

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ



**ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРАВ
ПАЦИЕНТОВ СТАЦИОНАРНЫХ
ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЛЕЧЕБНЫХ
И ЭКСПЕРТНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ**

*Доклад по результатам работы
членов общественных наблюдательных
комиссий в 2020–2021 гг.*

Москва
Грифон
2022

УДК 340.63(042.3)
ББК 56.14:67.400.7я2
0-13

Все права защищены. Воспроизведение всей книги или любой её части любыми средствами и в какой-либо форме, в том числе в сети Интернет, запрещается без письменного разрешения владельца авторских прав.

О-13 Обеспечение прав пациентов стационарных психиатрических лечебных и экспертных организаций. Доклад по результатам работы членов общественных наблюдательных комиссий в 2020–2021 гг. / Л.Н. Виноградова, В.М. Гефтер. – М.: Грифон, 2022. – 112 с.

ISBN 978-5-98862-681-7

Впервые в современной России в рамках проекта «Содействие обеспечению прав человека в психиатрических лечебных и экспертных учреждениях» был проведен масштабный мониторинг соблюдения прав пациентов этих учреждений по состоянию на 2020–2021 гг. в рамках общественного контроля мест принудительного содержания. Доклад составлен на основе материалов, полученных в результате 194 посещений членами общественных наблюдательных комиссий психиатрических больниц и экспертных отделений разных регионов страны, от Калининграда до Владивостока. Итоги проведенных проверок в отношении правомерности помещения и последующего нахождения граждан в психиатрических стационарах без их согласия, соблюдения их прав и условий содержания, а также результаты анализа правил внутреннего распорядка психиатрических больниц позволили выявить ряд системных проблем в правоприменительной практике и пробелов в законодательстве. Предлагаются рекомендации по их устранению.

Предназначено для руководителей органов здравоохранения, сотрудников психиатрической службы, членов общественных наблюдательных комиссий, уполномоченных по правам человека, юристов и адвокатов.

ISBN 978-5-98862-681-7

УДК 340.63(042.3)
ББК 56.14:67.400.7я2

© Независимая психиатрическая ассоциация России, 2022

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
Общие сведения об объектах мониторинга и процессе наблюдения	7
Условия содержания и обеспечение прав пациентов	10
Соблюдение прав человека при оказании психиатрической помощи (госпитализация и пребывание в стационарах)	39
Анализ правил внутреннего распорядка психиатрических больниц специализированного типа с интенсивным наблюдением	51
Выводы и рекомендации	80
Основные выводы проведенного мониторинга	80
Предложения по внесению изменений в законодательство и практику органов исполнительной и судебной власти РФ	86
Приложения	91
Перечень объектов мониторинга (с указанием населенного пункта и субъекта РФ)	91
Карта мониторинга психиатрических больниц	96
Карта мониторинга экспертных отделений	104

ВВЕДЕНИЕ

Впервые в современной России был проведен масштабный мониторинг соблюдения прав пациентов психиатрических стационаров и экспертных отделений по состоянию на 2020–2021 гг. в рамках общественного контроля мест принудительного содержания.

Это стало возможным, благодаря тому, что в 2018 г. в Федеральный закон от 10 июня 2008 г. № 76-ФЗ «Об общественном контроле за обеспечением прав человека в местах принудительного содержания и о содействии лицам, находящимся в местах принудительного содержания» были внесены дополнения, согласно которым члены общественных наблюдательных комиссий получили право посещать психиатрические стационары и экспертные отделения. В перечень новых объектов общественного контроля включены психиатрические лечебные и экспертные организации, в которых содержатся лица без их согласия, а именно:

- 1) медицинские организации, оказывающие психиатрическую помощь в стационарных условиях лицам, госпитализированным в недобровольном порядке;
- 2) медицинские организации, оказывающие психиатрическую помощь в стационарных условиях лицам, к которым применены принудительные меры медицинского характера (психиатрические больницы общего типа специализированного типа и специализированного типа с интенсивным наблюдением);
- 3) судебно-психиатрические экспертные медицинские организации, в которые помещены лица для прохождения стационарной судебно-психиатрической экспертизы без их согласия.

В феврале 2020 г. Минздрав России своими приказами утвердил Порядок посещения членами ОНК этих учреждений, а также Порядок проведения членами ОНК кино-, фото- и видеосъемки находящихся там лиц.

В рамках проекта «Содействие обеспечению прав человека в психиатрических лечебных и экспертных учреждениях», основным исполнителем которого стала Независимая психиатрическая ассоциация России, в течение первой половины 2020 г. был разработан инструментарий и издано пособие по осуществлению общественного контроля психиатрических стационаров и экспертных отделений, проведена серия обучающих семинаров, которая охватила более 300 членов ОНК из 55 регионов страны.

С июня 2020 г. члены ОНК многих регионов начали на регулярной основе посещать психиатрические больницы и экспертные отделения и собирать информацию об обеспечении в них прав человека по разработанным схемам. В некоторых случаях они расширяли свои полномочия и посещали детские психиатрические отделения, а также экспертные отделения для проведения амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз, которые согласно букве закона, не являются объектами общественного контроля. Однако такой опыт в любом случае полезен для более широкого охвата ситуации и выстраивания конструктивных отношений с руководством психиатрической службы.

Целью мониторинга был сбор информации о нарушениях прав человека в психиатрических стационарах и экспертных отделениях разных регионов страны, выявление и анализ системных проблем в этой области и разработка предложений по их устранению.

В течение 2020–2021 гг. региональным координаторам проекта удалось организовать 194 посещения психиатрических стационаров и экспертных отделений разных регионов страны от Калининградской области до Приморского края. К сожалению, не все общественные наблюдательные комиссии приняли в этом активное участие, даже те, которые прошли подготовку в рамках обучающей программы НПА. Однако собранного материала достаточно, чтобы описать общую картину с обеспечением прав человека в психиатрических стационарах разных регионах страны и обсудить

ее с руководством Минздрава и других заинтересованных ведомств. В некоторых регионах, в частности, в Москве и Санкт-Петербурге, Астраханской и Томской областях и др., в посещениях больниц вместе с членами ОНК принимали участие сотрудники аппаратов уполномоченных по правам человека и даже сами уполномоченные. Это, как правило, повышало значимость наблюдения, и давало возможность впоследствии обсуждать результаты посещений и выявленные нарушения на более высоком уровне.

Результаты проведенного мониторинга были оформлены в виде региональных докладов, подготовленных региональными координаторами проекта, а потом обобщены и представлены в виде единого доклада.

В приложениях содержится перечень объектов мониторинга, а также карты мониторинга — отдельно для психиатрических больниц и для экспертных отделений, которыми пользовались члены ОНК в целях представления результатов своих наблюдений. Особенность этого инструмента общественного контроля состоит в том, что такая карта ведется в электронном виде, пополняется с каждым посещением данного объекта наблюдения и доступна другим членам ОНК.

В составлении доклада принимали участие:

- *Сергей Васильевич Подузов (Калининград);*
- *Елена Владимировна Шахова (Санкт-Петербург);*
- *Елена Владиславовна Котова (Москва);*
- *Марина Алексеевна Литвинович (Москва);*
- *Александр Николаевич Листков (Нижний Новгород);*
- *Любовь Нурлыгалиевна Жукова (Нижний Новгород);*
- *Леонид Вальдемарович Петрашис (Ростов-на-Дону);*
- *Альберт Якубович Зарипов (Казань);*
- *Дмитрий Анатольевич Халяпин (Екатеринбург);*
- *Ольга Юрьевна Вековшинина (Екатеринбург);*
- *Геннадий Николаевич Постников (Томск);*
- *Иван Анатольевич Шевелев (Томск);*
- *Владимир Анатольевич Найдин (Владивосток).*

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ ОБ ОБЪЕКТАХ МОНИТОРИНГА И ПРОЦЕССЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Доклад составлен на основе материалов, полученных в результате 194 посещений членами ОНК психиатрических больниц и экспертных отделений, из них 68 — в 2020 г. и 126 — в 2021 г. В табл. 1 представлено распределение посещений членами ОНК объектов мониторинга разного типа по регионам. Каждую больницу или экспертное отделение члены ОНК старались посетить хотя бы по 2 раза, поскольку первый визит обычно был ознакомительным, и лишь затем можно было начинать собирать информацию о соблюдении прав пациентов. Кроме того, повторные визиты позволяли проверить, как администрация учреждения относится к рекомендациям, сделанным общественными наблюдателями.

Особое внимание планировалось уделить психиатрическим больницам специализированного типа с интенсивным наблюдением, в которых по понятным причинам имеются наибольшие ограничения прав пациентов. К сожалению, в рамках проекта не удалось организовать посещение всех 8 ПБСТИН, однако эксперт проекта Ю.Н. Аргунова проанализировала правила внутреннего распорядка всех этих учреждений, что позволяет получить некоторое представление о ситуации с соблюдением прав пациентов.

Как видно из таблицы 1, члены ОНК посетили 5 психиатрических больниц специализированного типа: Калининградскую, Санкт-Петербургскую, Волгоградскую, Казанскую и Новосибирскую. Во всех больницах, кроме Новосибирской, они отметили неудовлетворительные условия содержания пациентов, кардинально улучшить которые в настоящее время не представляется возможным. Отношение к пациентам и соблюдению их прав существенно отличались в разных больницах.

Таблица 1

Количество посещений членами ОНК объектов мониторинга разного типа по регионам

Тип учреждения	Калининградская область	Санкт-Петербург	Москва и МО	Нижегородская область	Южный федеральный округ	Республика Татарстан	Уральский федеральный округ	Сибирский федеральный округ	Приморский край	Всего посещений
Отделение/больница общего типа	3	4	6	15	30	13	28	16	7	122
Отделение специализированного типа	—	6	—	7	8	—	3	3	2	29
ПБСТИН	2	3	—	—	4	10	—	2	—	21
Экспертное отделение	—	3	5	4	2	—	4	2	2	22
Всего посещений	5	16	11	26	44	23	35	23	11	194

Особенно выделялась в лучшую сторону Волгоградская ПБСТИН, администрация которой сумела организовать большое количество реабилитационных и досуговых программ, создать в отделениях доброжелательную благоприятную атмосферу, в результате чего пациенты не чувствуют себя там оторванными от внешнего мира и не дезадаптируются, несмотря на длительное пребывание.

Всего за время выполнения проекта было проведено 21 посещение психиатрических больниц специализированного типа с интенсивным наблюдением, 29 – отделений или больниц специализированного типа, 122 раза члены ОНК посетили психиатрические больницы и отделения общего типа, в которых находятся как принудительно, так и недобровольно госпитализированные пациенты, и 22 раза осуществляли общественный контроль соблюдения прав подэкспертных.

Среди объектов наблюдения были как сохранившиеся с советских времен больницы-монстры, более чем на тысячу пациентов (например, ПБ № 3 Санкт-Петербурга на 1500 коек или ПКБ № 5 Москвы на 1650 коек, Краснодарская специализированная ПБ № 7 на 1025 коек и др.), так и небольшие, обычно расположенные в сельской местности, отделения на 60–150 чел. (Волгодонский филиал Ростовского ПНД на 60 коек и Красносулинский филиал этого же ПНД на 150 коек). Всякий раз члены ОНК заполняли карту мониторинга, которую вели в электронном виде, что позволяло впоследствии вносить в нее изменения и дополнения, даже если больницу посещала другая команда. Опираясь на эти материалы, координаторы подготовили доклады о ситуации с соблюдением прав пациентов в их регионах, на основе которых потом был составлен один доклад.

УСЛОВИЯ СОДЕРЖАНИЯ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ

1. Посещение учреждений и общение посетителей с пациентами

Практически во всех стационарах создаются условия для **встреч пациентов с посетителями (родственниками, адвокатами, иными лицами)**. Однако специальных помещений для свиданий почти нигде нет (за исключением ряда стационаров в Южном федеральном округе, Еврейской АО и других), или комнаты свиданий очень малы. Например, в больницах общего типа в ряде регионов при входе в отделение есть комнатки (стол, два стула, камера видео-наблюдения), которые используются для встреч. Там же в теплое время года позволяют общаться с родственниками через открытое окно, гулять с пациентами по территории без наблюдения персонала. Но это скорее исключение: обычно конфиденциальность не обеспечивается, т.к. местом встреч служат такие помещения как комнаты досуга, медицинский кабинет, столовая, холл, конференц-зал, коридор и лестничная клетка, где одновременно находятся несколько пациентов, что нарушает их право на частную жизнь.

Особая ситуация наблюдается в больницах с интенсивным наблюдением, где предусмотрены бóльшие меры предосторожности, и свидания проходят с обязательным присутствием сотрудников больницы и ФСИН. В ПБСТИН Казани, например, есть специальная комната свиданий в административном корпусе. А для встреч наедине с адвокатами имеется кабинка, разделенная перегородками с большими стеклами, что позволяет видеть, но не слышать беседу пациента с адвокатом.

Отмечается, что сведения о **графике посещений** и приёме посетителей врачом разнятся для стационаров разных регионов и внутри них: так, на Урале посещения могут быть ежедневными

или только раз в неделю, «в среднем по больнице» составляя два дня в неделю в течение двух часов. Иногда время встреч ограничено (например, 15 минутами), что, по мнению наблюдателей, недопустимо. Информация о посещениях общедоступна (хотя в Приморском крае об их графике – не всегда) и размещается на стендах при входе в отделение больницы.

Информация о контактных данных вышестоящих организаций, **о правах пациентов**, распорядке дня, перечне разрешенных для передач предметов и продуктов обычно имеется, но часто не в полном объеме и не самая актуальная. Данные об ОНК и уполномоченных по правам человека чаще всего отсутствуют.

В связи с распространением инфекции COVID-19 во всех психиатрических стационарах весной 2020 г. были введены **санитарно-эпидемиологические ограничения**, в т.ч. запрет на встречи с посетителями. Лишь в некоторых больницах были возможны видео-свидания с посетителями (ПКБ № 1, ПБ № 5 Москвы). В ПКБ № 1 г. Москвы установлены четыре компьютера для видео-звонков пациентам непосредственно в отделения, но их длительность ограничена тремя минутами, хотя по словам сотрудников, они позволяют говорить дольше. Время видеообщения с пациентами осуществляется по графику.

Весной-летом 2021 г. при снижении уровня заболеваемости полный запрет был снят (например, в ПБ № 2 и ПБ № 1 Санкт-Петербурга встречи с посетителями разрешались на территории больницы, а на Урале свидания предоставлялись в случае острой необходимости и если того требует состояние пациента). В целом, такие послабления выглядят ситуативными и разнятся по регионам. При этом посетители должны соблюдать эпидемиологические требования (СИЗ, дистанция), а кое-где (ПБ № 1 СПб) предъявлять сертификат о вакцинации или ПЦР тест.

В первое время (весна-лето 2020 г.) в ряде регионов строгий карантин был распространен и на посещения общественных

наблюдателей, но вскоре, после соответствующих запросов и разъяснений, такие запреты были сняты. Члены ОНК могут общаться с пациентами практически везде, но сотрудник ПБ почти всегда находится рядом, объясняя это требованиями безопасности и состоянием пациента.

Для лиц, находящихся на принудительном и недобровольном лечении, встречи с посетителями, в т.ч. для оказания правовых и других услуг пациентам, проводятся по согласованию с заведующим отделением или лечащим врачом и проходят под наблюдением медицинского работника, что не обеспечивает конфиденциальности общения. При этом нередко бывают отказы, связанные не только с психическим состоянием больного, но и с нарушениями поведения, а «хорошее поведение», наоборот, поощряется разрешением на встречу или дополнительный телефонный разговор с близкими, т.е. на то, на что пациент и так имеет право (как в ПБ № 2 Москвы или в санкт-петербургских больницах).

В стационарах с марта 2020 г. действует почти полный **запрет передач**, хотя и не везде — на юге страны и в Западной Сибири передачи принимаются, как правило, в одном месте на всю больницу, а в Приморском крае полностью запрещены в экспертных отделения, а в других ПБ все отдано на откуп главных врачей. В Москве запрещена передача одежды (нет уверенности в санобработке); предметы личной гигиены и продукты принимаются только в заводской упаковке. К тому же сокращены дни и время приема передач. Есть случаи (ПБСТИН Санкт-Петербурга), когда передачи не принимаются с конца марта 2020 г. по сей день. Кое-где заменой передач являются почтовые отправления или покупка предметов первой необходимости в больницах, что обходится недешево. Прием и содержание передач и посылок регулируется постановлениями главных санитарных врачей регионов. В Нижегородской области не были запрещены передачи, только встречи с родственниками. В Свердловской области введены ограничения по весу и

ассортименту передач (не более 500 г, шоколад, мытые фрукты – ПБ № 3 Екатеринбург).

Специальных помещений для работы адвокатов, сотрудников аппарата УПЧ, членов ОНК на территории стационаров, как правило, нет. Так, в Санкт-Петербурге эти встречи проводятся чаще в столовых и медицинских кабинетах, где обеспечена конфиденциальность. В отделениях больниц Свердловской области для бесед членов ОНК с пациентами общих отделений предоставлялись отдельные помещения, либо беседы проходили так, чтобы обеспечить их конфиденциальность.

В период пандемии адвокаты жаловались на невозможность встреч с доверителями в ряде стационаров Санкт-Петербурга, например, ПБ № 3, также зафиксирован случай воспрепятствования работе адвокатов (ПБ № 5 Москвы).

Проблем с **уведомлением о посещениях членами ОНК** обычно не бывает. Они извещают о своем визите и местные органы здравоохранения, и главных врачей больниц. А изредка, как в Московской области, и прокурора. Но есть исключения: в ПБ № 2 Нижнего Новгорода при вторичном ее посещении не хотели сразу пропускать членов ОНК, ссылаясь на необходимость получения уведомления за 2–3 дня в связи с загруженностью персонала. При этом сотрудники и юрист ПБ не были знакомы с законодательством об общественном контроле и правом членов ОНК посещать психиатрические учреждения без специального разрешения.

Как правило, **проход членов ОНК на территорию** проходит без осложнений. Однако, в ПБСТИН Санкт-Петербурга охрана просит сдавать паспорт и телефон. Для сравнения – члены ОНК Свердловской области проходят в отделения, кроме экспертного для лиц, находящихся под стражей, с телефонами, используя их для фотографирования условий содержания. Паспорт показывается только при входе в стражное экспертное отделение.

Дополнительным условием посещений в связи с пандемией стали термометрия, наличие средств индивидуальной за-

щиты, иногда от членов ОНК требуют сдать тест на COVID-19. При этом такие дополнительные требования устанавливаются не законодательными актами, а ведомственными приказами или распоряжениями главных врачей.

Особая ситуация сложилась в Санкт-Петербурге, где в 2020 г. членов ОНК не допускали в лечебные отделения многих стационаров, так как их главные врачи считали членов ОНК посетителями, которым посещения больниц запрещены приказом главного санитарного врача города в связи с пандемией. После многочисленных жалоб и прокурорских проверок Комитет по здравоохранению СПб, признав, что **члены ОНК наделены федеральным законом особыми полномочиями**, издал указание содействовать им в реализации мер общественного контроля. С этого момента все препятствия к посещению были устранены. При этом ПЦР тестов, справок о вакцинации до конца 2021 г. не требовали, средства индивидуальной защиты обеспечивались самим учреждением. Для **использования при посещении профессиональной техники** больших габаритов необходимо разрешение главных врачей, как и для съемки на территории учреждения, хотя съемка прогулочных двориков в отсутствие пациентов возможна с ведома сопровождающего или иного представителя администрации.

2. Общие для всех пациентов помещения и услуги

Одним из самых важных объектов наблюдения по праву считается **приемный покой** стационара. Пациент обычно проходит осмотр врача в течение 30 минут с момента обращения или доставки, и при наличии показаний его госпитализируют не позднее чем через два часа, а при угрожающих жизни состояниях — немедленно.

В большинстве стационаров поступающим пациентам формально разъясняют их права и обязанности, они расписываются в ознакомлении с правилами внутреннего распорядка, но обычно не изучают их ни в приемном покое, ни

позже в отделении. На стендах в приемных отделениях иногда вообще нет никакой информации, или она плохо читается и ограничена, например, выдержками из ст. 37 Закона РФ «О психиатрической помощи...» – как в комнате для свиданий с посетителями. Подчеркнем, что во многих больницах Московского региона, Новосибирской области, Алтайского и Приморского краев, Республик Татарстан и Марий Эл нет вообще никакой информации об ОНК и уполномоченных по правам человека, либо эти сведения очень скудны или устарели.

Проблемы организации и обеспечения прогулок пациентов решаются по-разному. В Ростовской области наблюдатели утверждают, что ежедневная прогулка обязательна для всех больных, за исключением находящихся на постельном режиме. На практике в регионах даже в обычное время ситуация может быть далека от столь идеальной. Показателен пример Приморского края, где места прогулок в учреждениях либо не оборудованы, либо крайне малы, а иногда вообще отсутствуют. Так, в ПБ Владивостока, Лесозаводска, Дальнегорска, со слов главврачей прогулки обеспечены, однако из бесед с пациентами следует, что они годами не гуляют под предлогом заботы об их здоровье, что особенно страшно для людей с ограниченными возможностями. А в экспертном отделении города Уссурийска пациенты вообще лишены прогулок по причине бюрократических отговорок, в т.ч. якобы из-за острой нехватки средств и персонала, боязнью побега испытуемых и борьбой с пандемией. Такая ситуация продолжается уже в течение пяти лет, хотя сам прогулочный двор имеется.

В большинстве регионов прогулочные дворики есть (за исключением Южного филиала в Каменск-Уральском и Асбесте на Урале), они достаточных размеров, огорожены, есть скамейки и навесы, иногда создаются условия для занятий на тренажерах и игры в волейбол (например, в ПБСТИН Санкт-Петербурга и Волгограда, филиале Свердловской областной КПБ специализированного типа «Исеть»). Обычно прогу-

лочные дворики закрываются, а в Московской областной ПБ № 2 на ограждении колючая проволока даже для отделений общего типа. Есть стационары (КПБ № 1 Москвы), где некоторым пациентам разрешают гулять по всей территории, а по мнению главного врача клинической ПБ № 1 Нижнего Новгорода, все пациенты имеют на это право. С другой стороны, в Алтайском крае на прогулку выходят далеко не все пациенты: причины в нехватке одежды по сезону и в том, что зимой не чистят прогулочные дворики.

В ряде больниц некоторых регионов прогулок зимой не бывает до конца апреля, что наблюдалось, например, на Урале и во многих больницах Н.Новгорода, а в Ивановской областной клинической психиатрической больнице «Богородское» прогулки отсутствуют вообще. В 2020 г. их не было в Центральной клинической психиатрической больнице Московской области, где по всей территории были размещены строительные материалы. С начала пандемии в ПБ № 3 Екатеринбурга пациенты не гуляют уже больше года. Весной 2020 г. из-за карантина прогулки были запрещены во многих местах, например в ПБ № 13 Москвы, как и в начале 2021 г. в большинстве отделений больниц общего типа в Санкт-Петербурге, где нет своих прогулочных двориков, и администрация боялась «смешивать» пациентов. Но летом 2021 года пациентов разных отделений гораздо чаще выводили на прогулки, что можно объяснить не только сезонным фактором, но и тем, что члены ОНК обращают на это внимание администрации больниц.

По-разному решается **проблема курения**: в помещениях стационаров оно запрещено. В ряде учреждений, где на территории можно курить, выделяются специальные места или используются прогулочные дворики. Но случается, что в местах для прогулок пациентов находится «курилка» для сотрудников. Типичная ситуация в Татарстане — только в одном отделении Зеленодольского диспансера разрешено курить во время прогулок, и сигареты выдает медсестра. Поэтому больные чаще всего курят в туалетах, что неудобно для всех, так

как туалетные комнаты обычно небольшие и не оборудованы ни перегородками между унитазами или чашами Генуя, ни вытяжкой (типичный пример – Краевая клиническая психиатрическая больница г. Владивостока). В Западно-Сибирском регионе лишь в одном отделении Томской областной ПБ есть помещение для курения с вытяжкой, скамейками, урнами.

Ситуация с **оказанием дополнительных платных услуг** для пациентов заметно отличается в зависимости от региона. Так, многие стационары в Западной Сибири и ЦФО оказывают их согласно широкому прейскуранту. Среди них: получение печатных изданий по подписке; приобретение предметов личной гигиены и одежды, дополнительного питания по списку разрешенных продуктов. Кое-где, но не во всех отделениях, можно на свои средства купить разрешенные предметы гигиены, одежды, продукты питания, для чего необходимо написать заявление, согласно которому сотрудники больницы приобретут заказанное. Платные услуги предоставляются по письменным заявлениям пациентов из их личных средств, в т.ч. пенсий, учет поступления и использования которых отражается в специальном счете больного, хранящемся в бухгалтерии ПБ. Остается открытым вопрос, как он сам или его представитель могут проконтролировать сведения об их движении.

Медицинские услуги оказывает сама больница либо иные организации, но есть большие трудности в доставке и сопровождении пациентов, поскольку такие расходы не предусмотрены в смете расходов ПБ. Это отражается на сроках оказания пациентам большинства медицинских услуг вне учреждения, где они лечатся.

Удачный опыт есть на Урале, где на сайтах областной больницы Свердловской области, а также других областных больниц есть сведения о платных консультациях специалистов и психологов (можно и по телефону), диагностических услугах, физиотерапии, стоматологии.

С **платной правовой помощью** заметно сложнее – многие адвокаты и нотариусы не горят желанием бывать в ПБ, к

тому же отсутствует информация об их услугах, и требуется предварительное согласование с администрацией больниц. Например, в ряде ПБ Санкт-Петербурга больные не знают о такой возможности и редко обращаются за получением соответствующих услуг, а в Москве эта информация размещается на сайтах учреждений, также ее можно получить устно.

3. Специальные места и процедуры

В целях организации и дифференцированного наблюдения пациентов внутри отделений ПБ создаются **палаты различного типа**:

- для социально опасных и находящихся в психомоторном возбуждении;
- для выздоравливающих, не требующих активного наблюдения;
- для получающих активную терапию; тех, кто находится на обследовании или на принудительном лечении, — в целом составляющих большинство пациентов.

Кое-где есть комнаты для психотерапии (гипнотарий) и для трудотерапии.

Обычно во всех отделениях ПБ есть по два **медицинских изолятора** со своим санузлом. Их может быть больше, как в филиале «Сысерть» на Урале, где содержатся пациенты с туберкулезом и психическими расстройствами, а в филиале «Исеть» специализированного типа нет изоляторов, и больных везут в областной центр.

Наибольшее внимание наблюдателей привлекают **наблюдательные палаты**, которые за редким исключением есть везде, а кое-где их не хватает. Чаще всего при поступлении в больницу в недобровольном порядке пациента помещают в наблюдательную палату, потом по заключению врача — в обычные палаты, а в дальнейшем (по состоянию) — туда, где находятся т.н. «сохранные» пациенты. Возможно и «обратное» перемещение, в случае обострения состояния больного.

В наблюдательной палате обычно нет видеонаблюдения, при входе постоянно присутствует сотрудник медперсонала больницы. На Урале в большинстве отделений нет дверей, в наблюдательных палатах решетки на окнах, иногда есть камеры видеонаблюдения. У больных нет тумбочек и своих вещей (они обязаны носить больничную одежду), изымаются очки.

Как правило, **специальные меры** применяются редко, их основанием, по словам врачей, является проявление пациентом открытой агрессии при острых рецидивах заболевания. В этих случаях могут применяться ограничения на свидания, посылки, телефонные звонки, прогулки. Такие меры не должны быть наказанием и могут назначаться только на период обострения болезни, однако многие пациенты и родственники рассматривают их как наказание. Проверить это наблюдателям достаточно трудно.

Меры физического стеснения в виде фиксации пациента применяются не везде: например, на Урале в отделении Ирбитской ЦРБ обходятся медикаментозной коррекцией, там даже нет соответствующего журнала. А члены ОНК Приморского края считают недостатком то, что нет единых и четких правил для применения мер фиксации: порядок обращения при этом с пациентом, какие средства и с какими параметрами можно использовать при фиксации. По их мнению, в некоторых случаях это способствует произволу персонала больницы.

При отсутствии мест в специальных помещениях, пациента фиксируют в палате, где он находится, или в коридоре. Продолжительность применения мер стеснения не должна превышать двух часов, хотя в некоторых ситуациях после фиксации пациента на этот срок и небольшого перерыва его опять фиксируют. Пациенты одной из ПБ Нижнего Новгорода рассказали, что меры стеснения применяются прямо в той палате, где находится пациент, его привязывают на собственной кровати на глазах у других пациентов. Более

того, другие пациенты помогают в этом персоналу за сигареты и другие привилегии.

В соответствии с пунктом 148 Приказа Минтруда от 18.12.2020 № 928 записи о применении мер стеснения должны вноситься медперсоналом в журнал передачи дежурств, а врачом в историю болезни. Но и тут члены ОНК отмечают отсутствие единого стандарта ведения журналов.

О жалобах пациентов на помещение в наблюдательную палату в качестве наказания, как и на применение мер стеснения, наблюдателям неизвестно. Они полагают, что причиной этого является не только то, что пациенты считают меры стеснения само собой разумеющимися, но и отсутствие в учреждениях Службы защиты прав пациентов, предусмотренной законом о психиатрической помощи и работающей по жалобам пациента, как и эффективного прокурорского надзора за законностью применения специальных мер.

4. Вопросы содержания пациентов в отделениях и палатах

Количество пациентов в отделениях общего и специализированного типа больниц ряда регионов – Санкт-Петербурга, Западной Сибири, Приморского края, Татарстана – составляет от 64 до 80 и от 30 до 60 больных, соответственно. В первых наблюдатели чаще всего обнаружили **палаты** до 25 человек, в специализированных отделениях немногим меньше – максимум на 20 мест, но иногда, как в Томской области – от 3 до 5. Экспертные отделения обычно рассчитаны на 20–25 человек с палатами от 2 до 15 подэкспертных, но бывает и 40, как в Татарстане. В одной из больниц Московской области в мужском отделении общего типа 80 больных, из них 16 в коридоре; в отделении специализированного типа – 70 и 8 (рядом с туалетом и курилкой).

Основная причина: **большой «перекомплект» пациентов** в крупных городах, так что нередко они спят в коридоре. Иная ситуация для малочисленной категории пациентов:

отделение принудительного лечения для несовершеннолетних в Липецкой ПБ на 12 мест, где созданы хорошие условия для больных и работы сотрудников. Есть регионы (Нижегородская область), где почти везде в палатах для самых сохранных пациентов в основном 2–4 койки. В Татарстане в Республиканской ПКБ больных размещают и в коридорах, считающихся палатами.

Почти везде преобладают большие палаты для «острых» пациентов – считается, что там за ними легче наблюдать. При этом во многих больницах в палатах есть **видеонаблюдение**, на что согласие пациентов не запрашивается.

Наблюдательные палаты рассчитаны обычно на 15–20 мест, однако бывают и маленькие, как, например, в Калининградской ПБСТИН (по 2 чел.).

В целом по стране в большинстве палат **норма 6 кв. м на человека** не соблюдается, доходя в отдельных стационарах, как, например, в Приморье, до 1,8 кв. м. В палатах со столь большим числом пациентов кровати часто сдвинуты вплотную по две или на расстояние от 10 до 50 см, занавесок между ними нет. В относительно малочисленных палатах специализированных и экспертных отделений встречаются спальные места со соприкасающимися спинками кроватей и также со спаренными кроватями. В одном случае отмечалось ухудшение качества кроватей после их плановой и почти всеобщей замены новыми (Приморский край).

Кроме того, условия содержания не везде разделены по **гендерному признаку**, (одни и те же туалеты для мужчин и женщин – Приморский край). Есть больницы Приморского края (г. Спасск-Дальний, и филиал в г.Лесозаводске), где люди с открытой формой туберкулеза непосредственно контактируют с другими больными.

В настоящее время отсутствуют нормативы, регулирующие **наличие и расположение мебели и иного оборудования**. В палатах кое-где нет никакой мебели, кроме кроватей. Так нет стульев ни в одной из психиатрических больниц Приморского края,

пациенты могут сидеть только на кроватях. Многие пациенты дневное время проводят в холле, где часто бедная обстановка, и далеко не всегда есть удобная мебель и то, что необходимо для досуга.

Но гораздо важнее, что в палатах нет тумбочек или их очень мало (например, пять на 40 больных), Кое-где (Томская область) их количество выросло лишь по сравнению с 2020 г., возможно после посещения ПБ членами ОНК. Заметно лучше ситуация в учреждениях Ростовской и соседних с ней областей: практически везде тумбочки есть у каждого или одна на двух пациентов, а если их нет, это объясняют тяжестью состояния больного. Иногда тумбочки стоят в коридоре, одна на нескольких пациентов, используются и стенные шкафы и гардеробы. Но и там, где свободного места в палате достаточно, нет индивидуальных и, тем более, запираемых тумбочек, так что ценные вещи хранятся отдельно и выдаются при выписке. В итоге, в большинстве случаев пациенты хранят свои вещи в пакетах и под кроватью, иногда при нехватке тумбочек в стенных шкафах с полками для каждого пациента.

Пациент вправе **иметь в пользовании** то, что перечислено в перечне продуктов питания, предметов первой необходимости, обуви и одежды, иных промышленных товаров, разрешенных к передаче и в рекомендациях руководителей ПБ принудительного лечения. Это иногда также указано в ПВР стационара, где обуславливается разрешением лечащего врача в зависимости от остроты состояния и наличия родственников. Как правило, **предметы личной гигиены** иметь при себе не разрешено (они хранятся в отдельном месте и выдаются «при необходимости»). Исключение составляют сохранные пациенты, которым разрешается иметь при себе гигиенические принадлежности и даже косметику. **Зеркала** в больницах отсутствуют, в связи с тем, что антивандальные стоят дорого, а обычные пациенты, якобы, могут разбить и причинить вред себе или окружающим. В московской клинике «первого

эпизода» зеркала есть только в ванной, открытой по одному часу утром и вечером.

Возможность **иметь и хранить одежду** в больницах есть, но она не в свободном доступе пациента, а выдаётся по его просьбе, что регулируется правилами внутреннего распорядка. Часто условием ее ношения является периодическая замена чистой одеждой, принесенной извне, аккуратный внешний вид пациента (Липецкая психоневрологическая больница № 1). В некоторых стационарах (например, в Томской области) при наличии у сестры-хозяйки стиральных средств, пациенты стирают вещи руками. Отдать это «на откуп» учреждению они не согласны, т.к. там стирка общая, а не для каждого в отдельности. При этом кое-где за отдельную плату можно сдать вещи в химчистку. В ПБСТИН одежда предоставляется учреждением, свою одежду носить нельзя, это относится и к верхней одежде, ею пациентов обеспечивает больница.

Нижнее белье пациентов во многих случаях также больничное, и хотя оно регулярно проходит санобработку, родственники часто протестуют против такой обезличенности. В Калининградской ПБСТИН личное белье перед стиркой маркируют.

С марта 2020 г., когда передачи были запрещены, практически везде пациенты пользовались больничной одеждой. При этом, в некоторых случаях (ПБ № 2 Московской обл.) отмечается крайняя степень изношенности одежды, особенно в женских отделениях (вопрос частично решен при помощи «Красного креста»); в ряде больниц не хватает зимней одежды, ее носят поочерёдно или не выходят на прогулки. Но есть регионы (Новосибирская обл.), где одежда хранится в отдельном помещении в общем гардеробе и выдается по просьбе пациента. Есть случаи, когда камеры хранения выглядят как запертые каморки, вещи свалены в кучу, а члены ОНК Южно-Сахалинской области при проверке экспертного отделения не могли попасть в камеру хранения,

так как в этот день персоналом был утерен ключ от склада хранения вещей.

Личное пространство пациента связано не только с наличием места хранения предметов ежедневного обихода (личной гигиены), но и с возможностью **пользоваться различными приборами и устройствами**. Кое-где, как в ПБСТИН, ПБ № 1 и № 3 Санкт-Петербурга, в отделениях для принудительного лечения у пациентов есть свои электронные устройства без выхода в Интернет (ноутбуки, планшеты, приемники, плееры). Но в отделениях общего типа это не разрешено: сотрудники не хотят отвечать за их сохранность.

В стационарах разных регионов отмечены **проблемы бытового характера**, неприемлемые для нормального пребывания в них больных людей. В Нижегородской области почти везде в умывальниках только холодная вода, а в двух больницах нет центрального отопления (собственная котельная). В большинстве регионов проблемы возникают при плановых отключениях отопления в летний период, хотя кое-где на этот случай есть бойлеры.

Чаще всего **помывка в бане** — раз в неделю, душевые комнаты обычно закрыты и, якобы, открываются по просьбе пациентов, что ставит их в зависимость от «доброй» воли персонала. Другая проблема — плохое качество питьевой воды (как в ПБ № 2 Московской области, где идет ремонт водозаборного узла и станции обезжелезивания).

Отдельное внимание наблюдателей обращено на **санитарные узлы**, в которых нередко нет перегородок, а входные двери в туалет (как в ПБ с. Заречное Приморского края) из стекла, что позволяет извне видеть, как отправляют естественные надобности.

Подобное **нарушение приватности** отмечается практически во всех регионах: нет дверей не только в туалетах, но и в палатах, и далеко не всегда их отсутствие оправдано необходимостью надзора за пациентами. Исключения редки — например, отделение в составе Ирбитской ЦБ на Урале,

а также Новосибирская и Калининградская ПБСТИН, где в небольших палатах имеется раковина и туалет, отделенные перегородкой. Иной пример – туалет и душевая объединены (ПБ г. Владивостока), что не позволяет одновременно ими пользоваться, при том, что в отделении 70 больных. Кроме того в этой же больнице г. Владивостока, туалет-душевая используется больными как курилка, и зачастую физически слабым пациентам тяжело попасть в туалет для отправления естественных надобностей, так как он постоянно занят курящими больными. Во всех отделениях ПБ Приморского края отсутствует приватность в виде перегородок между унитазами. Другой пример: в санузле одной больницы всего три унитаза, разделенных только поручнями, и отсутствуют перегородки.

Проветривание, дезинфекция палат проводятся регулярно, но кондиционеров обычно нет, или они установлены в коридорах, а не палатах. Случается, что проветривание лишь 2–3 раза в день, так что иногда в палате жарко и душно, устойчивый специфический запах мочи и пота. Особенно это чувствуется (как в женском отделении Нижегородской областной ПБ № 3) там, где лежащие пациенты с острыми хроническими заболеваниями, в основном немолодые неспособные самостоятельно ухаживать за собой. Но иногда это наблюдается и в иных местах: например в некоторых больницах Московского региона или в экспертном отделении ПБ Алтайского края; кроме того, в туалетах пахнет сигаретным дымом, т.к. курить негде.

С другой стороны есть жалобы, что в зданиях дореволюционной постройки холодно и дует из окон. Еще одна проблема: из-за долголетнего отсутствия ремонта пациенты страдают от грибка и ветхости помещений (Приморский край).

На **освещение** в палатах обычно жалоб нет, изредка его недостаточно для чтения, как в экспертном отделении одной из больниц Алтайского края. А в Приморском крае на освещение много жалоб: естественного света недостаточно,

ламп мало, часто они тусклые или перегоревшие. В ПКБ № 1 Москвы пациенты жалуются на то, что ночью свет в палатах полностью не выключают.

5. Гигиена и санитария

В **санузлах** в основном чисто, плесень и сырость отсутствуют, тепло, оборудование исправно, однако в некоторых стационарах наблюдатели отметили неприятные запахи, сырость, необходимость ремонта (Москва, Липецкая область, Нижегородская область, Приморский край). В Нижегородской области во многих туалетах мужских отделений отколота плитка на полу и стенах, стены грязные, сантехника изношенная, а некоторые краны находятся в неисправном состоянии. Практически во всех больницах Приморского края душевые и туалетные комнаты (кроме ПБ с.Заречное) нуждаются в капитальном ремонте и реконструкции, как в силу несоответствия санитарным нормам по метражу и количеству унитазов/раковин, так и по причине наличия плесени, неприятного запаха и общей разрухи. В Санкт-Петербургской ПБСТИН, в экспертном отделении Алтайской краевой больницы и некоторых других стационарах туалеты – чаша Генуя – установлены в палатах и ничем не огорожены, что приводит к наличию неприятных запахов в помещении, где люди находятся круглосуточно.

Количество унитазов часто не соответствует потребностям. Так, в ПБ № 2 Московской области в отделении на 80 человек имеется 4 унитаза, при этом туалет имеет «часы работы» и во время посещения членами ОНК был закрыт на ключ. В Республике Марий Эл и Приморском крае есть больницы, где в каждом отделении только 1–2 унитаза, и утром возле них собирается очередь. В тех отделениях ПБСТИН, где нет туалетов в палатах, пациентов выводят для отправления естественных надобностей «попалатно», строем, несколько раз в день, в сопровождении охраны. На ночь в палаты приносят

ведро. Для сравнения – в Волгоградской ПБСТИН пациентов выводят в туалет «по первому требованию».

Условия в туалетных комнатах далеки от комфортных: унитазы часто не имеют сидений, в душевых отсутствуют противоскользкие резиновые коврики, нет вешалок для одежды. Маломобильные граждане испытывают большие проблемы при пользовании туалетом и душем, поскольку практически нигде нет поручней и специальных приспособлений для них.

О приватности в туалетах обычно не заботятся: это препятствует обеспечению безопасности. В некоторых отделениях имеются невысокие перегородки, но приватности они почти не создают. Во многих больницах Нижегородской области в санузлах имеются двери, однако они никогда не запираются, и в них имеется окошко «для превенции суицидов и несчастных случаев». Кроме того, персонал периодически заходит в санузел с проверкой пациентов. В ПБ № 2 Московской области санузлы (помещения с унитазами и умывальниками) оборудованы застекленными дверями, что позволяет всем наблюдать за происходящим внутри. Наблюдатели оценили это как унижение человеческого достоинства. В Томской областной ПБ в душевых, находящихся на первом этаже, окна не были затемнены, и на них не было занавесок. После замечания наблюдателей ситуация была исправлена. В Приморском крае в душевых помещениях экспертного отделения г. Уссурийска повесили хлипкие целлофановые шторки на веревке, слегка отделяющие душ от туалета.

Баня и смена белья повсеместно 1 раз в неделю, при необходимости чаще. По словам персонала, по просьбе пациентов им предоставляется возможность принимать душ в любое время, однако на деле это не всегда так. В некоторых больницах душ работает только в определенные часы, в остальное время дверь в душевые комнаты заперта.

Наблюдатели отмечают, что **постельное белье и одежда пациентов** везде чистые, однако собственную одежду разрешают носить крайне редко. Персонал объясняет это проблемами со

стиркой. Между тем, в Омской и Томской областных психиатрических больницах пациентам разрешено носить личную одежду, которая по мере загрязнения передается родственникам. В Томской ПБ пациентам выдают стиральный порошок, и они стирают сами.

Мылом, зубной пастой, шампунем и другими **гигиеническими средствами** пациенты обеспечивают себя сами, однако при отсутствии такой возможности их можно получить внутри отделения. Гигиенические средства хранятся в тумбочках, на полке в шкафу или в пакете под кроватью или под матрасом (Н. Новгород, СПб). У пациентов, не имеющих по своему состоянию возможности контролировать расход гигиенических средств или не имеющих возможности ухаживать за собой самостоятельно, вещи хранятся у сестры-хозяйки и выдаются по мере необходимости. В ПБ № 6 СПб пациентам выдается только полотенце, мыло, туалетная бумага, а женщинам при отсутствии собственных гигиенических прокладок – ветошь. Во всех больницах Нижнего Новгорода имеется недостаток женских гигиенических средств. Со слов персонала, деньги на эти предметы первой необходимости в бюджете больницы не предусмотрены, и персонал часто покупает их за свой счет.

6. Предоставление медуслуг

Во всех психиатрических больницах, которые посетили члены ОНК, имеются **врачи-специалисты**, оказывающие помощь в необходимых случаях. Однако их количество и специализация зависят от размера больницы и ее финансирования. Так, в Новосибирской и Казанской ПБСТИН, а также в Омской и Томской областных ПБ имеются практически все необходимые специалисты (в том числе, терапевт, невролог, хирург, стоматолог, дерматовенеролог, реаниматолог и др.), а в психиатрических стационарах ЮФО и Приморском крае их количество очень ограничено, однако в этих случаях больница заключает договор с внешними специалистами, которых

вызывают в случае необходимости. Наблюдатели отметили, что удобно обеспечивать пациентов помощью врачей-специалистов, если отделение находится в составе медицинского городка (Южный филиал Свердловской областной КПБ в г. Асбест) или в составе многопрофильной больницы (например, Ирбитская ЦРБ Свердловской области), когда врачи других специализаций работают в составе таких городков и больниц. Хроническим больным медицинская помощь оказывается в плановом порядке. Например, пациенты с диабетом регулярно осматриваются эндокринологом, сдают анализы, получают назначения и диетический стол.

В случае возникновения **экстренной ситуации** медицинская помощь оказывается лечащим врачом или дежурным врачом по стационару. Для пациентов с хроническими соматическими заболеваниями лечащий врач назначает консультацию узкого специалиста с последующим выполнением рекомендаций по обследованию и лечению за счет средств лечебного учреждения. В случае экстренной необходимости вызывается карета скорой помощи, которая может стационарировать пациента в соматический стационар. Большую трудность в этом случае вызывает необходимость сопровождения пациента, проходящего принудительное лечение, и обеспечение охраны.

Пациенты с установленным диагнозом **ВИЧ-инфекции** получают специальное лечение, назначенное врачом-инфекционистом. Получение лекарственных препаратов для каждого пациента с ВИЧ-инфекцией происходит в специализированном учреждении (во многих случаях, это региональные СПИД-центры) за счет средств соответствующих бюджетов, прием препаратов контролируется медицинским персоналом больницы.

Во многих психиатрических стационарах имеются собственные **стоматологические кабинеты**, однако там оказываются только терапевтические услуги по лечению зубов. Услуги по протезированию недоступны. Между тем, многим пациентам старшего возраста, длительное время находящимся на

принудительном лечении, они необходимы, и у них имеются средства на оплату таких услуг.

Пациентов, у которых диагностирован **туберкулез**, переводят в психиатрические стационары, имеющие специализированные отделения для лечения больных туберкулезом. При этом бывают проблемы с обеспечением транспортировки, поскольку необходимо обеспечить сопровождающих лиц и охрану.

Состояние **медицинских кабинетов** в осмотренных стационарах, в основном, хорошее. Сделан ремонт, имеется необходимое оборудование. В некоторых больницах СПб была высказана потребность в приобретении томографа. Размер кабинетов, качество ремонта и оборудования напрямую зависят от финансирования больницы: так в Новосибирской ПБСТИН все кабинеты большие, светлые, оснащены новым оборудованием, а в расположенной неподалеку Новосибирской городской больнице № 6 врачи ютятся в крошечных кабинетах с устаревшим оборудованием. Во всех медицинских организациях Приморского края (кроме ПБ с. Заречное) требуется ремонт и обновление оборудования медицинских кабинетов.

Во всех больницах медицинские кабинеты закрываются, что обеспечивает приватность во время приема. Тем не менее, в некоторых случаях, например, в ПБ Алтайского края, медицинские кабинеты рассчитаны на прием сразу двумя специалистами и, соответственно, в кабинете находятся одновременно два пациента, а в больницах СПб один врач часто работает одновременно с несколькими пациентами, что с точки зрения наблюдателей, недопустимо, так как нарушается конфиденциальность общения с врачом. Наблюдатели отмечают, что практически везде **лица с инвалидностью** испытывают во время пребывания в больнице бытовые неудобства в связи неприспособленностью помещений.

Вопрос **эпидемиологической безопасности** решается путем изоляции от внешнего мира, использования средств инди-

видуальной защиты и вакцинации. В период обострения пандемии во всех стационарах были запрещены свидания, введены ограничения, а в некоторых случаях полный запрет на передачу вещей и продуктов. В некоторых больницах организована видео-связь с родственниками (ПКБ № 1 Москвы), однако таких единицы, и это общение длится всего несколько минут. Во время максимального заражения некоторые отделения переводились в режим «красных зон».

При улучшении ситуации произошло постепенное смягчение ограничительных мер. Пациентам разрешили выходить из своих отделений, больницы открылись для посещений и приема передач (при условии соблюдения всех мер профилактики передачи вирусной инфекции – маски, перчатки, термометрия, отсутствие признаков ОРВИ, социальная дистанция). Посещения родственников были доступны ежедневно. Повсеместно проводилась и проводится термометрия, обработка рук, используются маски и перчатки. И сотрудники учреждений, и пациенты проходят вакцинацию. В некоторых больницах привиты практически все пациенты, за исключением тех, у кого есть медицинские противопоказания. Меры эпидемиологической безопасности в отношении посетителей и сотрудников учреждения, в целом, соблюдаются.

7. Питание

Столовые везде чистые, опрятные, неприятных запахов, насекомых нет. Регулярно проводится дезинфекция. Столовые часто небольшого размера, и в этом случае пациенты питаются посменно. В некоторых стационарах (г. Владивосток, Казанская ПБСТИН, Алтайский край) столовые вообще отсутствуют, для приема пищи используется часть коридора. Между тем, согласно санитарно-эпидемиологическим требованиям, в отделениях, где пациенты не находятся на постельном режиме, предусмотрено отдельное помещение для столовой с нормами 1, 2 кв. м на человека.

Прием пищи осуществляется в соответствии с расписанием дня, **меню** на текущий день есть в открытом доступе, как правило, на двери столовой. В некоторых больницах (Новосибирская область) вывешивают меню на 2 и даже 5 дней. Во всех больницах предоставляется трехразовое горячее питание, в некоторых есть еще полдник, однако в ряде больниц (как, например, в Приморском крае), даже если он обозначен в расписании дня, воспользоваться такой возможностью получается только тем пациентам, кому что-то принесли родственники. Ужин обычно ранний – в 17.30–18.30, что не всегда устраивает больных.

Во многих больницах пациенты жалуются на **качество пищи**: «невкусная», «отвратительная», «несъедобная» (КПБ № 1 г. Москвы) «однообразная», «бывает переварена или недоварена» (ПБ № 2 им. Яковенко МО), «много капусты» (СПб, № 2), «ужасная» (Дальнегорск). По мнению наблюдателей, в Приморском крае питание часто не соответствует сбалансированным нормам.

Диетическое питание осуществляется по назначению врача и организовано везде, хотя в Приморском крае, в связи с недостатком финансирования, оно сводится к приему тех продуктов, которые приносят родственники пациентов. Пищу для тех, кому необходима диета, готовят отдельно и раздают таким пациентам.

В СПб в больнице № 2 для пациентов с ВИЧ и гепатитом предусмотрена посуда красного цвета (у всех остальных – синяя), что, по мнению наблюдателей, является стигматизирующим обстоятельством. Особенности продуктового обеспечения представителей религиозных меньшинств в стационарах не учитываются и, тем более, не реализуются.

В основном, в стационарах имеется свой **пищеблок**, который расположен в отдельном корпусе на территории больницы. На пищеблоках чисто, используются отдельные разделочные доски для мяса, рыбы и овощей. Для мытья продуктов используются отдельные мойки. Пища готовится обычно на

электрических печах, после чего доставляется в котлах в отделения. Доставляют пищу сотрудники, но часто и сами пациенты. Однако некоторыми больницами (ПБ № 5 г. Москвы, филиал ПБ № 7 в п. Черноисточинск на Урале) заключены договоры со сторонними организациями на приготовление горячего питания, доставляемого в больницу и распределяемого по отделениям. При этом есть жалобы пациентов на некачественное питание и задержку с его доставкой.

Склады для хранения продуктов наблюдатели, как правило, не посещали. Однако там, где это удалось (Ростовская область), было отмечено, что на сладе чисто, продукты хранятся в заводских упаковках на отдельных стеллажах для разных категорий пищевых продуктов. Скоропортящиеся продукты хранятся в холодильниках.

Питьевой режим в разных больницах заметно отличается. Кое-где в открытом доступе имеются кулеры или баки с кипяченой водой, но не всегда у пациентов есть своя кружка, и чтобы пользоваться этими устройствами, приходится просить сотрудников, а в других местах предлагают пить воду из-под крана (СПб ПБСТИН) или бутилированную, которую покупают сами пациенты или их родственники. В одной из больниц Нижнего Новгорода пациенты также часто пьют воду из-под крана, поскольку один бак на 40 литров выпивают очень быстро, а потом санитарки не хотят кипятить. В результате пациенты страдают диареей. Жалобы медперсоналу ненадолго исправляют ситуацию. В некоторых больницах (ПБ № 5 г. Москвы, некоторые ПБ Урала) доступ к питьевой воде возможен в определенные часы по расписанию, что зависит и от типа отделения: в реабилитационных отделениях иногда имеются чайники (СПб ПБСТИН), встречаются фильтры для воды – и те, и другие принадлежат самим пациентам. Для сравнения – в Калининградской ПБСТИН воду закупает больница, и ее разрешено иметь и в палатах, и на прогулке. При отсутствии бутилированной воды в палаты дают кипяченую.

Количество и ассортимент **продуктов в передачах** ограничены, они хранятся в запираемом шкафчике и/или холодильнике, обычно пациент может воспользоваться ими во время планового приема пищи. В некоторых больницах имеются еще бóльшие ограничения: например, в стационарах Санкт-Петербурга – утром, в Томске – в полдник. Пользоваться своими продуктами можно только в столовой, куда у пациентов обычно нет свободного доступа, нужно получить разрешение врача. В Калининградской ПБСТИН разрешено иметь в палатах нескоропортящиеся продукты.

8. Досуг и обучение

Досуг пациентов организован очень по-разному. Это зависит и от финансирования, и от понимания руководством больницы важности этого компонента реабилитационных программ, от привлечения спонсоров. В некоторых больницах имеется довольно много досуговых мероприятий: это конкурсы рисунков, турниры по настольным играм, шахматам, настольному теннису, футболу (ПБ № 2 им. Яковенко, Волгоградская ПБСТИН), проведение концертов, спектаклей, подготовленных пациентами, или приглашенными профессиональными артистами. В КПБ№ 1 г. Москвы организуются концерты органной музыки, в больницах СПб есть кружки лепки, живописи, вышивания бисером.

В КПБ№ 1 им. Алексеева действует уникальная Оранжерея-теплица по выращиванию растений, в том числе и в зимнее время года, которую могут посещать пациенты. С другой стороны, имеются больницы, в которых досуг пациентов практически не организован (Алтайский край, Новосибирская область, Томская область, ЮФО, Приморский край): телевизор в общем коридоре да небольшое количество потрепанных книг, организованные досуговые мероприятия отсутствуют. Телевизор, как правило, один на отделение. Просмотр передач определяется персоналом. В некоторых случаях время

просмотра передач жестко ограничено. Например, в СПб ПБСТИН время просмотра телепередач ограничено с 20.00 до 21.00, в Казанской ПБСТИН просмотр передач вообще невозможен, поскольку пациенты находятся в основном в своих палатах-камерах под замком и не могут свободно передвигаться по отделению. С другой стороны, в Волгоградской ПБСТИН телевизоры установлены в каждой палате, и пациенты могут смотреть их практически без ограничений.

В Липецкой областной ПБ почему-то запрещены книги и журналы.

Во многих больницах есть спортзалы и актовые залы, иногда клубы, однако в период пандемии они практически не использовались.

Обучение несовершеннолетних осуществляется не везде. Так, в филиале Медное-Власово Центральной КПБ Московской области, где проходят принудительное лечение несовершеннолетние, обучение не организовано, несмотря на то, что имеется учебный класс, оборудованный учебной доской, партами, телевизором и др. необходимыми вещами. Невозможно получить общее образование в Омской области, Республике Марий Эл, Приморском крае.

В Новосибирской и Томской областях, в Алтайском крае получение общего образования проходит на базе вечерней школы. Преподаватели приходят в больницу и занимаются в специально оборудованных для этого помещениях.

В ПБ № 5 г. Москвы для пациентов организованы курсы компьютерной грамотности и создания презентаций с использованием фотшопа с выдачей удостоверений государственного образца. Курсы организованы по инициативе одного из ВУЗов Москвы, и оплата такого обучения осуществляется самими пациентами, больница лишь предоставляет свои мощности для получения образования пациентами.

Отдельные **комнаты отдыха** чаще всего отсутствуют, а там, где они есть, они оборудованы довольно скудно: стулья,

телевизор, картины на стенах, книги, горшечные цветы, настольные игры. В других больницах наблюдается многофункциональное использование столовых и коридоров.

9. Организация трудотерапии

В большинстве стационаров условия для трудотерапии отсутствуют, хотя все врачи и персонал подчеркивают, что это важный компонент реабилитационного процесса. Некоторые пациенты также высказывают желание участвовать в какой-то осмысленной производственной деятельности, особенно, если она будет оплачиваться. В отсутствие специально организованной трудотерапии этим термином называют уборку территории, палат и прочих помещений, помощь персоналу в организации питания. Пациенты выражают удовлетворение тем, что могут чем-то помогать, быть занятыми. На принуждение жалоб не поступало.

Возможности для **трудотерапии** есть только в нескольких стационарах, трудотерапия добровольна. В период пандемии вся трудотерапия прекращена. Пациенты ЮФО участвуют в трудовых процессах внутри отделения, в лечебно-производственных мастерских и на наружных работах только с их согласия. Трудовые процессы с привлечением больных прекращаются к 17 часам.

Лишь в нескольких больницах наблюдатели отметили организованную **трудотерапию** с наличием специально приспособленных для этого помещений. Это Томская областная ПБ, некоторые стационары Санкт-Петербурга, Республики Татарстан, Калининградской области и Москвы. В ПБСТИН СПб это столярная и швейные мастерские, предназначенные для того, чтобы научить пациента обслуживать себя самостоятельно, в ПБ № 2 швейная мастерская. В Калининградской ПБСТИН имеется швейный и гончарный цеха, цех ковроделия, лозоплетения и др. Пациенты ЮФО участвуют в трудовых процессах внутри отделения, в лечебно-производственных

мастерских и на наружных работах. Трудовые процессы с привлечением больных прекращаются к 17 часам.

Трудотерапия осуществляется только на **добровольной основе**, и ею охвачено незначительное количество пациентов. Так, в Томской областной ПБ это 40 человек из 950, в московской психиатрической больнице № 5—49 из более чем 1000. С другой стороны, в Калининградской ПБСТИН трудотерапией заняты ежедневно 50 человек из 200—250. В Санкт-Петербургской ПБСТИН имеется столярная мастерская и швейный цех, в московской ПБ № 5 при содействии государственного профессионального образовательного учреждения «Чеховский техникум», проводятся курсы теории швейного дела с последующей выдачей сертификатов государственного образца. Курсы проводятся как на бюджетной основе, так и на платной (для тех, кто хочет сократить срок обучения). Для получения разрешения на занятия необходимо согласие лечащего врача и комиссионное освидетельствование пациента комиссией врачей с участием врача мастерских и представителя администрации больницы. В процессе обучения пациенты шьют постельное белье и пижамы для внутренних нужд больницы.

В период пандемии все занятия по трудотерапии были прекращены.

10. Специфика женских отделений

Во всех стационарах **женские отделения** отличаются от мужских большей ухоженностью, аккуратностью, в некоторых случаях даже уютом. Шторы на окнах, комнатные растения, в некоторых больницах имеются зеркала, разрешена собственная одежда. Однако женское отделение Нижегородской областной ПНБ № 3 находится в плачевном состоянии, необходим срочный ремонт всех помещений; также требуются новые матрасы и белье, как постельное, так и нательное.

В соответствии с правилами внутреннего распорядка практически всех стационаров пациенты не реже одного раза в

неделю проходят санитарную обработку, им предоставляется возможность помывки в душе. Никакого отдельного **режима гигиенических процедур** для женских отделений ни в правилах, ни на практике не существует. Однако в большинстве стационаров говорят, что предоставляют возможность пользоваться ванной/душем по необходимости, но душевые комнаты везде закрыты на ключ, поэтому женщины должны обращаться с просьбой к персоналу. В московской КПБ № 1 женщины могут пользоваться ванной ежедневно однако, только в определенное время (с 7 до 8 утра и с 7 до 8 вечера). Туалеты и ванны не огорожены, туалетная бумага отсутствует. Сотрудники говорят, что у пациенток есть своя туалетная бумага, а в случае необходимости они могут попросить ее у медсестры на посту. В туалетных и душевых комнатах женских отделений практически повсеместно отсутствуют биде, положительное исключение – филиал «Северной психиатрической больницы» в городе Серов Свердловской области.

Косметикой можно пользоваться только с разрешения лечащего врача. В основном косметические средства запрещены. Гигиенические средства женщины приобретают за свой счет, однако в случае необходимости их можно получить и в больнице. По возможности выдаются гигиенические прокладки, однако есть больницы, в которых вместо этого используют ветошь, ссылаясь на отсутствие финансирования (ПБ № 6 Санкт-Петербурга).

СОБЛЮДЕНИЕ ПРАВ ЧЕЛОВЕКА ПРИ ОКАЗАНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ПРЕБЫВАНИЕ В СТАЦИОНАРАХ)

За время работы наблюдателей (март 2020 г. — август 2021 г.) они получили 184 жалобы и обращения из больниц разного типа. На первом этапе работы жалоб практически не было, поскольку пациенты просто не знали о существовании ОНК, о том, с какими-проблемами и как можно туда обратиться. После того, как члены ОНК начали посещать психиатрические стационары на регулярной основе и добились того, чтобы на информационных стендах была размещена контактная информация об ОНК данного региона, количество жалоб сразу возросло. Причем стали обращаться и родственники пациентов. Преобладали жалобы из отделений общего и специализированного типа, из психиатрических больниц специализированного типа с интенсивным наблюдением жалобы были единичными, что, по мнению наблюдателей, объясняется тем, что там более жёсткий режим, и пациенту реально труднее написать какую-то жалобу.

Жалобы, в основном, поступали в устной форме во время посещений или по телефону, однако иногда пациенты или их родственники использовали электронную почту и даже обычную. Жалобы в ОНК не подлежат перлюстрации и должны отправляться в закрытых конвертах, однако на закупку конвертов с марками у больниц, как правило, нет денег, поэтому в некоторых регионах (напр., в СПб) члены ОНК сами закупали конверты и раздавали их пациентам, желающим обратиться куда-то (не обязательно в ОНК) в письменной форме.

В зависимости от существа жалобы члены ОНК оказывали помощь на месте, консультируя пациента о его правах и

способах их реализации, а также обсуждая существо жалобы с руководством отделения или больницы. В необходимых случаях члены ОНК получали у пациента согласие на знакомство с его документами, и передавали полученные данные и запрос пациента юристам, которые либо посылали запросы в государственные органы, либо готовили апелляционную жалобу на решение суда, либо совершали иные правовые и/или процессуальные действия. Соответственно, пациент при следующем посещении членами ОНК получал подготовленный юристами ответ или требуемый документ, или юрист сам приходил к пациенту и оказывал ему правовую помощь. При невозможности решить вопрос с администрацией учреждения члены ОНК посылали письменные запросы и обращения в Прокуратуру и Росздравнадзор; подавали ходатайства о возбуждении уголовных дел, привлекали юристов и общественных защитников. В некоторых случаях (Томская область, Республика Татарстан) руководство больниц обращалось к членам ОНК с просьбой урегулировать возникший конфликт, помочь добиться компромисса. Действенной мерой является направление выписки из заключения ОНК по итогам посещения в адрес главного врач, регионального уполномоченного по правам человека и местные органы управления здравоохранением.

1. Допуск и условия бесед с адвокатами, сотрудниками госюрбюро, представителем, иными лицами с правом оказания правовой помощи, сотрудниками аппарата уполномоченного по правам человека, членами ОНК

Специальных помещений для работы адвокатов, сотрудников аппарата УПЧ, членов ОНК на территории стационаров, как правило, нет. Такие встречи проводятся либо в комнате для свиданий (если она есть), либо в столовой, коридорах, кабинетах медицинских сотрудников и т.п. В условиях карантина сотрудники аппарата УПЧ и члены ОНК допускались

беспрепятственно, кроме отделений, включенных в «красную зону». Однако в целом, особенно поначалу, отношение к ним было настороженное: «от правозащитников и проверяющих одни неприятности». Посещения адвокатов, юристов и других представителей для оказания правовой помощи нужно было согласовывать с главным врачом. В некоторых больницах (ПБ № 3 СПб, Московская ПБ № 5) адвокаты жаловались на невозможность встретиться со своими доверителями, что является прямым нарушением закона.

2. Доступность медицинской документации пациентам, их представителям, адвокатам и наблюдателям

Серьезных проблем со знакомством с медицинской документацией и получением копий истории болезни не было. В некоторых регионах (напр., в Уральском федеральном округе) на сайтах мед. организаций в информации для пациентов, размещен Порядок ознакомления с медицинской документацией с прикрепленным приказом Минздрава РФ № 425н. По письменному запросу знакомиться с медицинскими документами может и сам пациент, и его законный представитель, и члены ОНК, если они получили согласие пациента. В большинстве регионов членам ОНК предоставлялись медицинские карты и при необходимости разъяснялись имеющиеся там записи. Однако такая ситуация далеко не везде. Так, в Приморском крае доступ пациентов к их личной документации сильно ограничен под предлогом «врачебной тайны», эти документы якобы могут предоставляться только по запросу судебно-следственных органов. Проверяющим приходилось отсылать представителей администрации к Федеральному закону № 76, регулиющему права членов ОНК, и к ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в котором отражено право пациента и его законного представителя знакомиться с собственными медицинскими документами и получать их копии.

3. Доступность и порядок ознакомления наблюдателей с журналами учреждений

Проблем не возникало, имеющиеся в отделении журналы выдавались по первому требованию. Наблюдатели знакомились, в первую очередь, с журналами ежедневного наблюдения за пациентами, регистрации применения мер физического стеснения, регистрации входящей и исходящей корреспонденции. Если в журналах были описаны недавние случаи нападений пациентов друг на друга или применения мер физического стеснения, они встречались и беседовали с действующими лицами этих инцидентов. Однако в некоторых стационарах (ПБСТИН Санкт-Петербурга, ПБ № 3 СПб) медицинские работники закрывали листом фамилии больных, а в других (Приморский край) журналы нужно было запрашивать заранее. Наблюдатели Омской области отметили, что администрация не препятствует знакомству с журналами, но журналов очень мало, а в Республике Марий Эл оказалось, что в журналах (например, применения мер стеснения) практически отсутствуют записи. Связано ли это с тем, что меры стеснения, действительно, применяются очень редко, или с тем, что их применение просто не регистрируют, выяснить не удалось.

4. Нарушения, проблемы при госпитализации, продлении лечения, выписке пациентов

Посещая психиатрические стационары общего типа, наблюдатели беседовали не только с недобровольно госпитализированными пациентами, то и с теми, кто дал «добровольное информированное согласие» на лечение. В результате обнаружилось, что многие из пациентов, зарегистрированных как «добровольные», на самом деле являются «псевдобровольными»: они не хотят лечиться в стационаре и высказывали свое несогласие при поступле-

нии, однако подписали добровольное согласие, поскольку им сказали, что в противном случае больница обратится в суд, и они будут находиться в ней в течение полугода. Такая фальсификация добровольного информированного согласия отражается в том, что процент недобровольных госпитализаций в целом по стране очень низок, в некоторых регионах (напр., Свердловская область) он составляет 1–2%, и сокращает сферу работы членов ОНК.

Недобровольно госпитализированные пациенты жалуются на то, что адвокаты по назначению не встречаются с ними до судебного заседания, не разъясняют им их права и не вникают в суть дела. Суд превращается в чисто формальную процедуру. То же касается пациентов, которым судом назначено принудительное лечение. Адвокаты по назначению ограничивают свои обязанности присутствием в судебном заседании, после которого пациенты не могут с ними связаться. Между тем, многие из них хотели бы обжаловать постановление суда о недобровольной госпитализации или продлении принудительного лечения. Члены ОНК обеспечивали в таких случаях помощь юриста и подготовку заявления в суд. Адвокаты по соглашению, также как родственники и сами пациенты жалуются на то, что их не информируют своевременно о проведении врачебных комиссий и судебных заседаний, в результате чего они не успевают к ним подготовиться, а порой даже вынужденно пропускают их. Во многих случаях судебные заседания о продлении принудительного лечения проходят в отсутствие пациента, поскольку он под давлением медицинских сотрудников или в связи с непониманием своих прав подписывает заявление об отказе от участия в судебном разбирательстве.

Имеются проблемы и при переводе пациента в другую больницу, особенно если она находится за пределами региона. Действующее законодательство не определяет процесс перевозки пациентов. В результате, в Томской области пациенты столкнулись со случаем, когда пациент в течение полутора

лет ждал переезда в Новосибирскую ПБСТИН, где он должен был проходить дальнейшее лечение.

5. Порядок и условия подачи и регистрации жалоб и обращений пациентов, их представителей в органы исполнительной власти, прокуратуру и суд

Жалобы и обращения пациентов в органы государственной власти регистрируются в журнале исходящей корреспонденции больницы и отправляются по месту назначения. Таких записей в журналах мало, что свидетельствует о том, что пациенты не информированы о такой возможности, а подчас просто не имеют условий для подготовки жалобы. В большинстве стационаров пациентам не выдают ручки из соображений безопасности, для этого нужно получить специальное разрешение врача. Бумагу также нужно просить у персонала, а еще где-то достать конверт с марками. Кроме того, на информационных стендах отделений далеко не всегда имеется информация о том, куда пациент может обратиться в случае нарушения его прав, или она напечатана так мелко, что ее невозможно прочитать. Таким образом, фактически возможность пациента самостоятельно обратиться в органы исполнительной власти, прокуратуру и суд сильно ограничена. Жалоб на цензуру от пациентов не поступало. В историях болезни наблюдатели не обнаружили неотправленных жалоб и обращений пациентов в органы государственной власти.

6. Порядок и условия подачи и регистрации жалоб и обращений пациентов, их представителей к персоналу и администрации учреждения

В большинстве стационаров имеются журналы регистрации жалоб и обращений пациентов и их родственников, главные врачи и их заместители ведут прием в установленные часы, в

журналах записывается суть обращения и принятые меры. На период пандемии личный прием был отменен, можно было обратиться только письменно, что вызвало у пациентов, не обеспеченных письменными принадлежностями, серьёзные трудности. Устные обращения к заведующему отделением и другому руководству затруднены, поскольку их кабинеты находятся вне отделений, пациент зависит от отношения к нему персонала и часто чувствует себя беззащитным.

7. Взаимоотношения пациентов с персоналом и другими пациентами, регистрация и порядок урегулирования конфликтов внутри учреждения, наличие конфликтов в палате

Наблюдателям редко поступали жалобы от пациентов на грубость и неуважительное отношение со стороны персонала. Вроде бы ко всем обращаются уважительно, на «Вы», по фамилии или имени-отчеству, никогда не повышают голос. Между тем, о грубости, ругани, нецензурной брани персонала и т.п. часто говорят родственники (со слов пациентов), такие рассказы можно нередко встретить в соц. сетях в группах бывших пациентов. Имеются сведения об увольнениях сотрудников младшего и среднего медицинского персонала за недопустимые действия в отношении пациентов. Однако порой нехватка персонала заставляет терпеть «превышение должностных полномочий», и все ограничивается выговором и переводом на работу в другое отделение. Конфликты между пациентами решаются путем расселения палат, а если агрессия одного из пациентов по отношению к другим связана с ухудшением его состояния, его переводят в надзорную палату, а если ситуация не улучшается, то обращаются в суд для перевода на более строгий режим содержания. Отношение пациентов к персоналу, по мнению наблюдателей, уважительно-настороженное, так как быт пациента во многом зависит от его отношений с персоналом.

8. Проблемы приглашения сторонних специалистов разного профиля, в том числе психиатров, направление и вывоз пациентов в другие медицинские организации

У многих стационаров заключены договоры на оказание специализированной медицинской помощи с местными учреждениями, однако сторонние специалисты и в обычное время, и тем более в период пандемии, практически не приглашаются, больницы стараются справляться своими силами. Вывоз пациентов в другие медицинские организации происходит в исключительных случаях, при необходимости срочной диагностики или срочного оперативного вмешательства, или если пациент заболел коронавирусом. Вопрос перемещения пациентов в таких случаях, обеспечение их сопровождения — очень сложный, что связано с недостаточно проработанным законодательством. Особенно трудно решается этот вопрос в отношении пациентов ПБСТИН, где пациента должен сопровождать не только медицинский работник, но и сотрудники охраны.

9. Обоснованность и применение ограничений в коммуникации с внешним миром

Ограничения коммуникации, если они не связаны с опасностью для жизни и здоровья пациента и других лиц, являются необоснованными и создают определенного рода информационный и эмоциональный вакуум, особенно в период пандемии, когда свидания были запрещены. Люди чувствуют себя заброшенными и изолированными, что не способствует, а, скорее, вредит их последующей реабилитации. Время общения с внешним миром практически везде ограничено, и эти ограничения очень сильно разнятся по больницам: от 15–30 мин. в день до 5 минут один раз в неделю или 15 минут один раз в месяц. Данное ограничение не предусмотрено никакими правилами и приказами системы

здравоохранения и существенно ограничивает права пациентов на связь с внешним миром. Пользование телефоном осуществляется по графику, а кое-где еще и по предварительной записи. В Свердловской области, например, личные сотовые телефоны выдаются только в вечернее время, что делает невозможным для пациента дозвониться в гос. органы. Чтобы написать родственникам письмо, нужно получить разрешение лечащего врача на выдачу бумаги и ручки. Отсутствие и/или запрет интернета делает практически невозможным поддерживать родственные, семейные и дружеские связи, а также осуществлять действия по своей правовой защите и получать разного рода информацию. Наличие федеральных ТВ каналов в установленное расписанием время не может возместить информационную оторванность пациента от своей «прошлой» жизни. Наблюдатели полагают, что в век информационных технологий необходимо проработать вопрос использования интернета в целях самообразования, поддержки социальных связей и получения информации (в т.ч. правовой). Кроме того, необходимо предоставить возможность пациенту осуществлять телефонные звонки по мере их необходимости, а не в рамках ПВР.

10. Обоснованность перевода пациентов из палаты в палату, из отделения в отделение и ограничений на свободу перемещения внутри учреждения

Пациенты иногда жалуются на то, что их часто переводят из одной палаты в другую, а иногда и в другое отделение, что они не могут свободно перемещаться внутри учреждения. Между тем, в психиатрических стационарах специализированного типа с интенсивным наблюдением свободное перемещение внутри отделения невозможно, согласно ПВР пациенты могут покидать свои палаты, в том числе для выхода в туалет, только в сопровождении охраны. В отделениях общего типа пациенты имеют право свободно выходить из

своих палат и перемещаться по отделению, за исключением тех, кто находится в наблюдательной палате. Нарушения этих правил наблюдатели не обнаружили. Что касается перевода пациента из одной палаты в другую или в другое отделение, то это делается по решению врача, о чем делается пометка в соответствующих журналах, и обычно связано либо с изменением психического состояния пациента, либо с конфликтами между пациентами одной палаты, которые могут угрожать безопасности пациента.

11. Содействие администрации в реализации гражданско-правовых отношений пациентов

В каждом психиатрическом стационаре есть социальные работники и юристы, которые должны заниматься восстановлением документов, поиском родственников, оформлением пенсий и гражданско-правовых сделок, решением жилищных проблем пациентов и т.п. Однако, на практике они не в состоянии выполнить всю необходимую работу для реализации гражданско-правовых отношений пациентов. Администрации уверяют, что ранее возможно было получить такую помощь извне, однако в период пандемии, когда связь с внешним миром сократилась до минимума, это невозможно. Члены ОНК, которые имеют право регулярно посещать психиатрические стационары, могли бы обеспечить содействие в реализации жизненно важных вопросов пациентов, привлекая для этого юристов, правозащитников, различные НПО.

Имеются большие проблемы с совершением пациентами, находящимися на принудительном лечении, юридических действий, требующих личного участия, в т.ч. нотариальных действий. Нотариусы, как правило, отказываются приезжать в психиатрические стационары и совершать какие-то действия с участием находящихся там пациентов, хотя последние не признавались недееспособными или ограниченно дееспособными. В результате, пациенты не могут совершить какую-то

делку с принадлежащей им собственностью, что прямо нарушает их имущественные права.

12. Содействие администрации в подготовке к жизни после выписки, в реабилитации пациентов

По мнению наблюдателей, такой работы практически не ведется, хотя во многих стационарах есть «реабилитационные отделения». Между тем, это весьма важное направление работы, особенно в больницах, осуществляющих принудительное лечение, поскольку после длительного пребывания в стационаре у пациентов, как правило, утрачены социальные связи и навыки социального функционирования, а обществе нет условий для самостоятельного проживания выписывающихся пациентов. На практике работа по реабилитации в основном сводится к беседам и предоставлению расписанных курсов амбулаторного лечения, выдаче рекомендаций, сопроводительных документов и характеристик.

13. Обеспечение потребности и желания пациентов в трудотерапии и обучении

И персонал, и пациенты считают трудотерапию и обучение необходимыми, однако возможностей для этого крайне мало. Если получение общего образования в психиатрических учреждениях, как правило, обеспечено, то профессиональное обучение и осмысленная трудотерапия зависят целиком от активности главного врача и финансовых возможностей больницы. Так, в ПБСТИН Санкт-Петербурга пациенты могли получить специальность бухгалтера, работать в столярной мастерской, в Московской ПБ № 5 можно было освоить профессию швеи и получить соответствующий диплом. Пандемия на время пресекла такие возможности, и неизвестно, когда удастся возобновить эти полезные начинания. Усилиями отдельных главных врачей создаются условия для

добровольного участия пациентов в выращивании овощей, фруктов, проведении работ по благоустройству территорий. Однако в некоторых стационарах под трудотерапией, по-прежнему, понимают уборку палат, туалетов, столовой, коридоров, доставку питания в отделения, а также уборку снега и даже копание могил. Наблюдатели обращают внимание на то, что понятие трудотерапии не раскрыто ни в каких правовых документах, и это мешает им контролировать соблюдение прав пациентов в этом вопросе.

14. Получение пациентами передач и иной материально-бытовой помощи от родственников и иных лиц

Получение передач и иной материально-бытовой помощи от родственников и иных лиц в целом не затруднено и даже приветствуется, поскольку в некоторых регионах (напр., Приморский край) в связи со скудным финансированием это зачастую единственная возможность обеспечить больных лекарствами и продуктами надлежащего качества. Однако в период пандемии получение передач было сильно ограничено, а в некоторых регионах прекращено совсем. Так, в стационарах ЦФО передачи принимались только в виде посылок, в Томской области и в Татарстане для получения передач нужно было разрешение лечащего врача, что не предусмотрено действующим законодательством. В стационарах, осуществляющих принудительное лечение с интенсивным наблюдением, все передачи подвергаются тщательному контролю, чтобы предотвратить попадание запрещенных предметов, продуктов и медикаментов.

АНАЛИЗ ПРАВИЛ ВНУТРЕННЕГО РАСПОРЯДКА ПСИХИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНИЦ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ТИПА С ИНТЕНСИВНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ

Соблюдение прав граждан, к которым применяются принудительные меры медицинского характера (далее – ПММХ) в условиях психиатрических больниц специализированного типа с интенсивным наблюдением (далее – ПБСТИН), в значительной мере определяется информированностью руководства и персонала больниц в отношении правового регулирования применения ПММХ и прав находящихся в них пациентов, а также законностью утверждаемых на основе законодательных норм локальных актов медицинских организаций и, прежде всего, Правил внутреннего распорядка (далее – ПВР).

Анализ документов, представленных на сайтах ПБСТИН, свидетельствует о неудовлетворительном состоянии в этом вопросе во всех ПБСТИН.

1. ФКУ «Санкт-Петербургская ПБСТИН» Минздрава России (далее – СПбПБСТИН)

На официальном сайте больницы в *разделе «Документы»* все законодательные акты представлены в недействующей редакции. Текст Конституции РФ размещен без учета изменений, внесенных в него 14 марта 2020 г. Тексты Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Закона РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» не обновлялись 10 лет (!). В результате в представленных текстах отсутствуют

важнейшие положения, в т.ч. касающиеся прав граждан и обязанностей медорганизаций. Нет сомнений, что и вывешенный в отделениях текст Закона о психиатрической помощи так же является устаревшим.

ПВР СПбПБСТИН именуется *«Правилами внутреннего распорядка (для больных)»*, из чего следует, что в медорганизации отсутствуют единые ПВР. Следовательно, либо соответствующих правил для сотрудников не имеется либо они отличаются от ПВР для больных. Согласно же ст. 39 Закона о психиатрической помощи медорганизация обязана знакомить пациента с ПВР медорганизации, т.е. единым локальным актом. Кроме того термин «больной», используемый в названии и содержании ПВР, в законодательстве отсутствует. Лица, находящиеся в ПБСТИН, могут именоваться либо лицами, к которым применяются ПММХ, либо пациентами. Размещенный на сайте больницы текст ПВР не снабжен необходимыми сведениями о том, кем и когда был данный документ утвержден.

В разделе «Общие положения» сказано, что ПВР для больных разработаны на основе в т.ч. статей УК и УПК РФ, «регламентирующих проведение принудительного лечения». Однако это не соответствует действительности. УК и УПК РФ устанавливают основания и порядок применения ПММХ, а исполнение ПММХ, прохождение (проведение) лечения не регламентируют. Последнее не «регламентируется» (федеральные законы, в т.ч. УК и УПК РФ, не устанавливают «регламенты», они регулируют правоотношения) и не регулируется никакими законодательными актами, что является пробелом в законодательстве. С другой стороны, некоторые пункты ПВР (о применении резиновых палок, наручников, огнестрельного оружия) явно вытекают из положений Федерального закона от 7 мая 2009 г. № 92-ФЗ «Об обеспечении охраны психиатрических больниц (стационаров) специализированного типа с интенсивным наблюдением». Однако ссылок на этот закон в ПВР не приводится. Это серьезное упущение составителей ПВР.

Как указано в п. 3 Общих положений, каждый поступающий в больницу больной имеет право ознакомиться с указанными законодательными актами, данными правилами и получить от лечащего врача дополнительные разъяснения по его правам и законным интересам. Однако не указывается, у кого больной может получить текст УК и УПК. Как сказано далее, в каждом отделении специально для больных вывешен лишь Закон о психиатрической помощи, и они имеют к нему постоянный доступ.

В разделе *«Поступление больных»* предусмотрено, что о поступлении больного в больницу оповещаются его родные извещением или по телефону. При этом не упомянуты законные представители, не указаны сроки оповещения.

В разделе *«Меры безопасности»* оговорены случаи, когда больной помещается в *надзорную палату* с особым ограничительным режимом. Это возможно, в частности, когда больной *«представляет непосредственную угрозу для окружающих и для себя самого, склонен к разрушительным действиям»*. Однако данная формулировка не согласуется с требованиями Закона о психиатрической помощи. Как следует из ч. 2 ст. 30 Закона, меры изоляции применяются только в тех случаях, когда, по мнению врача-психиатра, иными методами невозможно предотвратить действия госпитализированного лица, *представляющие непосредственную опасность для него или других лиц*. То есть согласно Закону критерием служит не «склонность» к опасным действиям и не «угроза» их совершения, а сама опасность, носящая непосредственный характер. «Непосредственная угроза» — это лишь совокупность конкретных условий и факторов, создающих опасность совершения действий. Возможность причинения существенного вреда, а также опасность для себя или других лиц — это единое основание для назначения ПММХ всех видов (ч. 2 ст. 97 УК РФ).

Кроме того в этом разделе ПВР не уточняется, в чем состоит *«особый ограничительный режим»*. Закон о психиатрической

помощи, УК и УПК РФ такого понятия не знает, нормативные акты, утвержденные приказом Минздрава СССР от 21 марта 1988 г. № 225, выделяют лишь «ограничительный режим». Поэтому удостовериться в законности применения «особого ограничительного режима» затруднительно. Уточнение данного вопроса необходимо также с учетом того, что принудительное лечение в ПБСТИН и так назначается лицу, которое по своему психическому состоянию представляет особую опасность для себя или других лиц и требует постоянного и интенсивного наблюдения. Это лица, которые отказываются от лечения, проявляют агрессию по отношению к медперсоналу, пациентам, готовятся к побегу, предпринимают попытки членовредительства, самоубийства и т.п. Интенсивное наблюдение — это усиленное наблюдение за состоянием и поведением таких лиц, осуществляемое медперсоналом при содействии сотрудников подразделения охраны. Из ПВР должны быть понятны характеристики (условия) «особого ограничительного режима» в составе «интенсивного (усиленного) наблюдения», а также те действия пациента, которые можно расценить как нарушение режима.

Другой пункт этого раздела — о возможности *применения мер физического ограничения* — не конкретизирован и носит отсылочный характер. В нем сказано, что эти меры применяются в соответствии с инструкцией по такому ограничению. Возможности ознакомиться с данной инструкцией медорганизация не предоставляет.

В пункте о праве сотрудников охраны *применить спецсредства* и огнестрельное оружие указывается, что это право предусмотрено «Законом», однако не уточняется, каким именно законом. Создается впечатление, что это право обеспечивает Закон о психиатрической помощи, поскольку в начале ПВР отмечено, что Закон о психиатрической помощи далее будет именоваться «Закон».

Руководство больницы, не имея надлежащей квалификации для разработки соответствующих закону ПВР, а также

стремясь снять с себя в будущем всякую ответственность при возникновении нештатной ситуации или в случае обжалования пациентом действий сотрудников ПБСТИН, зафиксировало в ПВР формулу, согласно которой «в больнице *не действует принцип «что не запрещено, то разрешено»*. Можно предположить, что в этом пункте (п. 5) речь идет о «периодически изменяемых перечнях» разрешенных и запрещенных предметов (включая продукты) для пользования пациентами¹. Однако нельзя исключить, что этот принцип может распространяться и на действия пациентов, не связанные с запрещенными предметами или продуктами, а направленные на защиту своих прав. Между тем принцип «Все, что не запрещено, то разрешено» относится к одним из важнейших принципов правового государства, он нашел отражение в статьях Конституции РФ, в частности ч. 2 ст. 45, гарантирующей право каждого защищать свои права и свободы всеми способами, не запрещенными законом. Без понятных (и для сотрудников и для пациентов), отвечающих требованиям закона формулировок, что именно пациентам не может быть разрешено ни при каких обстоятельствах (при отсутствии на это прямого запрета в ПВР), данная формула в силу своей неопределенности не может присутствовать в локальном акте медорганизации и характеризовать правовой статус и правила поведения лица, которому назначены ПММХ в условиях ПБСТИН. Некорректность формулировок правил поведения (дозволений и запретов) влечет ошибки в оценке причин их нарушений, необоснованному продлению ПММХ.

¹ В ПВР Волгоградской ПБСТИН формулировка «в больнице не действует принцип «что не запрещено, то разрешено» отсутствует. Вместо этого в конце раздела 4. «Запрещенные предметы и продукты питания» жирным шрифтом указано: «Неоговоренные здесь предметы и продукты питания запрещаются или разрешаются лечащим врачом». Отсюда следует, что отсутствие того или иного предмета в перечне запрещенных предметов, который (перечень) является составной частью ПВР ВПБСТИН (в СПбПБСТИН – приложениями), не означает, что этот предмет действительно не запрещен. Запрет в любой момент может наложить лечащий врач.

Следует также учитывать, что сама медорганизация, утверждая внутренние правила (ПВР), фактически действует в рамках свободы установления запрета/разрешения, т.е. руководствуясь отрицаемым ею принципом «что (больнице) не запрещено, то разрешено».

Правило, установленное в *разделе «Прогулки»*, допускает произвольное лишение пациента обязательных ежедневных прогулок. Согласно правовой позиции Конституционного Суда РФ право на прогулки не может быть подвергнуто ограничению, поскольку такое ограничение не предусмотрено законом. В соответствии с п. 46 Положения о психиатрической больнице, п. 24 Временного Положения о психиатрической больнице со строгим наблюдением (утв. приказом Минздрава СССР от 21 марта 1988 г. № 225) ежедневная прогулка обязательна для всех больных, за исключением больных, находящихся на постельном режиме. В ПВР больницы записано, что больной может быть временно ограничен в прогулках в связи с состоянием его здоровья. Расплывчатость основания для ограничения прогулок позволяет необоснованно запретить прогулку любому пациенту «по состоянию здоровья», в т.ч. не находящемуся на постельном режиме.

Правила, предусмотренные в *разделе «Свидания»*, допускают ущемление права пациентов на свидания с законными представителями и адвокатами, причем сразу в нескольких аспектах.

Как сказано в разделе, разрешение на свидание дается, исходя из психического состояния больного и целесообразности встречи больного с конкретным посетителем. Целесообразность определяется исключительно характером влияния посетителя на психическое состояние больного и его поведение. Свидание разрешается в первую очередь с родственниками больного. Свидания с другими лицами разрешаются как исключение по просьбе больного и оценки конкретного случая. Свидание проводится в присутствии медперсонала и сотрудников отдела охраны.

Согласно закону законный представитель защищает права лица, которому назначены ПММХ, в течение всего времени нахождения последнего на принудительном лечении. Суд прекращает, изменяет или продлевает применение к лицу ПММХ по ходатайству не только администрации медорганизации, самого лица, но и его законного представителя, а также его защитника. Законный представитель согласно ч. 2 ст. 437 УПК РФ наделен правом заявлять ходатайства (о собирании доказательств, допросе свидетеля, производстве СПЭ), представлять документы для приобщения их к делу в качестве доказательств, обжаловать действия (бездействие), решение следователя, прокурора, суда. Он вправе приглашать защитника для представляемого им лица, быть извещенным о назначении уголовного дела к слушанию по вопросу прекращения, изменения или продления применения ПММХ. Ходатайство самого лица, его защитника и/или законного представителя о прекращении или изменении ПММХ должно быть рассмотрено и разрешено и без подтверждения такового медицинским заключением больницы.

Администрация ПБСТИН *не уполномочена устанавливать «целесообразность» встреч пациента с законным представителем, нотариусом и тем более адвокатом, разрешать такие встречи в порядке исключения, ограничивать их число, в т.ч. в условиях карантинных мер.* Закон не позволяет администрации ПБСТИН *отказывать во встрече пациента с его представителем, «исходя из психического состояния больного» и его «поведения».* Каких-либо ограничений в реализации конституционного права на квалифицированную юридическую помощь законодательство не допускает. Соответственно пациента, лишенного свободы в условиях психиатрического стационара при прохождении принудительного лечения, *нельзя ограничить (временно запретить) в праве встречаться с адвокатом, в т.ч. при карантине, по другим санитарно-эпидемиологическим основаниям, а также, если посещение больного может*

привести к ухудшению его здоровья или представлять угрозу его жизни и здоровью окружающих¹.

¹ Верховный Суд РФ (решение от 6 июня 2014 г. № АКПИ14-472) признал не соответствующим закону и нарушающим права граждан абз. второй п. 119 Порядка организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключенным под стражу. Документ был утвержден совместным приказом Минздрава России и Минюста России от 17 октября 2005 г. № 640/190. В 2018 г. он утратил силу.

Данный абзац допускал временное непредоставление свиданий и запрещение посещений больного иными лицами, включая адвокатов и иных лиц, имеющих право на оказание юридической помощи, при карантине, по другим санитарно-эпидемиологическим основаниям, а также, если посещение больного могло привести к ухудшению его здоровья или представлять угрозу его жизни и здоровью окружающих (в т.ч. прибывших для посещения). Такое решение принимал начальник больницы по письменному заключению лечащего врача и начальника отделения. Верховный Суд РФ сослался на ст. 48 Конституции РФ, гарантирующую каждому право на получение квалифицированной юридической помощи, а каждому задержанному, заключенному под стражу, обвиняемому – право пользоваться помощью адвоката (защитника) с момента соответственно задержания, заключения под стражу или предъявления обвинения. Верховный Суд РФ указал, что, право на квалифицированную юридическую помощь гарантируется осужденному не только для обеспечения *возможности отстаивать свои интересы в рамках уголовного процесса, но и для защиты от ущемляющих его права и законные интересы действий и решений органов и учреждений, исполняющих наказание*. Федеральный закон «Об адвокатской деятельности и адвокатуре в Российской Федерации» (ст. 6) предусматривает право адвоката беспрепятственно встречаться со своим доверителем наедине в условиях, обеспечивающих конфиденциальность (в т.ч. в период его содержания под стражей). Законодатель, предусматривая предоставление свиданий осужденным к лишению свободы, различает, с одной стороны, свидания, которые предоставляются им в целях сохранения социально-полезных связей с родственниками и иными лицами, и, с другой, – свидания с адвокатами и иными лицами, имеющими право на оказание юридической помощи, в целях реализации конституционного права на получение квалифицированной юридической помощи (ст. 89 УИК РФ). Согласно правовой позиции Конституционного Суда РФ (Постановление от 25 октября 2001 г. № 14-П) непосредственное общение с адвокатом – важная составляющая права на получение квалифицированной юридической помощи, которое в силу Конституции РФ *ни при каких условиях не подлежит произвольному ограничению, в т.ч. в части определения количества и продолжительности предоставляемых в этих целях свиданий*. Законодатель вправе конкретизировать содержание закрепленного в ст. 48 (ч. 2) Конституции РФ права и устанавливать правовые механизмы его осуществления, условия и порядок реализации, но при этом не должен допускать искажения существа данного права и введения таких его ограничений, которые не согласовывались бы с конституционно значимыми целями.

Согласно Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» лица, заключенные под стражу, отбывающие наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы, имеют право на оказание медицинской помощи, при этом каждый пациент имеет право на допуск к нему адвоката (ст. 19). Закон, регулируя отношения в сфере охраны здоровья граждан,

В производстве о применении ПММХ участие защитника обязательно. Он участвует в подготовке и рассмотрении дела о продлении, изменении, прекращении применения ПММХ. Защитник вправе и обязан изучить заключение врачебной комиссии больницы, его полноту и обоснованность, в т.ч. в части сохранения опасности лица, выяснить возможность лица лично участвовать в судебном заседании.

Адвокат может оказывать юридическую помощь и при решении вопросов, возникающих у лица в процессе пребывания в стационаре. «Присутствие медперсонала и сотрудников охраны» при встречах пациента с адвокатом — прямое *нарушение права пациента встречаться с адвокатом наедине*. Персонал может вести лишь визуальное наблюдение.

2. ФКУ «Новосибирская ПБСТИН» Минздрава России (далее — НПБСТИН)

На сайте больницы в *разделе «Документы»* законодательные акты представлены в недействующей редакции. Текст Конституции РФ — без учета изменений, внесенных в него 14 марта 2020 г. Текст Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» не обновлялся ни разу с момента его вступления в силу. Закона РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» представлен с изменениями на 2015 год. В ре-

не устанавливает ограничений по допуску адвоката, если посещение больного может привести к ухудшению его здоровья или представлять угрозу его жизни, при карантине, по другим санитарно-эпидемиологическим основаниям. Санитарно-эпидемиологических требований к порядку посещения адвокатами лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы и заключенных под стражу, не устанавливает и Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». Даже Федеральный закон «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации», определяя туберкулез как инфекционное заболевание, признает за лицами, госпитализированными для обследования и лечения в медицинские противотуберкулезные организации, право встречаться с адвокатом, и такое право не ограничено формами заболевания у больного туберкулезом.

зультате в представленных текстах отсутствуют важнейшие положения, в т.ч. касающиеся прав граждан и обязанностей медорганизаций. Нет сомнений, что и вывешенный в отделениях текст Закона о психиатрической помощи является устаревшим.

ПВР НПБСТИН так же, как и в СПбПБСТИН, являются **ПВР для больных**. Об этом указывается в «Общих положениях». Документ фактически идентичен рассмотренным выше ПВР (для больных) СПбПБСТИН, вплоть до ошибок в согласовании слов. В ПВР имеется отсылка к Правилам проведения свиданий, текст которых имеется на сайте больницы, однако он не имеет отличий от раздела «Свидания» в тексте ПВР.

В отличие от ПВР СПбПБСТИН, в ПВР НПБСТИН отсутствует правило о месте хранения сотовых телефонов пациентов и порядок пользования телефонами (когда пациентам разрешается звонить). Сотовые телефоны названы в Перечне запрещенных предметов в посылках и передачах. Поскольку в ПВР не предусматривается пользование пациентами стационарным телефоном отделения, можно сделать вывод, что пациенты больницы вообще лишены **права пользования телефонами**, что не может удовлетворять требованиям законности.

Ежедневные **прогулки** предусмотрены в течение часа. Однако больной может быть временно ограничен в прогулках на основании расплывчатой формулировки: «в связи с состоянием здоровья». Прогулка может быть сокращена или отменена из-за непогоды.

В Правилах проведения свиданий указано, что **свидания** разрешены лицам, которые указаны в письменном заявлении пациента. Однако данные Правила не упоминают никого, кроме родственников (им свидания разрешаются в первую очередь), они не рассчитаны на визиты адвокатов, которые согласно закону должны проходить наедине, а также представителей ОНК, священнослужителей, нотариусов и т.д. Указано, что свидание с другими лицами разрешается как исключение по просьбе больного и с учетом оценки кон-

кретного случая. Разрешение на свидание в больнице дается исходя из двух критериев: 1) психического состояния пациента, и 2) целесообразности встречи пациента с конкретным посетителем (целесообразность определяется характером влияния посетителя на психическое состояние пациента и его поведение). Критерий целесообразности с его субъективным подходом по понятным причинам обращен не в пользу интересов пациента. ПВР допускают возможность временного запрета свиданий в связи с карантином. Это правило не дифференцировано, что не отвечает требованиям закона¹.

3. ФКУ «Казанская ПБСТИН» Минздрава России (далее – КПБСТИН)

На официальном сайте больницы в *разделе «Документы»* законодательные акты представлены в недействующей (устаревшей) редакции.

ПВР КПБСТИН именуется *«Правилами внутреннего распорядка (для пациентов)»*, из чего следует, что в медорганизации отсутствуют единые ПВР. Согласно же ст. 39 Закона о психиатрической помощи медорганизация обязана знакомить пациента с ПВР медорганизации, т.е. единым локальным актом. Размещенный на сайте больницы текст ПВР (для пациентов) не снабжен необходимыми сведениями о том, кем и когда был данный документ утвержден.

В ПВР КПБСТИН отсутствует правило о месте хранения сотовых телефонов пациентов, не предусмотрен порядок *пользования телефонами* (когда пациентам разрешается звонить). Мобильные средства связи включены в Перечень запрещенных предметов к использованию пациентами на территории ФКУ КПБСТИН. В ПВР не предусматривается пользование пациентами и стационарным телефоном отделения. Следовательно, пациенты, находящиеся на принудитель-

¹ Об этом подробнее – см. сноску № 2, в которой приводится позиция Верховного Суда РФ, изложенная в решении от 6 июня 2014 г. № АКПИ14-472.

ном лечении, вообще лишены права пользования телефоном, что не соответствует требованиям законности. Они не могут связаться с законными представителями, адвокатом, представителями ОНК, региональным Уполномоченным по правам человека, органами здравоохранения, правоохранительными органами, пригласить нотариуса и т.д.

В ПВР (для пациентов) КПБСТИН в самостоятельный раздел выделены ПВР работы «комнаты свиданий» для посещения пациентов. Согласно документу встречи с адвокатом, работником госюрбюро и со священнослужителем проходят наедине с учетом ПВР, установленных в отделениях. В то же время, по общему правилу *свидания* в больнице разрешаются в первую очередь с родственниками больного. Свидания с другими лицами возможны как исключение по просьбе больного и оценки конкретного случая. Разрешение на свидание дается исходя из двух критериев: 1) психического состояния пациента, и 2) целесообразности встречи пациента с конкретным посетителем (целесообразность определяется характером влияния посетителя на психическое состояние пациента и его поведение). Кроме того посетителям прямо запрещается «вести разговоры с пациентом на тему, которая может негативно повлиять на его психическое состояние». Критерий целесообразности с его субъективным подходом и запрет на ведение негативно ориентированных разговоров, хотя формально и должны служить интересам пациента, в действительности (в особенности применительно к встречам с адвокатом и законным представителем) защиту его интересов не обеспечивают.

ПВР допускают возможность временного запрета свиданий в связи с карантином. Это правило не дифференцировано, что не отвечает требованиям закона¹.

Особо следует отметить правило, согласно которому свидания в больнице разрешаются *всего 1 раз в месяц* в течение

¹ Об этом подробнее – см. сноску № 2, в которой приводится позиция Верховного Суда РФ, изложенная в решении от 6 июня 2014 г. № АКПИ14-472.

1 часа для жителей Казани и в течение 2 часов для иногородних граждан. Такие жесткие ограничения частоты свиданий содержат только ПВР Казанской ПБСТИН.

Как представляется, данные условия содержания не могут считаться приемлемыми, с точки зрения соблюдения прав человека, беспрепятственности получения своевременной квалифицированной юридической помощи. Они также не соответствуют п. 23 Временного Положения о психиатрической больнице со строгим наблюдением (утв. приказом Минздрава СССР от 21 марта 1988 г. № 225), в котором указано, что содержание, режим и наблюдение за больными в психиатрической больнице со строгим наблюдением должны обеспечивать условия, наиболее благоприятствующие их лечению и социально-трудовой реабилитации, не ущемлять личного достоинства больных и не подавлять их самостоятельности и полезной инициативы.

4. ФКУ «Волгоградская ПБСТИН» Минздрава России (далее – ВПБСТИН)

На официальном сайте больницы *в разделе «Документы»* законодательные акты представлены в недействующей (устаревшей) редакции.

ПВР ВПБСТИН именуется *«Правилами внутреннего распорядка (для пациентов)»*, из чего следует, что в медорганизации отсутствуют единые ПВР. Согласно же ст. 39 Закона о психиатрической помощи медорганизация обязана знакомить пациента с ПВР медорганизации, т.е. единым локальным актом. Размещенный на сайте больницы текст ПВР (для пациентов) не снабжен необходимыми сведениями о том, кем и когда был данный документ утвержден.

Положения, содержащиеся в разделах ПВР, не соответствуют их названию.

В разделе «Основные права пациента» некоторые права представляются странными, невнятными, другие – не соот-

ветствующими закону, ущемляющими права граждан. Так, предусмотрено, что все пациенты имеют право «на участие в выборах, *реформах*¹, кроме лиц, признанных судом недееспособными»; «на приглашение *адвоката, иных специалистов* с их согласия *за деньги пациента*». При этом не учитывается, что пациенты вправе рассчитывать на бесплатную юридическую помощь, в частности при обжаловании действий по оказанию психиатрической помощи. Не ясно также, относятся ли к «иным специалистам» врачи соматического профиля, помощь которых пациенты могут также получить бесплатно.

В этом же разделе указывается, что «*сведения о психическом заболевании*» выдаются только по запросам прокуратуры, судебно-следственных учреждений, органам здравоохранения и социального обеспечения. На руки пациентам и их родственникам (с согласия пациента) по их просьбе выдаются справки о нахождении в больнице». Данное правило² противоречит сразу нескольким законодательным нормам. Во-первых, пациенты вправе получать информацию о характере психических расстройств, лечении (об этом праве сказано и в рассматриваемом разделе ПВР, однако, похоже, это право носит декларативный характер), получать на руки копии меддокументов и выписки из них. Справка о нахождении в больнице такой информации не содержит. Во-вторых, перечень учреждений и органов, которым ВПБСТИН без согласия пациента «выдает» сведения, составляющие врачебную тайну, а также отсутствие ссылок на основания для предоставления таких сведений не согласуются с положениями ч. 4 ст. 13

¹ Вероятно, главврач больницы, готовивший текст ПВР, под реформами подразумевал референдум.

² Данное правило почти полностью воспроизводит формулировку в п. 34 Временного Положения о психиатрической больнице со строгим наблюдением (утв. приказом Минздрава СССР от 21 марта 1988 г. № 225). Однако указанное Положение действует лишь в той части, которая не противоречит Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Закону РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Согласно ПВР пациенты больницы вправе **«получать вознаграждения** в соответствии с количеством и качеством за произведенный¹ труд». При этом не указывается, в какого рода трудовой деятельности могут участвовать пациенты за вознаграждение, каков порядок оплаты их труда. Зато в разделе об обязанностях пациента говорится, что пациенты «должны», по возможности, участвовать в «сезонных ремонтах и благоустройстве своих палат».

В ПВР закреплено право пациента **«пользоваться телефоном»**, однако порядок реализации данного права в ПВР не определен (у кого хранится телефон, установлено ли время для звонков, обеспечивается ли конфиденциальность переговоров).

В **раздел «Обязанности пациента»²** включено правило **«посещения туалета»**. Это правило можно охарактеризовать как создающее бесчеловечные условия содержания в стационаре, ущемляющее достоинство человека. Согласно п. 10 раздела «В туалет пациенты выпускаются по палатно, в отведенное для этого время, а также в индивидуальном порядке по их просьбе, если это не противоречит в тот момент распорядку дня». То есть пациент обязан (!) посетить туалет в строго определенное администрацией время вне зависимости от наличия потребности. Если же у пациента возникнет такая потребность в ночное время, во время завтрака, в часы приема лекарств или другое «неурочное» время, то он даже не вправе просить (!) медперсонал выпустить его в туалет.

В **разделе «Условия лечения в больнице»** собственно лечение и его условия не регламентируются. За исключением правила о том, что в отдельных случаях приобретение лекарственных

¹ Человек не может производить труд. Посредством труда он производит продукт. Труд может быть не произведенным, а производительным.

² В этом разделе установлена нелепая обязанность пациента «выполнять» социальные «методы» реабилитации. Пациент не может выполнять методы.

веществ¹, необходимых пациенту, в случае их отсутствия в больнице возможно за его счет. Раздел касается не условий лечения, а условий содержания (пребывания).

Так, предусмотрено, что *свидания* пациентов проходят только в рабочие дни с 9 до 14 часов по 45 минут. Как следует понимать из текста ПВР, пациенты не лимитированы количеством свиданий в месяц, как это установлено, например, в Казанской ПБСТИН (1 раз в месяц). ПВР содержат «Регламент проведения свиданий пациентов с посетителями». Однако данный Регламент предусматривает свидания исключительно с родственниками пациента. О визитах законных представителей, адвокатов, работников госюрбюро, представителей ОНК, сотрудников аппарата Уполномоченного по правам человека, священнослужителей или других лиц в документе не упоминается. Говорится, что «все свидания проводятся в присутствии сотрудников комнаты свиданий и передач, медперсонала отделения и сотрудников службы охраны, которые контролируют соблюдение правил поведения пациентами и родственниками, психическое состояния пациента» (п. 7). Посетители обязаны беседовать с пациентами только на русском языке (п. 8). Посетителям запрещается вести разговоры с пациентом на тему, которая может негативно повлиять на его психическое состояние (п. 9). Из этих правил следует, что конфиденциальность разговоров пациентов с кем бы то ни было не допускается, что является нарушением законности.

Прогулки, как сказано в ПВР, «проводятся для всех пациентов, кроме тех, кому не разрешает врач по состоянию пациента». «Прогулка запрещается пациентам, которые одеты не в соответствии с погодой» (п. 6). Данные установления не логичны и не основаны на законе. Они допускают произволь-

¹ В данном контексте должен применяться термин «лекарственное средство», т.е. лекарственный препарат, лекарство, медикамент. Использование термина «лекарственное вещество» некорректно. Лекарственное вещество – это химическое соединение или биологическое вещество, обладающее лечебными свойствами и используемое как лекарственное средство.

ное лишение пациента обязательных ежедневных прогулок. Согласно правовой позиции Конституционного Суда РФ право на прогулки не может быть подвергнуто ограничению, поскольку такое ограничение не предусмотрено законом. В соответствии с п. 24 Временного Положения о психиатрической больнице со строгим наблюдением (утв. приказом Минздрава СССР от 21 марта 1988 г. № 225) ежедневная прогулка обязательна для всех больных, за исключением больных, находящихся на постельном режиме.

По правилам ВПБСТИН врач может не разрешить прогулку в связи с неким состоянием пациента. Расплывчатость основания для лишения прогулок позволяет необоснованно запретить прогулку любому пациенту даже не «по состоянию его здоровья», а просто «по его состоянию», например, лишить прогулки в ответ на его жалобу на имя главврача, просьбы пациента позвонить, встретиться с адвокатом. Наложение запрета на прогулки в контексте данной формулировки служит рычагом воздействия на пациента, видом наказания.

Особо вопиющим является абсолютный запрет на прогулки пациентам, одетым не по погоде. При этом не учитывается, что в большинстве ПБСТИН пациентам запрещается пользоваться собственной верхней одеждой. То есть бездействие руководства ПБСТИН в плане обеспечения контингента соответствующей верхней одеждой и обувью прямо в ПВР записано как основание для невыполнения нормативно-правовых предписаний и нарушения прав человека.

Представляется не вполне корректным порядок соблюдения **санитарно-гигиенических и противоэпидемических требований**. Согласно ПВР, если пациент по своему психическому или физическому состоянию не может самостоятельно выполнять эти требования, «то ему помогают или *полностью выполняют* сотрудники больницы или *другие пациенты*» (п. 9). Обязание одних пациентов полностью выполнять (что конкретно в ПВР не перечислено) требования по санитарии, касающиеся других пациентов, не вытекает из правовых

норм. Судя по тексту п. 9, других пациентов могут обязать, например, произвести стрижку волос на теле пациента при педикулезе. Закон запрещает привлекать пациентов даже при применении к другим пациентам мер физического стеснения.

Еще одно сомнительное правило касается разрешения (не указано, кому это разрешено) стирать в отделении личные вещи выписанных (!) пациентов (п. 10). Полный текст этого правила сформулирован следующим образом: «Разрешено стирать в отделении личные мелкие вещи (носовой платок, носки и другие), личные вещи выписанных пациентов». Судя по тому, что рассматриваемые ПВР, как указано в их названии, предназначены для пациентов, то и стирка личных вещей уже выписанных пациентов возложена на их плечи.

Данные условия содержания не приемлемы, с точки зрения соблюдения прав человека. Они также не соответствуют п. 23 Временного Положения о психиатрической больнице со строгим наблюдением (утв. приказом Минздрава СССР от 21 марта 1988 г. № 225), в котором указано, что содержание, режим и наблюдение за больными в психиатрической больнице со строгим наблюдением должны обеспечивать условия, наиболее благоприятствующие их лечению и социально-трудовой реабилитации, не ущемлять личного достоинства больных.

В ПВР больницы не нашли отражения некие специальные меры, которые, как следует из выступления главврача больницы Т.А. Кузнецовой на семинаре для членов ОНК, дают огромный превентивный эффект и применяются к пациентам в случае нарушения ими режима содержания.

5. ФКУ «Калининградская ПБСТИН» Минздрава России (далее – КПБСТИН)

На сайте больницы в *разделе «Документы»* законодательные акты представлены в недействующей (устаревшей) редакции и в неудобоваримом виде, затрудняющем понимание тек-

ста. В результате в предназначенных для скачивания текстах отсутствуют важнейшие положения, в т.ч. касающиеся прав граждан и обязанностей медорганизаций. Нельзя исключить, что и вывешенный в отделениях больницы текст Закона о психиатрической помощи так же является устаревшим.

ПВР КПБСТИН именуется *«Правилами внутреннего распорядка для больных, находящихся на принудительном лечении»*, из чего следует, что в медорганизации отсутствуют единые ПВР. Следовательно, либо соответствующих правил для сотрудников не имеется либо они отличаются от ПВР для больных. Согласно ст. 39 Закона о психиатрической помощи медорганизация обязана знакомить пациента с ПВР медорганизации, т.е. единым локальным актом. При этом термин «больной», используемый в названии и содержании ПВР, в законодательстве отсутствует. Лица, находящиеся в ПБСТИН, могут именоваться либо лицами, к которым применяются ПММХ, либо пациентами. Размещенные на сайте больницы ПВР не снабжены необходимыми сведениями о том, кем (должность лица) и когда документ утвержден. В преамбуле сказано, что ПВР устанавливаются, исходя из положений Закона о психиатрической помощи с комментариями к ст. 37 и 39. На чьи комментарии (постатейные комментарии к законам не являются официальными документами) опиралась администрация больницы и почему не были использованы комментарии к другим статьям Закона, не указывается.

По структуре и содержанию ПВР КПБСТИН существенно отличаются от ПВР других ПБСТИН. Положения сформулированы грамотным языком с необходимой конкретизацией. *Грубых нарушений прав пациентов не прослеживается.* Последовательно регламентируются: подъем, личная гигиена, уборка, прием пищи, лекарственных средств, прогулки, личные вещи, продукты, трудотерапия, досмотры, свидания, написание писем и жалоб, просмотр телепередач, отход ко сну. Вместе с тем, в Правилах полностью отсутствует регулирование вопроса о реализации права пациента пользоваться

телефоном (где хранятся сотовые телефоны, в какое время они могут быть выданы пациентам и т.д.).

Правилами предусмотрено, что **прогулки** обязательны для всех и отменяются зав. отделением или старшей медсестрой смены только при плохих погодных условиях. В этом случае разрешается просмотр телепередач, настольные игры, чтение художественной литературы. Вывод на прогулочный дворик производится по-палатно и группами не более 10 человек. Больные, находящиеся на строгом надзоре, выводятся на прогулку до обеда. Все остальные больные – после тихого часа.

Вывод в **туалет** в течение дня производится каждые два часа, а также в индивидуальном порядке при необходимости. Такой порядок не вызывает возражений.

Свидания в ПВР подробно не регламентированы. Данное обстоятельство не является существенным недостатком ПВР, однако при условии, если на практике пациентам не чинят препятствий для встреч наедине с адвокатами, законными представителями, членами ОНК и иными лицами, участвующими в защите прав лиц, находящихся в местах принудительного содержания. В ПВР указано лишь, что свидания проводятся под наблюдением медработника отделения и сотрудника отдела охраны в специально оборудованной комнате свиданий. При этом важно, что предусмотрено именно наблюдение, а не присутствие медперсонала и сотрудников охраны. Максимальная длительность свидания – 1 час. Свидания разрешаются близким родственникам, свидания с иными лицами могут быть предоставлены по разрешению лечащего врача. В особых случаях свидания могут быть предоставлены 2 раза в день по разрешению лечащего врача.

ПВР содержат раздел **«Написание писем, жалоб, заявлений, дневников и т.д.»**. Для этих целей отводится время по субботам с 10 до 12 часов, т.е. 1 раз в неделю. Все письменные принадлежности больных хранятся в специальном шкафу и выдаются только на время написания писем. При необходимости, для написания жалоб, заявлений и т.д., письменные принад-

лежности *выдаются больному в любой день* по разрешению лечащего врача. В течение дня пронумерованная тетрадь и ручка могут находиться в палате у больного для письменного творчества по письменному разрешению зав. отделением. В палате больного, занятого хранением и выдачей библиотечных книг, по письменному разрешению зав. отделением в «Тетради указаний» могут храниться «Тетрадь учета книг» и шариковая ручка.

Важным разделом ПВР является *раздел «Содержание палат»*. В нем указано, что в палатах кроме личных вещей, разрешенных больным для постоянной носки, могут постоянно находиться:

- 1) кровати, комплект постельных принадлежностей, полотенца (2 шт. на 1 больного),
- 2) тумбочки, книжные полки (1 на 2 больных), вешалки (1 на 1 больного),
- 3) иконы и религиозная литература (по 1 экз. на 1 больного),
- 4) одна фотография, одно письмо (на 1 больного),
- 5) картины в легких рамках, настенный календарь (1 на палату),
- 6) книги, газеты, журналы (по 1 на 1 больного),
- 7) туалетная бумага (1 рулон на 1 больного),
- 8) пластиковая бутылка с питьевой водой 0,5 л, целая, с крышкой (на одного больного) с письменного разрешения зав. отделением,
- 9) радиорепродуктор (1 шт.),
- 10) портативный радиоприемник (по письменному разрешению зав. отделением),
- 11) телевизор – по письменному разрешению зав. отделением.

В отличие от ПВР других больниц данного типа в ПВР КПБСТИН специально отмечено, что для трех отделений больницы в ПВР вносятся дополнения с учетом их профиля и особенностей контингента больных. А какие-либо исклю-

чения из ПВР согласовываются зав. отделениями с администрацией больницы и письменно регистрируются в тетради указаний врача.

6. ФКУ «Костромская ПБСТИН» Минздрава России (далее – КПБСТИН)

На главной странице официального сайта больницы представлены законодательные акты в действующей редакции. Это осуществлено благодаря возможности автоматического перехода на сайт КонсультантПлюс. Такая работа сайта выгодно отличает его от сайтов всех остальных ПБСТИН.

ПВР КПБСТИН представляют собой единый документ без указания, что эти правила для пациентов или больных, как это имеет место во всех остальных ПБСТИН. Вместе с тем контингент больницы именуется не пациентами, как это определено законом, а больными либо «лицами, пребывающими в учреждении». Размещенный на сайте текст ПВР не снабжен необходимыми сведениями о том, кем и когда был данный документ утвержден.

В разделе «Порядок содержания больных» предусмотрено, что *прогулки* больных проводятся ежедневно в пределах прогулочного дворика, закрепленного за отделением. Никаких ограничений и запретов для прогулок, в отличие от других ПБСТИН, правила не содержат, что соответствует закону.

Свидания «с родственниками, близкими, адвокатами, священниками и др. лицами» проводятся по разрешению лечащего врача, а в случае его отсутствия ответственного дежурного врача учреждения. Свидания проводятся в комнате свиданий *в присутствии* медсестры комнаты свиданий. *Продолжительность* свиданий устанавливается лечащим или дежурным врачом с учетом распорядка дня учреждения, загруженности комнаты свиданий, психического состояния больного и др. факторов. Общение во время свиданий должно вестись на русском языке. Свидания запрещены в период

карантина и в случаях обострений психического заболевания больного, если это угрожает жизни, здоровью или безопасности окружающих и/или самого больного.

В отдельном локальном акте больницы «Правила для посетителей» дополнительно выделена такая категория посетителей, как «уполномоченные лица», а также записано, что «на территории и в помещениях учреждения, в т.ч. в комнате свиданий, ведется видеонаблюдение и осуществляется видеозапись». При этом не указывается, ведется ли параллельно с этим аудиозапись.

Таким образом, регламент свиданий в ПВР не в полной мере соответствует требованиям закона, поскольку не обеспечивается конфиденциальность встреч пациента с адвокатом, священнослужителем. Такие встречи должны проходить наедине (это право лишь декларируется в другом разделе ПВР, касающемся прав пациента). Медсестра вправе только наблюдать за происходящим. Присутствие же медсестры в комнате позволяет ей слышать разговор. Не обеспечивает конфиденциальность и требование ПВР о ведении общения на русском языке, а также возможность аудиозаписи разговоров. Полный запрет свиданий, в т.ч. с адвокатом, в период карантина и при угрожающем безопасности других лиц поведении пациента не основан на законе. Не соответствует закону также и установление врачом продолжительности свиданий с адвокатом, особенно «с учетом» неких «других факторов». В силу Конституции РФ непосредственное общение с адвокатом ни при каких условиях не подлежит произвольному ограничению, в т.ч. в части определения количества и продолжительности предоставляемых свиданий¹.

Безусловно положительной оценки заслуживают п. 17 Правил для посетителей, согласно которому по просьбе посетителя в комнату свиданий может быть *приглашен лечащий врач* больного или зав. отделением, а также п. 13, допуска-

¹ Об этом подробнее – см. сноску № 2, в которой приводится позиция Верховного Суда РФ, изложенная в решении от 6 июня 2014 г. № АКПИ14-472.

ющий во время свиданий *употребление чая и кондитерских изделий* из заводской упаковки надлежащего качества и срока годности с учетом состояния пациента и рекомендаций лечащего (дежурного) врача.

Право лиц, «пребывающих в учреждении», *получать передачи, посылки, бандероли*, не содержащие запрещенных предметов и/или продуктов, ограничено. Согласно ПВР оно реализуется с разрешения лечащего врача или зав. отделением. То есть, даже если в передаче отсутствуют запрещенные предметы (продукты), это не означает, что пациент получит содержимое передачи. Всё не запрещенное содержимое должно пройти стадию разрешения врачом. Это не в полной мере соответствует ч. 3 ст. 37 Закона о психиатрической помощи, в которой указано, что данное право пациента может быть ограничено только зав. отделением или главврачом. Лечащий врач может лишь рекомендовать такое ограничение. Кроме того в данном пункте ПВР следовало бы указать, что такое ограничение возможно в интересах здоровья или безопасности пациента или в интересах здоровья или безопасности других лиц.

Дополнительное правило записано в Перечне продуктов и предметов первой необходимости, разрешенных для передачи больным во время свиданий и в посылках. В нем говорится, что «в отношении продуктов и предметов, не указанных в данном Перечне, решение принимается зав. отделением исходя из реальных потребностей больного». То есть, если предмета или продукта нет ни в числе запрещенных, ни в числе разрешенных, то на его передачу дает разрешение зав. отделением. При этом он руководствуется не критериями безопасности, как это предусмотрено законом, а субъективным пониманием реальных потребностей конкретного пациента.

Телефонные переговоры пациентов возможны без предварительного разрешения врачей. Однако они могут быть ограничены не только, как это установлено законом, зав. отделением, но и единолично лечащим врачом в интересах здоровья

или безопасности пациента, а также в интересах здоровья или безопасности других лиц. Перечень лиц, с кем вправе связаться пациент, ограничен и является исчерпывающим. Это близкие, родственники и адвокаты. Предусмотрено, что лица, пребывающие в учреждении, имеют право звонить по междугородному телефону за счет собственных средств. Об использовании сотовых телефонов не указывается. Средства сотовой связи отнесены к запрещенным предметам. Телефонные переговоры проводятся по установленному графику в специальном помещении *в присутствии* медперсонала. Они должны вестись *на русском языке*. То есть конфиденциальность разговоров, в т.ч. с адвокатами, не допускается.

7. ФКУ «Смоленская ПБСТИН» Минздрава России (далее — СПБСТИН)

На сайте СПБСТИН законодательные акты, которыми должна руководствоваться больница при осуществлении своей деятельности, отсутствуют.

ПВР СПБСТИН именуется *«Правилами внутреннего распорядка для больных»*, из чего следует, что в медорганизации отсутствуют единые ПВР. Следовательно, либо соответствующих правил для сотрудников вообще не существует либо они отличаются от ПВР для больных. Согласно же ст. 39 Закона о психиатрической помощи медорганизация обязана знакомить пациента с ПВР медорганизации, т.е. единым локальным актом. Кроме того термин «больной», используемый в названии и содержании ПВР, в законодательстве отсутствует. Лица, находящиеся в ПБСТИН, могут именоваться либо лицами, к которым применяются ПММХ, либо пациентами. Размещенный на сайте больницы текст ПВР не снабжен необходимыми сведениями о том, кем и когда был данный документ утвержден. *В разделе «Общие положения» отсутствуют ссылки на законодательные акты*, содержащие полный перечень прав лиц, находящихся на принудительном лечении, и

прав пациентов психиатрических стационаров, что негативно влияет на информированность граждан, находящихся на принудительном лечении, о своих правах и информированность их родственников и законных представителей.

Формулировки данного раздела не соответствуют действующему законодательству (ч. 2 ст. 97, ч. 4 ст. 101 УК РФ). Используется *устаревшая (архаичная) лексика*. Пациенты именуются душевнобольными, их опасность в нарушении уголовного закона связывается с характером содеянного и выражается в опасности для общества (п. 1.1). Обозначенные в ПВР *цели принудительного лечения* в ПБСТИН сужены и сводятся к устранению особой опасности больного для общества путем проведения необходимых лечебных и реабилитационных мероприятий (п. 1.4). Согласно же ст. 98 УК РФ целями применения ПММХ является излечение лиц или улучшение их психического состояния, а также предупреждение совершения ими новых деяний, предусмотренных статьями Особенной части УК РФ.

Раздел «Порядок содержания больных» предусматривает ежедневные *прогулки* больных продолжительностью не менее 1 часа. Никаких постоянных или временных ограничений в праве пациентов на прогулки ПВР не устанавливают, что полностью соответствует закону.

Пациентам выделяется 1 день в неделю для **написания писем**. При необходимости пациенту предоставляется возможность написания писем в любой день. Письменные принадлежности выдаются по счёту. Написание писем производится в столовой под наблюдением санитаря и медсестры. По ПВР письма пациентов, адресованные частным лицам, подвергаются цензуре. Последнее правило не согласуется с положением ч. 3 ст. 37 Закона о психиатрической помощи, согласно которой право вести переписку без цензуры презюмируется. Оно может быть ограничено в индивидуальном порядке зав. отделением или главврачом по рекомендации лечащего врача. Такое ограничение может быть продиктова-

но исключительно интересами здоровья или безопасности пациента, а также интересами здоровья или безопасности других лиц, что в ПВР не указывается.

Свидания больных с посетителями проводятся в специально отведенном помещении в присутствии медсестры и инструктора комнаты свиданий. Продолжительность свидания 1–2 часа. Перечень лиц, с которыми предоставляется свидание, в ПВР не уточняется. Право пациента встречаться с адвокатом и священнослужителем *наедине* прописано в следующем разделе о правах больных. При регулировании данного вопроса закон не нарушен.

Свидания *запрещены* в период карантина, а также, если психическое состояние больного угрожает жизни, здоровью или безопасности самого больного и окружающих. Данный безоговорочный запрет не основан на законе. В силу Конституции РФ непосредственное общение с адвокатом ни при каких условиях не подлежит произвольному ограничению, в т.ч. в части определения количества и продолжительности предоставляемых свиданий¹.

В больнице действуют отдельные **Правила внутреннего распорядка для посетителей**, в которых содержится дополнительная информация по организации свиданий. Сказано, что свидания предоставляются с разрешения лечащего врача больного. За проведением свидания ведётся видеонаблюдение. Свидания с родственниками разрешены ежедневно с 9 до 11 часов и с 14 до 16 часов, кроме выходных и праздничных дней. В ПВР для посетителей не уточняется, как организуются встречи с другими лицами, в т.ч. адвокатами наедине, осуществляется ли наряду с видеонаблюдением аудиозапись встреч.

В ПВР никак не отражено право пациентов *пользоваться телефоном*. Мобильные телефоны значатся в перечне «категорически запрещенных» предметов. Отсутствие регулирования

¹ Об этом подробнее – см. сноску № 2, в которой приводится позиция Верховного Суда РФ, изложенная в решении от 6 июня 2014 г. № АКПИ14-472.

данного вопроса позволяет прийти к выводу, что всем пациентам данной больницы запрещено связываться по телефону, как с родственниками, так и с адвокатами, представителями ОНК, другими правозащитными органами и организациями.

Согласно ПВР пациентам *запрещено ношение волос на голове*, бороды и усов. Это правило некорректно. Из него следует, что все пациенты должны быть выбриты наголо. В ПВР Волгоградской ПБСТИН обязательная стрижка волос рассматривается в целом как ограничение прав пациента и допускается лишь при инфекционных заболеваниях, таких как педикулез. В ПВР Калининградской ПБСТИН установлено, что больные должны быть коротко подстрижены (длина волос до 2–3 см) и лишь по эпид.показаниям допускается стрижка «под ноль» или бритье наголо. Аналогичным образом должны быть сформулированы и ПВР Смоленской ПБСТИН.

8. ФКУ «Орловская ПБСТИН» Минздрава России (далее — ОПБСТИН)

На сайте больницы в *разделе «Документы»* все законодательные акты для чтения или скачивая представлены в *недействующей (устаревшей) редакции*. В них отсутствуют важнейшие положения, в т.ч. касающиеся прав граждан и обязанностей медорганизаций. Нельзя исключить, что и вывешенный в отделениях больницы текст Закона о психиатрической помощи (если таковой действительно имеется) так же является устаревшим.

На главной странице сайта приводятся сведения о больнице. Указано, что в ОПБСТИН осуществляется принудительное лечение психически больных (по решению суда), совершивших общественно опасные деяния и представляющих по своему психическому состоянию и характеру содеянного особую социальную опасность. Это некорректная формулировка: УК РФ не содержит понятия «социальная опасность» и не связывает опасность лица с характером содеянного.

Судебный акт, выносимый судом при назначении ПММХ, решением не является.

На сайте больницы отсутствуют ПВР, вследствие чего провести анализ данного акта не представляется возможным.

В разделе «Информация для пациентов» информации собственно для пациентов не приведено. Указаны лишь часы приема для родственников.

В разделе «Информация» представлен текст, состоящий из общих фраз с описанием особенностей строений больницы (отопление, водопровод), ее обустройства. Указано, что больные могут получать письма, посылки, денежные переводы, передачи, купить недостающие им продукты питания, канцелярские товары, табачные изделия, предметы одежды и обуви, выписать для себя периодические издания за собственные деньги. Свидания с родственниками разрешены ежедневно, кроме выходных и праздничных дней с 9.00 до 16.00 часов в течение 1 часа.

Приведены перечни запрещенных и разрешенных предметов и продуктов.

Воспроизводится ч. 1 ст. 102 УК РФ о продлении, изменении и прекращении применения ПММХ. Информации о правах лиц, находящихся на принудительном лечении, их законных представителей и близких родственников, в частности, на подачу ходатайства об освидетельствовании, не приводится.

Вся представленная на сайте информация не может восполнить отсутствие ПВР больницы.

*Анализ подготовлен кандидатом юридических наук
советником юстиции Ю.Н. Аргуновой*

ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

Основные выводы проведенного мониторинга

Проведенный в 2020–2021 годах мониторинг обеспечения прав пациентов психиатрических больниц и экспертных учреждений показал:

- 1) большое разнообразие условий содержания пациентов и уровень обеспечения их прав и законных интересов в различных регионах;
- 2) существенную роль персонального фактора – прежде всего, главных врачей стационаров, а также руководства региональных и муниципальных органов здравоохранения, других сотрудников психиатрической службы, каждого на своем месте;
- 3) недостаток финансирования деятельности стационаров как одну из основных причин унижающих человеческое достоинство условий;
- 4) отсутствие единого подхода и отвечающей стандартам соблюдения прав человека нормативной базы, в том числе в отношении правил внутреннего распорядка психиатрических стационаров.

В процессе посещений психиатрических больниц и экспертных отделений многие члены ОНК убедились, что условия содержания пациентов существенно зависят от финансирования и исходного состояния стационаров разного типа. Многие из них занимают старые здания, капитальный ремонт и перестройка которых не изменяют ситуацию, а строительство новых вообще не планируется или идет крайне медленно и с опозданием по графику. Стремление сокращать количество коек не помогает решить проблему. Более того, новые санитарно-эпидемиологические требования к медицинским организациям, действующие с 1 января 2021 г., допускают изменение показателей, в частности, площади на одну койку в палатах общепсихиатрических отделений, на 15%. Однако,

в большинстве больниц не соблюдаются нормы площади на одного пациента, причем в некоторых они ниже, чем в местах лишения свободы, где строго соблюдается норма 4 кв. м на человека. В результате того, что нет обновленных правил устройства психиатрических больниц, возможным является отсутствие в них комнат отдыха и свиданий, недостаточное количество тумбочек, мягкой мебели и т.п.. Для организации досуга и свиданий используются столовые, а в части больниц нет и отдельных помещений для столовых, на время приема пищи столы устанавливаются в коридоре.

Общий вывод: условия содержания пациентов психиатрических больниц в основном **неудовлетворительны**. Преобладают теснота и скученность в помещениях стационаров, отсутствие элементарных бытовых удобств и современных мест приватности, личной одежды и возможности уединения. При этом самыми актуальными проблемами являются:

- несоблюдение почти повсеместно стандарта площади, приходящейся на одного пациента, и отсутствие личного пространства в палатах;
- серьезные недостатки в организации прогулок пациентов;
- отсутствие приватности в туалетах и душевых;
- ограничения в общении с внешним миром, в первую очередь, в пользовании телефонами и другими средствами связи.

Женские отделения мало чем отличаются от мужских, специфические женские потребности учитываются очень слабо.

В основе всех отмечаемых наблюдателями нарушений лежит (1) недостаток финансирования, что обычно не позволяет провести капитальный ремонт, перепланировку и благоустройство помещений, и (2) выбор приоритетов, характерный для многих руководителей психиатрических стационаров и экспертных отделений. На первом месте лечение, понимаемое, прежде всего, как фармакотерапия, и безопасность

персонала и пациентов. Права пациентов среди приоритетов, как правило, не присутствуют или занимают второстепенное место, хотя общеизвестно, что уважение человеческого достоинства является важнейшим среди всех прав человека, и играет заметную роль в терапии, подчас не менее важную, чем психофармакотерапия¹.

Информирование пациентов об их правах носит зачастую формальный характер, в лучшем случае сообщается о возможности ознакомиться с Законом о психиатрической помощи. На информационных стендах почти везде нет актуальных сведений, они часто расположены так, что ознакомиться с их содержанием трудно.

По-прежнему распространена фальсификация добровольности при помещении в стационар, помощь адвокатов по назначению сводится к присутствию в судебном заседании, а больница не оказывает содействия в приглашении адвокатов или сотрудников государственных юридических бюро, которые оказывают бесплатную юридическую помощь. Не всегда обеспечено присутствие пациента в судебном заседании. Часто встречаются необоснованные запреты свиданий, телефонных разговоров и даже прогулок, которые с пациентами не обсуждаются и которые невозможно оспорить.

В результате, пациенты чувствуют себя надолго отделенными от внешнего мира, беззащитными, и во всем зависящими от персонала и врачей. Организация досуга и обучения, трудотерапия и терапия полезной занятостью, подготовка пациентов к жизни после выписки из стационара далеко не всегда являются целью администрации стационаров. Вследствие этого пациенты, особенно проведенные в стационаре много месяцев и даже лет, целиком выпадают из обычной жизни, теряют навыки социального функционирования.

¹ Известный австрийский психиатр и психотерапевт Виктор Франкл в своей книге «Базовые концепты логотерапии» писал: «Неизлечимо больной пациент с психиатрическим диагнозом может утратить свою полезность, но он сохраняет свое человеческое достоинство». Учет этого положения необходим в организации работы психиатрических учреждений.

Мониторинг подтвердил срочную необходимость создания независимой от органов здравоохранения Службы защиты прав пациентов, представители которой, работая в психиатрических стационарах, могли бы помочь в разрешении конфликтных ситуаций и облегчении связи пациентов с внешним миром.

Подчеркнем большую роль персонального фактора. Там, где главные врачи озабочены соблюдением прав пациентов и относятся к ним не только как к объекту лекарственной терапии, ситуация принципиально отличается в лучшую сторону, даже при наличии проблем с финансовым и материальным обеспечением стационаров.

Итак, в результате проведенного мониторинга можно предложить следующие рекомендации, не связанные с изменениями законодательства.

Необходимо:

- 1) обеспечить приватность туалетов и душевых (с учетом соблюдения безопасности пациентов), возможность ежедневного пользования ванной и/или душем, особенно в женских отделениях; в женских отделениях оборудовать туалеты специальными приспособлениями для гигиенических нужд (биде);
- 2) обеспечить личное пространство и личную субъектность пациентов (тумбочка, зеркала, личная одежда);
- 3) увеличить нормы пользования телефоном/средствами видеосвязи; не допускать ограничение времени пользования телефоном вечерними часами;
- 4) исключить организацию питьевого режима пациентов по времени, обеспечить постоянный доступ к питьевой воде;
- 5) обеспечить реальную информированность пациентов об их правах; разместить на информационных стендах отделений законодательные акты, регулирующие права пациентов, в действующей редакции;

- 6) содействовать получению пациентами квалифицированной юридической помощи и сведений об ОНК и уполномоченных по правам человека;
- 7) сообщать пациентам и их родственникам об ограничении права на свидания, телефонные переговоры и контакты иного рода, разъяснять причины и устанавливать сроки таких ограничений;
- 8) обеспечить право на ежедневные прогулки, не допускать никаких ограничений, кроме связанных со здоровьем пациента;
- 9) разработать четкие правила применения мер стеснения, исключить на практике возможность использования при применении мер стеснения других пациентов;
- 10) не допускать ограничений во встречах пациента с адвокатом, сотрудником госюрбюро, представителем уполномоченного по правам человека, членом общественной наблюдательной комиссии;
- 11) привести правила внутреннего распорядка психиатрических больниц специализированного типа с интенсивным наблюдением, а также других психиатрических учреждений, в соответствие с российским законодательством;
- 12) обеспечить своевременное обновление информации, размещенной на официальных сайтах психиатрических стационаров и экспертных организаций, не допускать публикации нормативно-правовых документов в устаревшей редакции;
- 13) обеспечить в каждом отделении работу социального работника, который будет содействовать решению социально-бытовых проблем пациентов, неизбежно возникающих во время их нахождения на лечении: получение и пользование пенсией, проблемы с работодателем, с управляющей кампанией по месту жительства, семейные вопросы, и т.п.

Значительную часть выявленных проблем обеспечения прав пациентов можно решить или, по крайней мере, смяг-

чить, уже сегодня, для чего необходимо лишь наличие доброй воли руководства психиатрических стационаров. Так, на Дальнем Востоке, где члены ОНК обнаружили вопиющие условия содержания во многих больницах, но сумели добиться понимания со стороны их руководства, в результате в короткое время ситуация начала меняться к лучшему: сделан ремонт в некоторых отделениях и туалетных комнатах, в туалетах сначала повесили шторы, а потом сделали перегородки между унитазами, в городской ПБ Владивостока даже сделали в душевой капитальный ремонт за счет внебюджетных средств, решается проблема ежедневных прогулок, существенно расширен досуг пациентов, появились книги, настольные игры и т.п., обновлены информационные стенды, пациентам предоставляется юридическая помощь. Такую же ситуацию мы наблюдаем в Сибирском федеральном округе: в психиатрических больницах Омска, Томска и Барнаула, где активно работают члены ОНК, увеличилось время пользования телефоном, организованы регулярные прогулки, улучшилось санитарное состояние и условия приватности в туалетах и душевых комнатах, устанавливаются дополнительные раковины для умывания, персонал следит за тем чтобы в туалетах всегда была туалетная бумага и т.п.

* * *

Другая часть рекомендаций связана с изменениями и дополнениями в действующее законодательство, и этому посвящен следующий раздел доклада.

Предложения по внесению изменений в законодательство и практику органов исполнительной и судебной власти РФ

Итоги проведенных проверок в отношении правомерности помещения и последующего нахождения граждан в психиатрических стационарах без их согласия, соблюдения их прав и условий содержания, а также результаты анализа правил внутреннего распорядка психиатрических больниц позволили выявить ряд пробелов и противоречий в законодательстве. В целях устранения связанных с ними массовых нарушений прав граждан указанной категории со стороны медицинских организаций и судебных органов считаем необходимым рекомендовать следующие меры по совершенствованию законодательства и практики работы органов исполнительной и судебной власти.

1. Внести изменения в ст. 39 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», дополнив ее новым абзацем четвертым следующего содержания: «обеспечивать пациентам возможность свиданий с адвокатами или иными лицами, имеющими право на оказание юридической помощи, в том числе с лицами, оказывающими гражданам юридическую помощь в связи с намерением обратиться в Европейский Суд по правам человека, без ограничения их числа, наедине, вне пределов слышимости третьих лиц и без применения технических средств прослушивания».

2. Внести поправки в главу 30 Кодекса административного судопроизводства РФ с целью устранения коллизии с положениями Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» в отношении права пациента (административного ответчика) лично участвовать в судебном заседании по рассмотрению дела о его недобровольной госпитализации.

3. Внести изменения в ч. 5 ст. 277 Кодекса административного судопроизводства РФ в целях устранения противопо-

речий с ч. 3 ст. 34 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» в отношении регулирования вопроса об участии прокурора в рассмотрении дела о недобровольной госпитализации в психиатрический стационар.

Часть 5 ст. 277 КАС РФ после слова «рассматривается с» дополнить словом «обязательным». Предложение «Неявка в судебное заседание надлежащим образом извещенного прокурора не является препятствием для рассмотрения дела» исключить.

4. Внести изменения в ч. 1 ст. 37 и абзац третий ст. 39 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» в целях обеспечения реализации права пациента на разъяснение ему его прав и ознакомление с правилами внутреннего распорядка психиатрического стационара.

Часть 1 ст. 37 после слов «его права» дополнить словами «, предусмотренные настоящим Законом».

Абзац третий ст. 39 изложить в новой редакции:

«предоставлять для ознакомления текст настоящего Закона в действующей редакции, правила внутреннего распорядка указанной медицинской организации; предоставлять возможность ознакомления с адресами и телефонами государственных и общественных органов, учреждений, организаций и должностных лиц, к которым можно обратиться в случае нарушения прав пациентов, а также государственных юридических бюро и адвокатов, оказывающих гражданам бесплатную юридическую помощь в рамках государственной системы бесплатной юридической помощи в Российской Федерации».

5. Дополнить ч. 4 ст. 11 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» после слов «по решению комиссии врачей-психиатров» словами: «принимаемому с учетом мнения лица с психическим расстройством в зависимости от состояния его здоровья. Лицу с психическим расстройством должна быть предоставлена информация, указанная в части 2 статьи 11 настоящего Закона».

6. Закрепить в Законе РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (ч. 2 ст. 37) право пациентов, находящихся в психиатрических стационарах и не нуждающихся в строгом постельном режиме, на ежедневные прогулки.

7. Закрепить в Законе РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (ст. 39) обязанность администрации психиатрического стационара в условиях карантина обеспечивать возможность встречи с посетителями дистанционно, путем использования видеосвязи, а также на открытом воздухе при условии соблюдения противоэпидемических мер.

8. Внести дополнения в ст. 37 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» отразив в ней право пациентов подавать без цензуры жалобы и заявления и встречаться наедине с уполномоченными по правам человека и членами общественных наблюдательных комиссий.

Абз. 3 ч. 2 ст. 37 после слов «в государственные юридические бюро (при наличии)» дополнить словами «, а также уполномоченным по правам человека в Российской Федерации и в субъекте Российской Федерации, членам общественных наблюдательных комиссий».

Абз. 4 ч. 2 ст. 37 после слов «уполномоченным лицом государственного юридического бюро» дополнить словами «уполномоченным по правам человека в Российской Федерации и в субъекте Российской Федерации, членами общественных наблюдательных комиссий (с возможностью видеть, но не слышать)».

9. Внести изменения в ст. 38 Закона о психиатрической помощи, сформулировав ее следующим образом:

(1) Государством при уполномоченном по правам человека в Российской Федерации создается независимая от органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья Служба защиты прав пациентов, находящихся в медицин-

ских организациях, оказывающих психиатрическую помощь в стационарных условиях, а также граждан с психическими расстройствами, проживающих в учреждениях социального обеспечения (психоневрологических интернатах).

(2) Представители Службы содействуют защите прав пациентов, находящихся в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь в стационарных условиях, а также граждан с психическими расстройствами, проживающих в учреждениях социального обеспечения, принимают их жалобы и заявления, которые разрешают с руководителем указанной медицинской организации либо направляют в зависимости от их характера в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру или суд.

(3) Создание и деятельность Службы регулируются отдельным федеральным законом.

10. Внести изменения в Кодекс административного судопроизводства РФ, Гражданский процессуальный кодекс РФ и Федеральный закон от 18 марта 2020 г. № 48-ФЗ «Об уполномоченных по правам человека в субъектах Российской Федерации», наделив уполномоченных правом на обращение в суд с иском о признании недействующими положений правил внутреннего распорядка и других локальных актов медицинских организаций, ущемляющих права, свободы и законные интересы пациентов.

11. Просить Верховный Суд РФ внести дополнения в постановление Пленума от 25 декабря 2018 г. № 47 «О некоторых вопросах, возникающих у судов при рассмотрении административных дел, связанных с нарушением условий содержания лиц, находящихся в местах принудительного содержания» в части распространения данных Пленумом разъяснений на психиатрические лечебные и экспертные организации, в которых содержатся лица без их согласия.

12. Просить Верховный Суд РФ подготовить разъяснения Пленума Верховного Суда Российской Федерации для нижестоящих судов относительно необходимости по общему

правилу обеспечивать участие лица, в отношении которого ведется производство о применении принудительной меры медицинского характера, в рассмотрении дела судом.

13. Разработать и утвердить новые правила устройства и эксплуатации психиатрических больниц взамен утративших силу с 1 января 2021 г. правил, утвержденных приказом министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 11 апреля 1995 года № 92.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Перечень объектов мониторинга (с указанием населенного пункта и субъекта РФ)

Больницы:

1. Центральная клиническая психиатрическая больница, г. Москва, ул. 8 Марта.
2. Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева, г. Москва.
3. Психиатрическая клиническая больница № 13, г. Москва.
4. Психиатрическая клиническая больница № 5, Московская область, Чеховский район, с. Троицкое.
5. Психиатрическая больница № 2 им. В. И. Яковенко, Московская область, городской округ Чехов п. Мещерское.
6. Липецкая областная психоневрологическая больница № 1.
7. Нижегородская областная психоневрологическая больница № 1 им. П.П. Кашенко.
8. Областная психоневрологическая больница № 2, Нижегородская область, п. Чибирь.
9. Нижегородская областная психоневрологическая больница № 3, Нижегородская область, п. Комсомольский.
10. Клиническая психиатрическая больница № 1, г. Н. Новгород.
11. Психиатрическая больница № 2, г. Н.Новгород.
12. Психиатрическая больница № 1, г. Санкт-Петербург.
13. Психиатрическая больница № 2, г. Санкт-Петербург.
14. Психиатрическая больница № 3, г. Санкт-Петербург.
15. Психиатрическая больница № 6, г. Санкт-Петербург.
16. Психиатрическая больница специализированного типа с интенсивным наблюдением, г. Санкт-Петербург.
17. Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница, г. Барнаул.

18. Новосибирская психиатрическая больница специализированного типа с интенсивным наблюдением, г. Новосибирск.
19. Новосибирская областная ПБ № 6 спец. типа, г. Новосибирск.
20. Новосибирская городская КПБ № 3, г. Новосибирск.
21. Омская областная клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодникова, г. Омск.
22. Томская областная клиническая психиатрическая больница, г. Томск.
23. Краевая клиническая психиатрическая больница, г. Владивосток, Приморский край.
24. Краевая психиатрическая больница № 2, г. Спасск-Дальний, Приморский край.
25. Краевая психиатрическая больница № 5, г. Дальнегорск, Приморский край.
26. Краевая психиатрическая больница № 1, с. Заречное, Уссурийский район, Приморский край.
27. Краевая клиническая психиатрическая больница, г. Хабаровск, Хабаровский край Еврейская автономная область, г. Биробиджан, «Психиатрическая больница».
28. Специализированная психиатрическая больница № 5, Краснодарский край, Усть-Лабинский район, с. Суворовское.
29. Областная клиническая психиатрическая больница г. Астрахань.
30. Волгоградская областная психиатрическая больница № 1, Калачевский район, ст. Ложки.
31. Волгоградская ПБСТИН, с. Дворянское.
32. Волгоградская областная клиническая психиатрическая больница № 2.
33. Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница.
34. Специализированная психиатрическая больница № 7, г. Краснодар.

35. Областная клиническая психиатрическая больница (СОКПБ), г. Екатеринбург.
36. Психиатрическая больница № 3, г. Екатеринбург.
37. Психиатрическая больница № 6, г. Екатеринбург.
38. Психиатрическая больница № 7, г. Нижний Тагил.
39. Отделение в ГАУЗ СО «Ирбитская центральная городская больница».
40. РКПБ им. акад. В.М. Бехтерева, г. Казань.
41. КПБСТИН, г. Казань.
42. Калининградская ПБСТИН.
43. Психиатрическая больница № 1 Калининградской области.
44. Психиатрическая больница № 2 Калининградской области.
45. РПБ, Респ. Марий Эл.

Филиалы:

1. Обособленное подразделение Центральной клинической психиатрической больницы, Московская область, городской округ Лосино-Петровский, пос. Медное-Власово.
2. Новочеркасский филиал Психоневрологического диспансера, Ростовская обл.
3. Азовский филиал Психоневрологического диспансера, Ростовская обл.
4. Волгодонский филиал ПНД, Ростовская обл.
5. Аксайский филиал ПНД, Ростовская обл.
6. Егорлыкский филиал ПНД, Ростовская обл.
7. Усть-Донецкий филиал ПНД, Ростовская обл.
8. Неклиновский филиал ПНД, Ростовская обл.
9. Волжский филиал Волгоградской областной клинической психиатрической больницы № 2.
10. Филиал № 2 Краевой психиатрической больницы, г. Лесозаводск, Приморский край.
11. Филиал Краевой клинической психиатрической больницы общего типа, г. Находка, Приморский край.

12. Филиал Свердловской областной КПБ «Исеть», г. Верхняя Пышма, п. Исеть, Свердловская обл.
13. Филиал Свердловской областной КПБ «Сысерть», Сысертский р-н, пос. Каменка, Свердловская обл.
14. Филиал Свердловской областной КПБ «Полевская психиатрическая больница», г. Полевской, пос. Станционный, Свердловская обл.
15. Филиал Свердловской областной КПБ «Первоуральская психиатрическая больница», г. Первоуральск, Свердловская обл.
16. Филиал Свердловской областной КПБ «Северная психиатрическая больница», г. Краснотурьинск, г. Серов, п. Волчанск, Свердловская обл.
17. Филиал Свердловской областной КПБ «Южная психиатрическая больница», г. Каменск-Уральский, г. Асбест, Свердловская обл.

Диспансеры (со стационарными отделениями):

1. Обособленное структурное подразделение «Психиатрическое диспансерное отделение» (г. Подольск) в составе ПБ № 2 имени В.И. Яковенко, Московская обл.
2. Психоневрологический диспансер, г. Ростов-на-Дону, Ростовская обл.
3. Адыгейский Республиканский клинический психоневрологический диспансер, г. Майкоп.
4. Психоневрологический диспансер № 2, г. Армавир, Краснодарский край.
5. Альметьевский психоневрологический диспансер Республиканской КПБ им. акад. В.М. Бехтерева, Респ. Татарстан.

Экспертные организации:

1. Отделение судебно-психиатрической экспертизы ПБ № 2 им. В.И. Яковенко, Московская обл.
2. Отделение судебно-психиатрической экспертизы КПБ № 1 им. Н.А. Алексеева, г. Москва.

3. Отделение судебно-психиатрической экспертизы КПБ № 13, г. Москва.
4. Отделение судебно-психиатрической экспертизы Липецкой областной ПБ № 1.
5. Экспертное отделение для амбулаторных экспертиз Нижегородской областной ПБ № 1 им. П.П. Кащенко.
6. Экспертное отделение для амбулаторных экспертиз Нижегородской областной ПБ № 3.
7. Экспертное отделение для амбулаторных экспертиз ПБ № 2 г. Нижнего Новгорода.
7. Отделение судебно-психиатрической экспертизы (для лиц, содержащихся под стражей) – стационарное отделение № 8 ПБ № 6, Санкт-Петербург.
9. Отделение стационарной судебно-психиатрической экспертизы КПБ № 1 (стационар краевой психиатрической больницы), г. Уссурийск, Приморский край.
10. Отделение судебно-психиатрической экспертизы ПБ Южно-Сахалинска, Сахалинская обл.
11. Отделение судебно-психиатрической экспертизы для лиц, не содержащихся под стражей Специализированной КПБ № 1, г. Краснодар.
12. Экспертное отделение Волгоградской областной КПБ № 2.
13. Экспертное отделение Новосибирской областной ПБ № 6 спец. типа, г. Новосибирск.
14. Экспертное отделение Новосибирской городской КПБ № 3, г. Новосибирск.
15. Отделение амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы по гражданским и уголовным делам № 1 Свердловской областной КПБ, г. Екатеринбург.
16. Отделение стационарной судебно-психиатрической экспертизы по уголовным делам для лиц, находящихся под стражей, № 1 Свердловской областной КПБ, г. Екатеринбург.

Карта мониторинга психиатрических больниц

Объект мониторинга

Наименование объекта (больница, филиал, отделение), адрес,
ФИО главврача

Даты посещений: _____

Состав мониторинговых групп:

Характер и количество посещений: *плановое/внеплановое
(причина), целевое*

Дополнительная информация: *должность и ФИО сопровождающих лиц и др.*

Основные характеристики объекта

- **Тип учреждения:** психиатрическая больница общего типа, психиатрическая больница специализированного типа, психиатрическая больница специализированного типа с интенсивным наблюдением (*подчеркнуть*)
- **Тип отделения:**
(если объект мониторинга — одно или несколько отделений данного типа)
- **Краткие сведения об объекте мониторинга**
(полученные заранее или из информации, предоставленной администрацией)

Выводы по результатам мониторинга

1. Проход наблюдателей на территорию объекта мониторинга

1.1. Уведомление о посещении: отправка (*время, на чье имя, способ уведомления: по телефону, электронной почте, лично*), наличие претензий администрации к уведомлению

1.2. Наличие непредусмотренных законом требований при проходе, с чьей стороны

1.3. Продолжительность и причины ожидания

2. Информация об объекте в целом (*по результатам посещения и сведениям от администрации – лично, на сайте*)

2.1. Состояние и внешний вид, дата постройки и последнего (какого?) ремонта, наличие центрального отопления и канализации, проблемы с оборудованием и медицинскими средствами, укомплектованность кадрами в соответствии со штатным расписанием, обеспечение безопасности сотрудников, иное

2.2. Количество коек и количество пациентов на момент посещения: *мужчин, женщин, маломобильных; для больниц общего типа: добровольно и недобровольно госпитализированных, находящихся на принудительном лечении.*

2.3. Показатели смертности и суицидов за текущий период

2.4. Количество ВИЧ-инфицированных (*содержатся вместе со всеми или отдельно*)

2.5. Кратко о главных проблемах стационара, какая и от кого нужна помощь

2.6. Наличие лицензии на медицинскую деятельность (до какого срока действительна)

3. Осмотр учреждения (*общедоступные помещения и услуги*)

3.1. Помещения для встреч с посетителями (график приема, запреты и ограничения встреч, условия разговора наедине)

3.2 Приемный покой (условия, длительность ожидания, информирование поступившего о его правах – информационные стенды, памятки и т.п.)

3.3. Помещения для бесед с адвокатами, сотрудниками госюрбюро и аппарата УПЧ, членами ОНК, иными законными представителями (ограничения и запреты, соблюдение конфиденциальности беседы, использование техники посетителями)

3.4. Места для прогулок (размеры, ограда, оборудование, охрана) и для курения

4. Отделения (*заполняется для одного или нескольких отделений данного типа*)

4.1. Наличие наблюдательных палат с ограничительным режимом и изоляторов для соматических больных или иных специализированных помещений содержания пациентов

4.2. Количество пациентов в каждой палате (минимум/максимум, при посещении)

4.3. Расположение спальных мест (*насколько близко друг к другу, имеется ли личное пространство*)

4.4. Отопление и горячая вода – доступность, источники, проблемы

4.5. Освещение в палатах (искусственное и естественное, достаточное для чтения, по мнению членов ОНК, по возможности измерить прибором)

4.6. Наличие тумбочек, гардеробов, иных мест хранения личных вещей пациентов (*достаточно ли места для хранения, что может хранить пациент при себе, чем это регламенти-*

ровано, где хранятся вещи, особенно ценные, поступившие с пациентом, каким образом выдаются при выписке)

4.7. Наличие видео-камер (*установлены ли, в каких местах, кто просматривает, сколько времени хранятся видеозаписи*)

4.8. Проветривание, дезинфекция помещения (*чистота, наличие/отсутствие запаха мочи, пота*)

4.9. Как часто меняется постельное белье, чистота одеял, подушек, одежды и т.д., имеется ли возможность носить свою одежду, как обеспечивается ее чистота и сохранность

4.10. Состояние медицинских кабинетов (*оснащение, приватность – открыты/закрыты двери, видимость*)

4.11. Разрешение или запрет на предметы личного обихода пациентов (*перечни в ПВР учреждения, места хранения и доступность для пациентов*)

4.12. Получение пациентами платных услуг, в т.ч. медицинских и социально-юридических (*перечень услуг, как информируются о них пациенты, как организованы и оплачиваются*)

5. Гигиена и санитария

5.1. Состояние душевых (*грязно/чисто, наличие/отсутствие плесени и сырости, неприятного запаха, тепло/холодно, проверить исправность оборудования, наличие резиновых ковриков*)

5.2. Состояние туалетных комнат (*количество умывальников и унитазов, наличие/отсутствие приватности, запаха, нечистот в унитазах, рабочее состояние сливных бачков и унитазов, чисто/грязно, наличие туалетной бумаги*)

5.3. Наличие и доступность гигиенических средств – мыло, шампунь, зубная паста, щетка, полотенца и т.д. *(места хранения, порядок получения в учреждении или извне)*

5.4. Условия пользования баней /душем *(график работы и регулярность, информированность пациентов, доступность вне графика по желанию, приватность)*

6. Предоставление медицинских услуг учреждением

6.1. Наличие «узких» врачей-специалистов *(для пациентов с хроническими заболеваниями и др.: инфекционист, кардиолог, гинеколог, эндокринолог и т.д.)*

6.2. Как осуществляется медпомощь в различных ситуациях: неотложка, помощь специалистов при хронических или специфических заболеваниях, беременности и т.д.,

ВИЧ-инфицированным, пациентам с сахарным диабетом

6.3. Возможность получения медикаментов, в т.ч. переданных родственниками, необходимых при хронических заболеваниях *(каким путем, за чей счет, сроки)*

7. Питание

7.1. Общий вид столовой/буфета и пищеблока, гигиена и санитария в кухне и столовой *(чисто/грязно, запахи, насекомые, дезинфекция – в т.ч. емкостей для хранения и приготовления еды)*

7.2. Места и порядок приготовления и распределения питания *(организация раздачи и приема пищи, заблаговременность ее приготовления, порционно распределяется или все в одном котле, где хранится готовое блюдо)*

7.3. Наличие склада продуктов в учреждении *(общий вид и состояние)*

7.4. График приема пищи согласно ПВР

7.5. Наличие меню в открытом доступе, на какой период

7.6. Доступ к еде и питью в промежутках между трапезами *(возможно/невозможно, только в столовой или в палате, наличие чайника/кипятильника, кружки)*

7.7. Получение диетического питания по назначению врача

8. Организация досуга и обучения *(график, добровольность посещения мероприятий, возможность самоорганизации пациентов)*

8.1. Организация процесса общего образования и трудового обучения

8.2. Наличие комнат отдыха и их оборудование

9. Организация, помещения и условия для грудотерапии *(если имеются)*

10. Организация приема передач от родственников и иных лиц *(график работы, помещение и порядок приема, ограничения)*

11. Организация карантина и обеспечение эпидемиологической безопасности в отношении посетителей и сотрудников учреждения

Соблюдение прав пациентов при нахождении в учреждении

(резюме проблем и нарушений, выявленных из анализа жалоб, бесед с пациентами и персоналом, по результатам наблюдения и изучения документации)

1. Список обратившихся, как получена информация, краткая суть проблемы
2. Нарушения, проблемы при госпитализации, продлении лечения, выписке пациентов (перечислить основные проблемы и дать ссылки на отдельные случаи)
3. Порядок и условия подачи и регистрации жалоб и обращений пациентов, их представителей к персоналу и администрации учреждения
4. Порядок и условия подачи и регистрации жалоб и обращений пациентов, их представителей в органы власти, уполномоченным по правам человека, ОНК, в т.ч. при посещении.
5. Допуск и условия бесед с адвокатами, сотрудниками госюрбюро, представителем пациента, иными лицами с правом оказания правовой помощи, сотрудниками аппарата уполномоченного по правам человека, членами ОНК
6. Доступность медицинской документации пациентам, их представителям, адвокатам и наблюдателям
7. Доступность и порядок ознакомление наблюдателей с журналами учреждения (по списку журналов и перечню вопросов №№ 1–9 по условиям содержания)
8. Меры принуждения и стеснения пациентов, их регистрация и возможность обжалования

9. Взаимоотношения с персоналом (уважительное обращение, на «Вы») и другими пациентами, регистрация и порядок урегулирования конфликтов внутри учреждения, наличие конфликтов в палате

10. Проблемы приглашения сторонних специалистов разного профиля, в том числе психиатров, направление и вывоз пациентов в другие медицинские организации

11. Возможности, условия и ограничения коммуникации с внешним миром

12. Перевод из палаты в палату, из отделения в отделение и свобода перемещения внутри учреждения

13. Помощь администрации в реализации гражданско-правовых отношений пациентов (восстановление документов, оформление гражданско-правовых сделок, решение жилищных проблем и т.п.), условия и ограничения в оказании ее извне

14. Получение пациентами передач и иной материально-бытовой помощи от родственников и иных лиц

15. Содействие администрации в подготовке пациентов к жизни после выписки, в реабилитации пациентов

16. Обеспечение потребности и желания пациентов в трудотерапии и обучении

Карта мониторинга экспертных отделений

Стационар: ГБУЗ ..., адрес, ФИО главврача (заведующего)

Дата посещения: _____

Наблюдатели и их контактные данные:

Цель и статус посещения: плановое/внеплановое (причина)

Дополнительная информация: ФИО, должность сопровождающего лица

Общие сведения об объекте мониторинга по результатам посещения и информации, предоставленной администрацией

1. Тип отделения: стражное/бесстражное

2. Проход наблюдателей на территорию объекта мониторинга

2.1. Уведомление о посещении: отправка (время, на чье имя, способ уведомления: по телефону, электронной почте, лично) и наличие претензий администрации к уведомлению.

2.2. Наличие непредусмотренных законом требований, с чьей стороны

2.3. Продолжительность и причины ожидания

3. Общие сведения об объекте мониторинга (по результатам наблюдения и данным администрации)

3.1. Состояние и внешний вид, время постройки и последнего (какого) ремонта, наличие центрального отопления и канализации, проблемы с оборудованием и медицинскими средствами, укомплектованность кадрами в соответствии

со штатным расписанием, обеспечение безопасности сотрудников, иное

3.2. Количество коек и количество пациентов на момент посещения: мужчин, женщин, маломобильных

3.3. Количество смертей, суицидов за текущий период

3.4. Основные проблемы в работе отделения, какая и от кого нужна помощь

3.5. Наличие лицензии на экспертную деятельность (до какого срока действительна)

4. Осмотр общих помещений

4.1. Помещения для встреч с посетителями (график приема, запреты встреч, условия разговора наедине)

4.2. Приемный покой (условия, длительность ожидания, информирование поступившего о его правах – информационные стенды, памятки и т.п.)

4.3. Помещения для бесед с адвокатами, сотрудниками госюрбюро и аппарата УПЧ, членами ОНК, иными законными представителями (ограничения и запреты, соблюдение конфиденциальности беседы, использование техники посетителями)

4.4. Места прогулок (размер, ограда, оборудование, охрана) и курения

5. Отделения: (тип, количество палат, коек и пациентов на данный момент)

5.1. Количество пациентов в каждой палате (минимум/максимум, при посещении)

5.2. Расположение спальных мест (*насколько близко друг к другу, имеется ли личное пространство*)

5.3. Отопление и горячая вода – доступность, источники, проблемы

5.4. Освещение в палатах (искусственное и естественное, достаточное для чтения, по мнению членов ОНК, по возможности измерить прибором)

5.5. Наличие тумбочек, гардеробов, иных мест хранения личных вещей пациентов (*достаточно ли места для хранения, что может хранить пациент при себе, чем это регламентировано, где хранятся вещи, особенно ценные, поступившие с пациентом, каким образом выдаются при выписке*)

5.6. Наличие видео-камер (*установлены ли, в каких местах, кто просматривает, сколько времени хранятся видеозаписи*)

5.7. Проветривание, дезинфекция помещения (чистота, наличие/отсутствие запаха мочи, пота)

5.8. Как часто меняется постельное белье, чистота одеял, подушек, одежды и т.д., имеется ли возможность носить свою одежду, как обеспечивается ее чистота и сохранность

5.9. Анализ Правил внутреннего распорядка, вкл. списки разрешенных/запрещенных предметов (место нахождения и доступность для подэкспертных и посетителей)

6. Гигиена и санитария:

6.1. Состояние душевых (описать: грязно/чисто, наличие/отсутствие плесени, сырости, неприятного запаха, тепло/холодно)

6.2. Состояние туалетных комнат (описать: наличие/отсутствие приватности, запаха, нечистот в унитазах, рабочее состояние сливных бачков и унитазов, количество унитазов и умывальников, чисто/грязно, запираются двери или нет, наличие туалетной бумаги)

6.3. Наличие и доступность гигиенических средств — мыло, шампунь, зубная паста, щетка, полотенца и т.д. (где хранятся)

6.4. Возможность пользоваться баней /душем (имеется ли график пользования, где он находится, всем ли подэксперным известен, количество раз в неделю), доступность по желанию, возможность уединения/приватность

7. Предоставление медицинских услуг:

7.1. Как осуществляется медпомощь в различных ситуациях: неотложка, помощь специалистов при хронических или специфических заболеваниях, беременности и т.д.

7.2. Возможность получения медикаментов, в т.ч. переданных родственниками, необходимых при хронических заболеваниях (каким путем, за чей счет, сроки)

8. Питание:

8.1. Общий вид столовой, гигиена и санитария в кухне и столовой (описать: чисто/грязно, запах, насекомые, дезинфекция)

8.2. Способ приготовления и распределения питания (где готовится, как доставляется, за какой период времени готовится пища на завтрак, обед и ужин, порционно распределяется или все в одном котле, где хранится готовое блюдо)

8.3. График приема пищи согласно ПВР

8.4. Наличие меню в открытом доступе, на какой период

8.5. Доступ к еде и питью в промежутках между трапезами (возможно/невозможно, только в столовой или в палате, наличие чайника/кипятильника, кружки)

8.6. Получение диетического питания по назначению врача

9. Организация приема передач от родственников (*график работы, помещение и порядок приема, ограничения*)

10. Организация карантина и обеспечение эпидемиологической безопасности в отношении посетителей и сотрудников учреждения

Соблюдение прав подэкспертных при нахождении в экспертном отделении

*(из анализа жалоб, бесед с подэкспертными и персоналом,
по результатам наблюдения)*

1. Список обратившихся, как получена информация, краткая суть проблемы
2. Нарушения, проблемы при помещении на экспертизу (добровольно, недобровольно, постановление суда, следователя, в каком статусе), продлении сроков и выписке
3. Порядок и условия подачи и регистрации жалоб и обращений подэкспертных, их представителей к персоналу и администрации учреждения
4. Порядок и условия подачи и регистрации жалоб и обращений подэкспертных, их представителей в органы власти, уполномоченным по правам человека, ОНК, в т.ч. при посещении
5. Допуск и условия бесед с адвокатами, представителями госюрбюро, иными лицами с правом оказания правовой помощи, уполномоченными по правам человека, членами ОНК
6. Доступность медицинской документации подэкспертным, их представителям, адвокатам и наблюдателям
7. Доступность и порядок ознакомления наблюдателей с журналами учреждения
8. Меры принуждения и стеснения подэкспертных, их регистрация и возможность обжалования. Наличие телесных повреждений, проводилась ли проверка

9. Взаимоотношения с персоналом (уважительное отношение, обращение на «Вы») и другими подэкспертными, регистрация и порядок урегулирования конфликтов внутри отделения

10. Возможности, условия и ограничения коммуникации с внешним миром

11. Перевод из палаты в палату и свобода перемещения внутри отделения, создание условий для курящих пациентов

12. Получение подэкспертными передач от родственников и иных лиц

Независимая психиатрическая ассоциация России

**ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ
СТАЦИОНАРНЫХ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ
ЛЕЧЕБНЫХ И ЭКСПЕРТНЫХ
ОРГАНИЗАЦИЙ**

Л.Н. Виноградова, В.М. Гефтер

***Доклад по результатам работы
членов общественных наблюдательных
комиссий в 2020–2021 гг.***

16+

Корректор *Л.Н. Виноградова*
Оригинал-макет *В.В. Павловой*
Оформление *К.В. Тихомировой*

Подписано в печать 20.01.2022 г.

Формат 60×90/16

Тираж 2000 экз. Заказ №

Грифон

125284, Москва, Хорошевское шоссе, 38

Тел.: 8-499-740-45-62

www.grifon-m.ru