения в РТ гарантирован, прежде всего, конституционными нормами. В соответствии со ст. 18 Конституции РТ: «Неприкосновенность личности гарантируется государством. Никто не может быть подвергнут пыткам, жестокости и бесчеловечному обращению. Принудительные медицинские и научные эксперименты над человеком запрещаются».

УК РТ предусматривает уголовную ответственность за применение пыток. И хотя диспозиция ст. 143.1 УК РТ не предусматривает в качестве субъекта преступления сотрудников психиатрических учреждений, они подпадают под действие данной статьи, как «иные должностные лица» или «либо с их подстрекательства, или с молчаливого согласия либо с их ведома другим лицом».

Статья 143.1. Пытки

Умышленное причинение физических и (или) психических страданий, совершенное лицом, производящим дознание или предварительное следствие, или иным должностным лицом либо с их подстрекательства, или с молчаливого согласия либо с их ведома другим лицом с целью получить от пытаемого или третьего лица сведения или признания или наказать его за действие, которое совершило оно или в совершении которого оно подозревается, а также запугать или принудить его или третье лицо или по другой причине, основанной на дискриминации любого характера

(Уголовный кодекс РТ)

По мнению общественных организаций, несмотря на тот факт, что понятие пыток, предусмотренное в ст. 143.1 соответствует Конвенции ООН против пыток, наказание, предусмотренное по данной статье не соразмерно с

⁹² Замечания общего порядка 20. Статья 7 МПГПП (сорок четвертая сессия, 1992 г.).

тяжестью совершенных преступлений. Например, статья 143-1, часть 1 предусматривает наказание в виде штрафа, отстранения от должности или лишения свободы сроком до пяти лет.⁹³ Данное положение в комплексе с другими фактами становится причиной продолжающегося применения пыток на практике.⁹⁴

КЗ РТ не предусматривает прямого запрета пыток и жёсткого обращения ни в главе 25, регулирующей вопросы охраны здоровья лиц с психическими расстройствами, ни в других разделах. Ст. 46 КЗ РТ в перечень прав больных относит только уважительное и гуманное отношение медицинских работников и обслуживающего персонала к ним⁹⁵. В ст. 176 КЗ РТ предусмотрено, что диагноз психического расстройства ставится в соответствии с общепризнанными международными стандартами и классификацией (п.1). Для диагностики и лечения лица, страдающего психическим расстройством, применяются медицинские средства и методы, разрешённые в порядке, установленном уполномоченным государственным органом в сфере здравоохранения (п.2). Медицинские средства и методы применяются только в диагностических и лечебных целях в соответствии с характером болезненных расстройств и не должны использоваться для наказания лица, страдающего психическим расстройством, или в интересах других лиц (п.3).

Инструкции МЗ РТ (2001) содержат некоторые требования к применению принудительных мер или мер физического удержания. Согласно «Инструкции о порядке применения принудительных и иных мер медицинского характера в отношении лиц с психическими расстройствами, совершившими общественно-опасные деяния», при проведении принудительного лечения могут применяться только методы диагностики, лечения и реабилитации, разрешённые Министерством здравоохранения РТ.⁹⁶ Меры физического удержания при осуществлении недобровольной госпитализации и пребывания в психиатрическом стационаре применяются только в тех случаях и на то время, когда, по мнению врача-психиатра, иными методами невозможно предотвратить причинение непосредственного и неминуемого ущерба больному и другим лицам.⁹⁷

Таким образом, законодательство Таджикистана в сфере охраны психического здоровья не содержит прямых норм, запрещающих пытки в психиатрических учреждениях. Меры принудительного характера или физического удержания, предусмотренные указанными выше Инструкциями предусмотрены в качестве исключительных мер, когда другие способы воздействия на больного не действуют, в результате чего есть риск причинения ущерба больному самому себе и окружающим. Предусмотренная в законодательстве уголовная ответственность за пытки не соразмерна совершенному преступлению.

⁹³ См.: Совместный доклад НПО в Комитет против пыток перед рассмотрением третьего периодического доклада Таджикистана о ходе выполнения Конвенции против пыток. Душанбе, 2018 г. // www.notabene.tj (период посещения – октябрь, 2018 г.).

⁹⁴ Там же.

⁹⁵ Ст. 46 КЗ РТ. Права больного.

⁹⁶ См.: п.19 «Инструкции о порядке применения принудительных и иных мер медицинского характера в отношении лиц с психическими расстройствами, совершившими общественно опасные деяния». Приложение № 3 к приказу Министерства здравоохранения РТ № 54 от 09.02.2001 г.

⁹⁷ См.: п.11 «Инструкции о порядке госпитализации психически больных без их согласия и согласия их родственников». Приложение № 7 к приказу Министерства здравоохранения РТ № 54 от 09.02.2001 г.

3.8. Законодательные положения, относящиеся к психически больным преступникам

Лица, которые отбывают срок тюремного заключения за совершение уголовных преступлений, или лица, которые иным образом подвергаются задержанию в ходе судебного разбирательства или расследования, возбуждённого против них по обвинению в совершении уголовного преступления, и которые, как установлено, страдают психическим заболеванием или, как предполагается, могут страдать таким заболеванием должны получать наилучшую психиатрическую помощь согласно Принципам ПБ.⁹⁸ Принципы ПБ применяются к этим лицам в возможно более полном объёме, только с таким ограниченным числом изменений и исключений, которые необходимы в данных обстоятельствах. Ни одно из таких изменений или исключений не должно наносить ущерб правам этих лиц в соответствии с Биллем по права человека и других соответствующих документов, таких как Декларация о правах инвалидов и Свод принципов защиты всех лиц, подвергаемых задержанию или заключению в какой бы то ни было форме⁹⁹.

В соответствии с уголовным законодательством РТ, 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 своего действия или бездействия либо руководить ими вследствие хронического психического заболевания, временного расстройства психики, слабоумия или иного болезненного состояния психики¹⁰⁰. Лицу, совершившему предусмотренное уголовным законом общественно-опасное деяние в состоянии невменяемости, могут быть назначены принудительные меры медицинского характера.¹⁰¹ Не подлежит наказанию также лицо, совершившее преступление в состоянии вменяемости, но до вынесения судом приговора заболевшее психической болезнью, лишающей его возможности осознавать опасность своего деяния либо руководить им. К такому лицу судом могут быть применены меры принудительного медицинского характера, а по выздоровлении оно может подлежать наказанию, если не истекли сроки давности, предусмотренные УК РТ¹⁰².

Действующее законодательство также предусматривает случаи, когда лицо с определёнными психическими расстройствами может быть привлечено к уголовной ответственности. В соответствии со ст. 25 УК РТ, «вменяемое лицо, которое во время совершения преступления в силу психического расстройства не могло в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими (ограниченная вменяемость) подлежит уголовной ответственности. Состояние ограниченной вменяемости учитывается при назначении наказания и может служить основанием для назначения принудительной меры медицинского характера»¹⁰³.

⁹⁸ П.1, 2 Принципа 20.

⁹⁹ П.2 Принцип 20, п.5 Принципа 1.

¹⁰⁰ См.: п.1 ст. 24 УК РТ.

¹⁰¹ См.: п.2 ст. 24 УК РТ.

¹⁰² См.: п.3 ст. 24 УК РТ.

¹⁰³ Ст. 25 УК РТ. Уголовная ответственность лиц с болезненными психическими расстройствами, не исключаящими вменяемость (ограниченная вменяемость).

То есть, основаниями назначения принудительных мер медицинского характера согласно УК РТ, являются: состояние невменяемости, если лицо заболело после совершения преступления психическими расстройствами, делающими невозможным назначение или исполнение наказания и при наличии ограниченной вменяемости.¹⁰⁴

В УК РТ предусматриваются следующие принудительные меры медицинского характера, назначаемые судом:

- а) амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра;
- б) принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа;
- в) принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа;
- г) принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением.

Лицам, осуждённым за деяния, предусмотренные УК РТ, и совершенные в состоянии вменяемости, но нуждающиеся в лечении от...токсикомании, болезненных психических расстройств, не исключающих вменяемости, суд наряду с наказанием может назначить принудительную меру медицинского характера в виде амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра или врача-фтизиатра.¹⁰⁵

Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра может быть назначено, если лицо по своему психическому состоянию не нуждается в помещении в психиатрический стационар. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре может быть назначено, если характер и тяжесть психического расстройства лица требуют таких условий лечения, ухода, содержания и наблюдения, которые могут быть осуществлены только в больничных условиях. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа может быть назначено лицу, которое по своему психическому состоянию нуждается в помещении в больницу, но не требует интенсивного наблюдения. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа может быть назначено лицу, которое по своему психическому состоянию требует постоянного наблюдения. 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.¹⁰⁶

¹⁰⁴ Ст. 97 УК РТ. Основания применения принудительных мер медицинского характера.

¹⁰⁵ См.: ст. 98 УК РТ. Виды принудительных мер медицинского характера.

¹⁰⁶ См.: ст. 99 УК РТ. Назначение принудительных мер медицинского характера.

IV. Права и условия содержания лиц с психическими расстройствами в психиатрических учреждениях Республики Таджикистан

Лица с психическими расстройствами в психиатрических клиниках часто содержатся в жутких условиях: отсутствие необходимой одежды или её достаточного количества, антисанитария и нарушение правил гигиены, плохое и недостаточное питание, отсутствие возможности уединения; они часто подвергаются принудительному труду или физической, психической и сексуальной эксплуатации со стороны других пациентов и персонала учреждения.

Подобная ситуация является нарушением международно-принятых норм в сфере прав пациентов и условий содержания в психиатрических учреждениях. По результатам посещения в 2015г. некоторых закрытых учреждений, в том числе психиатрических учреждений, мониторинговой группой при УПЧ РТ, условия содержания, питания и обращения, были названы удовлетворительными. Рекомендации, представленные мониторинговой группой больше сводились к улучшению условий, связанных с финансированием психиатрических учреждений (выделение финансирования на содержание, установление дополнительных коек и т.п.).¹⁰⁷ Касательно законодательства на тот период, мониторинговая группа выразила обеспокоенность некоторыми расхождениями между инструкциями/положениями МЗ РТ от 2001г., которыми до сих пор руководствуются психиатрические учреждения и нормами действующего на тот момент закона РТ «О психиатрической помощи», который утратил силу с принятием КЗ РТ в 2017 г.

В данной главе проанализировано национальное законодательство РТ, прежде всего положения КЗ РТ и других НПА этой сферы на предмет их соответствия международно-правовым нормам и стандартам. Предметы исследования поставлены, но не ограничены в рассмотрении, следующими вопросами:

- ✓ Оговорены ли в законодательстве минимальные требования к психиатрическим учреждениям по поддержанию там безопасной, терапевтически и гигиенически здоровой обстановки?
- ✓ Гарантирует ли законодатель право на уединение для лиц, страдающих психическими расстройствами (обязательные минимальные критерии уединения)?
- ✓ Запрещает ли законодательство использование принудительного труда пациентов или труда, за который больные не получают достойного вознаграждения в психиатрических учреждениях?
- ✓ Содержит ли законодательство положения, относящиеся к образованию, профессиональной подготовке, проведению досуга и отдыха, и отправлению религиозных и культурных потребностей лиц с психическими расстройствами?
- ✓ Констатируется ли в законодательстве, что принудительная изоляция и физическое стеснение должны применяться только в исключительных случаях для предотвращения неизбежного и непосредственного ущерба здоровью самого пациента?

¹⁰⁷ Отчёт по результатам посещений закрытых учреждений РТ. Фаза 2. Душанбе, 2015 г.

- ✓ Констатируется ли в законодательстве, что принудительная изоляция и физическое стеснение никогда не должны применяться в качестве наказания или для удобства персонала психиатрического учреждения?
- ✓ Ограничивает ли законодательство максимальный период времени, в течение которого могут применяться принудительная изоляция и физическое стеснение?

4.1. Соблюдение прав в закрытых психиатрических учреждениях

Пациенты, госпитализируемые в психиатрическое учреждение, должны иметь право на защиту от жестокого, бесчеловечного или унижающего их достоинство обращения (рассмотрено в параграфе 3.7 настоящего анализа), в соответствии с положениями ст.7 МПГПП. Обеспечение безопасной и гигиенически здоровой обстановки и условий жизни является важным условием выздоровления и необходимо для психического благополучия личности. Никто не должен содержаться в опасных и антисанитарных условиях при прохождении курса лечения в клинике. Некоторые психиатрические учреждения не в состоянии обеспечить содержащихся в них лиц необходимой пищей и одеждой, поддерживать требуемый температурный режим в помещениях или предоставить тёплую одежду в зимнее время года, оборудовать комнаты и палаты так, чтобы не нанести вреда пациентам. У них также нет необходимых возможностей для предотвращения распространения инфекционных заболеваний и поддержания минимальных санитарно-гигиенических норм. Нехватка персонала может привести к ситуациям, когда пациенты выполняют хозяйственные работы в больнице бесплатно или в обмен на отдельные уступки. Подобная практика является бесчеловечным и унижающим достоинство обращением, что нарушает положения ст.7 МПГПП.¹⁰⁸

В Принципах ПБ констатируется, что обстановка и условия жизни в психиатрическом учреждении должны быть в максимально возможной степени приближены к условиям нормальной жизни и, в частности, включать возможности для проведения досуга и отдыха, возможности для получения образования и возможности для вероисповедания и профессиональной реабилитации¹⁰⁹.

Законодательство (или подзаконные акты) должны устанавливать минимальные нормы, соблюдение которых в психиатрическом учреждении гарантирует безопасную, терапевтически и гигиенически здоровую обстановку и условия жизни. Законодательство может также содержать положения об «инспекционной комиссии», в задачи которой входит посещение психиатрических учреждений и контроль за соблюдением ими прав пациентов и условий содержания. Необходимо, чтобы законодательство наделяло инспекционную комиссию определёнными полномочиями для принятия действенных мер в случае несоблюдения вышеуказанных условий, так как без

¹⁰⁸ Права пациентов и условия содержания в психиатрических больницах. Справочник базовой информации ВОЗ по психическому здоровью, правам человека и законодательству. ВОЗ, 2005 г.–С.34–35.

¹⁰⁹ Принцип 13.

этого она просто становится невольным пособником творимого беззакония.¹¹⁰

4.1.1. *Право на уединение*

Право на уединение является широким понятием, налагающим определённые ограничения на вторжение общества в частную жизнь человека. К нему относятся право на доступ к информации, право физической неприкосновенности, право на свободу общения и территориальное право. Эти права часто нарушаются в отношении лиц с психическими расстройствами, особенно в психиатрических учреждениях. Например, пациентов на протяжении многих лет могут заставлять жить в огромных общих, зачастую перенаселённых палатах, где мало места для уединения. Может также иметь место нехватка предметов мебели, например, шкафов для хранения личных вещей. Даже когда пациенты содержатся в одноместной или двухместной палате, персонал учреждения или другие пациенты могут нарушать их личное пространство.¹¹¹

Законодательство может в обязательном порядке гарантировать право пациента на физическое уединение и обязать психиатрические учреждения соблюдать данное положение. Однако это может оказаться сложной задачей в связи с низким уровнем дохода на душу населения и недостаточным финансовым обеспечением в стране. Безусловно, требования к соблюдению права на уединение, подразумевающие создание в больнице обстановки, приближенной к домашним условиям, в психиатрическом учреждении значительно отличаются от требований, предъявляемых к ситуациям краткосрочного пребывания в стационаре.¹¹²

Права лиц, находящихся в психиатрической больнице (стационаре) предусмотрены ст.190 КЗ РТ. В данной статье отсутствует норма, гарантирующая право пациента на уединение. «Положение о психиатрической больнице» также не предусматривает права на уединение. В п.43 Положения указывается, для обеспечения условий, благоприятствующих скорейшему психическому и социальному восстановлению больных, а также предупреждению попыток самоубийства, увечий и других несчастных случаев в отделениях должны применяться дифференцированные режимы наблюдения за больными и их содержание. Положения перечисляет эти режимы: «ограничительный», «открытых дверей». «частичной госпитализации», «лечебных отпусков» и др. В самом положении отсутствует более детальная информация об этих режимах. Соответственно, нет информации применяется ли при каких-либо из режимов какой-либо из элементов права на уединение. Из указанного перечня, отдельно утверждена «Инструкция о порядке оформления и учёта лечебных отпусков в психиатрических стационарах», которая гарантирует больным лечебный отпуск для провождения времени с родными и адаптации к внебольничным условиям.¹¹³ «Положение об отделении для принудительного лечения с усиленным режимом наблюдения психиатрической больницы» предусматривает, что свидание с родственниками проводится в специально оборудованном помещении, но в присутствии медицинского персонала и

¹¹⁰ Права пациентов и условия содержания в психиатрических больницах. Там же. – С.35.

¹¹¹ См.: 5.3.2. Право на уединение. Справочник базовой информации ВОЗ по психическому здоровью, правам человека и законодательству. ВОЗ, 2005 г. – С.35.

¹¹² Там же.

¹¹³ Приложение № 8 к приказу Министерства здравоохранения РТ № 54 от 9.02.2001 г.

охраны.¹¹⁴ «Положением о психиатрической больнице» предусматривается возможность пользования предметами личной принадлежности (белье, одежда, косметические и гигиенические средства и др.). Доступ к информации (был рассмотрен детальной в параграфе 3.3.), хотя и предусмотрен ст. 39 КЗ РТ, не обеспечивается должным регулятивным образом, то есть, указанные инструкции/положения не определяют каким образом, в каком количестве информируется больной¹¹⁵. В указанных инструкциях/положениях также не предусмотрены условия общения больных с другими больными или персоналом. Хотя законодательно больным предоставляется систематические возможности общения/встречи с родными/законными представителями. Согласно отчёту по результатам посещений закрытых учреждений РТ (2015), в одной из промониторенных психиатрических больниц были палаты, рассчитанные от 1 до 8 человек, все были переполнены. Была отмечена нехватка мебели и недостаток финансирования.

Таким образом, реализация права на уединение на законодательном уровне не закреплена и фактически не обеспечивается локальными НПА, регулирующими деятельность психиатрических учреждений: в частности, нет механизмов по обеспечению доступа к информации, физической неприкосновенности (обеспечение безопасности больных, в том числе друг от друга), свободы общения, территориальной автономии. Другой субъективной причиной в не соблюдении этого права является недостаток финансирования данных учреждений.

4.1.2. Право на общение с другими лицами. Свобода принимать адвоката и личного представителя

Пациенты, особенно госпитализированные в принудительном порядке, имеют право на свободу общения с внешним миром. Во многих психиатрических учреждениях личные свидания с членами семей, супругами и друзьями ограничены. Общение часто происходит в присутствии персонала учреждения, а личная переписка вскрывается и, в ряде случаев, подлежит цензуре. Законодательство может запретить подобную практику в психиатрических учреждениях. Однако, что касается вопросов конфиденциальности и доступа к информации (см. выше), то здесь могут возникнуть отдельные исключительные обстоятельства, при которых право на свободу общения должно быть ограничено. Если нет разумных сомнений, что неспособность ограничить право пациента на свободу общения может причинить ущерб здоровью пациента или вовлечь какие-либо негативные последствия в будущем, или если подобное общение ведёт к ограничению прав и свобод других, то в этом случае необходимо ограничить право на свободу общения. Например, когда пациент постоянно делает неприятные телефонные звонки или отправляет письма неприятного содержания другим или когда пациент, находясь в депрессивном состоянии, намеревается отправить работодателю письмо с заявлением об уходе. Законодательство может установить такие исключительные обстоятельства, а также гарантировать право пациента на обжалование подобных ограничений.¹¹⁶

¹¹⁴ Приложение № 5 к приказу Министерства здравоохранения РТ № 54 от 9.02.2001 г.

¹¹⁵ Возможно, эти требования предусмотрены функциональными обязанностями персонала данных учреждений или правилами внутреннего распорядка. Однако, на момент проведения анализа указанные материалы не были доступны для исследования.

¹¹⁶ См.: 5.3.3. Право на свободу общения. Справочник базовой информации ВОЗ по психическому здоровью, правам человека и законодательству. ВОЗ, 2005 г. – С.35.

Свобода общения/Права и условия содержания в психиатрических учреждениях

...с) свободы общения, которая включает свободу общения с другими лицами в пределах данного учреждения; свободы отправлять и получать частные сообщения, не подлежащие цензуре; свободы принимать наедине адвоката или личного представителя и, в любое разумное время, других посетителей; и свободы доступа к почтовым и телефонным услугам, а также к газетам, радио и телевидению.

(Принципы ПБ (13)(с))

КЗ РТ предоставляет право больному вести переписку в условиях, исключающих цензуру, также как и принимать посетителей в дни приёма. Эти права могут быть ограничены со стороны лечащего врача и заведующего отделением лишь в случаях крайней необходимости в интересах здоровья или безопасности самого больного либо других лиц (ст. 190). Законодательством предусматривается возможность для общения с адвокатами и иными лицами, представляющими интересы больного, включая законных представителей, которые вправе приступить к исполнению своих обязанностей в любое время с момента обращения к ним, в частности, общаться с лицом, интересы которого они представляют, получать информацию, касающуюся медицинских и других мероприятий, проводимых в отношении этого лица, адвокат вправе также знакомиться с медицинской документацией, имеющей отношение к больному. Однако ни нормы КЗ РТ ни Положения о психиатрической больнице не предусматривают права больного на беспрепятственное общение с адвокатом/законным представителем. Это право может ограничиваться на усмотрение лечащего врача, заведующего отделением. Время посещения больных родственниками, знакомыми, приёма передач регламентируется правилами внутреннего распорядка, утверждаемого главным врачом. Больные в психиатрических учреждениях пользуются также правом переписки (как было сказано в КЗ РТ), получения передач и свиданий.¹¹⁷

Таким образом, право на общение с другими лицами (внешним миром), в частности с родственниками, законными представителями, адвокатом, также как и ведение переписки, доступ к радио, ТВ, интернету и т.п., хотя и предусмотрено законодательством, но имеет в некоторых случаях необоснованные ограничения. Во-первых, посещение адвоката или законного представителя приравнено к посещению других лиц. Тогда как адвокат, так и законный представитель должны обладать более широкими правами на общение с больным (а не подчиняться общему графику встреч), в силу представительства интересов больного. КЗ РТ предусматривает возможность вести переписку, однако процедуры по обеспечению этого права не предусмотрены (как и когда пользоваться сотовым телефоном, в каком количестве и как пользоваться интернетом и др.). Не установлено, в каких случаях переписка может подлежать цензуре, т.е. проверке со стороны администрации.¹¹⁸ По мнению экспертов ВОЗ, цензура, например, может быть оправдана в случаях, когда больной отправляет сообщения неприятного

¹¹⁷ П.48 Положения о психиатрической больнице.

¹¹⁸ Возможно, эти требования предусмотрены функциональными обязанностями персонала данных учреждений или правилами внутреннего распорядка. Однако, на момент проведения анализа указанные материалы не были доступны для исследования

содержания кому-либо. В положениях/инструкциях не содержится обязанность представителей психиатрического учреждения по обеспечению больным ТВ или радио, газет.

4.1.3. Свобода вероисповедания и убеждений

Свобода вероисповедания и убеждений является личным правом и не может ограничиваться даже во время войны или чрезвычайных ситуациях. Поэтому пациенту должна быть предоставлена возможность выполнять религиозные обряды в той степени, в которой это позволяет его состояние. Свобода вероисповедания гарантируется МПГПП и другими международно-правовыми актами. Кроме того, выполнение религиозных ритуалов может оказывать положительное влияние на динамике лечения больного.

Статья 18.

1. Каждый человек имеет право на свободу мысли, совести и религии. Это право включает свободу иметь или принимать религию или убеждения по своему выбору и свободу исповедовать свою религию и убеждения как единолично, так и сообща с другими, публичным или частным порядком, в отправлении культа, выполнении религиозных и ритуальных обрядов и учении.

...3. Свобода исповедовать религию или убеждения подлежит лишь ограничениям, установленным законом и необходимым для охраны общественной безопасности, порядка, здоровья и морали, равно как и основных прав и свобод других лиц.

(Международный пакт о гражданских и политических правах).

Свобода совести и вероисповедания гарантируется ст. 26 Конституцией РТ, также как и другими НПА. Так, согласно ст. 4 закона РТ «О свободе совести и религиозных объединениях», в РТ гарантируется свобода совести и свобода вероисповедания. В том числе, право исповедовать индивидуально или совместно с другими любую религию или не исповедовать никакой. Свободно выбирать, распространять и менять любые религиозные и иные убеждения, а также действовать в соответствии с ними.¹¹⁹ Несмотря на это, ни КЗ РТ, также как и подзаконные инструкции и положения, утверждённые МЗ РТ не содержат норм о возможности осуществления религиозных обрядов в психиатрических учреждениях, но и не запрещают их. В то же время определённое ограничение на осуществление религиозных обрядов предусмотрено ст. 20 вышеназванного закона, который гласит: «Богослужение, религиозные обряды и ритуалы проводятся в молитвенных зданиях, и на относящихся к ним территориях, в святых местах, на кладбищах – в зависимости от особенностей вероисповедания, а также в жилых помещениях и домах граждан»¹²⁰. То есть закон ограничивает круг локаций, где можно проводить религиозные обряды. И хотя, в следующем пункте закона указывается о возможности проведения таких обрядов в больницах, профилакториях, домах престарелых, и инвалидов, в местах предварительного заключения, и лишения свободы, речь идёт о случаях, когда религиозные объединения имеют право всего лишь обращаться с предложениями о проведении религиозных обрядов и ритуалов¹²¹. Но в данном контексте, речь идёт о всего

¹¹⁹ См.: п. 1. ст. 4 Закона РТ «о свободе совести и религиозных объединениях» от 26.03.2009 г., № 489.

¹²⁰ П.3 ст. 20. Там же.

¹²¹ П.4 ст. 20. Там же.

лишь возможной инициативе, которая при этом исходит от религиозных объединений, а не правах на их проведение со стороны отдельно взятых граждан.

Таким образом, несмотря на фундаментальность права на свободу совести и религии, признанную международно-правовыми стандартами, а также наличии гарантий в Конституции РТ и специальном законе, возможность осуществления религиозных обрядов и ритуалов в психиатрических учреждениях не предусмотрена, как и круг локаций, где возможно проведение этих обрядов/ритуалов.

4.1.4. Запрет принудительного труда и право на вознаграждение за труд

Законодательство может запретить использование принудительного труда в психиатрических учреждениях. Сюда попадают ситуации, когда пациентов принуждают к труду вопреки их желанию (например, в связи с нехваткой персонала в учреждении) или когда пациенты не получают за выполненную работу справедливого вознаграждения, или когда пациентов принуждают выполнять работу персонала учреждения в обмен на незначительные уступки.

Принудительный труд не стоит путать с трудотерапией. Он также не относится к ситуациям, когда в рамках программы по реабилитации пациенты должны заправлять кровати или готовить пищу для других пациентов. Однако здесь существуют некоторые неопределённости, и законодательство должно внести максимальную ясность в данные вопросы.

Принцип 13

3. Ни при каких обстоятельствах пациент не может подвергаться принудительному труду. В пределах, совместимых с потребностями пациента и с требованиями администрации учреждения, пациент должен иметь возможность выбирать вид работы, которую он желает выполнять.

4. Труд пациента, содержащегося в психиатрическом учреждении, не должен эксплуатироваться. Любой такой пациент имеет право получать за выполняемую им работу такое же вознаграждение, какое в соответствии с внутригосударственным законодательством или обычаями получило бы за аналогичную работу лицо, не являющееся пациентом. Любой такой пациент во всех случаях имеет право на получение справедливой доли любого вознаграждения, выплаченного психиатрическому учреждению за его работу.

(Принципы ПБ (12)(3)(4))

Конвенция МОТ № 29 «О принудительном или обязательном труде» также призывает стран-участниц упразднить применение принудительного или обязательного труда.¹²² Принудительный или обязательный труд, по смыслу Конвенции МОТ означает всякую работу или службу, требуемую от какого-либо лица под угрозой какого-либо наказания, для выполнения которой это лицо не предложило своих услуг добровольно¹²³.

Ст.ст. 4, 8 Трудового кодекса (ТК) РТ запрещает принудительный труд, за исключением: работы, требуемой на основании законодательства Республики Таджикистан о военной службе; работы, требуемой в условиях чрезвычайных

¹²² Конвенция МОТ № 29 «О принудительном труде» от 27.06.1930 г.

¹²³ П.1 ст. 2 Конвенция МОТ № 29.

обстоятельств, ставящих под угрозу жизнь, личную безопасность или здоровье населения; работы, требуемой вследствие вступившего в законную силу обвинительного приговора суда и выполняемой под надзором уполномоченных государственных органов, ответственных за соблюдение законности при выполнении судебных приговоров. Работник, выполняющий работу в перечисленных выше случаях, не может быть передан в распоряжение отдельных лиц и негосударственных организаций.¹²⁴ Несмотря на то, что новый ТК РТ был принят в 2016 г., в новую редакцию снова не было внесено понятие «принудительного труда». Ни уголовное, ни административное законодательство¹²⁵ не предусматривают ответственности за принудительный труд. Нормы УК РТ о торговле людьми (ст. 130.1), использовании рабского труда (ст. 130.2) и принуждении (ст. 134) не охватывают все возможные формы недобровольного принуждения к работам или услугам.¹²⁶

В то же время, законодательством о психическом здоровье, не установлен запрет на применение принудительного труда пациентов или труда, за который больные не получают достойного вознаграждения в психиатрических учреждениях. «Положение об отделении для принудительного лечения с усиленным режимом наблюдения психиатрической больницы», всего лишь констатирует, что участие больных в трудовых процессах организуется медицинским персоналом¹²⁷. Однако, какие виды трудовой деятельности, общее количество часов и другие вопросы данным Положением (и другими НПА) не определены.

4.2. Требования к условиям и обстановке жизни в психиатрическом учреждении

Обстановка и условия жизни в психиатрическом учреждении должны быть в максимально возможной степени приближены к условиям нормальной жизни лиц аналогичного возраста и, в частности, включать:

- a) возможности для проведения досуга и отдыха;
- b) возможности для получения образования;
- c) возможности покупать или получать предметы, необходимые для повседневной жизни, проведения досуга и общения;
- d) возможности – и поощрение использования таких возможностей – для привлечения пациента к активной деятельности, отвечающей его социальному положению и культурным особенностям, и для осуществления соответствующих мер по профессиональной реабилитации в целях его социальной реинтеграции. Эти меры должны включать услуги по профессиональной ориентации, профессиональному обучению и трудоустройству, с тем, чтобы пациенты могли получить или сохранить работу в обществе.¹²⁸

КЗ РТ не предусматривает каких-либо требований к условиям и обстановке жизни пациентов в психиатрическом учреждении. Согласно «Положению о

¹²⁴ Ст. 8 Трудового кодекса РТ. Принят 23.07.2016 г., № 1329.

¹²⁵ Ст.ст. 94–109 Кодекса об административных правонарушениях (КоАП), относящиеся к нарушениям в сфере трудового законодательства, не содержат положений о привлечении к административной ответственности за принудительный или обязательный труд. См. КоАП РТ.

¹²⁶ Уголовный кодекс РТ. Принят 21.05.1998 г., № 575.

¹²⁷ П.21 «Положения об отделении для принудительного лечения с усиленным режимом наблюдения психиатрической больницы». Приложение № 5 к приказу министра здравоохранения РТ № 54 от 09.02.2001 г.

¹²⁸ См.: п.2 Принцип 13. Принципы ПБ.

психиатрической больнице», содержание, режим и наблюдение за больными в психиатрической больнице должны обеспечивать условия, наиболее благоприятствующие их лечению и социально-трудовой реабилитации, не ущемлять личного достоинства больных и не подавлять их самостоятельность и полезную инициативу.¹²⁹ Так, данное Положение устанавливает продолжительность ночного сна (не менее 6 часов), послеобеденного отдыха – по клиническим показаниям, обязательную для всех ежедневную прогулку (кроме лиц, для которых прописан постельный режим). Питание больных состоит из общих и диетических столов, количество приёма пищи – не должно быть менее трёх раз, с разрывами между завтраком и обедом, обедом и ужином, не превышающим 4-х часов, а между ужином и завтраком – 13 часов. Больные получают еженедельную гигиеническую ванную со сменой нательного и постельного белья (п.п. 44–46).¹³⁰

«Положение об отделении для принудительного лечения с усиленным режимом наблюдения психиатрической больницы», (в которых размещаются психически больные, совершившие общественно опасные деяния и нуждающиеся в больничном содержании и лечении в условиях усиленного режима наблюдения, а также психически больных переводимых по определению суда из отделения судебно-психиатрических экспертиз или из психиатрических отделений с обычным режимом наблюдения по изменению меры медицинского характера¹³¹) предусматривает ежедневные обязательные прогулки, за исключением лиц, находящихся в постельном режиме. Места прогулок для больных этого отделения должны быть изолированы от других отделений и технически закреплены (п.17). Выход больных с территории отделения с усиленным режимом наблюдения и прогулочного двора разрешается только для проведения лечебно-реабилитационных и диагностических мероприятий в сопровождении охраны и медицинского персонала (п.20).

Другими локальными НПА (инструкциями, положениями, утверждёнными МЗ РТ, которые были доступны на момент составления данного анализа) вопросы обеспечения условий для проведения досуга, отдыха, возможности получения образования в условиях психиатрических учреждений, поощрения активности для трудовой реабилитации, не предусмотрены.

Законом РТ «О социальной защите инвалидов в РТ» регулируются вопросы, связанные с образованием и профессиональной подготовкой инвалидов. Согласно указанному закону, инвалидам гарантируются необходимые условия для получения образования и профессиональной подготовки¹³². Им бесплатно обеспечиваются дошкольное, общее, начальное профессиональное, среднее профессиональное, высшее профессиональное, послевузовское профессиональное образование, дополнительное и специальное образование в государственных образовательных учреждениях общего и специального типа в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалидов (ст. 17).

¹²⁹ См.: п. 42 «Положения о психиатрической больнице». Приложение № 1 к приказу Министра здравоохранения РТ № 54 от 09.02.2001 г.

¹³⁰ Там же.

¹³¹ П.1 «Положения об отделении для принудительного лечения с усиленным режимом наблюдения психиатрической больницы». Приложение № 5 к приказу министра здравоохранения РТ № 54 от 09.02.2001 г.

¹³² Закон РТ «О социальной защите инвалидов» от 29.12.2010 г., № 675.

Детям, постоянно пребывающим в стационарных учреждениях, воспитание и образование должно быть обеспечено со стороны данных учреждений (ст. 22). Профессиональное образование инвалидов осуществляется в учреждениях общего образования учебных заведениях, а инвалидам, нуждающимся в специальных условиях для получения профессионального образования, создаются специальные профессиональные образовательные учреждения различных типов и видов или соответствующие условия в профессиональных образовательных учреждениях (абз.1 ст. 23).

Образование, обучение и профессиональная переподготовка взрослых осуществляется согласно закону РТ «Об образовании взрослых», который предусматривает основные направления образования взрослых, форму организации образования, состав обучающихся взрослых и другие вопросы¹³³. Взрослые обучающиеся инвалиды и лица с ограниченными возможностями также являются субъектами учебно-воспитательного процесса (ст. 22). Образовательные учреждения для взрослых (государственных, негосударственных, совместных и международных форм собственности) осуществляют свою деятельность в различных формах: учебно-производственной, центров обучения взрослых государственных органов занятости населения, учебных центров при предприятиях, учреждениях, организациях, учебно-производственных центров, краткосрочных курсов и т.д. (ст. 11). И хотя закон предписывает широкий перечень организационных форм обучения, информации о функционировании учебных (учебно-производственных и т.д.) центров при психиатрических стационарах нет.

Таким образом, на законодательном уровне обеспечение условий для досуга и отдыха пациентов психиатрических учреждений не в полной мере, не предусмотрено: урегулированы вопросы сна, питания, прогулок, общения. Ни в инструкциях/положениях, ни в КЗ РТ нет информации об организации условий для образования (обучения), профессиональной подготовки для дальнейшей реабилитации. Законодательством РТ в сфере образования, также как и в области социальной защиты инвалидов хотя и гарантировано право на образование, как для детей (инвалидов), так и для взрослых, нет четких процедур по организации такого обучения при стационарных учреждениях. В законе РТ «О социальной защите инвалидов» предусмотрено только требование, что такое обучение (для детей-инвалидов) должно быть организовано со стороны самого стационарного учреждения. Положения, регулирующие деятельность психиатрических учреждений не содержат таких сведений.

Учитывая вышеизложенное можно сделать вывод, что условия (те, которые предусмотрены законодательством) пребывания лиц с психическими расстройствами не приближены к условиям нормальной жизни, что может создать огромные препятствия для успешного лечения и реабилитации больных в этих учреждениях.

¹³³ Закон РТ «Об образовании взрослых» от 24.02.2017 г., № 1394.

V. Выводы и рекомендации

5.1. Выводы

Проведённый анализ показал, что законодательство РТ в области прав лиц находящихся в психиатрических учреждениях нуждается в реформе с целью его приведения в соответствие как с международными стандартами, так и реалиями правоприменительной практики, ввиду действия в системе нынешнего законодательства в области охраны психического здоровья, подзаконных НПА от 2001 г. и принятия сравнительно нового Кодекса здравоохранения РТ, а также изменений в политической, экономической и социальной жизни страны.

✓ Отсутствие самостоятельного стратегического документа в области охраны психического здоровья

В Таджикистане на сегодня отсутствует отдельный стратегический документ, определяющий приоритетные направления развития сферы охраны психического здоровья. Документы о развитии (НСР до 2030 г., СПСЭР на 2016–2020 гг.), также как программы в области социальной защиты населения (Концепция социальной защиты населения, НПРИ на 2017–2020 гг.) подчёркивают необходимость повышения качества оказания медицинских услуг и формирования здорового образа жизни, в то же время, не определёнными остаются принципы и цели охраны психического здоровья. Другие немаловажные компоненты политики в сфере психического здоровья (компетентные органы, финансирование, приоритетные направления развития), также разрозненно и только частично либо косвенно определены в указанных выше документах. Все это в комплексе влияет на качество и эффективность принимаемых мер и реализации законодательства в области охраны психического здоровья, и в особенности, в отношении лиц, находящихся в закрытых учреждениях.

✓ Компетентные государственные органы в сфере охраны психического здоровья чётко не обозначены законодательством

Законодательством определены компетентные государственные органы в сфере здравоохранения в целом, а также в такой конкретной сфере, как реабилитация инвалидов (по итогам исследования указанных выше программ/стратегий). Однако, на сегодня, не определена чёткая компетенция уполномоченных государственных органов в сфере охраны психического здоровья, не упомянута координация действий со всеми задействованными структурами (например, правоохранительными органами и др.), что может отразиться на эффективности реализации поставленных целей и задач, а также достижению установленных приоритетов. Другими дополнительными рисками могут быть – возможное дублирование полномочий и снижение актуальности данной сферы.

✓ Недостаточность финансирования сферы психического здоровья

Несмотря на некоторые продвижения в сфере увеличения финансирования сферы здравоохранения в целом (данные о финансировании сферы охраны психического здоровья, на момент составления анализа не были доступны), указанных запланированных расходов не достаточно. Общественные организации в ходе мониторинга закрытых учреждений, в том числе и учреждений системы здравоохранения/психического здоровья, также

отмечали нехватку финансовых средств для поддержания/лечения и ухода за лицами, находящимися в учреждениях стационарного типа.

✓ **Терминология в области охраны психического здоровья нуждается в упорядочении**

Законодательство РТ содержит некоторые рекомендуемые термины, применяемые в сфере охраны психического здоровья. Однако, наблюдаются некоторые противоречия, как с рекомендованными международными стандартами, так и внутри национального законодательства, между различными НПА. Некоторые из терминов не совсем чёткие и не всегда понятно, что именно подразумевает законодатель. Неоднозначными являются такие термины, как «психическое расстройство/заболевание», «душевная болезнь», «психически больной». Имеются расхождения в терминологии между КЗ РТ и инструкциями/положениями Министерства здравоохранения РТ от 2001 г. Кроме того, не все термины, в которых есть необходимость быть определёнными (имеющие не просто правовую интерпретацию, но и соответствующий правовой статус), предусмотрены действующим законодательством. Так, не определены такие термины как «добровольное лечение», «лечение без согласия», «добровольная и принудительная госпитализация», «принудительное психиатрическое освидетельствование» (предусмотрено ст. 311 ГПК РТ, но понятие не раскрыто), «родственники». Некоторые термины, хотя и применяемые в тексте КЗ РТ, но определены исключительно инструкциями 2001 г., такие как «первичное психиатрическое освидетельствование».

✓ **Ограничение некоторых прав и законных интересов лиц с психическими расстройствами не всегда предусмотрено в законодательстве чётко и обоснованно (согласно требованиям Сиракузских принципов)**

- услуги по охране психического здоровья, оказываемые стационарными учреждениями фактически не подпадают под категорию бесплатных (кроме как для отдельной категории населения по социальным признакам). Кроме того, себестоимость указанных услуг в соотношении с установленным минимальным размером оплаты труда и доходами основной части населения, можно считать завышенной, что может служить определённым барьером для реализации права на охрану психического здоровья, которое не просто должно быть предусмотрено в законодательстве, но и быть доступным;
- участие адвоката по делам, связанным с признанием гражданина недееспособным хотя и предусмотрено законодательством, однако не является обязательным, что может повлиять на интересы лиц с психическими расстройствами, так как не всегда заявители о признании лица недееспособным действуют в его интересах, а представители государственных структур, участвующих в производстве не всегда: 1) обладают всей информацией; 2) добросовестно выполняют свои обязательства в силу перегруженности делами или коррупционных составляющих. В таких случаях, может быть нарушен один из Сиракузских принципов о том, что ограничение не готовится или не налагается произвольно, то есть необоснованным или иным дискриминирующим образом;

- лишение прав и ограничение законных интересов лиц, страдающих психическими расстройствами (п.4. ст. 175 КЗ РТ) на основании «осмотра психиатра» и «нахождения лица под диспансерным контролем в психиатрическом стационаре или психоневрологическом учреждении» предусмотрены в противоречии с нормами ГК РТ (о правовых последствиях признания лица недееспособным) и КоАП РТ о лишении граждан специальных прав. Кроме того, в КЗ РТ не предусматривается перечень специальных прав, которые могут быть при этом ограничены.

✓ **В законодательстве все ещё не разработан механизм защиты от дискриминации по признаку здоровья**

Законодательство РТ гарантирует равноправие граждан. запрет на дискриминацию. в частности в отношении инвалидов. но с другой стороны. не предусматривает необходимых условий. чтобы лица. страдающими психическими заболеваниями могли бы полноценно реализовывать свои права и свободы и не были подвержены дискриминации.

✓ **Информированное согласие, уведомление о правах и доступ к информации - ограничиваются нормами законодательства РТ**

Законодательство РТ устанавливает информированное согласие больного на госпитализацию (за исключением случаев, предусмотренных законом), при котором больному и/или его близким родственникам (опекунам) должны быть разъяснены основания и цели помещения в психиатрическое учреждение. Однако, национальные НПА не содержат норм о необходимости информирования граждан об их правах, кроме возможности обжалования решения о госпитализации. Законодательство также ограничивает доступ больного и/или родственников/опекунов к информации, содержащейся в соответствующих медицинских картах/истории болезни (медицинской документации), не определяет какая именно информация не подлежит разглашению (кроме случаев, когда это может навредить здоровью больного) или частично не подлежит и по какой причине; не устанавливает всех мотивированных исключительных обстоятельств и сроков (временных рамок), при которых в доступе к информации может быть отказано. Не предусмотрен порядок обжалования решения об ограничении такой информации.

✓ **Право на конфиденциальность информации хотя и гарантировано законодательством, но не охватывает все необходимые процедуры по его соблюдению**

Законодательство РТ предусматривает требование о сохранении конфиденциальности информации или врачебной тайне, при оказании медицинских услуг. В то же время правовое регулирование сохранения конфиденциальности в сфере охраны психического здоровья осуществляется локальным НПА (инструкцией, утверждённой МЗ РТ), которые имеют меньшую правовую силу. Предусматривается механизм защиты от разглашения сведений, составляющих врачебную тайну в УК РТ, но диспозиция этой статьи УК РТ не совпадает с теми, которые предусмотрены КЗ РТ. Несмотря на запрет разглашения сведений в целях конфиденциальности, законодательством не предусмотрены процедуры по хранению таких сведений в целях их более эффективной защиты, а также обязательство персонала по уведомлению больного, что сведения могут переданы другим лицам, органам и учреждениям. Не все исключительные случаи, когда информация может быть передана

другим (в частности, государственным структурам) мотивированы достаточными основаниями или фактами, что предоставляет фактически всем государственным структурам неограниченные возможности для получения такой информации.

- ✓ **Национальное законодательство, а в частности инструкции и положения Министерства здравоохранения РТ (№ 54, 2001г.) в некоторых случаях посягают на нарушение права на свободу и личную неприкосновенность лиц, страдающих психическими расстройствами, и противоречат другим НПА в данном контексте**
- Положение о психиатрической больнице в противоречие КЗ РТ устанавливает госпитализацию без согласия больного и для лиц, которые не признаны судом недееспособными. Кроме того, в Положении указывается, что согласие на госпитализацию в таких случаях могут дать родственники или законные представители больного. В то время как КЗ РТ устанавливает определённый перечень лиц, которые могут представлять интересы больного, к которым отнесены адвокат, законными представителями несовершеннолетних являются их родители, усыновители, опекуны или попечители, а для лиц, признанных недееспособными в порядке, установленном законодательством Республики Таджикистан, их опекуны или руководители учреждения, оказывающего медико-психиатрическую помощь.
- В указанном Положении также предусматривается отказ в выписке (при добровольной госпитализации), если к моменту поступления требования об этом будет установлено, что по своему психическому состоянию они не способны к принятию осознанных решений или представляют непосредственную опасность для себя и окружающих. В то же время, такое основание, как «неспособность к принятию осознанных решений» для отказа в выписке не совсем отвечает принципам добровольной госпитализации. Так как, в случае, когда лицо не осознает своих решений, но не представляет опасности для себя и/или общества, близкие родственники могут изъявить желание для дальнейшего лечения/наблюдения больного в амбулаторных условиях.
- Критерии, установленные в законодательстве для принудительной госпитализации, являются обоснованными согласно международно-правовым стандартам, тогда как процедуры по этой госпитализации установлены национальными НПА в противоречии друг с другом. Инструкция о порядке госпитализации психически больных без их согласия и согласия их родственников (также как и КЗ РТ) противоречат требованиям ГПК о сроках обязательного освидетельствования, которое установлено в 48 часов с момента помещения гражданина в психиатрический стационар. КЗ РТ устанавливает этот срок в 72 часа для принятия заключения и ещё 48 часов для направления заключения в суда. Инструкция же устанавливает 48 часов, исключая праздничные и выходные дни. Кроме того, согласно ГПК РТ, основанием для госпитализации является – решение суда, а согласно Инструкции решение комиссии, которое направляется для контроля в территориальный отдел здравоохранения.

- ✓ **На законодательном уровне все ещё существуют барьеры для обеспечения эффективного доступа населения к праву на здоровье в аспекте психического здоровья.**

Право на здоровье в аспекте психического здоровья в законодательстве РТ все ещё нуждается в совершенствовании, в частности в вопросах обеспечения финансовой и физической доступности, приемлемости и достаточности оказываемых услуг населению. Установленный перечень бесплатных услуг, с учётом доходов населения, является достаточно ограниченным, а установленные расценки на лечение психических заболеваний превышают в несколько раз минимальный оклад труда в Таджикистане. Законодатель все ещё не включил полностью вопросы охраны психического здоровья в общую систему лечения, не предусмотрены меры по деинституализации услуг в области психического здоровья.

- ✓ **В законодательстве нет прямого запрета применения пыток и жестокого обращения**

Законодательство в сфере охраны психического здоровья не содержит прямых норм, запрещающих пытки в психиатрических учреждениях. Меры принудительного характера или физического удержания, предусмотренные рассмотренными выше Инструкциями предусмотрены в качестве исключительных мер, когда другие способы воздействия на больного не действуют, в результате чего есть риск причинения ущерба больному самому себе и окружающим. Предусмотренная в законодательстве уголовная ответственность за пытки не соразмерна совершенному преступлению.

- ✓ **Право на свободу и личную неприкосновенность в аспекте госпитализации и лечения в психиатрических учреждениях предусматривает некоторые вопросы, как добровольной, так и принудительной госпитализации и лечения. В то же время, часть аспектов все ещё остаётся либо неурегулированной либо не соответствует требованиям международных стандартов**

В частности:

- при решении вопросов принудительной госпитализации в «Положении о психиатрической больнице» используется термин «родственники», перечень которых не определён, хотя в КЗ РТ даётся исчерпывающий перечень лиц, которые являются законными представителями больного;
- в КЗ РТ, в случае госпитализации без согласия, речь идёт о лицах, признанных недееспособными, а в «Положении о психиатрической больнице» такого требования нет;
- ограничение добровольной выписки, предусмотренной законодательством при добровольной госпитализации и лечении, не содержит всех необходимых оснований;
- «Инструкция о порядке госпитализации психически больных без их согласия и согласия их родственников», как и КЗ РТ содержат противоречивые сроки для предоставления документов суд. Кроме того, данная Инструкция противоречит ГПК РТ в части правового основания - решения суда для госпитализации человека;
- при психиатрическом освидетельствовании - вопрос второго (дополнительного) психиатра или врача/другого медперсонала в законодательстве не предусмотрен;
- ни КЗ РТ ни другие НПА не делают чётких разграничений между лечением добровольным, принудительным и без согласия пациента (непротестных

пациентов). Критерии и условия, предусмотренные для всех трёх режимов лечения смешаны. Все это является не просто техническим упущением, но оказывает воздействие на правовой статус и соблюдение прав лиц, страдающих психическими заболеваниями в психиатрическом учреждении;

- хотя диагноз ставится в соответствии с международными стандартами и классификацией, законодатель ограничивает их действие внутригосударственными процедурами;
- законодательство не гарантирует ограниченный срок для принудительного лечения, хотя предусматривает 6-месячный срок для пересмотра решения;
- не предусматриваются цели лечения.

✓ **Законодательство РТ не обеспечивает реализацию права на уединение в психиатрических стационарах**

Реализация права на уединение на законодательном уровне не закреплена и фактически не обеспечивается локальными НПА, регулирующими деятельность психиатрических учреждений: в частности, нет механизмов по обеспечению доступа к информации, физической неприкосновенности (обеспечение безопасности больных, в том числе друг от друга), свободы общения, территориальной автономии. Другим немаловажным звеном в соблюдении этого права является недостаток финансирования данных учреждений.

✓ **Право на общение предусмотрено в законодательстве, но имеет необоснованные ограничения в одних случаях (общение с адвокатом, законными представителями) и не обеспечено в других (не урегулирован вопрос доступа и пользования средствами связи и коммуникации)**

Право на общение с другими лицами (внешним миром), в частности с родственниками, законными представителями, адвокатом, также как и ведение переписки, доступ к радио, ТВ, интернету и т.п., хотя и предусмотрено законодательством, но имеет в некоторых случаях необоснованные ограничения. Во-первых, посещение адвоката или законного представителя приравнено к посещению других лиц. Тогда как адвокат, так и законный представитель должны обладать более широкими правами на общение с больным (а не подчиняться общему графику встреч), в силу представительства интересов больного. КЗ РТ предусматривает возможность вести переписку, однако процедуры по обеспечению этого права не предусмотрены (как и когда пользоваться сотовым телефоном, в каком количестве и как пользоваться интернетом и др.). Не установлено, в каких случаях переписка может подлежать цензуре, т.е. проверке со стороны администрации. В положениях/инструкциях не содержится обязанность представителей психиатрического учреждения по обеспечению больным ТВ или радио, газет.

✓ **Свобода вероисповедания и убеждений законодательно ограничена в психиатрических учреждениях**

Несмотря на фундаментальность права на свободу совести и религии, признанного международно-правовыми стандартами, а также наличия гарантий в Конституции РТ и специальном законе, возможность осуществления религиозных обрядов и ритуалов в психиатрических учреждениях не предусмотрена, как и круг локаций, где возможно проведение этих обрядов/ритуалов.

✓ **Отсутствие запрета принудительного труда в законодательстве о психическом здоровье**

ТК РТ запрещает принудительный труд. Однако ни административным ни уголовным законодательством не предусмотрена ответственность за применение принудительного труда. КЗ РТ, также как и другие НПА, включая инструкции и положения МЗ РТ в области психического здоровья не запрещают принудительный труд пациентов, что может привести к злоупотреблению со стороны сотрудников, в том числе при назначении трудотерапии для них.

✓ **Условия пребывания в психиатрических учреждениях, предусмотренные на законодательном уровне, не приближены к нормальным условиям жизни**

На законодательном уровне обеспечение условий для досуга и отдыха пациентов психиатрических учреждений не в полной мере, но предусмотрено: урегулированы вопросы сна, питания, прогулок, общения. Ни в инструкциях/положениях, ни в КЗ РТ нет информации об организации условий для образования (обучения), профессиональной подготовки для дальнейшей реабилитации. Законодательством РТ в сфере образования, также как и в области социальной защиты инвалидов хотя и гарантировано право на образование, как для детей (инвалидов), так и для взрослых, нет чётких процедур по организации такого обучения при стационарных учреждениях. В законе РТ «О социальной защите инвалидов» предусмотрено только требование, что такое обучение (для детей-инвалидов) должно быть организовано со стороны самого стационарного учреждения. А положения, регулирующие деятельность психиатрических учреждений не содержат таких сведений.

Учитывая вышеизложенное можно сделать вывод, что условия (те, которые предусмотрены законодательством) пребывания лиц с психическими расстройствами не приближены к условиям нормальной жизни, что может создать огромные препятствия для успешного лечения и дальнейшей реабилитации больных в этих учреждениях.

5.2. Рекомендации

Изложенные выше выводы по результатам исследования законодательства РТ являются достаточным основанием для того, чтобы рекомендовать необходимость реформирования вопросов, связанных с соблюдением прав лиц в психиатрических учреждениях. В особенности, речь идёт о необходимости совершенствования правового регулирования этих вопросов, представленного со стороны Кодекса здравоохранения РТ и локальных нормативно-правовых актов, утверждённых министром здравоохранения РТ ещё в 2001 году.

Стратегия по охране психического здоровья в Таджикистане:

В Таджикистане необходимо принять Стратегию или программу по охране психического здоровья в Таджикистане и включить такие цели как улучшение психического здоровья населения, уважительное отношение к человеку и ориентацию на удовлетворение запросов пациентов, соблюдение принципа равноправия при распределении ресурсов между географическими районами, паритет между службами охраны психического здоровья и общей лечебной сетью и др. определить при этом ответственные государственные структуры, финансирование, приоритетные направления развития. Целями законодательства

по охране психического здоровья должны быть: недискриминация лиц с психическими расстройствами; пропаганда защита прав лиц с психическими расстройствами; улучшение доступа к службам охраны психического здоровья; оказание психиатрической помощи по месту жительства.

Терминология:

Привести терминологию, использованную в законодательстве РТ в соответствие с международно-правовыми нормами и национальными НПА друг с другом («психическое расстройство/заболевание», «душевная болезнь», «психически больной») и дать им чёткое определение. Включить все ключевые термины, которые не охвачены законодательством («добровольное лечение», «лечение без согласия», «добровольная и принудительная госпитализация», «принудительное психиатрическое освидетельствование и др.).

Ограничение прав:

Во всех случаях ограничения прав лиц страдающих психическими расстройствами и в частности при признании лица недееспособным, установить обязательное участие адвоката. Ч.4 ст.175 КЗ РТ привести в соответствие с требованиями ГК и КоАП об основаниях и порядке ограничения/лишения прав.

Механизм защиты от дискриминации по признаку здоровья:

Разработать и внедрить правовой механизм защиты лиц с психическими расстройствами от дискриминации по признаку здоровья.

Доступ к информации/уведомление о правах:

Включить в КЗ РТ и другие НПА обязательства психиатрических учреждений по обязательному информированию лиц с психическими расстройствами или их законных представителей о правах, которыми они обладают, находясь в психиатрическом учреждении.

Закрепить в законодательстве доступ больного и/или законных представителей к информации, содержащейся в соответствующих медицинских картах/истории болезни (медицинской документации). При ограничении доступа больного к информации, предусмотреть это в качестве крайней меры и предусмотреть какая именно информация не подлежит разглашению или частично не подлежит раскрытию и по какой причине; установить крайние сроки для таких ограничений.

Конфиденциальность информации:

Включить вопросы сохранения конфиденциальности в главу КЗ РТ, регулиющую сферу психического здоровья. Привести содержание информации о конфиденциальности или врачебной тайне КЗ РТ с нормами УК РТ (о конфиденциальности). Разработать механизм хранения конфиденциальной информации.

Право на свободу и личную неприкосновенность:

– Установить в законе, что лицами, дающими согласие на госпитализацию в случаях, когда лицо признано недееспособным, являются только законные представители (а не родственники).

- установить единые сроки (привести нормы КЗ РТ и Инструкций в соответствие с нормами ГК РТ) для подачи заявления в суд. Предусмотреть, что единственным основанием для госпитализации является решение суда
- дифференцировать (дать чёткое разграничение) в законодательстве три режима лечения: добровольное, без согласия (непротестные пациенты) и принудительное лечение;
- предусмотреть, что диагноз всегда ставится в соответствие с международно-принятыми нормами и классификациями;
- гарантировать в законодательстве ограниченный срок для принудительного лечения.

Право на уединение:

Закрепить в законодательстве право на уединение: в частности, разработать механизмы по обеспечению различных компонентов права на уединения – доступа к информации, физической неприкосновенности (обеспечение безопасности больных, в том числе друг от друга), свободы общения, территориальной автономии.

Право на общение:

При праве на общение предусмотреть нормы о беспрепятственном доступе адвоката /законного представителя к больному, находящему в стационаре, статус которых отличается от других посетителей.

В законодательстве также закрепить правовые гарантии права на общение посредством переписки без цензуры администрации, телефонных разговоров, радио, ТВ.

Свобода вероисповедания и убеждений:

Предусмотреть в законодательстве правовые гарантии свободы вероисповедания, включая возможности для осуществления религиозных ритуалов и обрядов в период пребывания в психиатрических учреждениях.

Запрет принудительного труда и право больного на вознаграждение:

Установить запрет на применение принудительного труда в психиатрических учреждениях. В административном или уголовном кодексе предусмотреть ответственность за применение принудительного труда.

Условия пребывания в психиатрических учреждениях:

В КЗ РТ и другие НПА включить положения по организации обучения и профессиональной подготовки/переподготовки лиц, страдающих психическими заболеваниями для эффективной реабилитации больных и дальнейшем включении их в общественную жизнь.

Список использованной литературы

- Конституция Республики Таджикистан от 06.11.1994 г. (с поправками от 1999 г., 2003 г., 2016 г.).

I. Международно-правовые документы

1.1. Международно-правовые договора

- Межгосударственный пакт о гражданских и политических правах. Принят резолюцией 2200 А (XXI) Генеральной Ассамблеи от 16.12.1966 г.;
- Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах. Принят резолюцией 2200 А (XXI) Генеральной Ассамблеи от 16.12.1966 г.;
- Конвенция против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания. Принята резолюцией 39/46 Генеральной Ассамблеи от 10.12.1984 г.;
- Конвенция о правах инвалидов Конвенция МОТ № 29 «О принудительном труде» от 27.06.1930 г.

1.2. Декларации

- Всеобщая декларация прав человека. Принята резолюцией 217А (III) Генеральной Ассамблеи ООН от 10.12.1948 г.;
- Каркасская декларация. Принята Резолюцией 35/171 на 96-ом пленарном заседании Генеральной Ассамблеи ООН от 15.12.1980 г.;
- Мадридская декларация по этическим стандартам в области психиатрической практики. Декларация принята Генеральной ассамблей ООН от 25.08.1996 г. В августе 2002 г. в неё были внесены поправки Генеральной ассамблей в Йокогаме, Япония.

1.3. Общепринятые принципы, правила и рекомендации

- Руководство по эффективному расследованию и документированию пыток и других жестоких, бесчеловечных и унижающих достоинство видов обращения и наказания. (Стамбульский протокол). Резолюция Генеральной Ассамблеи ООН 55/89 2000 г.;
- Принципы ООН защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи. Приняты резолюцией 46/119 Генеральной Ассамблеи от 17.12.1991 г.;
- Законодательство ВОЗ по охране психического здоровья десять важнейших принципов. Всемирная организация здравоохранения, 1996г.;
- Методические рекомендации по содействию охране прав человека применительно к лицам с психическими расстройствами. ВОЗ, 1996 г.;
- Свод принципов защиты всех лиц, подвергаемых задержанию или заключению в какой-бы то ни было форме. Резолюция 43/173 Генеральной Ассамблеи ООН от 9.12.1988 г.

1.4. Заключительные замечания договорных органов ООН

- Замечание общего порядка № 5 Комитета ООН по экономическим, социальным и культурным правам;
- Замечания общего порядка 20. Статья 7 МПГПП (сорок четвертая сессия, 1992 г.);

- Доклад Специального докладчика по вопросу о пытках и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видах обращения и наказания о его миссии в Таджикистан, 2013 г.;
- Замечание общего порядка № 5. Лица с какой-либо формой инвалидности. 11 сессия, 1994 г.

II. Законодательство Республики Таджикистан

2.1. Кодексы и законы Республики Таджикистан

- Кодекс РТ об административных правонарушениях от 31.12.2008г., №455;
- Процессуальный кодекс об административных правонарушениях РТ от 22.07.2013 г., № 975;
- Уголовный кодекс РТ от 21.05.1998 г., № 574;
- Уголовно-процессуальный кодекс РТ от 03.12.2009 г., № 12;
- Кодекс исполнения уголовных наказаний РТ от 06.08.2001 г., № 7;
- Кодекс здравоохранения РТ от 30.05.2017 г., № 1413;
- Гражданский кодекс РТ (ч.1) от 30.06.1999 г., № 803;
- Гражданский процессуальный кодекс РТ от 05.01.2008 г., № 341;
- Закон РТ «О системе исполнения уголовного наказания» от 15.07.2004 г., № 51;
- Закон РТ «Об информации» от 10.05.2002 г., № 55;
- Закон РТ «О свободе совести и религиозных объединениях» от 26.03.2009 г., № 489;
- Закон РТ «О порядке и условиях содержания под стражей» от 28.06.2011 г., № 720;
- Закон РТ «О государственной защите участников уголовного судопроизводства» от 29.12.2010 г., № 644;
- Закон РТ «Об образовании взрослых» от 24.02.2017 г., № 1394;
- Закон РТ «Об образовании» от 22.07.2013 г., № 1004;
- Закон РТ «О социальной защите инвалидов» 29.12.2010 г., № 675.

2.2. Государственные программы, стратегии и планы действий

- Национальный план по реализации рекомендаций УПО на 2017–2020 гг. от 7.06.2017 г., № РП-901;
- Национальная программа формирования здорового образа жизни в Республике Таджикистан на период 2011–2020 годы. Постановление Правительства РТ от 30.10.2010 г., № 560;
- Концепция социальной защиты населения РТ. Постановление Правительства РТ от 29.12.2006 г., № 783;
- Национальная программа реабилитации инвалидов. Постановление Правительства РТ от 28.10.2016 г., № 455.

2.3. Иные подзаконные нормативно-правовые акты

- Приказ Министерства здравоохранения Республики Таджикистан о мерах по дальнейшему совершенствованию психиатрической помощи № 54 от 9 февраля 2001 года;
- Положение о психиатрической больнице (приложение № 1 к приказу Министерства здравоохранения РТ № 54 от 9.02.2001 г.);
- Положение о производстве судебно-психиатрической экспертизы в Республике Таджикистан (приложение № 2 к приказу Министерства здравоохранения РТ № 54 от 9.02.2001 г.);
- Инструкция о порядке применения принудительных и иных мер медицинского характера в отношении лиц с психическими

расстройствами, совершившими общественно опасные деяния (Приложение № 3 к приказу Министерства здравоохранения РТ № 54 от 9.02.2001 г.);

- Положение об отделении судебно-психиатрической экспертизы при психиатрической больнице для лиц, содержащихся под стражей (Приложение № 4 к приказу Министерства здравоохранения РТ № 54 от 9.02.2001 г.);
- Положение об отделении для принудительного лечения с усиленным режимом наблюдения психиатрической больницы (Приложение № 5 к приказу Министерства здравоохранения РТ № 54 от 9.02.2001 г.);
- Положение о психиатрическом отделении для больных с сочетанной тяжёлой соматической и психической патологией (сомапсихиатрическом отделении);
- (Приложение № 6 к приказу Министерства здравоохранения РТ № 54 от 9.02.2001 г.);
- Инструкция о порядке госпитализации психически больных без их согласия и согласия родственников (Приложение № 7 к приказу Министерства здравоохранения РТ № 54 от 9.02.2001 г.);
- Инструкция о порядке оформления и учёта лечебных отпусков в психиатрических стационарах (Приложение № 8 к приказу Министерства здравоохранения РТ № 54 от 9.02.2001 г.);
- Положение о республиканском (областном, городском, межрайонном) психоневрологическом диспансере (Приложение № 9 к приказу Министерства здравоохранения РТ № 54 от 9.02.2001 г.);
- Инструкция о порядке первичного психиатрического освидетельствования граждан. (Приложение № 10 к приказу Министерства здравоохранения РТ № 54 от 9.02.2001 г.);
- Положение о дневном стационаре для психически больных (Приложение № 11 к приказу Министерства здравоохранения РТ № 54 от 9.02.2001 г.);
- Положение о Республиканском организационно-методическом консультативном отделе психиатрической помощи. (Приложение № 12 к приказу Министерства здравоохранения РТ № 54 от 9.02.2001 г.);
- Инструкция о порядке сообщения сведений о психическом состоянии граждан (Приложение № 13 к приказу Министерства здравоохранения РТ № 54 от 9.02.2001 г.);
- Инструкция о порядке выдачи справок психоневрологическими диспансерами (отделениями, кабинетами), подтверждающих возможность допуска того или иного лица к огнестрельному оружию (Приложение № 14 к приказу Министерства здравоохранения РТ № 54 от 9.02.2001 г.);
- Положение о Главном психиатре органа здравоохранения (Приложение № 15 к приказу Министерства здравоохранения РТ № 54 от 9.02.2001 г.);
- Перечень форм первичной медицинской документации, необходимой для работы психиатрических учреждений Республики Таджикистан (Приложение № 16 к приказу Министерства здравоохранения РТ № 54 от 9.02.2001 г.);
- Инструкция об организации взаимодействия органов здравоохранения и органов внутренних дел по предупреждению общественно-опасных действий психически больных (Приложение

№ 17 к приказу Министерства здравоохранения РТ № 54 от 9.02.2001 г.);

- Нархномаи намуд ва ҳаҷми хизматрасониҳои тиббӣ ба аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар муассисаҳои системаи давлатии тандурустӣ. Фармони Вазири тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии ҶТ аз 01.04.2014 с.

III. Литература

- Альтернативный доклад о ходе выполнения РТ МПЭСМП. Душанбе, 2006 г.
- Отчёт по результатам пилотных посещений закрытых учреждений в РТ. Фаза 2., Душанбе, 2015 г.
- Совместный доклад НПО в Комитет против пыток перед рассмотрением третьего периодического доклада Таджикистана о ходе выполнения Конвенции против пыток. Душанбе, 2018 г. // www.notabene.tj
- Справочник базовой информации ВОЗ по психическому здоровью, правам человека и законодательству. 2005 г.
- Таджикистан 2011–2015. Универсальный периодический обзор по правам человека. Отчёт № 1 (Гражданские и политические права) // www.bhr.tj